



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad de Ciencias de la Salud*

## Trabajo Fin de Grado

# Eficacia y cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva

**Alumno: María Isabel Ramos Cámara**

Tutora: Prof. M<sup>a</sup> Luisa Grande Gascón  
Dpto: Enfermería

**Mayo, 2015**



UNIVERSIDAD DE JAÉN  
Facultad de ciencias de la salud  
Grado en enfermería  
Trabajo Fin de Grado  
EFICACIA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA  
TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Tutora: M<sup>a</sup> Luisa Grande Gascón  
M<sup>a</sup> Isabel Ramos Cámara

# ÍNDICE

|                                           | Páginas   |
|-------------------------------------------|-----------|
| <b>1. RESUMEN.....</b>                    | <b>04</b> |
| <b>1.1. Abstract.....</b>                 | <b>05</b> |
| <b>2. INTRODUCCIÓN.....</b>               | <b>05</b> |
| <b>3. PRESENTACIÓN DEL CASO.....</b>      | <b>10</b> |
| <b>4. VALORACIÓN GENERAL.....</b>         | <b>10</b> |
| <b>5. METODOLOGÍA .....</b>               | <b>15</b> |
| <b>5.1. Plan de Cuidados.....</b>         | <b>15</b> |
| 5.1.1. <i>Planificación.....</i>          | <i>15</i> |
| 5.1.2. <i>Ejecución.....</i>              | <i>25</i> |
| 5.1.3. <i>Evaluación: Resultados.....</i> | <i>32</i> |
| <b>6. DISCUSIÓN: CONCLUSIONES.....</b>    | <b>37</b> |
| <b>7. BIBLIOGRAFÍA.....</b>               | <b>39</b> |
| <b>8. ANEXOS.....</b>                     | <b>41</b> |
| <b>8.1. Anexo I .....</b>                 | <b>41</b> |
| <b>8.2. Anexo II .....</b>                | <b>43</b> |
| <b>1.1. Anexo III .....</b>               | <b>45</b> |
| <b>8.3. Anexo IV.....</b>                 | <b>46</b> |
| <b>8.4. Anexo V .....</b>                 | <b>47</b> |
| <b>8.5. Anexo VI .....</b>                | <b>48</b> |

# EFICACIA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

---

*Efficiency and Nursing Care in ECT*

## 1. RESUMEN

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) ha sido objeto de grandes aclamaciones, así como de una controversia y crítica feroz, basada fundamentalmente en una incorrecta información y la utilización de datos fuera de contexto. Con el objetivo de profundizar y corroborar la eficacia de la TEC y la actuación enfermera en el presente trabajo se plantea un caso clínico que ilustra la espectacular evolución de una mujer de 51 años que se ve inmersa en una serie de cuadros depresivos debidos a circunstancias que la vida le plantea, no sabiendo reaccionar ante ellos anteponiendo el suicidio en varias ocasiones. En el último cuadro depresivo se le asocia además una demencia de cuerpos de Lewy, que la invalida y afecta en la totalidad del desarrollo de las actividades de la vida diaria, así como en su calidad de vida y necesidades básicas, convirtiéndola aún más vulnerable emocionalmente. Tras la valoración de la clínica progresiva e invalidante a nivel de las tres esferas física, mental y social, se toma la decisión de aceptar la realización de terapia electroconvulsiva. Se requiere anestesia general de corta duración y la necesidad de firmar un consentimiento informado. Se realizan en quirófano un total de 12 sesiones, en intervalos de 3 sesiones a la semana en días alternos. Se implantan los electrodos en la zona bifrontotemporal, con una duración total del estímulo eléctrico de 3-5 segundos. Se realizan cuidados específicos e integrales de enfermería antes, durante y después de cada sesión. Los resultados fueron positivos con tiempos de convulsión en torno a los 19 segundos mostrando una evolución y recuperación paulatina inmejorable hacia una calidad de vida basada en el autocuidado, esperanzas de futuro, relaciones sociales y ganas de seguir viviendo poniendo en evidencia un caso clínico real frente a la vigente eficacia de la terapia electroconvulsiva y los cuidados enfermeros.

**Palabras clave:** Terapia electroconvulsiva, eficacia, depresión, demencia de cuerpos de Lewy, cuidados de enfermería.

## 1.2. Abstract

Electroconvulsive therapy (ECT) has been subject to great acclaim, and a fierce controversy and criticism, mainly based on incorrect information and the use of data out of context. In order to deepen and substantiate the efficacy of ECT and the nurse performance in this paper a case that illustrates the dramatic evolution of a woman of 51 years who is thrown into a series of depressive it arises due to circumstances life presents him, not knowing react to them putting suicide several times. In the last frame it is also associated depressive dementia with Lewy bodies, which invalidates and affects the entire development of the activities of daily living, as well as their quality of life and basic needs, making it even more vulnerable emotionally . After the assessment of the progressive and disabling clinical level of the three physical, mental and social spheres, the decision to accept the realization of ECT is taken. General anesthesia of short duration and the need to sign an informed consent is required. A total of 12 sessions were performed in the operating room at intervals of 3 sessions a week on alternate days. The electrodes are implanted in the area bifrontotemporal, with a total duration of electrical stimulation 3-5 seconds. Specific and comprehensive nursing care are performed before, during and after each session. The results were positive in times of upheaval around 19 seconds showing excellent evolution and gradual recovery towards a quality of life based on self-care, hopes for the future, social relations and desire to continue living highlighting a real clinical case against the current efficacy of electroconvulsive therapy and nursing care.

**Keywords:** Electroconvulsive therapy, efficacy, depression, dementia with Lewy bodies, nursing care.

## 2. INTRODUCCIÓN

Después de más de seis décadas de uso alrededor del mundo, la terapia electroconvulsiva sigue siendo uno de los más efectivos tratamientos para diversas enfermedades mentales. Es considerada la terapia más antigua en el ámbito de la psiquiatría aún vigente en la actualidad El conocimiento de las limitaciones de los tratamientos farmacológicos en las enfermedades mentales fue el desencadenante para la investigación sobre la TEC. (1) Esta terapia puede definirse brevemente como lo hizo Max Fink: (2) “consiste en la inducción por medio de la electricidad de unas crisis de

gran mal controlada, a intervalos de días, para conseguir un cambio en el estado mental alterado de ciertos paciente.

En un principio en la historia del tratamiento de las enfermedades psiquiátricas los remedios pasaban por la magia o las evidencias esotéricas. Posteriormente consistieron en baños, dietas, sangrías y purgantes. Más adelante, la curación se basaba en la expulsión de los demonios mediante la fe y los exorcismos e incluía también farmacopea como la raíz de peonía, la pezuña de arce, la artemisa y la mandrágora. Hubo también otras teorías que promovían la curación de enfermedades mentales a través de la fiebre, la inducción de comas hipoglucémicos por administración de insulina o las convulsiones inducidas químicamente. En la década de 1940 se empezó a utilizar la terapia electroconvulsiva, que se sigue usando en la actualidad.

La TEC fue descubierta por primera vez en abril del año 1938 por el italiano Ugo Cerletti en colaboración con Lucio Bini cuando sustituyeron la insulina que empleaban Sakel y Von Meduna para provocar comas hipoglucémicos y convulsiones por corriente eléctrica. (3) En 1939 la terapia llegó a Estados Unidos y a Alemania y apareció en España en el año 1942. Fue llamada en un principio *electroshock*. (4)

Inicialmente la TEC cobró una gran difusión mundial, pero las molestias que provocaban su administración, los efectos adversos de algunos pacientes como las fracturas y las corrientes teóricas adscritas a la llamada anti-psiquiatría hicieron que la TEC perdiera validez y fuera criticada en numerosos foros científicos, siendo incluso prohibida por ley en algunas zonas de Estados Unidos.

Posteriormente en la década de 1980, gracias a la mejora de las tecnologías, a la aplicación de anestesia y de relajantes musculares y a la realización de estudios controlados que demuestran la eficacia de la TEC han hecho que, para algunos autores, esta técnica sea un tratamiento de elección. (3)

Según la evidencia, la fisiopatología y el mecanismo de acción de esta terapia son aún desconocidos y en la actualidad existen un gran número de hipótesis psicológicas y neurobiológicas. (5) (Tabla 1). De cualquier manera, todos los autores admiten que su eficacia depende de la producción de crisis convulsivas generalizadas. (3) Actualmente, se acepta que la convulsión dure entre 15 y 20 segundos a nivel electroencefalográfico.

(1)

| <b>Tabla 1<sup>1</sup>. TEORÍAS DE LA TEC</b> |                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>TEORÍAS PSICOLÓGICAS</b>                   | <b>TEORÍAS NEUROBIOLÓGICAS</b> |
| Efecto placebo                                | Teoría anticonvulsiva          |
| Miedo, castigo y desensibilización            | Teoría neuroendocrina          |
| Negación de la enfermedad                     |                                |
| Alteraciones cognitivas                       |                                |

{ Fuente: Elaboración propia }

La TEC se administra en series de sesiones cuyo número será fijado por el facultativo de psiquiatría. La frecuencia de realización generalmente oscila entre dos o tres veces por semana, preferentemente a primera hora de la mañana. La mejoría clínica suele aparecer entre la cuarta y sexta sesión, y se administran una media de seis a doce sesiones pudiendo añadir sesiones adicionales si precisa. En la actualidad se usa la corriente de pulso breve o pulsátil, con pulsos de 0.5 a 0.7 ms, frecuencias entre 90 y 249 Hz y una duración total de 1 a 5 s. La impedancia total debe ser inferior a 3.000 Ohms. No obstante, estas medidas pueden alterarse según el aparato utilizado. (3)

Ante una situación que pudiera resultar favorable a esta terapia, la indicación para la realización de este tratamiento se hace mediante la relación riesgo/beneficio dependiendo siempre de la patología existente. (4) Subsiguientemente, se muestran las indicaciones y contraindicaciones en la TEC. (Tabla 2 y Tabla 3) (3)

| <b>Tabla 2<sup>2</sup>. INDICACIONES DE LA TEC</b> |                                                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>INDICACIONES PRINCIPALES</b>                    | <b>INDICACIONES TRAS FRACASO DE MEDICACIÓN</b> |
| Depresión psicótica                                | Trastorno depresivo mayor                      |
| Cuadros catatónicos                                | Trastorno bipolar depresivo                    |
| Intensa ideación suicida                           | Formas agudas y remitentes de esquizofrenias   |
|                                                    | Fases maníacas resistentes                     |
|                                                    | Trastornos esquizoafectivos                    |
|                                                    | Síndrome neuroléptico maligno                  |

{ Fuente: Elaboración propia }

| <b>Tabla 3<sup>3</sup>. CONTRAINDICACIONES DE LA TEC</b> |                                            |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS</b>                      | <b>CONTRAINDICACIONES RELATIVAS</b>        |
| Presión intracraneal elevada                             | Antecedentes de hemorragia intracraneal    |
| Infarto agudo de miocardio o cerebral anterior a 3 meses | Aneurisma aórtico y cerebral               |
| Feocromocitoma                                           | Infección respiratoria aguda               |
|                                                          | Enfermedad somática grave o que cause gran |

<sup>1</sup> Teorías psicológicas y neurobiológicas del mecanismo de acción y eficacia de la TEC.

<sup>2</sup> Indicaciones principales y refractarias a los fármacos para el tratamiento mediante TEC.

<sup>3</sup> Contraindicaciones generales y contraindicaciones relativas para el tratamiento mediante TEC.

|                             |
|-----------------------------|
| debilidad orgánica          |
| Osteoporosis grave          |
| Hipertensión arterial grave |

{Fuente: Elaboración propia}

Los efectos secundarios más frecuentes de la TEC dependen fundamentalmente de la técnica y de la anestesia. Debido a la anestesia pueden aparecer cefaleas, náuseas y vómitos. En relación a la técnica pueden manifestarse confusión, amnesia anterógrada y amnesia retrógrada. La confusión ocurre justo después del tratamiento y puede durar desde varios minutos a varias horas y ocasionalmente varios días. No obstante, este es un efecto temporal y siempre reversible. La amnesia anterógrada consiste en la dificultad para retener nueva información aprendida (por ejemplo el nombre de una persona a la que se acaba de ver). Tiene una duración aproximada de 2-4 semanas y también siempre es reversible. La amnesia retrógrada se refiere a olvidar la información aprendida previamente (por ejemplo algún suceso en la vida personal). Pese a esto, estos problemas de memoria tienden a ser transitorios pero este es el único efecto que puede llegar a ser irreversible. (6) (7) (8)

Este caso clínico viene acompañado también de un trastorno depresivo grave y una demencia de cuerpos de Lewy. La depresión, y la ansiedad acompañante, es la manifestación psicológica más frecuente e intensa del sufrimiento humano, que en casos extremos termina en el suicidio. (9) La demencia de cuerpos de Lewy es la segunda demencia degenerativa primaria más frecuente. La etiología se debe a la presencia de cuerpos de Lewy en la corteza cerebral, la amígdala, el tronco cerebral y el diencefalo. Las manifestaciones clínicas mostradas son deterioro cognitivo y puede acompañarse de sintomatología psicótica y parkinsonismo. Un rasgo muy característico son las fluctuaciones del rendimiento cognitivo, de un día para otro o incluso en el mismo día. La entidad clínico-patológica relacionada con los cuerpos de Lewy más conocida es la enfermedad de Parkinson. El mini mental examen cognoscitivo (MMEC) se constituye dentro del examen neuropsicológico para su diagnóstico. El tratamiento farmacológico está dirigido a evitar o paliar la degeneración neuronal, potenciar la actividad de las neuronas y el metabolismo cerebral y aliviar los síntomas asociados al deterioro cognitivo. (10)

La justificación de mi elección sobre este tema se debe a la espectacular recuperación de una persona con una clínica tan invalidante a nivel físico y cognitivo evidenciada a

través del uso de la terapia electroconvulsiva y del seguimiento de un específico plan de cuidados enfermero. Quisiera poner de manifiesto la importancia que tiene la TEC hoy en día y dejar atrás las controversias y posibles recriminaciones y tabúes. Durante un período lectivo en mi cuarto año de grado, formé parte del equipo interdisciplinario de un caso similar y participé profesionalmente en la labor enfermera antes, durante y después del transcurso de esta terapia mediante cuidados e intervenciones de enfermería.

Son escasos los estudios realizados sobre este tema en el ámbito enfermero, sobre todo estudios destinados a valorar cómo influye la actuación de enfermería en la recuperación del paciente sometido a TEC. Es por eso, por lo que he decidido analizar el estado actual de la terapia, valorar las distintas necesidades o patrones alterados en pacientes antes de ser tratados con TEC mediante los diagnósticos de enfermería de NANDA, identificar la percepción de los pacientes en relación a su recuperación y los cuidados de enfermería administrados antes, durante y después del tratamiento con TEC.

Por todas estas consideraciones, mi objetivo general ha sido identificar la eficacia de la TEC y comprobar si con la aplicación de unos cuidados de enfermería basados en la evidencia científica se influye en la recuperación de un paciente sometido a recibir una terapia electroconvulsiva. Por otro lado, los objetivos específicos estarán centrados en aquellos aspectos necesarios para llegar al objetivo general. He seleccionado tres: Identificar antecedentes y vivencias personales de la paciente, indagar sobre los cuidados de enfermería más adecuados para la TEC y describir cómo percibe la paciente sometida a TEC su situación y su responsabilidad en el proceso de recuperación.

Finalmente, se ha realizado una revisión bibliográfica en Cuiden, Csic, Medline, Pubmed y Scielo incluyendo artículos científicos sobre TEC publicados entre 1900 y 2014, humanos y con texto completo con la finalidad de abordar la eficacia y las actuaciones de enfermería en el ámbito de la TEC. Se han utilizado como palabras clave: terapia electroconvulsiva y depresión, terapia electroconvulsiva y cuidados de enfermería, eficacia de la terapia electroconvulsiva y terapia electroconvulsiva y demencia de cuerpos de Lewy. A su vez se aporta a continuación un caso clínico que ilustra el tema de revisión.

### **3. PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente mujer de 51 años de edad, licenciada en Psicología pero inactiva laboralmente hace tres años. Ha formado parte activamente hasta entonces del Colegio Oficial de Psicólogos y llevaba su consulta privada. Es la tercera de cinco hermanos, está casada e inició su relación sentimental con su marido en la universidad. Su marido también es licenciado en Psicología. Tienen una hija de 27 años, también psicóloga. Convive con su marido. Su hija se ha independizado hace dos años y actualmente es quien lleva la consulta de su madre.

Es traída al Servicio de Urgencias tras intento autolítico mediante intoxicación medicamentosa. Según refiere su marido, la paciente se encontraba en una situación de abandono consigo misma, con pérdida de peso exacerbada en los últimos meses, tendencia a permanecer en la cama muchas horas del día sin que exista una causa orgánica que lo justificase y negativa a la higiene. Se encuentra en tratamiento por un síndrome ansioso-depresivo grave desde hace varios años y ha sido recientemente diagnosticada por demencia por cuerpos de Lewy, presentando episodios de desorientación, numerosas caídas y signos motores de parkinsonismo que complican el cuadro. Se propone ingreso en la unidad. Se trata de caso clínico longitudinal, con un seguimiento psiquiátrico de 30 años. Ante esta situación, se ha de valorar y tratar una serie de necesidades a través de un plan de cuidados con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar y calidad de vida posible.

### **4. VALORACIÓN GENERAL**

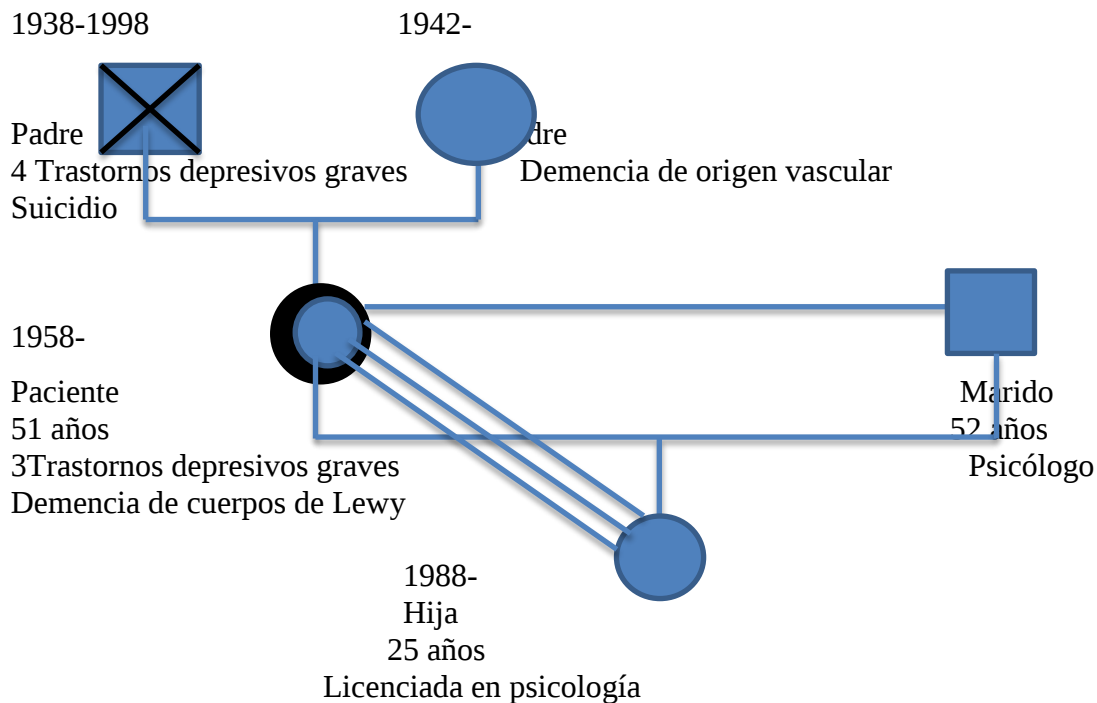
Se ha realizado la valoración de la paciente utilizando los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. En el servicio de Urgencias, no colabora en la entrevista. Viene acompañada de su esposo. Mientras se entrevista a su esposo intenta abandonar la consulta en varias ocasiones. Una vez en planta, se encuentra abordable y medianamente colaboradora, es cuando se inicia dicha valoración integral.

El patrón 1: Percepción y mantenimiento de la salud se encuentra alterado. El esposo afirma que su estado de salud ha sido bueno pero ha caído empicado en los últimos años debido a una serie de situaciones y circunstancias (emancipación de su hija; diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy).

Antecedentes personales somáticos: no refiere alergias medicamentosas, endometriosis en el 2006, migraña en 2007, hernia de hiato y pangastritis crónica leve a comienzos del 2008. Niega consumo de tóxicos. Antecedentes personales psiquiátricos: alegre, activa, sociable, trabajadora, exigente consigo misma y con escasa tolerancia a la frustración. Diagnosticada de trastorno depresivo recurrente (episodio actual grave) sin síntomas psicóticos.

Los antecedentes familiares se muestran en el genograma.<sup>4</sup> Su padre padeció numerosos episodios depresivos graves a lo largo de su vida. Falleció por suicidio a los 69 años. Su madre presenta demencia de origen vascular.

### Genograma



Ha presentado tres episodios depresivos francos. El primer episodio hace 30 años, mientras cursaba los estudios universitarios, sin un desencadenante claro. Esta sintomatología ansiosa se mantiene, con periodos de mejoría, hasta la historia actual, llegando a complicarse con agorafobia, que le obliga a abandonar su puesto de trabajo hace tres años. El segundo episodio depresivo grave fue tras el suicidio de su padre hace 15 años. El último episodio depresivo grave y resistente fue en 2010 tras la emancipación de su hija, a la cual se encontraba estrechamente apegada.

<sup>4</sup> Genograma con la filiación y los antecedentes familiares mentales.

Desde hace 15 años, la paciente recibe tratamiento de forma ininterrumpida. A lo largo del 2010, realiza varias tentativas autolíticas (sobreingesta de psicofármacos e intento de precipitación) además de crisis de angustia que la llevan a acudir al Servicio de Urgencias. A finales del 2010, comienza con trastorno de la marcha (torpeza, falta de braceo y caídas frecuentes), inexpresividad facial y desorientación espacial episódica.

En el 2011 muestra signos motores espontáneos de parkinsonismo con empeoramiento del deterioro cognitivo y mental, el cual interviene en la función social y laboral de la paciente. Es diagnosticada de demencia por cuerpos de Lewy. Último tratamiento farmacológico: Rivastigmina 10.5 mg/día (1-0-0), Duloxetina 60 mg/día (1-0-0), Quetiapina 60 mg/día (1-0-0), Oxcarbacepina 700 mg/día (1-0-1). Tiene indicado Lorazepam de rescate, aunque lo toma de forma puntual. No toma medicación no recetada.

En 2012 presenta empeoramiento de su clínica parkinsoniana y su neurólogo añade a su tratamiento L-dopa, que se retira por no obtener mejoría alguna. Durante los últimos años, ha sido tratada con numerosos antidepresivos, se han añadido sales de litio como estrategia potenciadora, además de benzodiacepinas y neurolépticos, sin obtener resultados satisfactorios efectivos y empeoramiento progresivo de su estado psicomotriz y cognitivo.

En el 2013, debido a la resistencia psicofarmacológica del cuadro afectivo se planteó como opción terapéutica la terapia electroconvulsiva (TEC), pero no llegó a realizarse por mejoría y negativa de la paciente.

El patrón 2: Nutricional metabólico se encuentra alterado. Pesa 50 kg, mide 1.63 m y presenta un índice de masa corporal de  $18.86 \text{ kg/m}^2$ . Explica que come muy poco porque no tiene apetito. Dieta habitual de menos de 1000 kcal pobre en fruta y verdura. Ingiere 1l de agua al día, incluidos dos vasos de leche entera. No toma ningún tipo de suplemento. No refiere náuseas, vómitos, ardores ni problemas en la deglución. Dice haber perdido bruscamente una media de 10 kg en los últimos 5 meses debido a la mala calidad de vida que ha llevado en el último año. Estado de los dientes y encías adecuado. Piel y mucosas secas, poco turgentes. No presenta edemas, flebitis ni arañas vasculares. Uñas adecuadas. Pelo corto y descuidado.

El patrón 3: Eliminación no se encuentra alterado. Eliminación intestinal 1 vez/día, consistencia normal y ausencia de molestias. No refiere incontinencia ni hemorroides. No uso de laxantes. Eliminación urinaria 3 veces/día, color oscuro, sin dolor y tampoco refiere incontinencia. Dice haber habido cambios en su orina, “huele mal y está más amarilla”. No suda demasiado.

El patrón 4: Actividad y ejercicio se muestra alterado. Tensión arterial: 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca 63 lpm, frecuencia respiratoria 15 rpm. No presenta disnea, tos, aleteo nasal ni requiere de ayudas respiratorias. Dependencia total del esposo para las actividades de la vida diaria, abandono de autocuidados e higiene, marcha festinante, bradicinesia, debilidad generalizada y falta de voluntad o iniciativa. No realiza ningún tipo de actividad física debido a sus limitaciones físicas. Pérdida de tono generalizada. No sale de la casa porque dice no tener fuerza para enfrentarse a las situaciones que se le presenten.

El patrón 5: Sueño-Descanso se describe alterado. Duerme aproximadamente 4 horas/día. Dice dormir muy poco y cuando lo consigue se despierta a las pocas horas. Descansa mal y se levanta mal, si es que se levanta. Tiene un despertar temprano y toma su medicación habitual pautada para dormir y ningún producto no recetado.

El patrón 6: Cognitivo Perceptual se halla alterado. No refiere dolor, sí angustia. Consciente, orientación social y temporal adecuada. Ligera desorientación espacial. Lentitud en la respuesta. Recurre a frases cortas/monosílabos (no sé, sí...). Cooperar por momentos por falta de voluntad. No tiene dificultades para oír, no porta de gafas. Tiene problemas para memorizar. Conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

El patrón 7: Patrón autopercepción-autoconcepto se manifiesta alterado. Se describe a sí misma como una persona desafortunada en la vida. Pérdida de interés y satisfacción en casi todas las actividades de la vida diaria con incapacidad de experimentar placer. Le hace sentir mal que la traten como una enferma todo el tiempo y tiene miedo de que su enfermedad vaya a peor y seguir con este sufrimiento tanto para ella como para su familia. Es por eso, la causa de su desesperanza vital. No se siente capaz de controlar ninguna situación en su vida. Dice relajarse estando en la cama todo el tiempo posible. No tiene interacción social salvo con su marido.

El patrón 8: Patrón función y relación se muestra alterado. Vive con su marido, del cual depende absolutamente. Tiene una hija y se emancipó hace 3 años. El marido, es el cuidador principal y ha dejado de trabajar debido a las necesidades de su mujer. Su familia está desbordada y ha claudicado en su cuidado. La relación con su hija es buena. No tiene amigos cercanos. Inactiva laboralmente, se siente aislada. Se considera una persona ansiosa e irritable con facilidad en este momento.

El patrón 9: Sexualidad – Reproducción se muestra no alterado. Tiene una hija, parto a término, menarquía en 1975.

El patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés se expresa alterado. En cuanto a preocupaciones personales respecto a su salud, piensa que no es feliz. Cree que empeorará progresivamente. No tiene ningún plan de futuro, ni deseos de vivir. Refiere tener sentimientos de desesperanza por su calidad de vida aunque no dice tener ideas de culpa. Su apoyo fundamental es su marido.

El patrón 11: Valores – Creencias se muestra alterado. No cree, ni tiene fe en nada.

Se realizan una serie de escalas para hacer una valoración integral y biopsicosocial entre las que se encuentran el Índice de Barthel (Anexo II) en la autonomía para las actividades de la vía diaria con una puntuación de 21/100, el cuestionario de Apgar (Anexo IV) para valorar la función familiar con una puntuación de 4/10, la escala de Lawton y Brody (Anexo III), para las actividades instrumentales de la vida diaria con una puntuación de 0/8 y el test de Pfeiffer (Anexo I) para valorar el deterioro cognitivo con una puntuación superior a 3.

Tras analizar de manera integral y específica cada patrón de salud de Marjory Gordon en la valoración general, se observan alterados el patrón 1: percepción-manejo de la salud acentuado en el empeoramiento del estado de salud de la paciente, el patrón 2: nutricional-metabólico destacado por la pérdida exacerbada de peso y la malnutrición, el patrón 4: actividad-ejercicio notorio en el sedentarismo, el patrón 5: sueño-descanso manifestado por la ineficacia de sueño-vigilia, el patrón 6: cognitivo-perceptual perceptible por ligera lentitud mental, el patrón 7: autopercepción-autoconcepto visible en el desinterés e insatisfacción de la paciente en la mayoría de los aspectos cotidianos, el patrón 8: rol relaciones apreciable en el déficit de actividades recreativas y en la relación familiar, el patrón 10: adaptación-tolerancia al estrés definido por el aumento

paulatino de ansiedad y el patrón 11: valores-creencias evidente en que la paciente no cree ni tiene fe para continuar y seguir adelante con proyectos de futuro.

## 5. METODOLOGÍA

Se realiza un caso clínico a una paciente hospitalizada en la unidad de agudos de salud mental que consistirá en la realización de un plan de cuidados estandarizado en base a NANDA, NIC, NOC.

### 5.1. Plan de Cuidados

#### 5.1.1. Planificación (11)

En función de una global e integral valoración enfermera se identificaron los problemas de colaboración y los diagnósticos NANDA (12) (North American Nursing Diagnosis Association). Para cada diagnóstico enfermero se proponen una serie de resultados e intervenciones enfermeras siguiendo las taxonomías NOC (13) (Nursing Outcomes Classification) y NIC (14) (Nursing Interventions Classification). (Tabla 4).

| TABLA 4 <sup>5</sup> . PLAN DE CUIDADOS Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN                                                                      |                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan de cuidados                                                                                                                         | Problemas de colaboración                                                                                                  |
| <u>Diagnóstico-NANDA</u>                                                                                                                 | <u>Diagnóstico-NANDA</u>                                                                                                   |
| 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud r/c deterioro cognitivo m/p falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios del entorno | 00085 Deterioro de la movilidad física r/c estado de humor depresivo, deterioro músculo-esquelético m/p cambios en marcha. |
| <u>Objetivos-NOC</u>                                                                                                                     | <u>Objetivos-NOC</u>                                                                                                       |
| 1302 Afrontamiento de problemas                                                                                                          | 0300 Autocuidados de la vida diaria (AVD)                                                                                  |
| 1836 Conocimiento: manejo de la depresión                                                                                                | 0005 Tolerancia a la actividad                                                                                             |
| <u>Intervenciones-NIC</u>                                                                                                                | <u>Intervenciones-NIC</u>                                                                                                  |
| 4350 Manejo de la conducta                                                                                                               | 1805 Ayuda con los autocuidados: AIVD                                                                                      |
| 5360 Terapia de entretenimiento                                                                                                          | 0180 Manejo de la energía                                                                                                  |
| 5100 Potenciación de la socialización                                                                                                    |                                                                                                                            |
| <u>Diagnóstico-NANDA</u>                                                                                                                 |                                                                                                                            |
| 00095 Insomnio r/c depresión m/p expresa tener disminución de su calidad de vida.                                                        |                                                                                                                            |
| <u>Objetivos-NOC</u>                                                                                                                     |                                                                                                                            |
| 2000 Calidad de vida                                                                                                                     |                                                                                                                            |
| 0004 Sueño                                                                                                                               |                                                                                                                            |
| 1204 Equilibrio emocional                                                                                                                |                                                                                                                            |
| <u>Intervenciones-NIC</u>                                                                                                                |                                                                                                                            |

<sup>5</sup> Plan de cuidados y problemas de colaboración específico e integral.

5880 Técnica de relajación

1850 Mejorar el sueño

Diagnóstico-NANDA

00124 *Desesperanza r/c abandono, deterioro del estado fisiológico m/p falta de iniciativa*

Objetivos-NOC

1206 Deseo de vivir

1014 Apetito

1309 Capacidad personal de recuperación

Intervenciones-NIC

5230 Aumentar el afrontamiento

5320 Humor

5250 Apoyo en la toma de decisiones

Diagnóstico-NANDA

00120 *Baja autoestima situacional r/c deterioro funcional m/p expresa que la situación actual desafía su valía personal, verbalización de negación de sí mismo*

Objetivos-NANDA

1308 Adaptación a la discapacidad física

1205 Autoestima

Intervenciones-NIC

5510 Educación sanitaria

5400 Potenciación de la autoestima

5395 Mejora de la autoconfianza

{ Fuente: Elaboración propia }

Los resultados (NOC) que se esperan alcanzar tras la aplicación de intervenciones y actividades aparecen asociados a una serie de indicadores, que son acciones o aptitudes más específicas que la paciente deberá de adquirir y que sirven como base para medir un resultado. En la siguiente tabla (Tabla 5) se muestran los indicadores concretos y coordinados para cada diagnóstico en función del estado esperado. Cada indicador se ha cuantificado mediante escalas tipo Likert de 5 puntos, desde menos a más deseado estado, proporcionando una puntuación en un momento concreto.

**TABLA 5<sup>6</sup>. PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LOS INDICADORES DE RESULTADOS**

**Diagnóstico enfermero:** 00099 *Mantenimiento ineficaz de la salud r/c deterioro cognitivo m/p falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios del entorno*

|                                 |   |   |                                 |   |   |
|---------------------------------|---|---|---------------------------------|---|---|
| 1302 Afrontamiento de problemas | A | D | 1836 Conocimiento: Manejo de la | A | D |
|                                 | 7 | 8 |                                 |   |   |

<sup>6</sup> Indicadores NOC con la puntuación al inicio de la valoración y la puntuación diana del plan de cuidados.

| depresión                                                                                                                      |                                                    |     |                                         |                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----|
| <u>Indicadores<sup>9</sup></u>                                                                                                 |                                                    |     | <u>Indicadores<sup>10</sup></u>         |                                                          |     |
| 130201                                                                                                                         | Identifica patrones de superación eficaces         | 1 4 | 183614                                  | Estrategias para reducir los precursores de la depresión | 1 4 |
| 130205                                                                                                                         | Verbaliza aceptación de la situación               | 1 4 | 183616                                  | Efectos de la depresión en el funcionamiento diario      | 1 4 |
| 130212                                                                                                                         | Utiliza estrategias de superación efectivas        | 1 4 | 183623                                  | Grupos de apoyo disponibles                              | 1 4 |
| 130218                                                                                                                         | Refiere aumento del bienestar psicológico          | 1 4 |                                         |                                                          |     |
| <b>Diagnóstico enfermero:</b> 00095 <i>Insomnio r/c depresión m/p expresa tener disminución de su calidad de vida</i>          |                                                    |     |                                         |                                                          |     |
| 2000 Calidad de vida                                                                                                           |                                                    |     | 0004 Sueño                              |                                                          |     |
| <u>Indicadores<sup>11</sup></u>                                                                                                |                                                    |     | <u>Indicadores<sup>12</sup></u>         |                                                          |     |
| 200001                                                                                                                         | Satisfacción con el estado de salud                | 1 4 | 000402                                  | Horas de sueño cumplidas                                 | 1 5 |
| 200009                                                                                                                         | Satisfacción con la capacidad de superación        | 1 5 | 000404                                  | Calidad de sueño                                         | 1 5 |
| 200016                                                                                                                         | Independencia en las actividades de la vida diaria | 1 4 | 000406                                  | Sueño interrumpido                                       | 1 5 |
| 1204 Equilibrio emocional                                                                                                      |                                                    |     |                                         |                                                          |     |
| <u>Indicadores<sup>13</sup></u>                                                                                                |                                                    |     |                                         |                                                          |     |
| 120402                                                                                                                         | Muestra un estado de ánimo sereno                  | 1 5 |                                         |                                                          |     |
| 120423                                                                                                                         | Mantiene el arreglo y la higiene personal          | 1 4 |                                         |                                                          |     |
| 120415                                                                                                                         | Muestra interés por lo que le rodea                | 1 5 |                                         |                                                          |     |
| <b>Diagnóstico enfermero:</b> 00124 <i>Desesperanza r/c abandono, deterioro del estado fisiológico m/p falta de iniciativa</i> |                                                    |     |                                         |                                                          |     |
| 1206 Deseo de vivir                                                                                                            |                                                    |     | 1309 Capacidad personal de recuperación |                                                          |     |
| <u>Indicadores<sup>14</sup></u>                                                                                                |                                                    |     | <u>Indicadores<sup>15</sup></u>         |                                                          |     |

<sup>7</sup> Puntuación obtenida actual de la persona al inicio de la valoración.

<sup>8</sup> Puntuación diana y/o puntuación deseada.

<sup>9</sup> 1(Nunca demostrado)2(Raramente demostrado)3(A veces demostrado)4(Frecuentemente demostrado)5(Siempre demostrado).

<sup>10</sup> 1(Ningún conocimiento)2(Conocimiento escaso)3(Conocimiento moderado)4(Conocimiento sustancial)5(Conocimiento extenso).

<sup>11</sup> 1(No del todo satisfecho)2(Algo satisfecho)3(Moderadamente satisfecho)4(Muy satisfecho)5(Completamente satisfecho).

<sup>12</sup> 1(Gravemente comprometido)2(Sustancialmente comprometido)3(Moderadamente comprometido)4(Levemente comprometido)5(No comprometido).

<sup>13</sup> 1(Nunca demostrado)2(Raramente demostrado)3(A veces demostrado)4(Frecuentemente demostrado)5(Siempre demostrado).

<sup>14</sup> 1(Gravemente comprometido)2(Sustancialmente comprometido)3(Moderadamente comprometido)4(Levemente comprometido)5(No comprometido).

<sup>15</sup> 1(Nunca demostrado)2(Raramente demostrado)3(A veces demostrado)4(Frecuentemente demostrado)5(Siempre demostrado).

|                                                         |   |   |                                     |   |   |
|---------------------------------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|---|
| 120602 Expresión de esperanza                           | 1 | 5 | 130916 Progresa hacia los objetivos | 1 | 5 |
| 120603 Expresión de optimismo                           | 2 | 5 | 130932 Participa en actividades de  |   |   |
| 120608 Utiliza estrategias para compensar los problemas | 1 | 4 | ocio                                | 1 | 5 |

1014 Apetito

#### Indicadores<sup>16</sup>

|                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| 101401 Deseo de comer         | 1 | 5 |
| 101403 Disfrute con la comida | 1 | 4 |
| 101407 Ingesta de nutrientes  | 2 | 5 |
| 101408 Ingesta de líquidos    | 1 | 5 |

**Diagnóstico enfermero:** 00120 Baja autoestima situacional r/c deterioro funcional m/p expresa que la situación actual desafía su valía personal, verbalización de negación de sí mismo

|                                          |                 |
|------------------------------------------|-----------------|
| 1308 Adaptación a la discapacidad física | 1205 Autoestima |
|------------------------------------------|-----------------|

#### Indicadores<sup>17</sup>

|                                                                    |   |   |
|--------------------------------------------------------------------|---|---|
| 130802 Expresa verbalmente reconciliación con la discapacidad      | 1 | 5 |
| 130803 Se adapta a limitaciones funcionales                        | 2 | 5 |
| 130804 Modifica el estilo d vida para acomodarse a la discapacidad | 1 | 5 |

#### Indicadores<sup>18</sup>

|                                              |   |   |
|----------------------------------------------|---|---|
| 120501 Verbalización de autoaceptación       | 2 | 5 |
| 120511 Nivel de confianza                    | 1 | 5 |
| 120515 Voluntad para enfrentarse a los demás | 1 | 5 |

{Fuente: Elaboración propia}

Los objetivos planteados se secuenciarán según la progresión de las dificultades, empezando por objetivos de fácil y rápida ejecución. Se pretende mantener la mayor autonomía posible potenciando y trabajando dichos objetivos.

En el ámbito de la psiquiatría, la supresión de los síntomas y la prevención de recaídas no debe ser el único objetivo a la hora de tratar a un paciente. Se debe añadir además, potenciar el rol en su vida diaria y su propia calidad de vida. La calidad de vida relacionada con la salud se ha de entender como un concepto biopsicosocial y funcional según el punto de vista de cada persona.

A continuación se describen de forma más concreta las actividades planificadas más adecuadas de acuerdo con los diagnósticos seleccionados y problemas de colaboración con el primordial objetivo de cuidar y ayudar a conseguir una mejor calidad de vida

<sup>16</sup> 1(Gravemente comprometido)2(Sustancialmente comprometido)3(Moderadamente comprometido)4(Levemente comprometido)5(No comprometido).

<sup>17</sup> 1(Nunca demostrado)2(Raramente demostrado)3(A veces demostrado)4(Frecuentemente demostrado)5(Siempre demostrado).

<sup>18</sup> 1(Nunca positivo)2(Raramente positivo)3(A veces positivo)4(Frecuentemente positivo)5(Siempre positivo).

para la paciente. De acuerdo con las características de la persona, estas actividades seleccionadas van a ir vinculadas a los siguientes puntos de interés:

- Mejora de la autoestima y seguridad en sí misma
- Actuación frente ansiedad-estrés y técnicas de relajación
- Fomento de la actividad física
- Atención a los problemas de atención-orientación-memoria
- Desempeño de habilidades para el autocuidado

Los aspectos que más influyen en la autoestima personal son la competencia, la valía personal y el respeto mutuo. A la hora de valorarla, se ha de tener en cuenta que la autoestima es algo inestable, es decir varía a lo largo de la vida dependiendo de las situaciones y las emociones que conllevan. Como señala Branden, “cuando la persona tiene importantes dudas acerca de su valor como ser humano, o cree que no es digna o merecedora de amistad, respeto, amor, éxito, etc., está en desventaja para satisfacer sus necesidades básicas y proteger sus intereses legítimos; ello repercute en su rendimiento, en sus relaciones interpersonales y, en definitiva, en su autoestima.” Una autoestima saludable es una garantía de una adecuada calidad en la vida y viceversa.

Con el objetivo de aumentar la autoestima, restablecer la ilusión, la seguridad en sí misma y mejorar el estado de ánimo, la paciente ha de participar en las actividades de educación para la salud todos los días durante toda la hospitalización programadas de 11:00 a 13:00 horas de lunes a viernes fomentando la risoterapia, la escucha activa, la empatía y la expresión verbal y no verbal. Simultáneamente, se gestionará la posibilidad de que su marido e hija la visiten en función de la evolución de la paciente y contando con la opinión y orden del equipo facultativo. Se espera que las visitas de su marido, el apoyo diario de la asistencia y las actividades de educación para la salud le aporten estrategias de afrontamiento que le permita disminuir su ansiedad, y de esta forma perder el miedo, la desesperanza y restablecer su vida física y social. Se ha de promover una conducta adecuada para la potenciación de la autoestima aunque no existan las ganas para llevarla a cabo.

Otra actividad a tener en cuenta es la disminución del estrés. Hay múltiples sinónimos a la hora de referirse al estrés aunque el más habitual es la ansiedad. Se ha de ayudar a la paciente a adaptarse a los factores estresantes que en este momento condicionan su vida

(hospitalización, separación de sus seres queridos), cambios o amenazas perceptibles (cambios en la calidad de vida, deterioro cognitivo) que interfieren en el cumplimiento de los papeles de la vida cotidiana. Según J. Fornés Vives, “el estrés forma parte de la vida de toda persona. Constituye una experiencia emocional que puede provenir de cualquier situación o pensamiento [...] lo que es estresante para una no necesariamente lo es para otra [...] el estrés puede considerarse como una respuesta del organismo frente a una situación que evalúa como amenazante o desafiante [...] Se considera factor estresante (o “estresor”) a cualquier elemento en la experiencia de la persona que provoca una reacción o respuesta de estrés, debido a una alteración del funcionamiento psicológico y somático.”

El estrés produce cuatro tipos de respuestas a nivel de las personas: fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales. Las fisiológicas y emocionales se expresan a través del estado de ánimo y los sentimientos. Las cognitivas y conductuales se caracterizan por las habilidades de afrontamiento de la persona de no permitir que el estrés le afecte en tal medida que se conviertan en patología. Además, estas habilidades de afrontamiento son las que eliminan el mal estado de ánimo y los sentimientos negativos.

Para combatir el estrés, se puede hacer mediante la implicación y confrontación total con los problemas (respuesta activa) o mediante el escape y la evitación (respuesta pasiva). Se ha de tener en cuenta que la paciente se encuentra en un estado depresivo que da lugar a una inestabilidad emocional y neuroticismo. Se considera que una persona con un alto grado de inestabilidad emocional tenderá a valorar las situaciones más estresantes de lo que realmente son, constituyendo un factor de riesgo para la recuperación de su enfermedad. El objetivo será buscar lo inverso al estrés, es decir lograr un equilibrio que permita regular los sentimientos negativos de ineficacia y la falta de realización de la paciente.

Con la finalidad de potenciar las estrategias de afrontamiento contra el estrés y disminuir la ansiedad se programan en el plan de cuidados tres sesiones a la semana (lunes, martes y jueves) durante 2 semanas con el equipo de enfermería que tendrá una duración entre 30 y 60 minutos a partir de las 17:00. Se espera que en 2 semanas la paciente gane confianza, se integre y le disminuya la ansiedad. En la primera semana las reuniones consistirán en:

La primera sesión estará centrada en el conocimiento, primer contacto enfermera-paciente con el objetivo de proporcionar apoyo. La mejor forma de dar apoyo es empatizando sus problemas, no juzgando, aceptando sus formas de expresión y ayudando cuando lo necesite.

En la segunda sesión se ayudará a identificar las fuentes que provocan el estrés facilitando la expresión de ira por parte de la paciente de una manera constructiva. El factor estresante o “estresor” en el que la paciente se encuentra, la lleva a un sufrimiento mental y a una incapacidad de autoconfianza y valía propia. Esto ha de tenerse en cuenta, reflexionar y medir la intensidad del estrés y el malestar que le ha provocado en una escala de uno a diez puntos. Siendo de 1 a 3, estrés ligero, de 4 a 7, estrés moderado y de 8 a 10, estrés extremo. De esta manera obtendremos una orientación sobre la técnica más idónea para hacer frente a su situación personal.

En la tercera sesión, se selecciona una técnica de relajación y movilización de los huesos y músculos. La técnica se llama tensión-relajación muscular y está basada en cómo las respuestas del organismo actúan frente al estrés y provocan pensamientos y actos que provocan tensión en los músculos. Esta consiste en tensar los músculos y relajarlos dos o tres veces en cada grupo muscular. Se ha de adoptar una postura en decúbito supino y los ojos cerrados. La ropa ha de ser cómoda tipo chándal y se realizará en el gimnasio del hospital frente a la ventana encima de una colchoneta. Ejemplo: En el grupo muscular de los hombros, se deberá encoger de hombros llevándolos hacia arriba como si se quisiera tocar las orejas con ellos y volver a la posición inicial.

En la siguiente semana, se ha propuesto abarcar tres ámbitos en las tres sesiones programadas: El autoconocimiento, pensamientos distorsionados y conductas apropiadas.

En primer lugar, el autoconocimiento es el conocimiento de sí mismo. Lo que uno piensa de sí mismo con frecuencia se convierte en realidad. Si pensamos que no valemos nada, repercutirá en la forma de vernos y en el trato a nosotros mismos y con los demás. La única forma de conocer cómo nos afectan las situaciones es aceptando los sentimientos, no negándolos. Sólo cuando la persona es consciente de que se está sufriendo, se desea cambiar. Así pues, se ha seleccionado un método denominado la

auto-observación y los registros personales. Este consiste en anotar en una libreta día a día los pensamientos que tiene en ese día (juicios personales o ajenos, suposiciones, creencias, preocupaciones, deseos...), los hechos objetivos que han ocurrido para que haya surgido ese pensamiento, si ha tomado alguna conducta para resolver el hecho (gritar, responder con malas formas, escuchar...) y lo que ha sentido emocionalmente (mal estado de ánimo, tristeza, ira...). Todos los días anotará esos pensamientos-hechos-emociones en esa libreta hasta el final de su hospitalización.

A continuación, se ha de establecer un debate enfermera-paciente. Con estos registros lo que se quiere es reflexionar y encontrar soluciones objetivas a los problemas. A su vez, permite conocer nuestros recuerdos tal y como han pasado sin que se pierdan recuerdos debido al paso del tiempo. Además se detectan pensamientos distorsionados y conductas ineficaces.

En segundo lugar, los pensamientos distorsionados son aquellos pensamientos erróneos que afectan a la forma de razonar y comportarse. Son también conocidos como pensamientos irracionales. Se utilizará un método basado en Albert Ellis y Aaron Beck junto con los registros. La premisa de este método es que si una persona tiene una idea inapropiada no significa que no sea capaz de razonar, sino que su razonamiento la lleva a una percepción errónea no permitiendo que se adapte al mundo real con frases como “de esta no salgo” o “no quiero vivir”. El objetivo será detectar el pensamiento no adaptativo mediante los registros en la libreta y convertirlo en adaptativo. Por ejemplo, un pensamiento no adaptativo para la paciente podría ser: es más fácil evitar los problemas que enfrentarse a ellos. El pensamiento adaptativo correspondiente sería: evitar el problema no reduce la preocupación, sólo la desplaza.

En tercer lugar, una conducta apropiada se puede definir como actuar honestamente y adecuadamente frente a emociones, pensamientos, deseos y necesidades. También es conocida como conducta asertiva. La evidencia dice que un comportamiento adecuado, provoca ideas y sentimientos positivos que ocasiona una autoestima alta como el afrontamiento y la confrontación de los problemas. Por eso, con la ayuda también de los registros, se fomentará las conductas asertivas a medida que evolucionan las sesiones.

Para terminar de abordar la ansiedad y el estrés, al final de cada sesión se realizarán ejercicios de respiración favoreciendo una respiración lenta, profunda e intencionada.

Los ejercicios de respiración disminuyen el estrés-ansiedad, la tensión de los músculos y la irritabilidad. Se ha de adoptar una postura sentado o tumbado, cómoda y con los ojos cerrados. Tendrán una duración de 10 minutos y se han de efectuar 10 respiraciones completas (inspiración y expiración). Se ha de tener en cuenta el vértigo como síntoma de que los ejercicios se están realizando con demasiada rapidez y profundidad.

La actividad física en el ámbito de la salud influye a nivel biopsicosocial. La evidencia científica ha demostrado que el movimiento del cuerpo mejora nuestra condición biológica, mental y las relaciones sociales combatiendo la fatiga, el insomnio, el aburrimiento. En el ámbito de la salud mental, ayuda a canalizar tensiones (disminuyendo el estrés), favorece la estabilidad emocional y la percepción de uno mismo. La no realización favorece emociones desagradables como mal estado de ánimo, irritabilidad y mala canalización de la energía.

La explicación de este fenómeno radica en que un ejercicio moderado entre 15 y 20 minutos estimula la secreción de neurotransmisores denominados catecolaminas que producen la liberación de endorfinas en la sangre que ejercen efectos positivos en el ánimo y en la neutralización del dolor.

Para promocionar la actividad física en la paciente se ha tenido en cuenta la falta de motivación debido al estado depresivo, los efectos del tratamiento con psicofármacos y las limitaciones músculo-esqueléticas que deterioran la voluntad para conseguir los objetivos. No obstante, se ha propuesto sesiones de lunes a viernes de 10 a 15 minutos al día a partir de las 18:00 horas de estiramiento y contracción muscular. Por ejemplo: rotación de hombros y brazos, estiramiento del tronco, estiramiento de brazos, hombros y tórax, palmadas, etc., junto con un programa de actividades al aire libre los sábados que consistirá en paseos, juegos o actividades al aire libre. Con estas medidas se pretende que en 4 semanas, disminuya el cansancio y debilidad generalizada mejorando a su vez el estado físico y una mejor conciliación del sueño.

Con respecto al cuidado de la atención-orientación-memoria, la paciente presenta una demencia de cuerpos de Lewy por lo que se ha seleccionado un una serie de actividades y recomendaciones destinadas a estimular y prevenir en la medida de lo posible el deterioro cognitivo. Entre ellas: escribir notas de forma clara en folios y dejarlas en

lugares visibles, variar lo menos posible de lugar los objetos que usa frecuentemente, hacer listas de tareas diarias o semanales e ir las tachando una vez conseguidos los objetivos, escribir cada día la fecha del día en la que se encuentra y prestar atención a la información que se quiere retener. Con estas acciones se procura que la paciente refuerce la memoria y tenga una mejor satisfacción de ella misma mediante la consecución de los objetivos.

Finalmente, el término de autocuidado en el contexto de la enfermería, se utilizó por primera vez en el 1956 por Dorothea E. Orem. El cuidado es una conducta intencional ligada íntimamente a la motivación y autoestima. Las actividades de la vida diaria (AVD) pueden clasificarse en básicas (higiene, baño, acicalamiento, vestido, uso del inodoro y alimentación) e instrumentales (dependen del estado emocional y comprenden la organización de la vivienda, manejo del dinero y recursos comunitarios, la lectura, escritura, etc.)

Para trabajar en la realización de las AVD se ha de entrenar en hábitos y ejecutarlos. En la valoración de enfermería realizada anteriormente, se muestran una serie de escalas que ha permitido la valoración de la paciente en el ámbito de las AVD con el objetivo de establecer acciones terapéuticas enfocadas a sus limitaciones. Se ha efectuado un programa de cuidados diarios con objetivos fáciles y de rápida ejecución que aumentará la dificultad en función de la progresión de las dificultades, acompañado de una hoja de registro.

Al principio la paciente será acompañada y la enfermera ha de realizar la acción a la vez que la explica verbalmente en la realización de ciertas actividades que pueda requerir ayuda como el aseo, el baño y el vestido con el objetivo de que la paciente refuerce y asimile consejos que la dispongan a auto-cuidarse.

Si la ha realizado correctamente se le reforzará positivamente (refresco, puntos...), en el caso de no actuar como se desea, no se ha de juzgar a la paciente. Es importante que se perciba la valía personal como factor de motivación para llevar a cabo las actividades. Además, paulatinamente se reducirá la frecuencia de recompensación conductual para mantener las conductas deseadas.

Se ajustará la dieta que se dispone a lo largo de 4 veces/día (desayuno, comida, merienda y cena) y se le proporciona una habitación individual con una temperatura, ruido y luz adecuada.

El plan de actuación comenzará con el seguimiento de un horario de levantarse a las 8:30 horas, ducharse, vestirse y peinarse. Establecer el desayuno como la primera comida del día a las 9:00 horas. A las 10:00 horas tendrá una hora de tiempo libre a impartir en juegos de mesa, televisión, paseos por la unidad, charla con sus compañeros, costura, entre otras. A las 11:00 horas tendrán lugar las actividades de educación para la salud dispuestas por el personal de enfermería en el salón de la unidad a las que ha de asistir obligatoriamente. Varían entre educación para la salud, inteligencia emocional, risoterapia, psicoeducación, entre otros. A las 13:30 horas es la hora de la comida y al final tendrá la oportunidad de descansar en su habitación durante 1 hora. A las 17:00 es la hora de la merienda y al finalizar se dispondrán las actividades y métodos narrados anteriormente para la consecución de los objetivos. La cena tendrá lugar a las 20:00 horas y se ha de acostar a las 23:00 horas. Entre horas tendrá que beber a lo largo del día 1.5 litros de agua al día. Al finalizar, las comidas la paciente ha de recoger sus platos y cubiertos eliminando desperdicios y colocándolos en el lugar adecuado para el lavado y se dirigirá al cuarto de baño para la higiene dental. El reparto de la medicación será repartido durante las comidas en función de la prescripción facultativa.

Con estas medidas se pretende que en dos semanas mejore su estado de desnutrición, coma adecuadamente, disminuya el cansancio, el aburrimiento y la debilidad generalizada que sufre y que mejore de manera notoria el insomnio.

#### *5.1.2. Ejecución*

Se realiza una ejecución del plan de cuidados en torno una evolución de ocho semanas en las cuales se valorará el progreso de la paciente durante su ingreso en la unidad. En el plan de cuidados intervienen profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, psiquiatría, neurología, psicología y por supuesto su ámbito familiar. Esto denota la participación de un equipo interdisciplinar con más posibilidades hacia el éxito y la pronta recuperación de la paciente.

Se realiza ingreso en planta de psiquiatría por el servicio de urgencias. El ingreso es involuntario acompañada de su esposo en todo momento. Se retiran objetos de valor y personales según la normativa de la planta para promover seguridad. Se hace valoración de enfermería y plan de cuidados estandarizados mostrados anteriormente. No presenta alergias medicamentosas conocidas. Se realiza protocolo de acogida, se pauta tratamiento individualizado y pasa a una habitación individual con vigilancia intermitente. Sus constantes al ingreso son: temperatura 35.7°C, saturación de oxígeno 100%, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, tensión arterial 130/80 mmHg y glicemia de 110 mg/dl.

Comienza seguimiento por un nuevo psiquiatra, siendo la impresión diagnóstica trastorno depresivo resistente con importante componente ansioso y exacerbación de sus rasgos obsesivos. Realiza una modificación del tratamiento farmacológico con duloxetine 60mg/día (1-0-1), diazepam 30mg/día (1-0-1), quetiapina 100mg/día (1-0-0), olanzapina 10 mg/día (1-0-0), sulpirida 150 mg/día (1-0-0) y lormetazepam 2mg/día (0-0-1).

Al comienzo de la primera semana la paciente se mantiene aislada en su habitación con tendencia a permanecer la mayor parte del tiempo en la cama, negándose a comer y a participar en las actividades. Muestra un estado de ánimo pasivo, su cara refleja inexpressión y ausencia de gestos, marcha festinante, enlentecimiento a la hora de realizar movimientos, lentitud mental y dificultad en la articulación de las palabras afectando al ritmo y a la fluidez del habla, con un lenguaje pobre en palabras y muy perseverante. Se alimenta mal, refiere no tener apetito y come por obligación. Continúa verbalizando desesperanza e ideas de muerte. Solicita el alta voluntaria continuamente porque no cree que se le pueda ayudar con ningún tratamiento o terapia y teme la evolución de la demencia que le han diagnosticado. Refiere que “no quiere vivir así” y “se quiere ir para casa”. Se le realiza el cuestionario de salud denominado Mini Mental State Examination (MMSE)<sup>19</sup> (Anexo VI) con una puntuación 27 de 30. Se propone a su marido que no realice visitas ni realice llamadas hasta próximo aviso. Además, según protocolo de planta y por orden facultativa en un principio la paciente tampoco podía recibir ni realizar llamadas y no tendrá posibilidad de realizar salidas fuera del complejo hospitalario.

---

<sup>19</sup> método desarrollado por Marshal F. Folstein et al en 1975 para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución.

Como bien se muestra en la planificación, en la primera semana se proponen la necesidad de realizar una serie de actividades de lunes a viernes a horas establecidas durante el día. Esta semana las sesiones han estado centradas en el respeto, la comprensión, la autoestima, la empatía y finalmente la risoterapia. Durante las tres primeras sesiones de educación para la salud, la paciente no colabora en las actividades, negándose a hablar y a participar. Considera que son una pérdida de tiempo y que no tendría por qué estar ahí. En la cuarta sesión hablando de la autoestima, expresa una opinión negativa sobre el tema en cuestión. En risoterapia, se consigue robarle una sonrisa pero niega haberla tenido. En esta semana, tanto las visitas, el recibimiento y la realización de llamadas de su marido e hijas no están permitidas bajo ningún concepto.

Además, por la tarde tuvieron lugar las demás actividades programadas. Se tuvo el primer contacto enfermera-paciente. Al comenzar se encontraba reacia y no colaborativa aunque ante la pregunta sobre cómo está repercutiendo su enfermedad en su día a día, optó por colaborar narrando con detalle las características de cómo y por qué se sentía así con expresiones de “pues no me ves”, “no valgo para nada”. Durante todo momento se empatizó con la paciente y se intentó ayudar en la manera de lo posible.

Se analizaron las fuentes que más ansiedad le provocaban en el día a día fomentando la expresión de la ira. En una escala del 1 al 10 para medir el sufrimiento mental y la intensidad del estrés en el momento actual, se obtuvo una puntuación de 8.

Tuvo lugar la técnica de tensión-relajación muscular. Durante 30 minutos en el gimnasio de la unidad en una colchoneta y en posición decúbito supino, la paciente tensó y relajó diferentes grupos musculares. Al finalizar, se sentía agotada, exhausta y tenía gana de cenar e irse a su habitación a descansar. No se pudieron realizar las actividades de actividad física por negativa de la paciente. No obstante, permitió la realización de los ejercicios de respiración durante 10 minutos, en los que la paciente colaboró y acató las órdenes que precisaban para su correcta realización.

Simultáneamente, desde primera hora de la mañana hasta el final del día, tuvo lugar el entrenamiento para el fomento de la realización de las AVD. La paciente fue acompañada por un profesional de enfermería mostrándole y facilitándole la mejor forma de llevar a cabo su propio autocuidado. Durante la explicación verbal de las

actividades la paciente se sentía malhumorada y con bajo estado de ánimo. Las hacía por cumplir y para no sufrir sermones por parte del personal. Con respecto a la atención, orientación y memoria se procuraba que dejara todos sus objetos a la vista. Además se le escribió algunas notas alrededor de la habitación cerca de algunos objetos. Por ejemplo: “Cepillo de dientes”.

La segunda semana está caracterizada por el establecimiento de una interconsulta al servicio de Neurología. Se evalúa el deterioro cognitivo mediante MMSE (Anexo VI) obteniéndose un valor de 24 sobre 30. Se mantiene la presencia de clínica parkinsoniana, bradicinesia, bradipsiquia y bradilalia. Dada la evolución de la paciente y la escasa respuesta farmacológica con diferentes tipos de antidepresivos utilizando dosis plenas y estrategias de combinación y potenciación, por indicación facultativa se decide proponer el establecimiento de Terapia Electroconvulsiva (TEC). Se informa del procedimiento y del requerimiento de una anestesia general de corta duración. Además de la necesidad de firmar si hubiese aceptación de un consentimiento informado (Anexo V).

Paralelamente, se siguen impartiendo durante la semana las actividades de educación para la salud negándose a participar aunque parece escuchar. En las sesiones para disminuir la ansiedad y el estrés durante la tarde se realizó el método auto-observación. Se le administró a la paciente una libreta, explicándole en qué consistía y el objetivo de por qué realizar esta actividad. Se quedó con la libreta con la condición de que al final de la semana se estableciera un debate enfermera-paciente analizando los pensamientos distorsionados y conductas ineficaces de la semana. Tras la valoración de los apuntes tomados, lo más característico fue su desesperanza actuando frente a ella con negatividad, mal estado de ánimo, tristeza y negación de vivir. Escribió escasa pero adecuadamente todos los días demostrando cierta participación e interés en la actividad aunque aún sin ningún pensamiento y conducta eficaz. Escribe cada día la fecha completa de cada día fomentando la orientación y la memoria. Continúan impartiéndose los ejercicios de relajación participando satisfactoriamente. No se pudo impartir actividad física por falta de voluntad de la paciente.

En la tercera semana, el marido firma el consentimiento de establecer a la paciente TEC a partir de la semana posterior.

Se realizan pruebas complementarias de ECG, radiografía de tórax, analítica general y las pruebas específicas de anestesia. Se pautan un total de 12 sesiones, en intervalos de 3 sesiones a la semana en días alternos, que tiene lugar en quirófano.

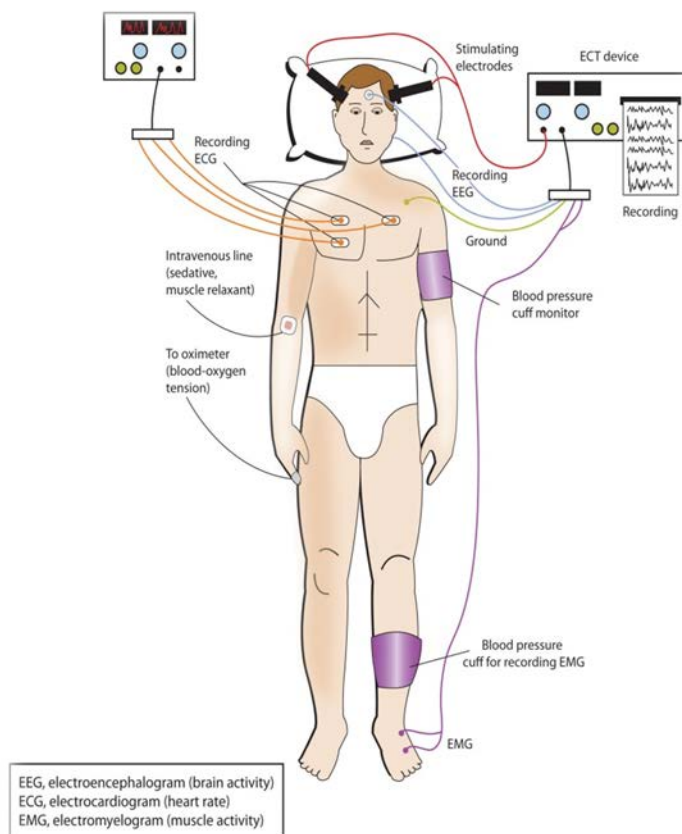
La noche anterior al tratamiento, la paciente tuvo ayuno absoluto de 8 horas junto con una ducha. En la mañana a recibir la TEC, se aseguró que la paciente llevaba vacía tanto la vejiga como el recto. No llevaba prótesis ni ningún objeto de metal y/o loción corporal. Se interrumpe la medicación oral. Se proporciona apoyo psicológico y se acompaña a la paciente al quirófano proporcionándole seguridad y tranquilidad.

Una vez en quirófano, se coloca a la paciente en decúbito supino, con los brazos y las piernas rectas y alineadas con el tronco. Se monitorizan constantes, se administra oxígeno al 100%, se aplica sobre la frente de la paciente unos toques de algodón impregnados con alcohol y se colocan los electrodos. Se monitoriza y registra electroencefalograma y electrocardiograma.

Se selecciona una vía permeable en el miembro superior derecho a la altura del antebrazo con un catéter 18G. Se coloca entre los dientes de la paciente un separador bucal blando para que no oprima la dentadura y se eviten fracturas. Se administra la anestesia y los relajantes musculares seleccionados por facultativo que son Bromuro de Rocuronio 3 ml vía intravenosa y Propofol 20 ml vía intravenosa, con tolerancia terapéutica.

Se implantan de los electrodos en la zona bifrontotemporal, (figura 1) con una impedancia de 800 ohmnios y con una duración total del estímulo eléctrico de 3-5 segundos. Durante la terapia, la paciente consigue un tiempo de convulsión medido por el electroencefalograma de 19s (actualmente se acepta que la convulsión dure entre 15 y 20s) (1), considerándose eficaz.

Figura 1 {Fuente: Recurso electrónico}<sup>20</sup> (15)



Al finalizar la TEC, se retira el protector bucal, se aspiran secreciones y se cambia a la paciente a decúbito lateral para permitir una mejor ventilación. Se manda a la paciente a la Unidad de Reanimación Post-anestesia.

Al despertar, la paciente se encontraba confusa y aturdida, se retiran electrodos, el pulsioxímetro y el resto del equipo y se traslada la paciente a su habitación.

Una vez en su habitación, se limpia las áreas de colocación de los electrodos y la zona bucal. Se verifican que no existen quemaduras en la zona de los electrodos. Se deja a la paciente en entorno oscuro y tranquilo con un reposo de 2 horas. Se colocan las barras laterales de protección de la cama y se eleva la cabecera treinta grados.

Recuperada, se tranquiliza a la paciente informándole de que la confusión es un efecto transitorio del tratamiento. Se realiza control de constantes cada 15 minutos. Se le administra dieta blanda que tolera adecuadamente. La paciente está orientada y se dispone a retirar la vía. Se registra la evolución de la paciente las 24 horas posteriores a la TEC y se valoran cambios de orientación y del estado de ánimo. No presenta náuseas ni vómitos, cefalea ni lesiones. Se suspenden las actividades programadas durante el día.

En la cuarta semana, tras la primera sesión de TEC se consigue una notable mejoría en la expresividad facial. Después de haber recibido 3 sesiones de TEC, refiere sentirse mejor anímicamente y niega las ideas de autolisis y desesperanza. No expresa quejas

<sup>20</sup> Simulación de un paciente sometido a TEC.

durante las comidas. Se le permite recibir llamadas de su marido (no realizar) y salidas terapéuticas de 30 minutos por los alrededores del complejo hospitalario acompañadas única y específicamente por su esposo.

En las actividades de educación para la salud, mejora el estado de ánimo y está presente la escucha activa aunque sigue con negativa a participar. Continúa anotando en la libreta de forma detallada sus pensamientos, sentimientos, la causa de estos y su actuación frente a ellos junto con la fecha del día. Destaca su pensamiento sobre la TEC, refiere no tener esperanza porque nunca le sale nada bien. Se mantienen los ejercicios de relajación aunque aún con negativa al ejercicio físico. Realiza su autocuidado con supervisión. Denota mejor estado de ánimo y voluntad de autocuidarse.

Al final de la quinta semana ya había recibido 6 sesiones de TEC. Comienza con permisos terapéuticos que consistían en salidas por la tarde a las 18:00 horas, pasar la tarde-noche y dormir en su domicilio con su marido y volver a la unidad de salud mental a las 9:00 horas para el desayuno. Al regresar los primeros días, refiere sentirse angustiada por “no saber desenvolverse en la casa”; además de tener quejas de fallos amnésicos y confusión. Ante esta situación, se le explica que se trata de un efecto secundario de la terapia y que desaparecerá paulatinamente.

Ligero aumento de la autoestima a la hora de abordar las situaciones del día a día. En su libreta destacan los pensamientos de no creer que su matrimonio pueda ir bien después de esta etapa. Siente tristeza y actúa separándose de su marido. Permite la realización de actividad física en el gimnasio de la unidad durante 15 minutos. Ante los repentinos fallos amnésicos, utiliza su libreta para recordar con detalle lo ocurrido en semanas anteriores. Dice no sentirse como antes. Participa activamente en su autocuidado en la unidad. Refiere no sentirse bien en casa, sintiéndose más segura en la unidad. Al referir la amnesia, se realiza una exploración psicopatológica dando como resultado tanto la orientación como la memoria inmediata, reciente y remota intactas en todo momento.

Tras la octava sesión de TEC la paciente se muestra más expresiva, con interés en las actividades diarias de educación para la salud, pendiente del entorno, utiliza un lenguaje espontáneo a un ritmo normal y con articulación adecuada de las palabras, verbaliza deseos de irse de permiso cada tarde y niega tener fallos amnésicos. Participa y colabora de manera inesperada y con entusiasmo en cada una de las actividades de educación

para la salud. Muestra pensamientos y conductas a tomar más adecuadas y es consciente de ello, de su evolución y actitud para mejorar. Realiza actividad física al menos 3 días a la semana durante 15 minutos refiriendo buen estado de ánimo. Se evidencian aptitudes para realizar su propio cuidado.

Tras la décima sesión de TEC en la séptima semana, se realiza un cambio en el tratamiento farmacológico. Se sustituye por duloxetina 60mg/día (1-0-0), quetiapina 60 mg/día (1-0-0) y oxcarbacepina 700 mg/día (1-0-0). Continúa mejorando favorablemente. Facies sonrientes y reactivas al medio interno y externo. Actitud de interés durante las actividades educativas, habla y pasea con sus compañeros en la unidad, realiza ejercicio físico y escribe que se siente bien con ella misma, cree que puede mejorar. Come adecuadamente e ingiere 1.5 litros de líquido al día y realiza sus necesidades básicas de salud. No se objetiva dificultad ni enlentecimiento en los movimientos y la marcha es absolutamente normal. Su marido refiere que la expresividad facial y el lenguaje corporal no lo había tenido desde hace años, “había recuperado a su mujer”.

Tras la última sesión de TEC, el lenguaje es espontáneo, fluido, coherente y con llamativa disminución del tiempo de latencia de respuestas. Pregunta constantemente por el alta, niega tener ideación de autolisis o deseos de muerte y desesperanza. Refiere tener pensamientos de futuro, se siente joven para retomar su actividad y profesión como psicóloga en su consulta privada una vez dada de alta en la unidad. Se realiza una vez más el MMSE (Anexo VI) obteniendo un valor de 30 sobre 30, repitiéndose la valoración neuropsicológica con unos resultados estrictamente normales.

### 5.1.3. Evaluación

A continuación (Tabla 5, Tabla 6, Tabla 7 y Tabla 8) se muestra la evolución de la paciente a través de indicadores escogidos en el plan de cuidados. Se valorará la puntuación al principio del plan de cuidados, la puntuación a lo largo de las ocho semanas y la puntuación diana o el estado deseado que se esperaba de la paciente.

| <b>Tabla 5<sup>21</sup>. EVOLUCIÓN DE INDICADORES DEL PLAN DE CUIDADOS</b>                                                                                             |                    |                   |                   |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|------------|
| <b>Diagnóstico enfermero:</b> 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud r/c deterioro cognitivo m/p falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios del entorno |                    |                   |                   |            |
| <b>Objetivo NOC_1302 Afrontamiento de problemas</b>                                                                                                                    |                    |                   |                   |            |
| Indicadores                                                                                                                                                            | Puntuación inicial | Puntuación tras 4 | Puntuación tras 8 | Puntuación |

<sup>21</sup> Evolución de indicadores del plan de cuidados en base al primer diagnóstico.

|                                                                 |                    | semanas                   | semanas                   | diana            |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|------------------|
| 130201 Identifica patrones de superación eficaces               | 1                  | 2                         | 4                         | 4                |
| 130205 Verbaliza aceptación de la situación                     | 1                  | 2                         | 4                         | 4                |
| 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas              | 1                  | 2                         | 4                         | 4                |
| 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico                | 1                  | 3                         | 4                         | 4                |
| <b>Objetivo NOC_1836 Conocimiento: Manejo de la depresión</b>   |                    |                           |                           |                  |
| Indicadores                                                     | Puntuación inicial | Puntuación tras 4 semanas | Puntuación tras 8 semanas | Puntuación diana |
| 183614 Estrategias para reducir los precursores de la depresión | 1                  | 2                         | 4                         | 4                |
| 183616 Efectos de la depresión en el funcionamiento diario      | 1                  | 3                         | 4                         | 4                |
| 183623 Grupos de apoyo disponibles                              | 1                  | 2                         | 4                         | 4                |

{Fuente: Elaboración propia}

Tras la aplicación de TEC se aprecia una creciente y paulatina evolución obteniéndose una puntuación 4/4 a la hora de afrontar sus problemas que demuestran que han sido efectivos los métodos y terapias expuestos para ella en el plan de cuidados. De la misma manera obtiene otra puntuación de 4/4 en todos los indicadores sobre el manejo de la depresión siendo efectivas las terapias sobre la disminución del estrés y la ansiedad y la asistencia a las actividades de educación para la salud.

| <b>Tabla 6<sup>22</sup>. EVOLUCIÓN DE INDICADORES DEL PLAN DE CUIDADOS</b>                                     |                    |                           |                           |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|------------------|
| <b>Diagnóstico enfermero: 00095 Insomnio r/c depresión m/p expresa tener disminución de su calidad de vida</b> |                    |                           |                           |                  |
| <b>Objetivo NOC_2000 Calidad de vida</b>                                                                       |                    |                           |                           |                  |
| Indicadores                                                                                                    | Puntuación inicial | Puntuación tras 4 semanas | Puntuación tras 8 semanas | Puntuación diana |
| 200001                                                                                                         | 1                  | 3                         | 4                         | 4                |

<sup>22</sup> Evolución de indicadores del plan de cuidados en base al segundo diagnóstico.

|                                                           |                    |                           |                           |                  |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|------------------|
| Satisfacción con el estado de salud                       |                    |                           |                           |                  |
| 200009 Satisfacción con la capacidad de superación        | 1                  | 3                         | 4                         | 5                |
| 200016 Independencia en las actividades de la vida diaria | 1                  | 3                         | 4                         | 4                |
| <b>Objetivo NOC_0004 Sueño</b>                            |                    |                           |                           |                  |
| Indicadores                                               | Puntuación inicial | Puntuación tras 4 semanas | Puntuación tras 8 semanas | Puntuación diana |
| 000402 Horas de sueño cumplidas                           | 1                  | 2                         | 5                         | 5                |
| 000404 Calidad de sueño                                   | 1                  | 3                         | 4                         | 5                |
| 000406 Sueño interrumpido                                 | 1                  | 3                         | 5                         | 5                |
| <b>Objetivo NOC_1204 Equilibrio emocional</b>             |                    |                           |                           |                  |
| Indicadores                                               | Puntuación inicial | Puntuación tras 4 semanas | Puntuación tras 8 semanas | Puntuación diana |
| 120402 Muestra un estado de ánimo sereno                  | 1                  | 2                         | 5                         | 5                |
| 120423 Mantiene arreglo y la higiene personal             | 1                  | 3                         | 4                         | 4                |
| 120415 Muestra interés por lo que le rodea                | 1                  | 3                         | 5                         | 5                |
| {Fuente: Elaboración propia}                              |                    |                           |                           |                  |

Este sector ofrece resultados en base a la afectación del sueño en su calidad de vida y en la respuesta emocional. Como se puede apreciar, su calidad de vida ha aumentado consiguiendo una puntuación de 4/4 en todos los indicadores excepto en dos de ellos que se ha conseguido una puntuación de 3/4. Esto indica que se debe seguir proporcionando ayuda en las estrategias de superación al igual que en la calidad del sueño. No obstante, son resultados satisfactorios logrando puntuaciones muy cercanas a la puntuación diana.

| <b>Tabla 7<sup>23</sup>. EVOLUCIÓN DE INDICADORES DEL PLAN DE CUIDADOS</b>                                              |                    |                           |                           |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|------------------|
| <b>Diagnóstico enfermero:</b> 00124 Desesperanza r/c abandono, deterioro del estado fisiológico m/p falta de iniciativa |                    |                           |                           |                  |
| <b>Objetivo NOC_1206 Deseo de vivir</b>                                                                                 |                    |                           |                           |                  |
| Indicadores                                                                                                             | Puntuación inicial | Puntuación tras 4 semanas | Puntuación tras 8 semanas | Puntuación diana |

<sup>23</sup> Evolución de indicadores del plan de cuidados en base al tercer diagnóstico.

|                                                             |                    |                           |                           |                  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|------------------|
| 120602 Expresión de esperanza                               | 1                  | 2                         | 5                         | 5                |
| 120608 Utiliza estrategias para compensar los problemas     | 2                  | 3                         | 4                         | 5                |
| 120603 Expresión de optimismo                               | 1                  | 2                         | 4                         | 4                |
| <b>Objetivo NOC_1309 Capacidad personal de recuperación</b> |                    |                           |                           |                  |
| Indicadores                                                 | Puntuación inicial | Puntuación tras 4 semanas | Puntuación tras 8 semanas | Puntuación diana |
| 130916 Progresa hacia los objetivos                         | 1                  | 2                         | 5                         | 5                |
| 130932 Participa en las actividades de ocio                 | 1                  | 3                         | 4                         | 5                |
| <b>Objetivo NOC_1014 Apetito</b>                            |                    |                           |                           |                  |
| Indicadores                                                 | Puntuación inicial | Puntuación tras 4 semanas | Puntuación tras 8 semanas | Puntuación diana |
| 101401 Deseo de comer                                       | 1                  | 2                         | 5                         | 5                |
| 101403 Disfrute de la comida                                | 1                  | 3                         | 4                         | 4                |
| 101407 Ingesta de nutrientes                                | 2                  | 3                         | 5                         | 5                |
| 101408 Ingesta de líquidos                                  | 1                  | 3                         | 5                         | 5                |

{ Fuente: Elaboración propia }

Se muestran dos indicadores de 4/5, no consiguiendo el 100% de los resultados esperados. Habría que hacer hincapié en el aumento del tiempo libre y ocio con familiares y amigos una vez dada de alta y simultáneamente potenciar y ejecutar esas estrategias de afrontamiento enseñadas en el plan de cuidados. Pese a esto, los demás indicadores reflejan una puntuación de 5/5 en el aumento de su nivel de confianza y en la eliminación de su desesperanza. Además de, haber recuperado notoriamente el apetito. Denota unos resultados verdaderamente satisfactorios con respecto a la puntuación inicial de la paciente.

**Tabla 8<sup>24</sup>. EVOLUCIÓN DE INDICADORES DEL PLAN DE CUIDADOS**

**Diagnóstico enfermero:** 00120 Baja autoestima situacional r/c deterioro funcional m/p expresa que la situación actual desafía su valía personal, verbalización de negación de sí mismo

**Objetivo NOC\_1308 Adaptación a la discapacidad física**

|             |                    |                           |                           |                  |
|-------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|------------------|
| Indicadores | Puntuación inicial | Puntuación tras 4 semanas | Puntuación tras 8 semanas | Puntuación diana |
|-------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|------------------|

<sup>24</sup> Evolución de indicadores del plan de cuidados en base al cuarto y último diagnóstico.

|                                                                     |                    |                           |                           |                  |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|------------------|
| 130802 Expresa verbalmente reconciliación con la discapacidad       | 1                  | 2                         | 4                         | 5                |
| 130803 Se adapta a limitaciones funcionales                         | 2                  | 3                         | 5                         | 5                |
| 130804 Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad | 1                  | 2                         | 5                         | 5                |
| <b>Objetivo NOC_1205 Autoestima</b>                                 |                    |                           |                           |                  |
| Indicadores                                                         | Puntuación inicial | Puntuación tras 4 semanas | Puntuación tras 8 semanas | Puntuación diana |
| 120501 Verbalización de auto-aceptación                             | 2                  | 2                         | 5                         | 5                |
| 120511 Nivel de confianza                                           | 1                  | 3                         | 4                         | 5                |
| 120515 Voluntad para enfrentarse a los demás                        | 1                  | 3                         | 5                         | 5                |

{ Fuente: Elaboración propia }

En el último diagnóstico, se muestran unos resultados igualmente satisfactorios en base al plan de cuidados. Proporciona en los indicadores unos valores muy altos con respecto al estado deseado que se quería obtener de la paciente.

Como última instancia en la evaluación del plan de cuidados, se muestra la evolución de la paciente en función del número de TEC. (Tabla 9)

**TABLA 9<sup>25</sup>. EVOLUCIÓN OBSERVADA TRAS CADA SESIÓN DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA ADMINISTRADA**

|          |                                                                                                                     |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sesión 1 | -                                                                                                                   |
| Sesión 2 | Mejora de expresión de la cara y de los gestos                                                                      |
| Sesión 3 | Se siente mejor anímicamente y niega ideas de autolisis y desesperanza. Desaparecen las quejas durante las comidas. |
| Sesión 4 | Come adecuadamente e inicia primeros contactos de acercamiento con algunos compañeros.                              |
| Sesión 5 | Se mantiene favorablemente.                                                                                         |
| Sesión 6 | Refiere sentirse angustiada cuando va a casa en los permisos terapéuticos.                                          |
| Sesión 7 | Describe tener quejas de fallos amnésicos y sigue con confusión. Se siente más segura en la unidad                  |
| Sesión 8 | Se muestra más expresiva. Refleja interés en las actividades de la unidad. Pendiente del entorno.                   |
| Sesión 9 | Usa un lenguaje espontáneo a un ritmo normal y con articulación                                                     |

<sup>25</sup> Evolución observada tras cada sesión de TEC administrada.

|           |                                                                                                                                                                  |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | adecuada en las palabras. Verbaliza deseos de irse de permiso a casa. Niega tener fallos amnésicos.                                                              |
| Sesión 10 | Facies sonrientes y reactivas al medio interno y externo. Habla y pasea con sus compañeros en la unidad. Come adecuadamente y bebe 1.5 litros de líquido al día. |
| Sesión 11 | Inexistencia de enlentecimiento en los movimientos y la marcha es normal.                                                                                        |
| Sesión 12 | Lenguaje espontáneo, fluido, coherente y disminución del tiempo de latencia de respuestas. Niega deseos de muerte. Refiere pensamientos de futuro.               |

{ Fuente: Elaboración propia }

Tras las 12 sesiones de TEC, como se puede observar la paciente mejora evolutivamente con el número de sesiones administradas hasta la remisión completa de los síntomas. Ha recuperado su estado físico y mental, ha reestablecido relación con su esposo, hija y compañeros en la unidad, ha seguido el plan de cuidados tal y como se había establecido y se ha conseguido mantener este estado durante todo el tiempo que ha estado ingresada en la unidad. Recupera el grado de consciencia y orientación en las tres esferas. Se muestra eutímica, sin enlentecimiento en los movimientos ni en la marcha y con discurso coherente. Llama la atención unos resultados tan espectacularmente satisfactorios.

## 6. DISCUSIÓN: CONCLUSIONES

Son muchos los interrogantes que se nos abren tras el análisis y la reflexión del caso clínico debido a la complejidad, espectacularidad y el deterioro vital que comporta este trabajo. Actualmente, este tipo de casos continúa siendo un gran reto para los especialistas interdisciplinarios de Salud Mental y es muy importante la forma de actuación. Son varios los estudios que evidencian los beneficios de la TEC y a la luz de nuestro caso clínico se corrobora su eficacia.

Se muestra un caso clínico de una paciente joven de 51 años que cuenta con antecedentes familiares tanto de trastornos del estado de ánimo de tipo depresivo como de deterioro cognitivo, presentando ambos. Fue valorada por varios profesionales de la salud, tratada con diferentes y diversas terapias y psicofármacos, utilizando estrategias de combinación de antidepresivos, así como estrategias de potenciación, sin obtener respuestas satisfactorias mantenidas. Por la resistencia del cuadro y empeoramiento de sus limitaciones físicas progresivamente se planteó el tratamiento con TEC, rechazado

inicialmente. Ante la negación de la terapia se continuaron agotando las estrategias farmacológicas, terapias de rehabilitación físico y mental sin conseguir resultados placenteros y empeorándose paulatinamente su estado, cuantitativamente y cualitativamente.

Durante la evolución del primer mes en la Unidad de Salud Mental, se potenció aún más el deterioro cognitivo debido a la demencia de cuerpos de Lewy, ya diagnosticada. Esto, junto con la observación enfermera día a día de las actitudes y aptitudes de la paciente, y la resistencia al tratamiento farmacológico (se considera resistencia a tratamientos previos como 3 o más tratamientos a dosis adecuadas durante al menos 4 semanas (16)) la paciente se consideró de nuevo como una clara candidata a la TEC aun desconociendo a lo que se podía aspirar.

En contraste con lo anterior, hoy por hoy, y después de más de 60 años de uso, hay que admitir que la TEC sigue siendo un tratamiento insustituible debido fundamentalmente a:

- Eficacia: consiguiendo en el trastorno depresivo mayor una mejoría considerable de un 89% de los casos.
- Su elevado índice de seguridad: con unas cifras de mortalidad general de 0.002 a 0.004% por tratamiento y de 0.01 a 0.03% por paciente.
- Rápida acción: disminuyendo el sufrimiento del paciente y acortando la duración de los ingresos. (5)

Si este tratamiento es seguro y efectivo, e incluso al mismo tiempo salva vidas, es poco ético negar este tratamiento a pacientes que podrían esperar beneficios. (8)

La TEC ha obtenido incluso mejores resultados y una acción más inmediata que la obtenida por los psicofármacos en adultos jóvenes con un trastorno depresivo grave. Así mismo, se corrobora los beneficios terapéuticos de la TEC como su seguridad en la mejoría de los síntomas emocionales, conductuales y cognitivos secundarios a la depresión grave en aquellos casos refractarios al manejo médico en pacientes con y sin demencia. (17)

Además, recientes investigaciones manifiestan que los pacientes que reciben tratamiento con esta técnica muestran un elevado grado de satisfacción y que los efectos secundarios de la TEC generalmente son transitorios. (7)

Sin lugar a dudas, los resultados han sido increíblemente asombrosos y son un ejemplo más no sólo de la eficacia indudable de la TEC, sino de la importancia del trabajo en equipo de enfermería, auxiliar, psicología, neurología y psiquiatría. No se debe olvidar que todas ellas se centran en un mismo órgano y que sólo hay camino adecuado para no perdernos en su complejidad: seguir el modelo biopsicosocial.

Todas y cada una de las actividades e intervenciones propuestas para la paciente, han sido increíblemente satisfactorias, mostrando progresivamente una mejoría y vigencia demostradas. La autoestima, seguridad en sí misma, la recuperación de la esperanza, la realización de necesidades básicas y la mejora del afrontamiento de problemas son valores obtenidos en este caso clínico gracias a un proyecto de planificación y al registro diario que denota la importantísima labor enfermera en la evolución de un paciente de salud mental.

Finalmente, cabe destacar que a partir del año 2006 ha quedado reflejada la actuación de enfermería en el ámbito de la terapia electroconvulsiva. Aparece en la actualización de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y queda registrada y codificada como “2570 Manejo de la terapia electroconvulsiva”. (14) Por todo esto, considero interesante que los enfermeros especialistas en Salud Mental se formen en cuidados de enfermería en la TEC y tomen conciencia de esta técnica como una opción terapéutica posible, efectiva y eficiente.

## **7. BIBLIOGRAFÍA**

1. Sánchez R, Alcoverro O, Pagerols J, Rojo JE. Mecanismos de acción electrofisiológicos de la terapia electroconvulsiva. Actas Esp Psiquiatr. 2009; 37(6): p. 343-351.
2. Fink M. Convulsive therapy: theory and practice New York: Raven Press; 1979.

3. Granada López JM, Ariño Galve R, Benedí Sanz L, Buatas Pérez M, Colomer Simón A, García García ME, et al. Manual de enfermería psiquiátrica Barcelona: Glosa S.L; 2009.
4. Guedes Arbelo C, Galindo Asensio Á, Sánchez Guisado MdM. Valoración de la recuperación del paciente en la fase post-terapia electroconvulsiva, tras una adecuada actuación de enfermería. Paraninfo digital. 2013; VII(19).
5. Ríos B, Vicente N. Mecanismo de acción de la terapia electroconvulsiva en la depresión. Actas Esp Psiquiatr. 2001; 29(3): p. 199-207.
6. Rasmussen KG. Clinical applications of recent research on electroconvulsive therapy. Bulletin of the Menninger Clinic. 2003; 67(1): p. 18-31.
7. Sienaert P. What We Have Learned About Electroconvulsive Therapy and Its Relevance for the Practising Psychiatrist. Canadian Journal of Psychiatry. 2011 January; 56(1): p. 5-10.
8. Reisner AD. The Electroconvulsive Therapy Controversy: Evidence and Ethics. Plenum Publishing Corporation. 2003 December; 13(4): p. 199-219.
9. Marsiglia IG. Depresión: visión holística de la medicina interna. Gac Méd Caracas. 2008; 116(1): p. 10-17.
10. Granada López JM, Ariño Galve R, Benedí Sanz L, Buatas Pérez M, Colomer Simón A, García García ME, et al. Manual de Enfermería Psiquiátrica Barcelona: Glosa S.L; 2009.
11. Vives F. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Valoración y cuidados. Segunda ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.
12. Heather Herdman T, editor. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012-2014. 2012th ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
13. Johnson M, Aquilino ML, Brighton V, Eland J, Kelly K, Lewis A, et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera ed. Moorhead S,

- Johnson M, Maas ML, Swanson E, editors. Barcelona: Elsevier España; 2009.
14. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, editors. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
  15. Monserrat Díez C, Hurtado Ruiz G, Alcoverro Fortuny O, Rojo Rodes JE. Factores predictivos de respuesta a la terapia electroconvulsiva en la depresión. *Psiquiatr Biol*. 2014 Abril; 21(2): p. 72-79.
  16. Rodríguez Sosa JT, Suárez Lovelle A, Navarrete Betancort E, González Hernández A. Terapia electroconvulsiva en la demencia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013; 41(3): p. 204-207.
  17. Casarotti H, Otegui J, Zurmendi P, Gold A. Electroconvulsioterapia: fundamentos y pautas de utilización. *Rev Psiquiatr Urug*. 2004; 68(1): p. 7-41.
  18. Heather Herdman T, editor. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012th ed. Barcelona: Elsevier; 2012-2014.
  19. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editors. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cuarta ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
  20. Fornés Vives J. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Valoración y cuidados. Segunda ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A; 2012.
  21. Stangor. <http://catalog.flatworldknowledge.com/>. [Online].; 2015 [cited 2015 Abril 18]. Available from: [http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/127?e=stangor-ch13\\_s02](http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/127?e=stangor-ch13_s02) .

## **8. ANEXO**

### **8.1. Anexo I. Cribado de deterioro cognitivo- Test de Pfeiffer**

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

| Ítems                                                                    | ERRORES |
|--------------------------------------------------------------------------|---------|
| ¿Qué día es hoy? -día, mes, año-                                         |         |
| ¿Qué día de la semana es hoy?                                            |         |
| ¿Dónde estamos ahora?                                                    |         |
| ¿Cuál es su nº de teléfono?                                              |         |
| ¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono- |         |
| ¿Cuántos años tiene?                                                     |         |
| ¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-                         |         |
| ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?                              |         |
| ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?                          |         |
| ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?                               |         |
| Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.                  |         |
| <b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>                                                  |         |

## 8.2. Anexo II Autonomía para las actividades de la vida diaria- Barthel-

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

### Comer

|    |                |                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | Independiente  | Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona |
| 5  | Necesita ayuda | Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo                                                                                                                                            |
| 0  | Dependiente    | Necesita ser alimentado por otra persona                                                                                                                                                                                            |

### Lavarse – bañarse –

|   |               |                                                                                                                                                                                                                         |
|---|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | Independiente | Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente |
| 0 | Dependiente   | Necesita alguna ayuda o supervisión                                                                                                                                                                                     |

### Vestirse

|    |                |                                                                                                                                                                        |
|----|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | Independiente  | Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda) |
| 5  | Necesita ayuda | Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable                                                                                               |
| 0  | Dependiente    |                                                                                                                                                                        |

### Arreglarse

|   |               |                                                                                                                                                                                                                               |
|---|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | Independiente | Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona |
| 0 | Dependiente   | Necesita alguna ayuda                                                                                                                                                                                                         |

### Deposición

|    |                     |                                                                                                             |
|----|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | Continente          | Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo |
| 5  | Accidente ocasional | Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios                                     |
| 0  | Incontinente        | Incluye administración de enemas o supositorios por otro                                                    |

**Micción - valorar la situación en la semana previa –**

|    |                     |                                                                                                                                                    |
|----|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | Continente          | Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo |
| 5  | Accidente ocasional | Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios                                                                            |
| 0  | Incontinente        | Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse                                                                                                 |

**Ir al retrete**

|    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | Independiente  | Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda ( puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar |
| 5  | Necesita ayuda | Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.                                                                                                                                                                                     |
| 0  | Dependiente    | Incapaz de manejarse sin asistencia mayor                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

**Trasladarse sillón / cama**

|    |                |                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 | Independiente. | Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda |
| 10 | Mínima ayuda   | Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento                                                                                                                    |
| 5  | Gran ayuda     | Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse                                                                                                   |
| 0  | Dependiente    | Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado                                                                                                                                                           |

**Deambulación**

|    |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 | Independiente                    | Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo |
| 10 | Necesita ayuda                   | supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)                                                                                                       |
| 5  | Independiente en silla de ruedas | En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo                                                                                                                                                                  |
| 0  | Dependiente                      | Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro                                                                                                                                                                                             |

**Subir y bajar escaleras**

|    |                |                                                                                                                                               |
|----|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | Independiente  | Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos |
| 5  | Necesita ayuda | Supervisión física o verbal                                                                                                                   |
| 0  | Dependiente    | Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)                                                                                   |

|                         |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|
| <b>Fecha</b>            |  |  |  |  |  |  |
| <b>Puntuación Total</b> |  |  |  |  |  |  |

### 8.3. Anexo III Actividades instrumentales de la vida diaria – Escala Lawton y

Brody

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 8 ítems. No tiene puntos de corte. A mayor puntuación mayor independencia, y viceversa. El rango total es 8.

|                                                                                                                                           | Puntos |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>Capacidad de usar el teléfono</b>                                                                                                      |        |
| Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc                                                                 | 1      |
| Es capaz de marcar bien algunos números conocidos                                                                                         | 1      |
| Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar                                                                                      | 1      |
| No utiliza el teléfono en absoluto                                                                                                        | 0      |
| <b>Ir de compras</b>                                                                                                                      |        |
| Realiza todas las compras necesarias independientemente                                                                                   | 1      |
| Realiza independientemente pequeñas compras                                                                                               | 0      |
| Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra                                                                                     | 0      |
| Totalmente incapaz de comprar                                                                                                             | 0      |
| <b>Preparación de la comida</b>                                                                                                           |        |
| Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente                                                                        | 1      |
| Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes                                                                  | 0      |
| Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada                                                                   | 0      |
| Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.                                                                                         | 0      |
| <b>Cuidado de la Casa</b>                                                                                                                 |        |
| Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)                                                                     | 1      |
| Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las                                                                      | 1      |
| Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de                                                                     | 1      |
| Necesita ayuda en todas las labores de la casa                                                                                            | 0      |
| No participa en ninguna labor de la casa                                                                                                  | 0      |
| <b>Lavado de la ropa</b>                                                                                                                  |        |
| Lava por sí mismo/a toda su ropa                                                                                                          | 1      |
| Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc)                                                                                | 1      |
| Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro                                                                                        | 0      |
| <b>Uso de medios de transporte</b>                                                                                                        |        |
| Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche                                                                              | 1      |
| Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte                                                                           | 1      |
| Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona                                                                         | 1      |
| Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros                                                                                    | 0      |
| No viaja en absoluto                                                                                                                      | 0      |
| <b>Responsabilidad respecto a su medicación</b>                                                                                           |        |
| Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas                                                                               | 1      |
| Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis                                                                           | 0      |
| No es capaz de administrarse su medicación.                                                                                               | 0      |
| <b>Manejo de asuntos económicos</b>                                                                                                       |        |
| Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus | 1      |
| Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes                                                                       | 1      |
| Incapaz de manejar dinero.                                                                                                                | 0      |
| <b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>                                                                                                                   |        |

#### 8.4. Anexo IV Percepción de la función familiar-Cuestionario Apgar Familiar

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado o heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3 - 6
- Disfuncional grave: 0 - 2

**Versión heteroadministrada:** Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

**Versión autoadministrada:** Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

#### **CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR**

**Instrucciones:** Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

|                                                                                     | <b>Casi nunca</b> | <b>A veces</b> | <b>Casi siempre</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|---------------------|
| 1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? | 0                 | 1              | 2                   |
| 2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?                       | 0                 | 1              | 2                   |
| 3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?                     | 0                 | 1              | 2                   |
| 4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?              | 0                 | 1              | 2                   |
| 5. ¿Siente que su familia le quiere?                                                | 0                 | 1              | 2                   |
| <b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>                                                             |                   |                |                     |

## 8.5. Anexo V Formulario de Consentimiento informado para el tratamiento electroconvulsivo

---

Formulario de consentimiento para firmar el paciente o un familiar

Fecha: \_\_\_\_\_

El Dr. \_\_\_\_\_

indica a \_\_\_\_\_

tratamiento electroconvulsivo (ECT) para mejorar sus síntomas mentales actuales.

---

Los tratamientos o aplicaciones se hacen por lo general en la mañana antes de desayunar, o en algunas situaciones en la tarde después de varias horas de ayuno. Pueden realizarse en diferentes lugares: en un servicio especial, en la pieza del paciente, e incluso en su domicilio. Ud. será atendido por un técnico en electroterapia y una nurse; en caso necesario, también por un anestesista.

El tratamiento consiste en puncionarle una vena (como cuando se le saca sangre) para inyectarle una medicación anestésica. Ud. se irá sintiendo cada vez más adormilado y finalmente quedará dormido. Entonces se le inyectará un medicamento para relajarle los músculos, debiendo el técnico ayudarlo a respirar oxígeno a través de una máscara especial.

El tratamiento, que se aplica cuando usted está dormido, consiste en hacer pasar a través de electrodos colocados en su cuero cabelludo corrientes eléctricas periódicas y breves para estimular el cerebro. Cuando el cerebro es estimulado se producen contracciones musculares que casi no se pueden ver cuando se ha logrado una buena relajación con la inyección dada previamente.

El tratamiento sólo toma unos pocos minutos y una vez terminado, Ud. quedará con un sueño profundo del cual despertará gradualmente. En ese momento podrá sentirse "entreverado", probablemente tenga algunos calambres musculares como cuando uno hace mucho ejercicio y tal vez sienta dolor de cabeza. Después de una hora de realizado el tratamiento podría sentir náuseas y si sintiera hambre podrá desayunar. Es conveniente que

durante las dos o tres horas siguientes esté alguien con usted.

Los tratamientos se dan día por medio, y habitualmente en un número de 10 a 12. Muchos pacientes mejoran rápidamente, y requieren un número menor, pero algunos requieren más de 12; si ese fuese su caso conversaremos de nuevo con usted y con su familia.

El tratamiento tiene algunos riesgos. Muchos están relacionados con la anestesia, y por eso los tratamientos se hacen con un equipo especial, con posibilidad de responder a las emergencias que aparezcan. Los pacientes a menudo se confunden y están desorientados en tiempo y lugar. Esta confusión desaparece por lo general en algunas horas. También pueden presentarse trastornos de memoria para acontecimientos recientes (para fechas, nombres de amigos, acontecimientos públicos, números de teléfonos y direcciones, etc.). En la mayor parte de los pacientes, estas dificultades de memoria mejoran en unas cuatro semanas después del último tratamiento; en pocos casos (más o menos 1 cada 200) el problema continúa por meses, y a veces por años. La muerte es una complicación rara, solo ocurre 1 vez cada 40.000 tratamientos. Además, si bien pueden ocurrir fracturas, también es raro que con los anestésicos modernos sucedan, lo mismo que crisis epilépticas espontáneas.

Ud. podrá decidir en cualquier momento no continuar el tratamiento y en ese caso conversaremos buscando animarlo para que lo continúe hasta completar el número adecuado.

## 8.6. Anexo VI Mini Mental State Examination (MMSE)

Nombre:

Varón [ ] Mujer [ ]

Fecha:

F. nacimiento:

Edad:

Estudios/Profesión:

N. Hª:

Observaciones:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--|
| ¿En qué año estamos? 0-1<br>¿En qué estación? 0-1<br>¿En qué día (fecha)? 0-1<br>¿En qué mes? 0-1<br>¿En qué día de la semana? 0-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)                                         |  |
| ¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1<br>¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1<br>¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1<br>¿En qué provincia estamos? 0-1<br>¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)                                         |  |
| Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.<br>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1<br>(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nº de repeticiones necesarias<br>FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3) |  |
| Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.<br>30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1<br>(O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)                                             |  |
| Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.<br>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1<br>(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | RECUERDO diferido (Máx.3)                                            |  |
| .DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1<br>.REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1<br>.ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".<br>Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1<br>.LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1<br>.ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1<br>.COPLA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1 | LENGUAJE (Máx.9)                                                     |  |
| Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal<br>24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro<br>9-12 : demencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)                                   |  |