

INFERMERIA



escoles universitàries
g i m b e r n a t



ADSCRITA A LA **UAB**

CEI
CAMPUS D'EXCEL·LÈNCIA
INTERNACIONAL

**Escuela Universitaria de Enfermería
Gimbernat**

**Trabajo de fin de Grado
Curso Académico 2014-2015**

**Valoración de necesidades del
trastorno mental severo a partir
de la evolución de la enfermería
en salud mental**

Autora

Zaraida Moreno Mallenco

Tutora

Cecilia Brando

Sant Cugat del Valles, Junio del 2015

INDICE

- Resumen	3
- Abstract	5
- Introducción	7
- Evolución de la asistencia psiquiátrica en la España del S.XX.	8
- La enfermera comunitaria.	9
-La enfermera comunitaria y la salud mental en Europa.	12
- Datos sobre la enfermedad mental.	15
- Programa de formación de la enfermera especialista.	17
-Los cuidados de salud mental en la atención primaria.	18
- Nuevo rol del profesional enfermero de salud mental.	19
- El medio comunitario.	22
- Los espacios de intervención del profesional enfermero.	23
- Intervenciones del enfermero de salud mental en el ámbito comunitario.	24
- Objetivo y principio de la enfermera comunitaria en salud mental.	32
- Definición del trastorno mental severo.	34
- Valoración de necesidades del paciente con trastorno mental severo.	35
- Valoración del trastorno mental severo.	39
- Tipos de valoración en enfermería de salud mental.	40
- Modelos de enfermería en salud mental.	44
- Escala de valoración.	48
- Propuesta mejora.	50
- Conclusión.	65
- Agradecimientos.	67
- Bibliografía.	68
- Anexos.	72

RESUMEN

En los últimos años ha habido una evolución muy significativa por lo que refiere al paciente con un trastorno mental.

Antiguamente se consideraba que el origen de las patologías mentales, eran consecuencia de fenómenos espirituales/religiosos.

Con el paso del tiempo y a causa de las necesidades y demandas que presentaban los pacientes en la comunidad se crea la figura de la enfermera comunitaria que será el nexo de unión entre el enfermo psiquiátrico y su integración en la sociedad.

Objetivo general

Descubrir las necesidades del paciente de trastorno mental severo (TMS) en la comunidad.

Objetivo específico

Establecer los criterios, para la mejora de una escala de valoración enfermera en TMS, ya existente.

Justificación

La elección de este tema es porque considero que ha habido una evolución muy significativa en lo que refiere a la enfermería, y aún más a lo que refiere a la salud mental.

Creo que es muy importante saber que necesidades presentan los pacientes con un TMS una vez son dados de alta de las instituciones y como la enfermera es responsable de ayudarlo en su máxima integración, para poder así llevar una vida de lo más normal dentro de las posibilidades de cada individuo.

Metodología

Se realiza una búsqueda literaria y científica en los meses de Diciembre a Mayo del 2015, en: Pubmed, Cuidem y Elsevier de donde extraigo artículos científicos que hablan sobre la enfermera comunitaria, el enfermo psiquiátrico, la evolución de la especialidad de salud mental, las necesidades que presentan este tipo de pacientes una vez están en la comunidad.

Bases de Datos

Para localizar estos documentos se han consultado las bases de datos de PubMed, Cuidem y Elsevier, además se han examinado revistas electrónicas.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para seleccionar los artículos han sido seleccionar artículos que hablan sobre enfermera comunitaria, evolución en la salud mental, el paciente con trastorno mental severo, escalas de valoración, rol de la enfermería comunitaria en la salud mental.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para la selección de los artículos han sido excluir los artículos que trataban sobre el trastorno mental grave, el paciente con trastorno mental geriátrico, el paciente con trastorno mental pediátrico y el paciente con trastorno mental a causa de drogadicción.

Palabras clave

Trastorno mental severo, especialidad, enfermera comunitaria, enfermera psiquiátrica, escalas, valoración, necesidades, rol enfermera, intervención enfermera.

ABSTRACT

SUMMARY

In recent years there has been a significant evolution for what concerns the patient with a mental disorder.

Formerly it was believed that the origin of mental disorders, were the result of spiritual / religious phenomena.

With the passage of time and because of the needs and demands presented by the patients in the community the figure of the community nurse will be the link between psychiatric patients and their integration into society is created.

General objective

Discover the patient's needs severe mental disorder (TMS) in the community.

Specific objective

Establish criteria for the improvement of nursing assessment scale in TMS, existing.

Justification

The choice of this topic is because I believe that there has been a significant evolution when it comes to nursing, and further it comes to mental health.

I think it's very important to know what needs presented by patients with TMS once they are discharged from institutions and as the nurse is responsible for assisting in its full integration to and lead a life as normal within the possibilities of each individual.

Methodology

A literary and scientific research takes place in the months of December to May, 2015, in: Pubmed, Elsevier Cuidem and where I draw scientific articles that talk about the community nurse, psychiatric illness, changes in specialty mental health, needs to have this typed in patients once they are in the community .

Databases

To locate these documents were consulted databases PubMed and Elsevier Take care also have been reviewed electronic journals.

Inclusion criteria

To select the items have been selected articles talking about community nurse, evolution in mental health, the patient with severe mental illness, assessment scales, role of community mental health nursing.

Exclusion criteria

The selection of the items have been exclude articles dealing with severe mental disorder, mental disorder geriatric patient, the patient with mental disorder and pediatric patients with mental disorders because of drug addiction.

keywords

Severe mental disorder, specialty, community nurse, psychiatric nurse, scales, evaluation, needs, role nurse, nurse intervention.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia del hombre, el concepto de salud mental ha sido un concepto cambiante, en tanto y en cuanto los distintos periodos históricos han influido en la definición del mismo.

En las épocas antiguas (griegos, egipcios...) se consideraba que el origen de estas enfermedades mentales y físicas, era la influencia de demonios u otros espíritus de carácter religioso o mágico (1)

Los enfermos mentales han sufrido marginación, tortura, incomprensión, abandono..., y no se les ha dado la atención necesaria; haciendo de la familia y de la comunidad el único apoyo para este tipo de enfermos. A raíz de este colectivo surge en 1409 en la ciudad de Valencia el primer manicomio del estado español para acoger a estos enfermos (2)

Desde la aparición de las primeras Enfermeras de distrito en Liverpool en la segunda mitad del siglo XIX, de las enfermeras de Salud Pública creadas por Lillian Wald años mas tarde en Estados Unidos, o más cercanamente en nuestro país, de las primeras enfermeras visitadoras a principios del siglo XX, muchas han sido las vicisitudes y las transformaciones tanto de la formación como del desarrollo de lo que hoy conocemos como Enfermería Familiar o Comunitaria (3).

El 24 de Junio de 1998 en el Boletín Oficial del Estado se desarrollan los aspectos necesarios para obtener el título de enfermero especialista entre ellos se encuentra la especialidad de enfermería de Salud Mental (4)

EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN LA ESPAÑA DEL S. XX

El siglo XX se inicia con un progreso en la vida económica, un desarrollo capitalista, un empobrecimiento de las masas obreras y con la posterior crisis económica de 1921 (González, 1980). Todo ello conduce a un aumento de la morbilidad psiquiátrica y de la demanda de internamientos. Cabe señalar que en 1922 había un porcentaje de 42/100.000 habitantes de dementes acogidos en centros psiquiátricos, mientras que en 1874 había sido de 18/100.000. Se produce una expansión de manicomios existentes y se crean algunos otros.

Sin embargo no se da una mejora en la atención psiquiátrica, que atravesaba unos momentos de decaimiento terapéutico y de un concepto de enfermo mental como incurable y de internamiento permanente.

En 1926 creación de una escuela de psiquiatría dotada de toda clase de elementos de investigación científica acerca del enfermo mental y su tratamiento y curación.

Los primeros intentos de atención extrahospitalaria se deben situar entorno a las acciones llevadas a cabo por la liga española de higiene mental, que se funda en el año 1927 y que, en 1928, organizó unos comités locales para colaborar con los gobernadores civiles y los inspectores provinciales de sanidad, con la finalidad de elaborar informes para las autoridades. Estos informes sirvieron para crear en 1932 los dispensarios locales de higiene mental.

El Decreto del 10 de noviembre de 1931 creó el Consejo Superior Psiquiátrico (CSP) dependiente de la Dirección General de Sanidad (DGS). La reforma de la asistencia, de la que se encarga este Consejo, no solamente abarca los cuidados psiquiátricos intramanicomiales si no que se extiende al cuidado científico y organizado del enfermo antes de su ingreso en un establecimiento psiquiátrico (5,6)

LA ENFERMERA COMUNITARIA

En 1931 se creó el Consejo Superior Psiquiátrico dependiente de la dirección General de Sanidad. La fundación en 1932 del Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica supuso un hito en la historia de la enfermería psiquiátrica. Esta institución constituyó un avance, fundamentalmente, en dos sentidos:

- Se establecieron las funciones de tutela y vigilancia del enfermo mental fuera de la institución manicomial.
- Para una mayor eficacia en el cumplimiento de sus objetivos se presento como imprescindible que el patronato dispusiera de un grupo de enfermeras visitadoras (mediante orden ministerial de 15 de abril de 1932)(5, 7)

Las funciones de los profesionales enfermeros psiquiátricos visitadores en el año 1932 eran:

- Visitas domiciliarias a las familias con algún enfermo mental.
- Visitas a los enfermos mentales ingresados en los diferentes establecimientos.
- Promover la adaptación laboral y social de los enfermos dados de alta.
- Educación de los pacientes y familiares sobre normas de higiene mental.
- Colaborar con otros profesionales del Patronato u otras instituciones, tanto en el ámbito asistencial como en los estudios realizados (7, 8)

La primitiva denominación de Enfermería de Salud Pública siguió siendo utilizada hasta la década de los 70, momento en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la organización Panamericana de la Salud (OPS) se plantearon la necesidad de esclarecer la contribución de la enfermera al mejoramiento de la salud de las comunidades.

La denominación de Enfermería Comunitaria comienza a ser utilizada en 1974 por la OMS.

Por lo tanto no es casualidad la evolución conceptual de Enfermería de salud pública a Enfermería Comunitaria.

Según la OMS considera que la Enfermera Comunitaria ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos (3).

La Salud Mental no es solo la ausencia de trastornos mentales.

Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (9)

La enfermería comunitaria es la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y de la salud pública y los aplica, como alternativa. Con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población.

Su objetivo principal será satisfacer las necesidades de la salud de la población, con la participación del individuo y la colaboración de otros profesionales.

La enfermera comunitaria tiene un papel muy importante ya que es la persona que mas trato directo tiene con las comunidades.

Las funciones principales que tiene la enfermera comunitaria son:

- Asistencial.
- Docente.
- Investigadora.
- Administración.

El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y vejez (9)

La enfermera en salud mental tiene como competencia la dirección, evaluación y prestación de cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

La enfermera Especialista en este campo presta cuidados utilizando la relación de ayuda como instrumento terapéutico básico.

Los programas de intervención comunitaria pretenden la intervención la coordinación con otros servicios asistenciales para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros tipos de servicios que ofrecen atención médica y psiquiátrica, alojamiento, rehabilitación, defensa de los derechos, actividades de ocio y recreo.

Principalmente lo que se pretende con este tipo de paciente es acercarlos a los servicios de la comunidad adaptándolos a las necesidades de las personas y evitando así el distanciamiento familiar y comunitario (10)

LA ENFERMERA COMUNITARIA Y LA SALUD MENTAL EN EUROPA

La enfermería psiquiátrica se instaura como especialidad en 1882 con la fundación de la primera escuela de psiquiatría para las enfermeras de Belmont, Massachusetts, bajo el enfoque asistencial humanista de Benjamin Rush. En Europa, aunque la primera escuela de enfermeras psiquiátricas se crea en Alemania en 1836, no es hasta los años 50 cuando se puede empezar hablar de una formación específica.

En 1971 se establecen, en EEUU, las diferencias entre la enfermera psiquiátrica y la enfermera comunitaria. Atribuyendo a las primeras connotaciones de un enfoque exclusivo de aplicación de tratamiento a los trastornos psiquiátricos individuales, mientras que la enfermera comunitaria tiene la comunidad como objeto de su trabajo y, dentro de esta, la población de alto riesgo.

En Abril de 1985, en Estocolmo, tuvo lugar una reunión de los ministros de Sanidad de los países miembros del consejo de Europa que en esta, se debatió sobre el futuro de la asistencia a los enfermos mentales a la luz de las nuevas orientaciones de la psiquiatría.

En las conclusiones de esta reunión, se resalta la opción de privilegiar la actuación territorial y comunitaria frente al internamiento en el hospital psiquiátrico, y traza líneas de intervención comunes para la prevención, la formación de los profesionales y la creación de los servicios alternativos al manicomio.

Los ministros europeos de Sanidad declaran que la salud mental debería estar fundamentada por los siguientes principios:

- La Salud Mental es parte integral de la política sanitaria.
- Los enfermos Mental deberán tener los mismos derechos que los enfermos por otra causa y deberán tener una debida protección legal cuando este la requiera.
- La acción política relativa a la Salud mental deberá tener un amplio alcance y estar coherentemente coordinada y basada en los cuatro objetivos estratégicos siguientes:
 - Promoción de la salud mental.
 - Medidas de prevención primaria.
 - Prevención secundaria y terciaria mediante el desarrollo de sistema integrado de servicios.
 - Desarrollo de los servicios de asistencia primaria.
- Una política con amplitud de miras en materia de salud mental deberá, en particular:
 - Promover una asistencia a nivel comunitario y redefinir las funciones de los hospitales.
 - Garantizar la rehabilitación del enfermo mental sea parte del proceso terapéutico.
 - Tomar medidas provisionarias para la educación y formación profesional adecuada del enfermo mental.
 - Promover la autonomía de los enfermos mentales.

- El desarrollo en el seno de la sociedad de una acción política más adecuada a las necesidades reales de la familia y de la comunidad local requiere una programación descentralizada en los ámbitos administrativos, funcional y financiero (11)

DATOS SOBRE ENFERMEDAD MENTAL

Los siguientes datos pueden ayudar a elaborar informaciones sobre salud mental y comprender su relevancia en la sociedad actual.

Así como crear una reflexión para pensar de nuevo en cuáles son las percepciones que se tienen de la enfermedad mental para desterrar los mitos, los prejuicios y las concepciones erróneas que la rodean (12)

- Una de cada cuatro personas padecen alguna enfermedad mental a lo largo de su vida.
- Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental.
- Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad (13)
- El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias (14)

ESPAÑA.

- El 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental.
- En España, algo más del 19% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se incrementará considerablemente en el futuro.
- Se estima que la repercusión económica de las enfermedades mentales en España tuvo un coste total, en 1998, de 3.005 millones de euros (14)

- El principal ámbito de discriminación para las personas con enfermedad mental es el laboral; sólo el 5% de las personas con enfermedad mental tiene un empleo regular, según un estudio en la Comunidad de Madrid (15)

EUROPA.

- Los trastornos neuropsiquiátricos son la segunda causa de carga por enfermedad (13)
- En la Unión Europea, 18,4 millones de personas con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años padecen cada año una depresión importante (15)
- En los países europeos, el presupuesto para la salud mental supone el 5,8% del presupuesto total de la salud.
- En muchos países Europeos, las enfermedades mentales son la causa del 45-55% del absentismo laboral (13)

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA.

El programa se desarrolla a lo largo de un año a tiempo completo, mediante el sistema de residencia, que obliga a recibir formación y a prestar un trabajo que permita al profesional enfermero aplicar y perfeccionar sus conocimientos y le proporcione una práctica profesional programada y supervisada a fin de alcanzar de forma progresiva las competencias profesionales necesarias para ejercer la especialidad de modo eficiente.

La aportación profesional específica de las enfermeras de salud mental viene determinada por el trabajo que desarrollan con las personas en el campo de las respuestas humanas derivadas de las alteraciones de la salud mental. Desarrollan su actividad en la asistencia, docencia, investigación y administración:

- Prestando cuidados a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.
- Asesorando en calidad de expertos a profesionales de enfermería y a otros profesionales de la salud.
- Educando en materia de salud mental a la persona, familia, grupos y comunidad.
- Formando en materia de salud mental a los futuros profesionales de la enfermería.
- Investigando en el campo de la enfermería en salud mental.
- Dirigiendo y participando en la organización y administración de los servicios de salud mental (8)

LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP).

Informe de la comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985).

“Los cuidados generales de la salud (y de la salud mental) se ordenan atendiendo a dos grandes niveles interdependientes: cuidados de atención primaria y cuidados especializados, entendiendo básicamente estos últimos como estructuras de apoyo al nivel primario. En consecuencia, los equipos de atención a la salud mental actuarán de soporte y apoyo de los equipos básicos de salud”.

Dicho informe se atribuye a los equipos de atención primaria las siguientes funciones:

- Identificar los trastornos psicoemocionales y los componentes emocionales de los trastornos en general.
- Discriminar y definir el tipo adecuado de intervención, ya sea:
 - Atención y seguimiento propio.
 - Atención con asesoramiento del equipo especializado.
 - Derivación al nivel especializado.
- Colaborar con los equipos especializados en cuanto al asesoramiento, derivación seguimiento y rehabilitación de los pacientes.
- Participar en la elaboración y desarrollo de programas de protección y prevención para la población de riesgo. (16)

NUEVO ROL DEL PROFESIONAL ENFERMERO DE SALUD MENTAL.

Con la puesta en marcha de los nuevos programas de atención a la salud mental, se ha generado una dinámica que ha afectado a la enfermería de la salud mental, unido a la evolución de la enfermería española.

La enfermería psiquiátrica antigua ha estado anclada a los manicomios, contenciones, custodias... Por el contrario, la nueva enfermera de salud mental se caracteriza por un servicio humano, al que guía la filosofía humanística, cuyo cometido principal es la provisión de cuidados mediante una relación interpersonal, destinados a satisfacer las necesidades de salud y cuidados del individuo, familia y grupo social, en las áreas de promoción, asistencia y rehabilitación de la salud mental.

Los profesionales que hoy ejercen esa enfermería de salud mental tienen unos conocimientos y actitudes muy específicos para poder así dar respuesta a las necesidades y demandas de cuidados que plantea la comunidad la cual sirve. (8)

Para Moliner (2007), el perfil profesional se define como el “conjunto de rasgos o características profesionales de una persona en relación con un determinado trabajo”.

Identificar el perfil profesional de la enfermera de salud mental es de gran importancia para disponer de los profesionales adecuados.

El perfil es una especificación de las funciones y actividades que cada miembro del equipo de enfermería ha de desempeñar y de los conocimientos y habilidades necesarios para poder realizar la tarea de cuidar.

Para ejercer como enfermera de salud mental ha de poseer formación general de enfermería y especialización en salud mental para intervenir en los cuidados a pacientes psiquiátricos, suministrando tratamientos enfermeros específicos y garantizando la satisfacción de las necesidades que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, desarrollando su actividad profesional en los equipos de atención a la salud mental.

Conocimientos necesarios:

- Teorías y modelos enfermeros. El proceso de enfermería de salud mental y su organización práctica.
- Organización del servicio enfermero en unidades y centros psiquiátricos.
- Fundamentos biopsicosociales de los trastornos mentales.
- Psicopatología y clínica psiquiátrica.
- Elementos de psicofarmacología.
- Fundamentos de salud comunitaria. Modelo comunitario y red de atención a la salud mental.
- Bases éticas y legales de la asistencia psiquiátrica.
- Conceptos y técnicas de la rehabilitación psiquiátrica.
- Fundamentos de educación sanitaria.
- Métodos de exploración y registro de datos psicopatológicos.
- Bases de las principales técnicas psiquiátricas y terapéuticas y modo de aplicación.

- Organización y aplicación de las diferentes actividades grupales, lúdicas y socioterapéuticas.
- Elementos básicos de sociología. Fundamentos de la dinámica de grupo.

Actitudes convenientes:

La enfermera especialista en salud mental deberá desarrollar específicamente las siguientes actitudes:

- Actitud abierta, tolerante y respetuosa hacia los individuos y sus valores sociales y éticos.
- Actitud para la introspección y el conocimiento personal, aspectos esenciales para comprender al otro.
- Motivación y predisposición hacia el trabajo en equipo.
- Actitud crítica que permita la mejora de la calidad asistencial.
- Capacidad para establecer relaciones interpersonales.
- Valoración de la importancia del contexto comunitario para la prestación de cuidados en salud mental.
- Madurez afectiva y emocional.
- Capacidad de reacción positiva ante situaciones de conflicto o emergentes.
- Capacidad moderadora (1,17)

EL MEDIO COMUNITARIO

En el medio comunitario, una vez integrada la atención a la salud mental en el sistema sanitario público, ya no hay individuos que precisen de un tutelaje permanente.

Ahora es diferente. El sujeto de atención es un ser social que vive en una comunidad, que tiene unos valores y creencias, que tiene unos hábitos y costumbres, que es libre pensante, que tiene inquietudes, proyectos de futuro y se organiza de una determinada manera en lo familiar y en lo grupal.

El medio va cambiando lo que hace que este sujeto se tenga que ir adaptando a los cambios y debe modificar de manera continuada sus hábitos.

El sujeto al haber abandonado el centro de salud mental y haberse tenido que incorporar a la comunidad implica que a este le surjan nuevas demandas derivadas de la evolución y el dinamismo social.

El enfermero especializado en salud mental ha de conocer al ser humano y el medio en el que él se desenvuelve para así comprender sus conductas y atender las demandas.

Es necesario saber qué es lo que le interesa, qué le importa al ciudadano al que se prestan los servicios. Claro está que, para esto, es preciso conocer previamente las características de la población (11)

LOS ESPACIOS DE INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL ENFERMERO.

La nueva realidad que se vive, desde que se iniciaron los procesos de reforma de las estructuras de atención a la salud mental, insertados en el sistema sanitario público y en la comunidad, y habiendo dejado atrás el manicomio, permite la prestación d nuevos cuidados.

Hoy se tiene que atender a otro en la comunidad que posee una gran riqueza, por su diversidad social y cultural: payos, gitanos, africanos, europeos orientales, homosexuales, vegetarianos, parejas de hecho, familias monoparentales, etc.

Asimismo, también hay que considerar los desafíos de la realidad social en la que está inmersa la población y en qué medida ésta les afecta

Se trata de una realidad social compuesta por diversos universos culturales, cada uno caracterizado por su forma de organización social, sistemas simbólicos, celebraciones, costumbres y expresiones artísticas.

Si consideramos todo esto los profesionales enfermeros de la salud mental sabrán estar junto a otro diferente y prestarle unos cuidados excelentes. Dichos cuidados en la actualidad se prestan en distintos espacios como son:

- La consulta de enfermería.
- El domicilio del paciente.
- Espacios para las intervenciones grupales (18)

INTERVENCIONES DEL ENFERMERO DE SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

Sostiene Orem (1993) que “ la enfermería es un servicio de salud especializado y se distingue de otros servicios humanos por su foco de atención en las personas con incapacidades para la continua provisión de la cantidad o calidad de cuidados en un momento específico que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo, siempre que las incapacidades que limitan los cuidados estén asociadas a su estado de salud o a la naturaleza especializada, compleja, de las medidas de cuidados reguladores requeridas” (18)

Esta concepción se puede aplicar perfectamente a la salud mental ya que este tipo de paciente presenta inadaptación, falta de habilidades, incapacidades y, por lo general, un deterioro en sus funciones básicas que le imposibilitan su normal relación con el medio.

Esto se hace más evidente en pacientes con trastornos esquizofrénicos o trastornos neuróticos graves.

Todo ello, unido a la complejidad de los trastornos mentales y al curso crónico de la mayoría de ellos, requiere el diseño de una atención enfermera continuada y a veces permanente. Atención que implica, en la práctica, unas intervenciones programadas que contemplen abordajes individuales, familiares y grupales (8)

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL:

En ocasiones, la dinámica asistencial lleva al profesional enfermero de salud mental a centrar su atención casi en exclusiva en el individuo, obviando intervenciones psicosociales a familias y grupos que son igualmente importantes.

Tras la valoración, la respuesta enfermera ha de producirse considerando que:

- No sólo el individuo es el eje sobre el que girarán todas las intervenciones, sino que para conseguir el mayor grado de control posible sobre el trastorno mental, se debe considerar también el conjunto de las necesidades del núcleo familiar al que pertenece.
- A través de la relación de ayuda se tiene que transformar la experiencia negativa del trastorno en una experiencia positiva.
- Se buscara favorecer la autonomía del sujeto.
- Satisfacer las necesidades alteradas con intervenciones técnicas enfermeras no es suficiente y se necesita abordar los aspectos psicosociales del paciente y la familia.

De acuerdo con todo esto, la intervención individual que se lleve a cabo tiene que contemplar tres tipos de actuaciones:

- Asesoramiento: Acciones dirigidas a proporcionar información en relación con todos aquellos aspectos que sean relevantes para la salud y el confort físico y psicológico de la persona. Enseñar técnicas, procedimientos y forma de autocuidado.
- Apoyo emocional: Ejerce un efecto beneficioso sobre la situación de salud del sujeto. El sentirse comprendido, respetado y escuchado mejora la situación de autoestima y favorece la contención de emociones negativas.
- Cuidados: Acciones intencionadas que la persona realiza para satisfacer sus necesidades y cuando no sabe, no quiere o no puede, interviene el profesional enfermero enseñando, apoyando, instruyendo, educando, supliendo.

INTERVENCIÓN FAMILIAR:

Se entiende que la enfermera de salud mental, en el medio comunitario, no sólo está junto a otro individuo, sino también junto a otra familia. Pero antes de centrar la atención en ésta, ha de recordarse que las personas se organizan en grupos o en instituciones para garantizar la subsistencia y mejorar las condiciones de vida.

Como seres sociales que son, precisan de otros para cubrir las necesidades materiales y afectivas. La familia, como grupo social primario, juega un papel esencial en este sentido. En ella se aprenden formas básicas de convivencia, se aprende a socializar, relacionarse, comunicarse y a vivir con la diversidad: edad, sexo, relaciones de parentesco, etc. Las familias suelen estar compuestas por personas diferentes y ubicadas en contextos sociales y culturales muy variados. No debe olvidarse, como aporta la antropología, que cada cultura y cada modo de organización social da lugar a distintas formas de relaciones y a diferentes estructuras familiares.

En cualquier caso, el profesional enfermero de salud mental tiene que conocer la diversidad de agrupamientos primarios que se dan hoy en día para poder prestarles la atención necesaria. Desde el ámbito de la salud mental, se sabe que la familia es una pieza imprescindible cuando uno de sus miembros sufre un trastorno mental. Es el pilar fundamental que proporciona afecto, apoyo y cuidados.

Los sujetos/objetos de la atención enfermera son el individuo, la familia y la comunidad. Sobre cada uno de ellos se puede y se debe intervenir con acciones preventivas, así como con atención y cuidados cuando se demandan, ya sean reales o potenciales. Por tanto, en el quehacer cotidiano se intervienen tanto los problemas individuales como los familiares. Aun cuando se actúa sobre el sujeto de forma individual, no se puede obviar que éste se ubica en el núcleo social por excelencia que es la familia, donde nace, se desarrolla y muere.

Es en el contexto familiar donde se dan las más intensas reacciones emocionales e interrelaciones personales. De ahí que cuando un miembro de la familia sufre un fuerte impacto (del tipo que sea), éste tiene una resonancia en todo el núcleo familiar y afecta en distinta medida a cada miembro. Cuando esto sucede, las respuestas de la familia dependen de la estructura previa de funcionamiento, de los aprendizajes adquiridos, de las experiencias previas en la resolución de problemas y de las fortalezas y flaquezas que posean. No todas tienen la misma capacidad de respuesta ante los mismos eventos que la vida les depara.

Por otra parte, los avances técnicos, el desarrollo de las disciplinas de las ciencias de la salud y las demandas sociales han dado lugar a la presencia de cuidadores profesionales (reflejado en la profesión enfermera). Sin embargo, no se pueden olvidar los cuidados informales que se vienen prestando en mayor medida en el seno de las familias, toda vez que el cuidado se presta en ellas desde que se nace hasta que se muere y, en todo caso, el cuidado es imprescindible para mantener la vida, la salud y el bienestar y para perpetuar al grupo social.

INTERVENCIÓN GRUPAL:

La importancia del papel que desempeñan los grupos como sistemas de apoyo social los convierte en instrumentos fundamentales para la promoción y prevención, el tratamiento y la recuperación en múltiples ámbitos de la salud. Desde el ámbito de la atención a la salud mental hay que destacar que son imprescindibles.

Así, desde el punto de vista comunitario, el soporte social permite al individuo sentir que pertenece y está integrado en un sistema social. Este soporte o red social va desde las vinculaciones íntimas y de confianza (soporte social no formal) hasta las redes sociales formales o institucionalizadas.

Por otra parte, el soporte social comprende tres formas específicas de ayuda:

- El soporte emocional, que se refiere al sentimiento de ser querido y de poder tener confianza en alguien.
- El apoyo palpable o material, recibido en forma de servicios (ayuda a domicilio para las tareas domésticas u otras) o en forma de prestación económica (servicios sociales: facilitando acceso a una pensión).
- El soporte de tipo informativo, que es el que se obtiene a partir del conocimiento, experiencia y sugerencias de los demás, que facilitan la resolución de problemas. Este tipo de soporte puede ser dado por estructuras sociales formales e informales.

Tipos de grupos desde el contexto social

- Los grupos de apoyo: Suelen ser convocados por el profesional de enfermería para crear un ambiente acogedor donde gestionar los recursos de los miembros, para afrontar la situación de cambio conflictivo o amenazante. Normalmente están compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal.
- Los grupos de ayuda mutua o autoayuda: La diferencia con el anterior es que funcionan de forma autónoma, al margen de los profesionales y sin limitación temporal, aprovechando en mayor medida el potencial y los recursos de carácter informal procedentes de las fuertes relaciones establecidas entre sus miembros. Los grupos de autoayuda atienden tanto a personas con problemas como a las personas relacionadas directamente con los problemas.

Los grupos de autoayuda suelen presentar una doble misión: por un lado, ayudar a afrontar la situación vital crítica, como es el caso de los pacientes mentales crónicos; y por otro, informar, orientar y apoyar a las familias ofreciendo recursos para soportar la angustia y sobrellevar los prejuicios vinculados al desconocimiento de determinadas enfermedades o trastornos.

Un grupo puede comenzar siendo un grupo de apoyo y convertirse con el tiempo en un grupo de ayuda mutua, que funciona con autonomía. Del mismo modo, puntualmente, éste puede necesitar la ayuda de un profesional o de una institución y funcionar durante cierto tiempo como un grupo de apoyo.

Los grupos de apoyo y los de ayuda mutua pueden ser contemplados como fases en el desarrollo de los grupos basados en el apoyo social. Por lo tanto, comenzarían con un profesional que los pondría en marcha para pasar, a medida que sus miembros maduran, a otorgarles autonomía y trasladarles la responsabilidad de solucionar problemas, de ayudar y ser ayudados, creando una estructura de ayuda mutua que permita al grupo continuar por sí mismo.

Tipos de grupos desde el contexto sanitario

Las estrategias de intervención grupal son importantes porque incrementan el bienestar psicosocial y elevan significativamente el grado de calidad de vida de sus miembros. Asimismo, la experiencia en la conducción de grupos confirma que el ser humano necesita del grupo para su supervivencia porque los grupos, al igual que la familia como grupo primario por excelencia, son promotores de la vida y en ellos radica la forma básica de cooperación humana.

Aun así, las intervenciones psicosociales de la enfermera de salud mental no son una práctica sistematizada, aunque bien es cierto que la atención familiar y la atención grupal poco a poco van generalizándose. Es obvio que para ello, además de su saber hacer y de las habilidades y destrezas que posee para proveer cuidados, ha de tener conocimientos en dinámica de grupos.

Una vez elaborado el plan de atención individualizado y determinadas las acciones o actividades para cubrir los objetivos, puede suceder (y en la práctica se ha podido constatar) que se tenga un buen número de pacientes que están en similares circunstancias y ello tiene que inducir a proponer un abordaje grupal como parte de la estrategia terapéutica que se ha de seguir. Por tanto, el abordaje grupal permite no sólo una economía de recursos (al no duplicar intervenciones), sino aumentar la cartera de servicios del profesional de enfermería de salud mental.

Por consiguiente, cabe mencionar otros tipos de grupos en los que la intervención de la enfermera tiene como objetivo sustancial la promoción de la salud en cualquiera de sus niveles. Así, hay grupos de autocuidados, de relajación, de psicoeducación, de habilidades sociales, lúdicos o de empleo del tiempo libre, etc. (Pacheco, 1996).

Los grupos de psicoeducación: Este tipo de grupo que lleva a cabo el profesional enfermero de salud mental puede ser dirigido tanto a pacientes como a familiares de éstos, aunque en la práctica suelen ser más frecuentes los que van dirigidos a los familiares de los pacientes con trastornos mentales graves.

A continuación se muestran las funciones que cumplen este tipo de grupos para los miembros que participan en ellos:

- Promueven el sentimiento psicológico de comunidad (de pertenencia), al compartir con otros el problema y compararse entre ellos. La experiencia, que antes era personal, se convierte en social.
- Contribuyen, por tanto, a reducir el aislamiento social de las personas.
- Permiten obtener una identidad social normalizada, ya que promueven unos valores sociales para los que forman parte de ellos.
- Proporcionan una oportunidad para la autorrevelación y la crítica mutua. En el grupo se comparten sentimientos y se favorece la solidaridad mutua, lo que facilita la toma de conciencia de su situación que sirve para aprender nuevos comportamientos.
- Procuran modelos de conducta. Las conductas positivas de un miembro sirven de modelo a los demás, los roles de ayudar y recibir son intercambiables, el que ayuda un día recibe otro, por tanto, la ayuda es recíproca.
- Facilitan una red de relaciones sociales. Los que componen el grupo constituyen una red de relaciones, un vínculo afectivamente muy importante para sus miembros, con lo que, entre otros, se reduce el sentimiento de estigma social que, en muchas ocasiones, va asociado a determinadas situaciones de enfermedad o trastorno físico o mental (18)

OBJETIVO Y PRINCIPIO DE LA ENFERMERA COMUNITARIA EN SALUD MENTAL.

La asociación Americana de la Enfermeras da una definición de las funciones de enfermería, destacando la necesidad de atención a la población como un todo, la promoción y el mantenimiento de la salud, la educación sanitaria, la coordinación y la continuidad de los cuidados.

Estas intervenciones se realizan bajo un enfoque integral de la familia, grupo y de la comunidad, reconociendo la influencias de tipo familiar, social y ecológico que inciden en la génesis y la evolución de la enfermedad mental.

La OMS estableció en 1977 un objetivo amplio y a largo plazo: Salud para todos en el año 2000. Los objetivos parciales establecidos para la consecución del macro-objetivo se pueden resumir en:

- Reforzar la salud y atenuar la enfermedad.
- Actuar en estilos de vida y hábitos insanos.
- Reducir factores de riesgo ambiental.
- Reestructuración de los servicios sanitarios.

El planteamiento básico de la enfermera comunitaria en salud mental basa en la necesidad de atención que presenta un individuo con afrontamiento ineficaz ante una situación concreta.

La orientación que debe darse desde la enfermería comunitaria debe hacer énfasis fundamentalmente en la prevención, iniciándose ésta con la identificación de la población de alto riesgo.

A través de la enfermería comunitaria lo que se pretende articular todos los recursos de los que dispone el sistema sanitario a favor del individuo, la familia y la comunidad.

Así se intenta que los individuos que presentan los trastornos mentales puedan integrarse en la comunidad con el mayor grado de independencia posible, mediante la “normalización” de los cuidados y de la relación del paciente con la sociedad. Este concepto de “normalización” implica, en esencia, la superación del “estatuto especial” que tradicionalmente ha caracterizado al enfermo mental.

DEFINICIÓN DEL TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS)

El término Paciente Mental Crónico es utilizado para definir un extenso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental severa de larga duración.

Para categorizar a estos pacientes se ha enfatizado unas veces el tipo de evolución que presentan, otras la edad o la duración del trastorno y otras el tipo de síntomas con que cursa la enfermedad.

En el ámbito salud mental la palabra cronicidad tiene unas claras connotaciones negativas y estigmatizantes, razón por la que la literatura especializada viene utilizando más recientemente el término TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS) para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

Hasta el momento actual, sin embargo, no se han establecido criterios consistentes y homogéneos que definan el TMS y que puedan ser utilizados para determinar su morbilidad y su prevalencia y con ellos cuantificar y planificar unos servicios adecuados (19).

VALORACIÓN DE NECESIDADES DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS).

El modelo de salud mental comunitaria articula la atención a los problemas psiquiátricos y psicosociales de estas personas en su propio entorno sociocomunitario, potenciando el mantenimiento e integración en el contexto familiar y social de la forma más normalizada posible.

Dentro de este modelo, las familias constituyen uno de los principales pilares de soporte y cuidado.

El conocimiento de las necesidades que experimentan las personas con enfermedad mental, así como sus familiares, se hace imprescindible a la hora de planificar y ofrecer una atención comunitaria.

En el campo de la salud mental, habitualmente se habla de necesidad cuando existe una deficiencia en la salud y, más exactamente, cuando hay un déficit que podría ser cubierto, pues se dispone del remedio apropiado.

Algunos autores la definen como la presencia de un problema que interfiere en la evolución, rehabilitación o integración social, por el que se precisa algún tipo específico de respuesta, cuidado o solución (Brewin, Wing, Mangen, Brugha, y MacCarthy, 1987).

En relación con la atención comunitaria, se han definido las necesidades como aquellas condiciones de los individuos que les permiten conseguir, mantener o recuperar un nivel aceptable de independencia social o calidad de vida.

Las necesidades se han evaluado ampliamente a través de diferentes instrumentos, como el Cuestionario de necesidades asistenciales (NCA) (Brewin et al., 1987) o el Cuestionario de Necesidades de Camberwell (CAN) (Phelan et al., 1995) este último el más ampliamente utilizado en los últimos años. (13, 14) (20, 21).

Los cuidados enfermeros deben ir orientados a cubrir las necesidades de las personas con trastorno mental severo en su medio social.

En el artículo 20 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) se dice literalmente que “ las Administraciones sanitarias competentes adecuaran su actuación a los siguientes principios: la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciado los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio que reduzcan al mínimo posible la necesidad de hospitalización”

Las necesidades de las personas con trastorno mental severo se pueden agrupar en:

- Cuidados enfermeros integrales, con especial relevancia de las actividades básicas, avanzadas e instrumentales de la vida diaria.
- Tratamiento, con medidas orientadas a conseguir una correcta adherencia.
- Rehabilitación y apoyo social.

Para satisfacer estas necesidades se propone llevar a cabo un programa de continuidad de cuidados (Yela, 2006)

EL PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

El objetivo general:

Garantizar que a la persona se le proporcionen los cuidados enfermeros, tratamientos, rehabilitación y apoyo comunitario más adecuados a su problema de salud.

Objetivo específicos:

- Definir la población en riesgo de sufrir un grave deterioro de su autocuidado a causa o en relación con un trastorno mental.

- Identificar la población que actualmente vive en instituciones o en condiciones de pérdida de autonomía y que podría recuperarla o adquirirla.
- Tener constancia de la población cuya patología o las insuficiencias en sus sistemas de apoyo familiar y comunitario les impiden hacer un uso adecuado de los servicios que precisan y que se les ofertan.
- Identificar los recursos disponibles para su posible uso en el desarrollo del programa.
- Elaborar y llevar a cabo planes de cuidados enfermeros con aquellas personas que los precisen, coordinando las acciones de las distintas unidades y ejecutando las actuaciones específicas que sean necesarias.

Coordinación de los cuidados:

La enfermera coordinadora o tutora del caso debe mantener la responsabilidad sobre todo el proceso de la continuidad de la atención al paciente, independientemente del recurso o dispositivo en el que se encuentre dentro de la red de salud mental o servicio comunitario.

Áreas que recoge el programa en cada una de sus fases de manera que organiza y planifica el trabajo del profesional:

- Identificación y derivación de pacientes al programa.
- Acogida y enganche.
- Evaluación de necesidades.
- Elaboración del plan de cuidados.
- Intervención.
- Evaluación y control de resultados.

Atención programada:

- Consulta en el centro.
- Consulta en el domicilio.

Atención no programada:

- Atención a demanda.
- Atención urgente.

Actividades de evaluación y programación:

- Derivación de pacientes al programa.
- Acogida y enganche.
- Evaluación de necesidades: Anamnesis, Necesidades relacionadas con sus autocuidados, entorno familiar y vivienda, necesidades relativas al mundo laboral.

Actividades centradas en el caso:

- Elaboración del plan de cuidado: Problema, objetivo, intervención, Profesional, evaluación/tiempo.

Actividades centradas en el entorno:

- Censo de recursos comunitarios: Actualización de todos los recursos y prestaciones en los programas individualizados.
- Coordinación con cada dispositivo
- Coordinación con los recursos sanitarios: Centro de salud, servicio urgencias, servicio hospitalario (22)

VALORACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS).

La valoración, es el proceso de obtener información sobre la persona en su conjunto, no sólo sobre las necesidades o disfunciones que hay que tratar, sino también sobre aspectos físicos, intelectuales, sociales, culturales y espirituales. De acuerdo con **STUART Y SUNDEEN (1995)**, cuanto más completo sea el cuadro, más probabilidades tenemos que sea eficaz el tratamiento.

La valoración es el primer paso de una secuencia que consiste en la recogida de datos que clarifiquen la situación y problemas del usuario. La información y los datos relativos al usuario se obtienen de todas las fuentes posibles.

Se revisan:

- Historias médicas.
- Se realiza una historia de enfermería.
- Mediante la observación al paciente.
- Se intercambian ideas con otros miembros de la familia o amigos.

Con todos estos datos obtenidos podremos crear una imagen del paciente.

El siguiente paso que deberemos realizar es clasificar los datos en áreas relacionadas, e identificar los problemas o las preocupaciones. Se identifica cada problema y se le establece un diagnostico de enfermería. Posteriormente se realiza la fase de planificación (establecimiento de objetivo o resultados esperados e intervenciones a llevar a cabo) (23)

TIPO DE VALORACIÓN EN ENFERMERIA DE SALUD MENTAL.

El tipo de valoración utilizada en una situación dada viene determinado por la naturaleza de la historia del cliente, por los problemas actuales y por otras necesidades individuales. Como señala **JOHNSON (2000)**, es importante utilizar un formato estandarizado para el registro de los datos, aunque manteniendo cierta flexibilidad.

Johnson (2000) habla de una valoración amplia, una valoración focalizada y una valoración selectiva (uso de un instrumento o protocolo específico para detectar un problema concreto).

Gordon propone cuatro tipos de valoración:

- Valoración inicial.
 - Valoración de un problema focalizado.
 - Valoración después de un gran período de tiempo.
 - Valoración de urgencia.
-
- Valoración amplia: Suele ser la valoración inicial excepto en casos de urgencias. El propósito es valorar el estado de salud del cliente, identificando cualquier problema o disfunción que pueda presentar para posteriormente establecer un plan terapéutico.

Incluye una historia de enfermería psicosocial y cultural completa, exploración física, e información general sobre el cliente en base a criterios a través de los cuales serán evaluados los cambios.

- Valoración focalizada: Aquí lo que se valorara es la presencia o ausencia de problemas o diagnósticos particulares, anticipar nuevos problemas y alertar sobre problemas olvidados o no descubiertos y problemas erróneos. En este caso la información debe de estar estructurada usando parámetros del problema, generalmente consensuados como diagnósticos de enfermería o problemas de salud con la intervención enfermera.
- Valoración continuada (o revaloración después de un periodo de tiempo): Evaluar los cambios en los problemas detectados y en los patrones funcionales del cliente, así como la aparición de nuevos problemas o patrones disfuncionales.
- Valoración de urgencia: En estos casos el propósito se centra en:
 - 1) Identificar la situación como urgente o no urgente.
 - 2) Determinar rápidamente la naturaleza de la emergencia.
 - 3) Intervenir rápidamente.

Posteriormente la valoración podría ser enfocada como una valoración amplia y/o un problema focalizado (23)

Otra manera de obtener la información es mediante la Anamnesis y exploración del enfermo psiquiátrico.

- Historia psiquiátrica: Es la primera entrevista aquí es donde obtendremos la información sobre los síntomas del paciente, sus particularidades caracterológicas y a naturaleza de aquellos estreses presentes y pasados que puedan jugar un papel en el desarrollo de la enfermedad actual. Esta información será comunicada espontáneamente por el paciente, bien de forma directa o bien indirectamente.

La información necesaria será obtenida sólo mediante la intervención del entrevistador, que ha de guiar insensiblemente al paciente hacia los temas de interés son desvelados mediante un gesto, una duda o un balbuceo.

El paciente psiquiátrico puede ser hipersensible a las más tenues ofensas.

Aunque la anamnesis debe proseguir un curso adaptado a las necesidades del enfermo.

Los temas dejados para el final de la entrevista suelen, casi invariablemente, ser los más delicados, y, con frecuencia, la clave para comprender el estado actual del enfermo.

- Identificación: Es aconsejable iniciar la entrevista asegurándose de que el paciente está al corriente de nuestro nombre y especialidad.
- Historia de la enfermedad actual.
- Historia clínica anterior: Determinar cuándo fue el paciente visto por primera vez por un trastorno psiquiátrico, que tratamiento recibió y diagnóstico establecido.
- Historia familiar:
- Cultura familiar: Es el conjunto de ideas, actitudes, modos de relacionarse dentro y fuera de la familia, y la imagen que la familia, de común acuerdo, trata de proyectar en el mundo exterior.
- Historia personal: Biografía del paciente, tomada no solamente desde el punto de vista actual, sino también y sobre todo, desde el punto de vista de su vivencia íntima frente a los hechos.
- Desarrollo: Educación, Trabajo, Sexualidad, Matrimonio y familia, Actividades sociales, Hábitos de vida, Religión, Situación económica, Situación social. Modo de vida.

Examen clínico psiquiátrico: Consiste en la investigación y registro de signos de enfermedad mental, rasgos de carácter y pautas de conducta.

- Aspecto y actitud general.
- Motricidad y lenguaje.
- Estado emocional.
- Inteligencia.
- Aspectos formales del pensamiento.
- Contenido del pensamiento
- Percepción.
- Voluntad.
- Consciencia y sensorio.
- Comprensión de su enfermedad (24, 25)

MODELOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.

Los modelos de enfermería pueden considerarse como marcos de referencia que proporcionan directrices que guían la práctica de la enfermería. Entre los distintos modelos existentes, los de Henderson, Peplau, Roy, etc.,

El modelo de Peplau está influenciado por la teoría interpersonal de Sullivan y la teoría de las necesidades de Maslow. El modelo considera de importancia fundamental la comprensión del propio comportamiento de la enfermera en su relación con el paciente, analizando los procesos inconscientes que influyen en sus actuaciones. Basada fundamentalmente en las ideas de Sullivan en lo referente al impulso innato del ser humano a la salud, Peplau tiene una idea de la humanidad optimista y respetuosa; supone que los pacientes saben lo que necesitan, aun cuando necesiten ayuda para ser conscientes de sus necesidades.

Para Peplau, *"la enfermería es un concepto interpersonal terapéutico y significativo. Funciona en cooperación con otros procesos humanos que posibilitan la salud de los individuos en las comunidades. La enfermería es un proceso educativo, una fuerza destinada a promover el avance de la personalidad hacia la consecución de una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva"*.

Para lograr esa relación terapéutica y educativa la enfermera cumple diferentes roles a lo largo del proceso de interacción con el individuo. Las seis funciones de la enfermera según Peplau son:

- La enfermera como persona extraña. La relación con cada enfermo es diferente y debe basarse en el respeto mutuo. Considera que los pacientes no deben ser clasificados de antemano para evitar entorpecer el desarrollo de las buenas relaciones.

- La enfermera como persona recurso. La enfermera proporciona respuestas específicas a preguntas formuladas en relación a un problema mayor.
- La enfermera como maestra. Se trabaja a partir del nivel de conocimiento que tiene el individuo hasta el nivel que en realidad necesita tener. Se desarrolla a lo largo de toda la interacción.
- La enfermera como líder. Dentro de un contexto de enfermería democrática, como la que propugna Peplau, el líder fomenta la participación y la cooperación de los distintos miembros implicados. En la relación terapéutica se establece una dinámica de cooperación en la que cada uno de los miembros toma conciencia de su propia responsabilidad.
- La enfermera como asesora. Para Peplau, es el rol más importante de la enfermera psiquiátrica. El arte de aconsejar requiere tacto y delicadeza, utilizando la comunicación verbal y no verbal como recursos imprescindibles. El asesoramiento se entiende como el proporcionar al enfermo la oportunidad de tomar sus propias decisiones basadas en informaciones concretas. La función principal de asesoramiento consiste en facilitar a los individuos que aprendan recreando, experimentando y contemplando las dificultades desde otra perspectiva nueva y diferente, lo cual permitirá al paciente descubrir sus problemas, expresándolos en lugar de suprimirlos o distorsionarlos.
- La enfermera como sustituta. La enfermera puede llegar a ser vista por el paciente como una figura sustitutoria de alguien. Es importante definir las áreas de dependencia, independencia e interdependencia.

Peplau, a su vez, establece cuatro fases en la relación interpersonal:

- **Orientación:** durante esta fase la enfermera explica la naturaleza y propósito de la relación, su propia misión y las responsabilidades de la persona que presenta una necesidad percibida y busca ayuda.
- **Identificación:** en esta fase el paciente tiende a identificarse con determinados rasgos de la enfermera. La identificación positiva facilita la acción terapéutica, mientras que la identificación negativa requiere el establecimiento de estrategias de actuación, de manera que permitan al paciente modificar esos sentimientos y sustituirlos por otros que le ayuden a afrontar su situación.
- **Aprovechamiento o explotación:** el paciente intenta obtener el máximo beneficio de la relación. La enfermera debe intentar comprender lo que motiva este tipo de conductas explotadoras que entorpecen la relación entre la enfermera y el paciente.
- **Resolución:** es la última etapa de la relación interpersonal. El paciente y la enfermera revisan los aspectos más destacados de la relación y los progresos conseguidos, especialmente la superación de la identificación y los progresos conseguidos en la fase de explotación.

La finalidad de la relación enfermera paciente es hallar una solución al problema presentado y fomentar el desarrollo de los participantes en la relación. Ambos participan por igual en el proceso, utilizándose la teoría del aprendizaje como base de la intervención.

El respeto por el paciente y la confianza en él es un principio esencial de la teoría interpersonal, que también es importante en otras áreas de la enfermería. En todo proceso asistencial es esencial la relación establecida con el paciente, no tanto por lo que hagan ambos participantes sino por la forma en que la enfermera hace uso terapéutico de su propio yo.

Peplau desarrolló la idea de Sullivan de que lograr la ausencia de ansiedad es la principal motivación del ser humano

También como Sullivan, establece para la ansiedad cuatro niveles continuos que van de la ansiedad leve al pánico. El continuum de ansiedad es útil para comprender los efectos constructivos y destructivos de la ansiedad en la conducta de relación, al tiempo que proporciona la base para la comprensión de la resolución de conflictos en cada momento del proceso (26)

ESCALAS DE VALORACIÓN

En la actualidad nos encontramos con diversas escalas diseñadas para ejercitar la valoración del paciente en la salud mental. Haciendo una búsqueda bibliográfica sobre las diferentes escalas, recalco aquellas más conocidas e utilizadas en la actualidad, y que se adaptan más a mi prototipo de paciente.

A continuación, propondré una adaptación mejorada (según mi criterio) de la escala más completa diseñada para analizar el cuidado del paciente psiquiátrico severo.

- Escala de valoración Psiquiátrica de Hamilton (se utiliza para la evaluación de la depresión). Anexo 1
- PANSS (Escala del síndrome positivo y negativo de los delirios) Utilizado en trastornos esquizoides. (28) Anexo 2
- Escala breve Evaluación Psiquiátrica (test BPRS). Dicha escala se utiliza para la efectividad del tratamiento farmacológico en pacientes psicóticos. También se utiliza para el diagnóstico y clasificación del trastorno. (27) Anexo 3
- ICG (Escala impresión clínica global) Salud mental. Se trata de una escala descriptiva que nos informa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio experimentado por el paciente, respecto al cambio basal. Anexo 4
- Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana (LSP). Esta escala la utilizaremos en un paciente cuya patología psiquiátrica crónica se encuentra en fase de estabilización. Anexo 5
- Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) Salud Mental. Anexo 6
- Escala de valoración de la no conciencia de enfermedad mental (SUMD). Anexo 7

- Escala valoración de los niveles de Atención residencial para personas con Trastorno mental severo (TMS) (Enar- CPB) (29). Anexo 8
- Planes de cuidados enfermeros. (Valoración de Enfermería de salud mental) (30). Anexo 9

No obstante, de dichas escalas, para mí, la más completa es la escala utilizada en Extremadura sobre la valoración de enfermería de Salud Mental **(ANEXO 1)** Dicha escala aborda todos los patrones funcionales de la persona, adaptadas a un modelo de vida orientado a las necesidades que puede tener un paciente psiquiátrico.

Esta escala es utilizada por enfermeras especializadas en salud mental en un centro especializado.

PROPUESTA DE MEJORA

Como he comentado con anterioridad, con la escala escogida (ya explicada anteriormente), propongo habilitar ciertas modificaciones, para así detectar de manera más específica las necesidades y/o carencias que puede presentar nuestro paciente. [Las mejoras se especifican en azul.](#)

DATOS GENERALES

Nombre

Apellidos

HC.....

Fecha de valoración

Fecha nacimiento Ciudad

Domicilio.....

Telf. De contacto

Familiar referente.....

Telf. De contacto

Centro AP..... Médico AP.....

Enfermera referente AP.....

Psiquiatra referente

Enfermera referente..... ESM

PATRÓN DE PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

Aspecto General

(vestido/arreglo personal):

Adecuado

Descuidado

Extravagante

Exagerado

Meticuloso

Otros

Higiene personal:

- Adecuada
- No adecuada
- Mal olor corporal

Higiene bucal:

- Adecuada
- No adecuada (especificar)

Conciencia de Enfermedad:

- Sí
- No

Conocimiento de su enfermedad:

- Excelente
- Aceptable
- Escaso
- Nulo

Actitud y comportamiento frente a su enfermedad:

- Aceptación
- Rechazo
- Reivindicativo
- Sobrevalorado
- Indiferente

Pautas/recomendaciones terapéuticas:

- Seguimiento correcto
- Seguimiento incorrecto

Conocimiento del tratamiento farmacológico (dosis/efectos):

- Sí
- No
- Escaso

Toma de medicación:

- Autónomo
- Dependiente
- Parcialmente dependiente

Conocimientos efectos secundarios medicación:

- Sí
- No

Acude a las revisiones:

- Sí
- No
- A veces

Alergias conocidas:

- No
- Sí
(especificar).....
.

Consumo de Tóxicos/sust no prescritas:

- Sí
- No

	EDAD INICIO	DOSIS DIA (últ. visita)	DOSIS ACTUAL
Cafeína/teína			
Tabaco			
Alcohol			
Cocaína			
Heroína			
Anfetaminas			
Cannabinoides			
Benzodiacepinas			

PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

Peso:kg **Talla:**m

Nº comidas al día:

.....

IMC:

Líquido (cantidad y tipo):

..... l/ día

Bajo peso

Peso normal

Sobrepeso

Obesidad

Hábitos

alimentación:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signos de deshidratación:

.....

.....

Preferencias alimentarias:

.....

.....

.....

.....

.....

Ingesta de alimentos:

La habitual

Aumentada

Disminuida

Percepción del estado nutricional:

Apetito:

Normal

Aumentada

Disminuida

Adecuado

No adecuado

(especificar):.....

.....

Vómitos:

- Provocados
- No provocados

Comer de forma compulsiva.

- Sí
- No

Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrados.

- Sí
- No

Hábitos, opiniones e historia familiar respecto a la comida.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Eliminación Intestinal:

Frec:

Características:

Malestar:

Patrón habitual de la persona:

.....

.....

.....

Laxantes:

- Sí
- No

Tipo:

Frec:

Eliminación Vesical:

Frec:

Características:

Malestar:

Patrón habitual de la persona:

.....
.....
.....

Diuréticos:

Sí

No

Tipo:

.....
.....

Frec:

.....
.....

Eliminación cutánea:

Adecuada

Escasa

Abundante

PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

TA: T°C:.....

FC:..... FR:.....

¿Realiza ejercicio físico habitualmente?

Sí

No

Ejercicio físico que

realiza:.....

Frec:

Intensidad:

Factores que lo aumentan o disminuyen:

.....
.....

Caract. del comportamiento motor:

- Controlable
- Limitante
- Incapacitante

Alteraciones de la movilidad:

- No
- Sí
(especificar).....
- Parcial
(especificar).....
- Total

Sentimiento respecto a esto:

- Aceptado
- Afectado
- Indiferente

PATRÓN SUEÑO-DESCANSO

Horas sueño nocturno: de.....h. ah.

Otros descansos:

Problemas de sueño:

- Al inicio
- Interrumpido
- Despertar temprano

Autonomía para las AVD's:

- Total
- Parcial (especificar en cuales precisa de ayuda).....
- Dependiente para las AVD's

Frecuencia (higiene):

- Diaria
- Semanal
- Otras (especificar)

Hábitos no saludables relacionados:

- Dormir con ropa de calle
- Fumar dentro de la habitación

Nivel de actividad alto antes de dormir

Consumo de sustancias estimulantes

Otros (especificar)

Mecanismos para combatir el insomnio:

.....

Tratamiento:

Sí (especificar fármaco, dosis y horario):

.....

No

PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL

Expresión Facial:

- Tensa
- Relajada
- Alegre
- Triste
- Enfadada

Mantiene la mirada:

- Sí
- No

Conducta motora:

- Adecuada al contexto
- Inquietud
- Temblores
- Agitación

Inhibida

Manierismo

Estereotipia

Reacciones extra piramidales (especificar).....

Estado del nivel de conciencia:

- Normal
- Hipervigilia
- Letárgica

Otros datos de interés.....

Atención:

- Adecuada
- Fluctuante
- Inatención

Orientación (espacio-tiempo-persona):

- Normal
- Alterada

Alteraciones perceptivas:

- Alucinaciones (descripción)

.....

- Ilusiones

Alteraciones de la memoria:

- No
- Memoria corto plazo
- Memoria largo plazo

Estado cognitivo:

- No alterado
- Alterado (especificar).....

Curso del pensamiento:

- Normal
- Taquipsiquia
- Bradipsiquia
- Fuga de ideas
- Bloqueo del pensamiento

Contenido del pensamiento

- Normal
- Ideas sobrevaloradas
- Ideas obsesivas
- Ideas fóbricas
- Ideas delirantes
- Descripción de la alteración

Expresión del lenguaje:

- Mutismo
- Estereotipias

Ritmo:

- Bradifemia
- Taquifemia
- Disfemia

Tono y modulación:

Percepción del dolor:

- Sí
- No

Otros datos de interés:

.....

.....

.....

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Contacto:

- Depresivo
- Psicótico
- Neurótico
- Caracterial

Tonalidad afectividad:

- Agradable
- Desagradable
- Indiferente

Reactividad emocional:

- Adecuada al contexto
- Pobreza de sentimientos
- Expansión afectiva

Percepción de la imagen corporal:

- Aceptación
- Rechazo
- Otros

Autodescripción de sí mismo/ valoración capacidades (autoestima)

- Ajustada a la realidad
- Sobrevaloración
- Exageración errores y desgracias
- Otros

Valoración de sus sentimientos

- Inferioridad
- Rabia
- Ruina
- Tristeza
- Culpabilidad
- Impotencia

- Depresión
- Ansiedad
- Superioridad

Ideas de suicidio:

- Sí
- No

Conducta autoagresiva:

- Sí
(motivo).....
.....
.....
- No

Sí (a quién).....
.....

No

Conducta heteroagresiva:

PATRÓN DE ROL-RELACIONES

Relaciones familiares:

- Sí sin problemas de interés
- Problemas por enfermedad
- Desestructuración familiar**

Conflictividad familia

- Violencia física**
- Violencia psicológica**
- Violencia sexual**
- Otros**

Percepción de la relación:

- Satisfactoria
- Insatisfactoria

Culpabilidad

Tristeza

Impotencia

Rabia

Sentimientos respecto a dicha relación:

- Ansiedad
- Miedo

Superioridad

Inferioridad

Seguridad

Otros

Estructura familiar/Genograma:

Reacción de la familia a la enfermedad / equipo:

- Preocupación
- Apoyo
- Tranquilidad
- Culpa
- Desinterés
- Ansiedad
- Otros (especificar)

Relaciones sociales:

- Si
- No

Participa en actividades sociales o culturales:

- Sí (especifica)
- No

Participa en actividades de ocio y tiempo libre

- Sí (especifica)
- No

Realiza terapia de grupo

- Sí (Tipo, frecuencia y motivación)
- No

Conflictividad en la integración escolar/ relaciones:

- Sí
- No

Percepción de las relaciones extrafamiliares:

- Satisfactorias
- Insatisfactorias

Relación laboral/escolar:

- Sí problemas de interés
- Problemas que requieren atención

Trabaja:

- Sí (profesión):
- No

Estudia:

- Sí (especifica)
- No

Pensión:

- Sí (especificar):
.....
- No

Percepción relaciones:

- Satisfactoria
- Insatisfactoria (motivo)

PATRÓN SEXUAL-REPRODUCCIÓN

Valoración de la actividad sexual:

- Satisfactoria
- Insatisfactoria
- Indiferente

Medidas anticonceptivas y prevención de las ETS:

- Conocimientos
- Sí
- No

Aumento/disminución de la libido:

- Hipersexualidad
- hiposexualidad

Utilización:

- Sí (especificar):
.....
.....
- No

Menstruación:

- Sí
- No

Amenorrea:

- Sí
- No

Ciclo menstrual

- Regular
- Irregular (últimos 3 meses)

Dismenorrea:

- Sí
- No

Menopausia:

- Sí

- No

Revisión ginecológica anual:

- Sí
- No

Problema disfunción eréctil:

- Sí
- No

Motivo:

- Consumo sustancias
- Siempre
- Puntual

Toma algún fármaco:

- Sí (cúal, frecuencia , tipo, dosis)
- No

PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Control de tensión/ansiedad:

- Controlado
- Alteración temporal
- Alteración permanente

Dificultad de adaptación en el ámbito:

- Familiar

- Laboral
- Social

Mecanismos habituales de adaptación/control:

- Somatización
- Inhibición
- Hiperactividad

Duelo:

Sí

No

PATRÓN VALORES Y CREENCIAS

Valores y creencias importantes en su vida:

.....
.....
.....
.....

Valores y creencias importantes en su historia familiar:.....

.....
.....
.....

Aspectos personales que desea sean tenidos en cuenta:.....

.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

Fecha:.....

Enfermera referente:

Firmado:

CONCLUSIONES

Para concluir cabe destacar que en los últimos años ha habido una evolución significativa tanto en la salud mental como en la enfermería.

En épocas antigua se consideraba que el origen de estas enfermedades eran provocadas por influencias de demonios u otros espíritus de carácter religioso o mágico.

Dentro de esta evolución hay un cambio significativo, especialmente en el trato a los enfermos mentales, ya que pasan de ser personas internadas en manicomios y aislados de la sociedad a ser integrados en ella y a ser tratados no como a “locos” si no como personas con una enfermedad mental.

A causa de las necesidades que los pacientes psiquiátricos mostraban cuando eran dados de altas y expuestos a la sociedad surge la enfermera comunitaria, figura muy importante para el nexo de unión del paciente y la comunidad.

Esta enfermera ha ido evolucionando y especializándose teniendo un perfil, unas características y unas funciones muy específicas.

Haciendo un recorrido en la historia de la enfermería, la salud mental y la creación de la figura de la enfermera comunitaria, observo la necesidad de crear escalas de valoración para este tipo de pacientes.

Con estas escalas lo que se pretende es valorar las necesidades o carencias que presentan estos enfermos e intentar poder cubrirlas.

Haciendo una revisión bibliográfica de las escalas más utilizadas en esta enfermedad observo que todas van dirigidas a patologías concretas como puede ser la depresión, la esquizofrenia... Pero no hay ninguna específica dirigida al paciente con TMS en la comunidad.

Aunque de todas las escalas cabe destacar la de Extremadura que es en la que me centro para mi mejora ya que considero que es la que más se ajusta a este tipo de paciente y a sus necesidades.

Esta escala se utiliza en el Centro der Salud Mental de Adultos (CSMA) en este centro tratan a pacientes ya insertados en la comunidad y aquí es donde les hacen el seguimiento durante el tiempo que sea necesario.

En este centro las enfermeras son todas especializadas en salud mental.

Una vez vista la escala he propuesto una mejora que son incluyendo algunos ítems que he observado y he creído que serían importantes y que no están reflejados o retirando algunos ítems que yo he considerado no necesarios.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dar las gracias a todas aquellas personas que han hecho posible la realización de este trabajo.

En primer lugar agradecer a mi tutora Cecilia la dedicación y paciencia que ha sido mucha, ya que seguramente sin ella este trabajo no hubiera podido ser posible.

Otras personas a las que me gustaría agradecer su dedicación, ayuda y apoyo incondicional es a mis grande amigas Elvira, Marta y Andrea que han sido un pilar fundamental para la realización de este trabajo.

Han sido meses y años muy duros pero que he podido superar gracias al apoyo incondicional y confianza que ellas han depositado en mí.

Por todo ello solo puedo decir gracias y que mi triunfo en definitiva es vuestro triunfo.

BIBLIOGRAFIA

1. Megias F. Concepto de salud mental: el rol de la enfermera. Difusion Avances de Enfermeria (DAE). 2009:332-47.
2. (AMAFE.ORG). Evolución de la atención psiquiátrica. Página web. [Consultado el: 22-04-2015]. Disponible en: <http://www.amafe.org/que-es-la-esquizofrenia/evolucion-de-la-atencion-psiquiatrica/>.
3. Boletín Oficial del Estado (BOE) Programa oficial de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. 2010. Página web. [Consultado el: 15-12-2014]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf>.
4. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ministerio de sanidad y consumo. 1998. Página web. [Consultado el: 15-12-2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/EnfermeriaSaludMental.pdf>.
5. Siles J. Historia de la enfermería comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. Index de Enfermería. 1999;24-25:25-31.
6. Megías-Lizancos F, Serrano M. Enfermería en psiquiatría y salud mental. 2 ed. España: Ediciones DAE; 2009.
7. Malvárez S. Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de la enfermería. Difusión Avances de Enfermería. 2011.
8. Megías-Lizancos F, Serrano M. Enfermería en psiquiatría y salud mental. 2 ed. España: Ediciones DAE; 2009.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Qué es la salud mental?. Página web. [Consultado el 16-12-2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>.

10. Caminero P, Castelo C. Manual de procedimiento de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. Planificación estratégica: Servicio Madrileño de Salud: 2010/2011. Página web. [Consultado el: 19-12-2014]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/file_Enfermer_a_Salud_Mental_7460474877257109962.pdf.
11. Darias S. Enfermería Comunitaria. 2 ed. España: Ediciones DAE; 2009.
12. Junta de Andalucía. 1 de cada 4 personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida. Página web. [Consultado el: 21-11-2014]. Disponible en: <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/>.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mental Health: facing the challenges, building solutions. 2005. Página web. [Consultado el: 21-11-2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf.
14. Espino A. Difusión de la estrategia en salud mental del Sistema Nacional de salud y formación a profesionales. Ministerio de Sanidad. 2014.
15. Parlamento Europeo. Resolución sobre "Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Union Europea en materia de salud mental". 2006. Página web. [Consultado el: 21-12-2014]. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+XML+V0//ES>.
16. Campo M. Enfermería comunitaria. 2 ed. España: Ediciones DAE; 2009.
17. Zabalegui A. El rol del profesional en enfermería. Aquichan. 2003.
18. Megias F, Pacheco G. Intervenciones Enfermeras en el ámbito de la salud mental comunitaria. Difusión Avances de enfermería (DAE). 2009:350-67.

19. Gisbert C. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo Situación actual y recomendaciones. Página web. [Consultado el: 20-04-2015]. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos6.pdf>.
20. Zúniga A, Navarro J, Lago P, Olivas F, Muray E, Crespo M. Evaluación de necesidades en pacientes psiquiátricos graves. Un estudio comunitario. Actas Esp Psiquiatr. 2013;41(2):115-21.
21. Guillem A, Muñoz M. Variables asociadas a las necesidades psicosociales de personas con enfermedad mental grave usuarias de servicios comunitarios y de sus cuidadores familiares. 2011;7:15-24.
22. Carretero J, Megias F. Continuidad de cuidados en personas con trastorno mental severo. Difusion avances de enfermería (DAE). 2010:133-43.
23. Fornés J. El Proceso de valoración en enfermería de salud mental. Psiquiátríacom. 2001;5(2).
24. González de Rivera J, Vela A, Arana J. Anamnesis y exploración psiquiátrico. Manual de Psiquiatría. 1980.
25. Thomas E, Nadal M. Entrevista psiquiátrica en atención primaria. Semergen. 2002;28(4).
26. Rodríguez F, Hernández A, Rodríguez A. Salud Mental comunitaria. Difusión Avances de Enfermería. 2009:944-53.
27. Overall JE, Gorham DR. Escala Breve de evaluación psiquiátrica. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Psychol Rep. 1962;10:799-812.
28. Robles R, Páez F. Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). Salud Mental. 2003;26 (1).
29. Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Ruiz B, Vegué J. Validación de la Escala de valoración de los niveles de atención residencial, para personas con trastorno mental severo (ENAR-CPB). Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2012;32(115).

- 30.** Franco A, González E, Cano I, Domínguez I, Flores I, Salgado J, Miguel P, Marcos V. Planes de cuidados enfermeros em salud mental. Servicio Extremeño de salud.

ANEXOS

ANEXO1

Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0 puntos - Ausente.

1 punto - Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.

2 puntos - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.

3 puntos - Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.

4 puntos - El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

Sensación de culpabilidad

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 puntos - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3 puntos - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4 puntos - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

Idea de suicidio

0 puntos - Ausente.

1 punto - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.

2 puntos - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.

3 puntos - Ideas o amenazas de suicidio.

4 puntos - Intentos de suicidio.

Insomnio precoz

0 puntos - Ausente.

1 punto - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2 puntos - Dificultades para dormirse cada noche.

Insomnio medio

0 puntos - Ausente.

1 punto - El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2 puntos - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

Insomnio tardío

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.

2 puntos - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

Problemas en el trabajo y actividades

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.

2 puntos - Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.

3 puntos - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

4 puntos - Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

0 puntos - Palabra y pensamiento normales.

1 punto - Ligeramente retrasado en el diálogo.

2 puntos - Evidente retraso en el diálogo.

3 puntos - Diálogo difícil.

4 puntos - Torpeza absoluta.

Agitación

0 puntos - Ninguna.

1 punto - "Juega" con sus manos, cabellos, etc.

2 puntos - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

Ansiedad psíquica

0 puntos - No hay dificultad.

1 punto - Tensión subjetiva e irritabilidad.

2 puntos - Preocupación por pequeñas cosas.

3 puntos - Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4 puntos - Terrores expresados sin preguntarle.

Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como:

- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.
- Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.
- Respiratorios: hiperventilación, suspiros.
- Frecuencia urinaria.
- Sudoración.

0 puntos - Ausente.

1 punto - Ligera.

2 puntos - Moderada.

3 puntos - Grave.

4 puntos - Incapacitante.

Síntomas somáticos gastrointestinales

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.

2 puntos - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

Síntomas somáticos generales

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.

2 puntos - Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Débiles.

2 puntos - Graves.

3 puntos - Incapacitantes.

Hipocondría

0 puntos - No la hay.

1 punto - Preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 puntos - Preocupado por su salud.

3 puntos - Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.

4 puntos - Ideas delirantes hipocondríacas.

Pérdida de peso (completar sólo A o B)

A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

0 puntos - No hay pérdida de peso.

1 punto - Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.

2 puntos - Pérdida de peso definida según el enfermo.

B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)

0 puntos - Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).

1 punto - Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).

2 puntos - Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).

Insight (conciencia de enfermedad)

0 puntos - Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1 punto - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2 puntos - Niega estar enfermo.

El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro

Puntuación total

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	estado normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

ANEXO 2

Tabla 1 Modelos factoriales de la PANSS e ítems que componen cada factor

Ítems de la PANSS	Bell	Lançon	Lykouras	Mass	Wolthaus	Whitehorn	Emsley	Klingberg	Van der Gaag		
	et al (1994)	et al (1998)	et al (2000)	et al (2000)	et al (2000)	et al (2002)	et al (2003)	et al (2006)	et al (2006)	A	B
P1. Delirios	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
P2. Desorganización conceptual	5	2	5	5	5	5	5	5	1	5	
P3. Comportamiento alucinatorio	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
P4. Excitación	3	3	3	3	3	3	3	Exc	3	3	
P5. Grandiosidad	2	2	2	3	2	2	2	Exc	2/3	2	
P6. Susplicacia/perjuicio	2	2	2	Exc	2	2	2	2	2/4	2	
P7. Hostilidad	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
N1. Embotamiento afectivo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
N2. Retraimiento emocional	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
N3. Contacto pobre	1	1	1	1	1	1	1	1	1/3	1	
N4. Retraimiento social	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
N5. Dificultades en el pensamiento abstracto	5	5	5	5	5	5	5	5	1/2	5	
N6. Ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
N7. Pensamiento estereotipado	5	Exc	5	Exc	5	5	5	5	5	5	
G1. Preocupaciones somáticas	2	4	3	Exc	2	4	4	Exc	1/3	Exc	
G2. Ansiedad	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
G3. Sentimientos de culpa	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
G4. Tensión motora	5	3	3	3	4	4	4	Exc	3/4	4	
G5. Manierismos y posturas	5	Exc	5	3	Exc	Exc	5	5	5	Exc	
G6. Depresión	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
G7. Retardo motor	1	1	1	Exc	1	1	1	1	1	1	
G8. Falta de colaboración	3	3	3	3	4	3	3	Exc	1/3	3	
G9. Inusuales contenidos del pensamiento	2	2	2	2	2	2	2	2	2/5	2	
G10. Desorientación	Exc	5	5	Exc	5	Exc	5	Exc	5	5	
G11. Atención deficiente	5	Exc	5	5	5	5	5	5	5	5	
G12. Ausencia de juicio e introspección	5	Exc	2	Exc	2	5	2	2	2/5	Exc	
G13. Trastornos de la volición	1	Exc	1	Exc	5	5	1	5	1/	Exc	
G14. Control deficiente de impulsos	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	
G15. Preocupación	1	Exc	1	Exc	2/5	5	5	Exc	4/5	Exc	
G16. Evitación social activa	4	1	3	1	1	Exc	1	1	1/2/3/4	1	

Factores: 1 = negativo, 2 = positivo, 3 = excitación, 4 = ansiedad/depresión, 5 = desorganización/cognitivo.

A: modelo de Van der Gaag con 30 ítems.

B: modelo de Van der Gaag con 25 ítems.

Exc: ítem excluido en el modelo factorial del estudio.

ANEXO 3

Identificación

Fecha

Comenzar todas las preguntas con la frase “Durante la semana pasada Ud...”

1.- PREOCUPACIÓN SOMÁTICA:

Grado de preocupación sobre la salud corporal actual. Calificar el grado al cual el paciente percibe problemas de salud física, reales o no. No califique el relato de los síntomas somáticos sino sólo la inquietud por estos problemas (reales o imaginados). **Calificar los datos que relata el paciente (subjetivos) referidos a la semana previa.**

1 = No informado

2 = Muy leve: en ocasiones le preocupa su cuerpo, síntomas o la enfermedad física

3 = Leve: preocupación moderada en ocasiones o ligera con frecuencia

4 = Moderada: preocupación intensa en ocasiones o moderada a menudo

5 = Moderada grave: con frecuencia muy preocupado

6 = Grave: muy preocupado la mayor parte del tiempo

7 = Muy grave: muy preocupado casi todo el tiempo

9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o

evasividad/ defensa acentuada; o No se evalúa

2.- ANSIEDAD:

Inquietud, miedo o preocupación excesiva por el presente o futuro. **Calificar sólo en base al relato verbal de la experiencia subjetiva del paciente durante la última semana.** No inferir ansiedad a partir de signos físicos o mecanismos de defensa neuróticos. No calificar si la inquietud se restringe al campo somático.

1 = No informado

2 = Muy leve: en ocasiones se siente un poco ansioso

3 = Leve: ansiedad moderada en ocasiones o ligera con frecuencia

4 = Moderada: ansiedad intensa en ocasiones o moderada con frecuencia

5 = Moderada grave: ansiedad intensa frecuente

6 = Grave: ansiedad intensa la mayor parte del tiempo

7 = Muy grave: ansiedad intensa casi permanente

9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o

evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa.

3.- AISLAMIENTO EMOCIONAL:

Problemas para relacionarse con el entrevistador y con la situación. Los signos manifiestos de esta deficiencia consisten en contacto visual pobre/ausente, incapacidad para orientar su cuerpo hacia el entrevistador y falta general de compromiso o participación en la entrevista. Diferenciar de AFECTO

APLANADO, en el que se califican los déficits de la expresión facial, gestos y patrón de la voz.

Calificar sobre la base de las observaciones durante la entrevista.

1 = No observado

2 = Muy leve: en ocasiones mantiene poco contacto visual

3 = Leve: igual que el anterior, pero más frecuente

4 = Moderado: poco contacto visual, pero parece comprometido en la entrevista y responde en forma apropiada a todas las preguntas

5 = Moderado grave: mira el suelo o se orienta lejos del entrevistador, pero con un compromiso moderado

6 = Grave: igual que el anterior, pero más persistente

7 = Muy grave: aspecto “distanciado” o “fuera” (ausencia total de implicación emocional), con una falta de compromiso notoria con la entrevista (NO CALIFICAR SI SE DEBE A DESORIENTACIÓN)

2/7

BPRS

4.- DESORGANIZACION CONCEPTUAL:

Grado de incomprendibilidad del discurso. Incluye todo tipo de trastorno formal del pensamiento (por ej., asociaciones inconexas, incoherencia, fuga de ideas, neologismos). NO incluya circunstancialidad o discurso apresurado, aun cuando estas características sean acentuadas. NO califique sobre la base de las impresiones subjetivas del paciente (por ej.: mis pensamientos están acelerados. No puedo mantener una idea, 'Mis Ideas están mezcladas').

Calificar SÓLO sobre la base de las observaciones durante la entrevista.

1 = No observado

2 = Muy leve: cierto grado de vaguedad, pero de dudosa relevancia clínica

3 = Leve: vaguedad frecuente, pero la entrevista puede progresar en forma lenta; falta de conexión ocasional de las asociaciones

4 = Moderada: declaraciones irrelevantes en ocasiones, uso infrecuente de neologismos o falta de conexión moderada de las asociaciones

5 = Moderada grave: igual que el anterior, pero más frecuente

6 = Grave: trastorno formal del pensamiento durante la mayor parte de la entrevista, que transcurre de manera muy forzada

7 = Muy grave: se obtiene muy poca información coherente

5.- SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD:

Preocupación excesiva o remordimientos por conductas del pasado.

Calificar sobre la base de las experiencias subjetivas de culpabilidad descritas por el paciente relativas a la semana anterior. No inferir esos sentimientos a partir de depresión, ansiedad o defensas neuróticas.

1 = No informado

2 = Muy leve: culpabilidad ligera en ocasiones

3 = Leve: culpabilidad moderada en ocasiones o se siente algo culpable con frecuencia

4 = Moderada: siente culpa intensa en ocasiones o moderada con frecuencia

5 = Moderada grave: se siente muy culpable con frecuencia

6 = Grave: culpa intensa la mayor parte del tiempo o delirio de culpa encerrado

7 = Muy grave: sufre sentimientos de culpa constantes o delirios de culpa persistentes

9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa.

6.- TENSIÓN:

Calificar inquietud motora (agitación) observada durante la entrevista.

NO calificar sobre la base de las experiencias subjetivas que relata el paciente. No considere supuesta patogenia (por ej.: discinesia tardía)

1 = No observado

2 = Muy leve: inquieto en ocasiones

3 = Leve: inquieto con frecuencia

4 = Moderada: inquieto en forma permanente o a menudo está inquieto, se retuerce las manos y se tira de la ropa

5 = Moderada grave: se mueve, se retuerce las manos y se tira de la ropa en forma permanente

6 = Grave: no puede permanecer sentado (va de un lado a otro)

7 = Muy grave: deambula de manera frenética

3/7

BPRS

7.- MANERISMO Y POSTURAS CORPORALES EXTRAÑAS:

Conducta motora poco habitual y que no es natural.

Calificar sólo la anomalía de los movimientos.

No calificar aumento simple de la actividad motora en este apartado. Considerar frecuencia, duración y grado de los movimientos extraños. No considere patogenia.

1 = No observado

2 = Muy leve: conducta extraña pero de relevancia clínica dudosa, por ejemplo, en ocasiones risa inmotivada, movimientos infrecuentes de los labios

3 = Leve: conductas extrañas pero que no son extravagantes, por ejemplo, en pocas ocasiones inclinar la cabeza (de un lado a otro) de manera rítmica, movimientos anormales intermitentes de los dedos

4 = Moderada: adopta una posición poco natural durante un lapso breve, con poca frecuencia saca la lengua, se balancea, hace muecas faciales

5 = Moderada grave: adopta y mantiene una posición corporal incómoda durante la entrevista, movimientos poco habituales en varias áreas del cuerpo

6 = Grave: igual que el anterior, pero más frecuente, intenso o persistente

7 = Muy grave: posturas corporales grotescas durante la mayor parte de la entrevista, movimientos anormales continuos en varias áreas corporales

8. GRANDEZA:

Autoestima (autoconfianza) elevada o valoración excesiva de sus talentos, poderes, aptitudes, éxitos, conocimientos, importancia o identidad. No calificar la cualidad de grandiosidad de las declaraciones del paciente (por ej., “Soy el peor pecador del mundo”. “Todo el país intenta matarme”) a menos que los sentimientos de culpa/persecución se relacionen con ciertos atributos especiales o exagerados del sujeto.

Además, es el paciente quien debe declarar sus atributos especiales: por ejemplo, si el paciente niega poseer talentos, poderes, etc, aun cuando declare que otros indican que los posee, esto no debe calificarse.

Calificar sobre la base del relato subjetivo del paciente en la semana anterior.

1 = No informado

2 = Muy leve: autoestima superior a la mayoría de las personas, pero con dudosa relevancia clínica

3 = Leve: autoestima inflada definida o exagera talentos en forma algo desproporcionada con las circunstancias

4 = Moderada: autoestima inflada claramente desproporcionada con las circunstancias o sospecha de delirio de grandeza

5 = Moderada grave: delirio de grandeza encapsulado único (definido) o fragmentario múltiple (definido)

6 = Grave: idea delirante/sistema delirante de grandeza único (definido) o múltiples ideas delirantes de grandeza (definidas) fragmentarias en las que el paciente parece estar absorto

7 = Muy grave: igual que el anterior, pero casi toda la conversación se dirige al delirio de grandeza

9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

9.- ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO:

Informe subjetivo de sentimientos de tristeza, depresión, "ideas negras", etc. Calificar sólo el grado de depresión informado. No calificar sobre la base de inferencias de depresión debidas a retraso general y quejas somáticas.

Calificar sobre la base de la información (subjetiva) relativa a la semana anterior.

1 = No informado

2 = Muy leve: en algunas ocasiones se siente algo deprimido

3 = Leve: depresión moderada en algunas ocasiones o ligera con frecuencia

4 = Moderada: en algunas ocasiones se siente muy deprimido o a menudo con depresión moderada

5 = Moderada grave: se siente muy deprimido con frecuencia

6 = Grave: se siente muy deprimido la mayor parte del tiempo

7 = Muy grave: se siente muy deprimido casi todo el tiempo

9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

10.- HOSTILIDAD:

Animosidad, desdén, beligerancia, desprecio hacia las otras personas fuera de la situación de entrevista.

Calificar sólo sobre la base del informe verbal de sentimientos y acciones del paciente hacia otros durante la semana anterior. No inferir hostilidad a partir de defensas neuróticas, ansiedad o quejas somáticas.

1 = No informado

2 = Muy leve: se siente irascible en algunas ocasiones

3 = Leve: se siente algo irascible con frecuencia o en forma moderada en algunas ocasiones

4 = Moderada: en algunas ocasiones se siente muy irascible o en forma moderada con frecuencia

5 = Moderada grave: se encuentra muy irritable con frecuencia

6 = Grave: su ira pasó a la acción con violencia verbal o física en una o dos ocasiones

7 = Muy grave: actuaciones coléricas en varias ocasiones

9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o

evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

11.- SUSPICACIA:

Creencia (delirante o de otro tipo) de que otros tienen o tuvieron intenciones maliciosas o discriminatorias hacia el sujeto. Sobre la base del informe verbal, calificar sólo las sospechas actuales del paciente, tanto referidas al pasado como al presente.

Calificar sobre la base de la información (subjetiva) de la semana anterior.

1 = No informado

2 = Muy leve: episodios raros de desconfianza que pueden o no estar justificados por la situación

3 = Leve: episodios ocasionales de desconfianza evidentemente injustificados

4 = Moderada: suspicacia más frecuente o ideas de referencia transitorias

5 = Moderada grave: suspicacia persistente, ideas de referencia frecuentes o delirio encapsulado

6 = Grave: delirios de referencia definidos o persecución que no son totalmente persistentes (por ej., delirio encapsulado)

7 = Muy grave: igual que el anterior. Pero más difundido, frecuente o intenso

9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o

evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

12.- CONDUCTA ALUCINATORIA:

Percepciones (de cualquier modalidad sensorial) en ausencia de estímulo externo identificable.

Calificar sólo la: experimentadas durante la semana anterior. NO calificar “voces en mi cabeza” o “visiones en mi mente” a menos que el paciente pueda diferenciar estas experiencias de sus pensamientos.

1 = No informado

2 = Muy leve: sólo sospecha de alucinaciones

3 = Leve: alucinaciones definidas pero insignificantes. Infrecuentes o transitorias (por ej., alucinaciones visuales sin forma en algunas ocasiones, una voz que nombra al paciente)

4 = Moderada: igual que el anterior, pero más frecuente o extenso (por ej., a menudo ve la cara del demonio, dos voces que mantienen largas conversaciones)

5 = Moderada grave: el paciente experimenta alucinaciones casi todos los días o le provocan un sufrimiento extremo

6 = Grave: igual que el anterior, pero con moderado impacto sobre la conducta del paciente (por ej., dificultades para concentrarse que deterioran el rendimiento laboral)

7 = Muy grave: similar al anterior, pero produce impacto grave (por ej., intentos de suicidio en respuesta a alucinaciones de mandato)

9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

5/7

BPRS

13.- RETRASO MOTOR:

Reducción del nivel de energía evidenciado por movimientos más lentos.

Calificar sólo sobre la base

de las conductas observadas. No considerar la impresión subjetiva del paciente sobre su nivel de energía.

1 = No observado

2 = Muy leve y de dudosa relevancia clínica

3 = Leve: ligero retraso en la conversación, movimientos algo lentos

4 = Moderada: conversación con notorio retraso pero no forzada

5 = Moderada grave: conversación forzada, movimientos muy lentos

6 = Grave: dificultad para mantener la conversación, casi sin movimientos

7 = Muy grave: es imposible entablar conversación, el paciente no tiene movimientos durante la entrevista

14.- NO COOPERATIVO:

Evidencia de resistencia, hostilidad, resentimiento y falta de disposición a cooperar con el entrevistador. **Calificar sólo sobre la base de las actitudes del paciente frente a la entrevista y sus respuestas al entrevistador.** No considerar datos de resentimiento o falta de cooperación fuera de la entrevista.

1 = No observado

2 = Muy leve: no parece estar motivado

3 = Leve: evasivo en ciertos temas

4 = Moderada: monosilábico, falta de elaboración espontánea, algo hostil

5 = Moderada grave: expresa resentimiento y se muestra hostil durante la entrevista

6 = Grave: se rehusa a contestar numerosas preguntas

7 = Muy grave: se rehusa a contestar casi todas las preguntas

15.- CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO:

Gravedad de ideas delirantes de cualquier tipo -considerar convicción y efecto sobre las acciones.

Suponer que la convicción es completa si el paciente ha procedido de acuerdo con sus creencias. **Calificar la información subjetiva relativa a la semana anterior.**

1 = No informado

2 = Muy leve: presunción o probabilidad de delirio

3 = Leve: en algunas oportunidades el paciente cuestiona su creencia(s) (delirio parcial)

4 = Moderada: convicción delirante plena, pero con poca o ninguna influencia sobre el comportamiento

5 = Moderada grave: convicción delirante plena, pero sólo con impacto ocasional sobre el comportamiento

6 = Grave: la idea(s) delirante(s) produce un efecto significativo, por ejemplo, abandona responsabilidades por estar preocupado con la creencia de que es Dios

7 = Muy grave: la(s) idea(s) delirante(s) produce un impacto importante, por ejemplo, deja de alimentarse porque cree que la comida está envenenada

9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

6/7

BPRS

16.- AFECTO APLANADO:

Respuesta afectiva disminuida, caracterizada por déficit de la expresión facial, gestos y patrón de voz.

Diferenciar de AISLAMIENTO EMOCIONAL, que se centra en el deterioro de las relaciones interpersonales y no en la afectividad, Considerar grado y consistencia del deterioro. **Calificar de acuerdo con las observaciones realizadas durante la entrevista.**

1 = No observado

2 = Muy leve: en ocasiones parece indiferente a temas que suelen acompañarse por alguna demostración emocional

3 = Leve: expresión facial algo disminuida o entonación algo monótona o gestos algo restringidos

4 = Moderada: similar al anterior, pero más intenso, prolongado o frecuente

5 = Moderada grave: aplanamiento del afecto, con al menos dos de tres características: ausencia grave de expresión facial, voz monótona o gestos corporales restringidos

6 = Grave: aplanamiento afectivo profundo

7 = Muy grave: voz totalmente monótona y ausencia total de gesticulación expresiva durante la evaluación

17.- EXCITACION:

Tono emocional incrementado, con irritabilidad y expansividad (afecto hipomaniaco). No inferir afectividad a partir de delirio de grandeza.

Calificar de acuerdo con las observaciones realizadas durante la entrevista.

1 = No observado

2 = Muy leve y de dudosa relevancia clínica

3 = Leve: en algunas oportunidades irritables o expansivos

4 = Moderada: irritable o expansivo con frecuencia

5 = Moderada grave: irritable o expansivo en forma constante; o en algunas oportunidades coléricas o eufóricas

6 = Grave: colérico o eufórico durante la mayor parte de la entrevista

7 = Muy grave: similar al anterior pero con una intensidad que obliga a suspender la entrevista

18.- DESORIENTACION:

Confusión o falta de orientación correcta en cuanto a persona, tiempo o espacio. **Calificar de acuerdo con las observaciones realizadas durante la entrevista.**

1 = No observado

2 = Muy leve parece algo confundido

3 = Leve: contesta que estamos en 1982 cuando en realidad es 1983

4 = Moderada: contesta 1978

5 = Moderada grave: el paciente está inseguro sobre dónde se encuentra

6 = Grave: no tiene idea sobre dónde se encuentra

7 = Muy grave: no sabe dónde se encuentra

9 = No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o

evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

7/7

BPRS

19.- GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD:

Considerando toda su experiencia clínica con esta población de pacientes, ¿qué grado de enfermedad mental sufre en este momento?

1 = Normal, sin enfermedad

2 = Limítrofe

3 = Leve

4 = Moderado

5 = Notorio

6 = Grave

7 = Se encuentra entre los pacientes más graves

20.- MEJORÍA GLOBAL:

Calificar mejoría global, causada o no por el tratamiento de acuerdo con su opinión. En evaluación basal indique 'No evaluado' para el ítem 20.

Para las evaluaciones hasta el comienzo de la administración a doble ciego de la medicación, califique mejoría global comparada con el resultado basal.

Para las evaluaciones posteriores al comienzo de la administración a doble ciego, califique mejoría global comparada con el resultado de comienzo a doble ciego.

1 = Mejoría notoria

2 = Muy mejorado

3 = Poca mejoría

4 = Sin cambios

5 = Empeoramiento mínimo

6 = Mucho peor

7 = Desmejoría notoria

9 = No evaluado

TOTAL:

PREGUNTAS NO EVALUADAS:

ANEXO 4

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL – GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD (ICG-GE)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. no evaluado
1. normal, no enfermo
2. dudosamente enfermo
3. levemente enfermo
4. moderadamente enfermo
5. marcadamente enfermo
6. gravemente enfermo
7. entre los pacientes más extremadamente enfermos

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL – MEJORÍA GLOBAL (ICG-MG)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos?
(Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento).

0. no evaluado
1. mucho mejor
2. moderadamente mejor
3. levemente mejor
4. sin cambios
5. levemente peor
6. moderadamente peor
7. mucho peor

ANEXO 5

Nombre Fecha

Unidad/Centro N° Historia

**ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA
COTIDIANA -LIFE**

SKILL PROFILE “LSP”-

Población diana: Personas con trastorno psiquiátrico. Se trata de una escala **heteroadministrada** para personas con enfermedades mentales crónicas, que no se encuentran en un momento de crisis. Debe tenerse en cuenta los tres meses pasados de forma global.

Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto). El LSP se compone de cinco subescalas. Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto.

Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- Autocuidado: 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 27 y 30. (A)
- Comportamiento social interpersonal: 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36 y 37. (CSI)
- Comunicación – contacto social: 1, 3, 4, 7, 8 y 39.(C)
- Comportamiento social no personal: 28, 31, 32, 33, 35 y 38.(CSNP)
- Vida autónoma: 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 26.(VA)

Autocuidado

Comportamiento social interpersonal

Comunicación – contacto social

Comportamiento social no personal

Vida autónoma

PUNTUACIÓN TOTAL

ANEXO 6

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90 81	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70 61	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 51	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
50 41	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20 11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
10 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada.

ANEXO 7

Table 1 – Reliability rate of the general Items of the SUMD

	n	ICC (Mean)	CI (95%)	p
General Awareness of the M.D. (past)	35	.83	.66 - .91	p < .01
General Awareness of the M.D. (current)	35	.93	.87 - .97	p < .01
Awareness of the perception of the others/medication	34	.85	.70 - .92	p < .01
Indifference regarding M.D. (SER)*	24	.55	.17 - .80	p < .01
Indifference regarding M.D. (MAR)*	24	.68	.27 - .86	p < .01
Definition of the M.D.	24	.79	.51 - .91	p < .01
Probability of a correct diagnosis	35	.9	.80 - .95	p < .01
Label of the M.D.	24	.64	.16 - .84	p < .01
Awareness of the effects of the medication (past)	28	.88	.73 - .95	p < .01
Awareness of the effects of the medication (current)	28	.80	.55 - .91	p < .01
Awareness of the perception of the others medication	35	.97	.93 - .98	p < .01
Indifference to take the medication (SER)	35	.67	.35 - .83	p < .01
Indifference to take the medication (MAR)	35	.74	.49 - .87	p < .01
Awareness of the social consequences of the M.D (past)	33	.88	.77 - .94	p < .01
Awareness of the social consequences of the M.D (current)	33	.83	.66 - .92	p < .01
Awareness of the perception of the others/social consequences of the M.D.	33	.89	.77 - .94	p < .01
Indifference for the social consequences of the M.D (SER)	31	.7	.27 - .86	p < .01
Indifference for the social consequences of the M.D (MAR)	31	.74	.41 - .88	p < .01

ICC - Intraclass Correlation Coefficient; CI- Confidence Interval (95%).

*M.D. - mental disorder

**SER - subjective emotional response

***MAR - manifestation of affective response

ANEXO 8

Tabla 1.
Escala ENAR-CPB, de valoración de los niveles de atención residencial para personas con TMS

<p>ESTABILIDAD CLÍNICA (Valores:0-16)</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Duración del tiempo de No Hospitalización2.- Cumplimiento en la toma de medicación prescrita3.- Sintomatología y evolución reciente4.- Frecuencia medicación extra <p>DIMENSIÓN FÍSICA (Valores:0-16)</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Identificación y comunicación de signos y síntomas de alerta.2.- ¿Es responsable del cumplimiento de las prescripciones médicas?3.- Capacidad para asistir y realizar el seguimiento de su tratamiento (fuera de la atención específica en salud mental)4.- Identificación de hábitos de vida saludable <p>CAPACIDADES DE REALIZACIÓN AVD. (Valores:0-16)</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Capacidades básicas de independencia en los hábitos higiénicos y cuidado personal2.- Cuidado del espacio personal.3.- Cuidado del su aspecto físico.4.- Planificación y realización de compras personales <p>DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL</p> <p>Autonomía y autogobierno (Valores:0-16)</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Autocontrol y capacidad en el manejo de situaciones de estrés2.- Capacidades básicas de adaptación: comprensión, atención, memoria, orientación, lenguaje, cálculo y juicio.3.- Economía4.- Capacidad para realizar gestiones administrativas personales <p>Relaciones interpersonales (Valores:0-16)</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Relación Familiar2.- Relaciones Sociales3.- Respeto a las normas sociales, de "buena educación", convivencia...,4.- Habilidades sociales <p>Bienestar personal e integración en el entorno social (Valores:0-16)</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Tiempo ocupado de forma organizada y planificada2.- Horas diarias que acostumbra a pasar solo: en la habitación, caminando, escuchando música, radio, mirando TV...3.- Utilización del tiempo libre.4.- Capacidad para establecer objetivos según sus deseos y necesidades, y llevarlos a término. <p>Opciones de respuesta de 0 a 4 (de menor a mayor necesidad de soporte).</p>
--

ANEXO 9

Valoración de Enfermería de Salud Mental

Nombre

HC

Apellidos

Fecha valoración

Fecha nac

Ciudad

Domicilio

Telf. cto

Familiar referente

Telf. cto

Centro AP..... Médico AP

Enfermera referente AP

Psiquiatra referente

Enfermera referente ESM

Aspecto General (vestido/arreglo personal):

- Adecuado
- Descuidado
- Extravagante
- Exagerado
- Meticuloso
- Otros

Higiene personal:

- Adecuada
- No adecuada
- Mal olor corporal

Higiene bucal:

- Adecuada
- No adecuada (especificar)

Conciencia de Enfermedad:

- Sí No

Conocimiento de su enfermedad:

- Excelente
 Aceptable
 Escaso
 Nulo

Actitud y comportamiento frente a su enfermedad:

- Aceptación
 Rechazo
 Reivindicativo
 Sobrevalorado
 Indiferente

Adherencia al Tratamiento:

- Buena
 Mala

**Pautas/recomendaciones
terapéuticas:**

- Ninguna
 Seguimiento correcto
 Seguimiento incorrecto

Conocimiento del Tratamiento farmacológico(dosis/efectos):

- Sí
 No
 Escaso

Toma de medicación:

- Autónomo
 Dependiente
 Parcialmente dep

Conocimientos efectos secundarios medicación:

- Sí No

Acude a revisiones:

- Sí
- No
- A veces

Alergias conocidas:

- No
- Sí (especificar).....

.....

Consumo de Tóxicos/sust no prescritas:

- Sí No

Cafeína/teína

Tabaco

Alcohol

Cocaína

Heroína

Anfetaminas

Cannabinoides

Benzodiacepinas

Planes de cuidados enfermeros en SM

Peso: kg

Talla:m

IMC:

- Bajo peso
- Peso normal
- Sobrepeso
- Obesidad

Signos de deshidratación:

.....

Ingesta de alimentos:

- Normal
- Aumentada
- Disminuida

Apetito:

- Normal
- Aumentada
- Disminuida

Nº comidas al día:

Líquido (cantidad y tipo): l/ día

Hábitos alimentación:.....

.....
.....
.....

Preferencias alimentarias:

.....
.....
.....

Restricciones Evitaciones:

- Náuseas

Vómitos:

- Provocados
- No provocados

Comer de forma compulsiva.

- Sí
- No

Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibradas.

- Sí
- No

HÁBITOS, OPINIONES E HISTORIA FAMILIAR RESPECTO A LA COMIDA:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Eliminación Intestinal:

Frec:

Características:

Malestar:

Patrón habitual de la persona:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Laxantes:

Sí

No

Tipo:

Frec:

Eliminación Vesical:

Frec:

Características:

Malestar:

Patrón habitual de la persona:

.....

Diuréticos:

Sí

No

Tipo:

Frec:

Eliminación cutánea:

Adecuada

Escasa

Abundante

TA: **Tª:**

FC: **FR:**

Regularidad del comportamiento motor:

Frec:

Intensidad:

Factores que lo aumentan

o disminuyen:

.....

.....

Características del comportamiento motor:

Controlable

Limitante

Incapacitante

Alteraciones de la movilidad:

No

Sí

Parcial

Total

Sentimiento respecto a esto:

Aceptado

Afectado

Indiferente

Higiene:

- Autónomo
- Dependiente

Frecuencia (higiene):

- Diaria
- Semanal
- Otras

Deseos de participación en actividades de consumo de energía:

- Sí
- No

Ejercicio físico:

- No
- Sí (Frec):
- Tipo:
-

Planes de cuidados enfermeros en SM

Expresión Facial:

- Tensa
- Relajada
- Alegre
- Triste
- Enfadada

Mantiene la mirada:

- Sí
- No

Conducta motora:

- Adecuada al contexto
- Inquietud

- Temblores
- Agitación
- Inhibida
- Manierismo
- Estereotipia
- Reacciones extrapiramidales (especificar)

Estado del nivel de conciencia:

- Normal
- Hipervigilia
- Letárgica

Atención:

- Adecuada
- Fluctuante
- Inatención

Orientación (espacio-tiempo-persona):

- Normal
- Alterada

Alteraciones perceptivas:

- Alucinaciones (descripción)

.....
.....
.....
.....

- Ilusiones

Alteraciones de la memoria:

- Memoria corto plazo
- Memoria largo plazo

Alteraciones perceptivas

- Alucinaciones (descripción)

.....
.....
.....

-
- Ilusiones

Alteraciones de la memoria:

- Memoria corto plazo
- Memoria largo plazo

Inteligencia:

- Retraso intelectual

Curso del pensamiento:

- Normal
- Taquipsiquia
- Bradipsiquia
- Fuga de ideas
- Bloqueo del pensamiento

Contenido del pensamiento

- Normal
- Ideas sobrevaloradas
- Ideas obsesivas
- Ideas fóbicas
- Ideas delirantes
- Descripción de la alteración

Expresión del lenguaje:

- Mutismo
- Estereotipias

Ritmo:

- Bradifemia
- Taquifemia
- Disfemia

Tono y modulación:

Percepción del dolor:

- Sí
- No

Otros datos de interés:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Horas sueño nocturno:

De.....h. ah.

Otros descansos:

Problemas de sueño:

- Al inicio
- Interrumpido
- Despertar temprano
- Somnolencia excesiva
- Pesadillas
- Otros

Hábitos no saludables relacionados:

- Dormir con ropa de calle
- Fumar dentro de la habitación
- Nivel de actividad alto antes de dormir
- Consumo de sustancias estimulantes
- Otros

Mecanismos para combatir el insomnio:

.....
.....
.....

Tratamiento:

Sí (especificar):

.....

.....
 No

Planes de cuidados enfermeros en SM

Contacto:

- Depresivo
- Psicótico
- Neurótico
- Caracterial

Reactividad emocional:

- Adecuada al contexto
- Pobreza de sentimientos
- Expansión afectiva

Tonalidad afectividad:

- Agradable
- Desagradable
- Indiferente
- Otros

Percepción imagen corporal:

- Aceptación
- Rechazo
- Otros

Autodescripción de sí mismo/

Valoración capacidades (autoestima)

- Ajustada a la realidad
- Sobrevaloración
- Exageración errores y desgracias
- Otros

Valoración de sus sentimientos

- Inferioridad

- Rabia
- Ruina
- Tristeza
- Culpabilidad
- Impotencia
- Depresión
- Ansiedad
- Superioridad

Ideas de suicidio:

- Sí
- No

Conducta autoagresiva:

- Sí
- No

Conducta heteroagresiva:

- Sí
- No

Relaciones familiares:

- Sin problemas de interés
- Problemas por enfermedad

Conflictividad familia

- Violencia de género
- Otros

Percepción de la relación:

- Satisfactoria
- Insatisfactoria

Sentimientos respecto a dicha relación:

- Ansiedad
- Miedo
- Culpabilidad
- Tristeza

- Impotencia
- Rabia
- Superioridad
- Inferioridad
- Seguridad
- Otros

Reacción de la familia a la enfermedad/ equipo:

- Preocupación
- Apoyo
- Tranquilidad
- Culpa
- Desinterés
- Ansiedad
- Otros

Relaciones sociales:

- Sí No

Participa en actividades sociales o culturales:

- Sí No

Participa en actividades de ocio y tiempo libre

- Sí No

Realiza terapia de grupo

- Sí No

Conflictividad en la integración escolar/ relaciones:

- Sí No

Percepción de las relaciones extrafamiliares:

- Satisfactorias
- Insatisfactorias

Relación laboral/escolar:

- Sin problemas de interés
- Problemas que requieren atención

Trabaja: Sí No

Estudia: Sí No

Pensión: Sí (especificar):

.....

.....

No

Percepción relaciones:

Satisfactoria

Insatisfactoria

Estructura familiar/Genograma:

Planes de cuidados enfermeros en SM

Valoración de la actividad sexual:

Satisfactoria

Insatisfactoria

Indiferente

Aumento/disminución de la libido:

Hipersexualidad

hiposexualidad

Medidas anticonceptivas y prevención de las ETS:

Conocimientos

Sí

No

Utilización:

Sí (especificar):

.....

.....

No

Menstruación:

Sí

No

Amenorrea:

- Sí
- No

Ciclo menstrual

- Regular
- Irregular (últimos 3 meses)

Dismenorrea:

- Sí
- No

Menopausia:

- Sí
- No

Revisión ginecológica anual:

- Sí
- No

Control de tensión/ansiedad:

- Controlado
- Alteración temporal
- Alteración permanente

Dificultad de adaptación en el ámbito:

- Familiar
- Laboral
- Social

Mecanismos habituales de adaptación/control:

- Somatización
- Inhibición
- Hiperactividad

Duelo:

- Sí
- No

Valores y creencias importantes en su vida:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Valores y creencias importantes en su historia familiar:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Aspectos personales que desea sean tenidos en cuenta:

.....
.....
.....
.....