

PROYECTO DE ENFERMERÍA SOBRE CALIDAD DE VIDA Y SALUD FÍSICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autor principal: **ESTELA JIMÉNEZ LÓPEZ**

Colaboradores: **M.^a JOSÉ LADRÓN DE GUEVARA CAÑAS, M.^a DE LAS MERCEDES ONAINDÍA ABRIL, M.^a LOURDES SAIZ DE LA CRUZ, M.^a TERESA MOLINERO SORIANO Y M.^a ISABEL ESCUTIA VALENTÍN**

Unidad de Media Estancia. Servicio de Psiquiatría. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

RESUMEN

Este *Proyecto de enfermería sobre calidad de vida y salud física en pacientes con trastorno mental grave* está diseñado para llevarse a cabo en unidades de media estancia, recurso sanitario hospitalario de atención continuada y estancia limitada orientado prioritariamente, aunque no de manera exclusiva, a la cobertura de las necesidades y a la rehabilitación de pacientes con trastorno mental grave, que precisan de un abordaje controlado en un entorno estructurado. El objetivo principal de este proyecto es el de mejorar la salud física, la salud mental y la cognición, que derivará también en un incremento de la calidad de vida del paciente ingresado, a través de una serie de programas y de intervenciones psicoeducativas, que permiten atender sus necesidades, actuando principalmente en los factores de riesgo modificables.

INTRODUCCIÓN

Las personas con trastorno mental grave (TMG), incluida la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor, experimentan un importante incremento de la mortalidad en comparación con la población general^{1,2}. Ese exceso de mortalidad es atribuible en un 60 % a enfermedades somáticas, principalmente enfermedades cardiovasculares y síndrome metabólico³, favoreci-

das en muchos casos por estilos de vida poco saludables, relacionados con hábitos dietéticos insanos⁴, consumo de tabaco⁵ e inactividad⁶, que contribuyen a una notable disminución de la calidad de vida. Todo ello ha llevado a remarcar la importancia de incrementar la intervención sobre los factores de salud modificables⁷.

Una unidad de media estancia (UME) es un dispositivo en el cual los pacientes permanecen en régimen de atención las 24 horas. Esta característica



hace que el personal del centro esté en disposición de monitorizar e intervenir de una forma muy directa en la mejora de los hábitos y la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS

El objetivo principal es el de mejorar la salud física y mental (y, por consiguiente, la calidad de vida) del paciente ingresado en una UME a través de una serie de programas y de intervenciones psicoeducativas que permiten atender sus necesidades actuando principalmente en los factores de riesgo modificables.

METODOLOGÍA

Este proyecto está diseñado para llevarse a cabo en UME. Las peculiaridades de cada dispositivo específico podrán ofrecer ciertas dificultades de ajuste al modelo, aunque sin duda este proyecto podrá servir de referencia general.

El método de trabajo comenzará con la valoración de la salud física y mental de los pacientes; se establecerán como prioridad los hábitos no saludables así como los principales factores de riesgo que pueden desencadenar en comorbilidad y un descenso de la calidad de vida. Una vez identificados los problemas específicos del paciente y enunciados los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁸, se determinarán los objetivos⁹ y las intervenciones necesarias¹⁰.

Posteriormente se valora la inclusión en las actividades más adecuadas para la consecución de dichos objetivos.

La fase final del programa estará encaminada a la evaluación de los resultados alcanzados y a determinar la necesidad de una pauta establecida con vistas al alta.

PLAN DE TRABAJO Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS

La coordinación será asumida por el equipo de enfermería del centro, que se reunirá semanalmente con el resto de los sectores implicados para valorar la idoneidad de su desarrollo así como el grado de participación y motivación de cada uno de los usuarios incluidos en el programa.

FASES DEL PROYECTO

Primera fase

El proyecto arranca con una entrevista inicial, seguida de cribado (*screening*) y de una evaluación secundaria. Se valorarán diversos parámetros, como talla, peso, tensión arterial, perímetro abdominal, índice de masa corporal (IMC) y nivel de obesidad, que se reevaluarán mensualmente; también se practicará una analítica sanguínea, que será repetida cada seis meses y que incluye colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, prolactina y tirotrópina (TSH: *thyroid-stimulating hormone*). Se establecerán, además, valores de glucemia basal y se valorará la presencia de dislipemia (tabla 1).

En la valoración inicial se emplean varias escalas: el Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea, para conocer los hábitos de alimentación del individuo; el Inventario de Actitudes hacia la Medicación (Drug Attitude Inventory) de 10 ítems, o DAI-10, como medición de la adherencia al tratamiento; y un Cuestionario para la Evaluación del Nivel de Actividad Física, que ha sido desarrollado por el equipo de enfermería de nuestro centro atendiendo a las necesidades concretas del mismo. Se utilizarán también el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), para conocer el grado de consumo de alcohol, cuya reevaluación se realizará cada tres meses; y la entrevista clínica y el Test de Evaluación para el Consumo de Drogas (Drug Abuse Screen Test) de 20 ítems, o DAST-20, para deter-

minar si existe consumo habitual de otro tipo de tóxicos, con reevaluación cada mes. Además, se administrarán el cuestionario de salud Short Form-36 Health Survey (SF-36), como medida subjetiva del estado de salud, y la Escala de Calidad de Vida, o QLS (Quality of Life Scale), que se repetirán previamente al alta. El control de la sintomatología se llevará a cabo por todo el equipo del centro a través de la observación diaria y de escalas de valoración como son la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), la Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) y/o la Young Mania Rating Scale (YMRS), administradas mensualmente por el psiquiatra.

Atendiendo a los datos del cribado inicial, en algunos casos será necesaria una valoración secundaria de ciertos aspectos. Determinaremos la presencia de síndrome metabólico en pacientes susceptibles de padecerlo, cuya reevaluación será trimestral. En pacientes fumadores se realizará el test de Fagerström, en el que se valora el grado de dependencia a la nicotina. Para los pacientes con historia de consumo de tóxicos, se practicará un análisis de tóxicos en sangre, que se repetirá de manera individualizada las veces que se estimen necesarias. En los casos en los que haya sospecha de pobre adherencia al tratamiento, se realizará un análisis de niveles de medicación en sangre.

Segunda fase

Finalizada la fase de evaluación, se procede al análisis de los datos y al establecimiento de necesidades y objetivos. En efecto, ese análisis permitirá, junto con la historia del paciente y la entrevista clínica, determinar de forma clara las necesidades y establecer los diagnósticos de enfermería que deberán trabajarse, así como los objetivos en cuanto a mejoría en la salud física y la calidad de vida del paciente. Estos parámetros se reevalúan pasado un mes del ingreso en la unidad; posteriormente, se reexaminan cada mes, cada dos meses o cada tres según

las necesidades individuales; y finalmente, en todos los casos, otra vez antes del alta.

A pesar de ser muy numerosos los diagnósticos de enfermería relacionados con el TMG que se tendrán en cuenta en el ámbito de la evaluación general del paciente, en este proyecto de salud física vamos a prestar especial atención a algunos de ellos (tabla 2).

Tercera fase

Esta fase comprende la asignación a talleres-actividades según las necesidades individuales. El programa de talleres-actividades incluye (tabla 3):

- Talleres de Educación para la Salud. Los lleva a cabo el equipo de enfermería a través de sesiones de 45 minutos de duración. Los grupos, homogéneos en cuanto a capacidad de aprendizaje, están constituidos por 4-6 personas, y en ellos se fomentan siempre la participación activa y la iniciativa. Los talleres son los siguientes:
 - «Conocimiento y prevención de hábitos nocivos»: cuatro sesiones, una por semana.
 - «Tabaquismo»: tres sesiones; los pacientes realizarán el test de Richmond de motivación para dejar de fumar y se les proporcionará información, motivación y orientación para conseguir la reducción o el abandono del hábito tabáquico.
 - «Alimentación y nutrición»: tres sesiones, una por semana.
 - «Hipertensión arterial»: tres sesiones, una por semana; se incluirán pacientes con problemas de hipertensión o en riesgo de padecerla.
 - «Programa para diabéticos»: tres sesiones, una por semana.
 - «Pacientes con dislipemia»: tres sesiones, una por semana.
 - «Higiene del sueño»: una sesión.
- Programa individualizado de Control del Peso, en el que se pauta una dieta personalizada y se controla que se lleve a cabo.

Tabla 1. Síntesis de medidas antropométricas y analítica sanguínea

NOMBRE: Antecedentes somáticos: Antipsicótico/Riesgo:			Edad: Sexo (F/M):													
MONITORIZACIÓN/PARÁMETROS			Valor basal	Mes 1	Mes 2	Mes 3		Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Talla																
Peso																
IMC. Nivel de obesidad	Peso insuf.	<18,5 kg/m ²														
	Normopeso	18,5-24,9 kg/m ²														
	Obesidad I	25-29,9 kg/m ²														
	Obesidad II	30-34,9 kg/m ²														
	Obesidad III (mórbida)	35-39,9 kg/m ²														
Perímetro abdominal	Riesgo asociado a obesidad															
	<i>Hombres:</i>															
	– Aumentado	94-101 cm														
	– Muy elevado	≥ 102 cm														
	<i>Mujeres:</i>															
	– Aumentado	80-87 cm														
	– Muy elevado	≥ 88 cm														
Tensión arterial																
Glucemia basal ≥ 100 mg/dL																
PRUEBAS ANALÍTICAS			Valor basal	Mes 1	Mes 2	Mes 3		Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Colesterol total ≥ 200 mg/dL																
HDL	Hombres < 40 mg/dL															
	Mujeres < 50 mg/dL															
LDL ≥ 130 mg/dL																
Triglicéridos ≥ 150 mg/dL																
DISLIPEMIA s/ Triglic. + HDL + LDL			SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO		SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO
Prolactina	Hombres > 15 mg/dL															
	Mujeres > 20 mg/dL															
TABACO (núm. cigarrillos/día)																
Drogas			SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO		SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO
SÍNDROME METABÓLICO S/ obesidad abdominal + triglic. + TA + glucemia basal + HDL			SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO		SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA																

HDL: lipoproteínas de alta densidad; IMC: índice de masa corporal; LDL: lipoproteínas de baja densidad; TA: tensión arterial.



Tabla 2. Principales diagnósticos de enfermería que se tendrán en cuenta en el proyecto de salud física

NOMBRE:				
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	Al ingreso	Al mes	Mensual, bimensual, trimestral (según proceda en cada caso)	Final. Previa al alta
DOMINIO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD				
CLASE 1. TOMA DE CONCIENCIA DE LA SALUD				
- 00097: Déficit de actividades recreativas				
- 00168: Estilo de vida sedentario				
CLASE 2. GESTIÓN DE LA SALUD				
- 00188: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud				
- 00078: Gestión ineficaz de la salud				
- 00079: Incumplimiento				
DOMINIO 2. NUTRICIÓN				
CLASE 1. INGESTIÓN				
- 00233: Sobrepeso				
- 00234: Riesgo de sobrepeso				
DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO				
CLASE 1. SUEÑO/REPOSO				
- 00095: Insomnio				
CLASE 4. RESPUESTAS CARDIOVASCULARES/PULMONARES				
- 00092: Intolerancia a la actividad				
DOMINIO 5. PERCEPCIÓN/COGNICIÓN				
CLASE 4. COGNICIÓN				
00126: Conocimientos deficientes				
DOMINIO 6. AUTOPERCEPCIÓN				
CLASE 2. AUTOESTIMA				
- 00119: Baja autoestima crónica				
DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS				
CLASE 2. AFRONTAMIENTO				
- 00146: Ansiedad				

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

Tabla 3. Tabla de registro de actividades y sesiones

PACIENTE:										
DIAGNÓSTICOS	Taller	Fecha inicio	Fecha final	SESIONES			Observaciones			
Ejercicio y actividad física*:										
0097: Déficit de actividades recreativas 00168: Estilo de vida sedentario 00092: Intolerancia a la actividad	Senderismo (todos los días)			n.º semanas:						
	Gimnasio (dos días/sem)			n.º semanas:						
	Actividades en la comunidad (n.º...)			n.º semanas:						
	Videojuegos (3 días/sem)			n.º semanas:						
	Talleres de habilidades domésticas y actividades de la vida diaria			n.º semanas:						
00233: Sobrepeso 00234: Riesgo de sobrepeso	Programa de control del peso			n.º semanas:						
	EPS «Alimentación y nutrición»			1	2	3				
	Taller de cocina			n.º semanas:						
	Ejercicio y actividad física*									
Talleres de Educación para la Salud (EPS)*:										
00188: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	– «Hábitos nocivos»			1	2	3	4			
	– «Tabaquismo»			1	2	3				
	– «Hipertensión arterial»			1	2	3				
00078: Gestión ineficaz de la salud 00079: Incumplimiento	– «Programa para diabéticos»			1	2	3				
	– «Pacientes con dislipemia»			1	2	3				
	Programa de adherencia al tratamiento			1	2	3	4	5		
00095: Insomnio	Ejercicio y Actividad Física*									
	– « Higiene del sueño »			1						
00126: Conocimientos deficientes	Talleres de Educación para la Salud*									
00119: Baja autoestima crónica 00126: Ansiedad	Taller de Relajación			1	2	3	4	5	6	7
	Ejercicio y Actividad Física*									

* Talleres detallados en otros apartados.



- Taller de Cocina, en el que los pacientes, en grupos de 4 a 5 personas, elaboran con ayuda de monitores sus propias comidas; una vez por semana diseñan un menú equilibrado que tenga en cuenta las propiedades de los alimentos, así como dietas especiales.
- Según los resultados extraídos del DAI-10, se llevará a cabo un programa grupal (y/o individualizado, en casos concretos según las necesidades) de adherencia al tratamiento, desarrollado en cinco sesiones, una por semana.
- Programa de Actividad Física. De duración indeterminada, ya que dependerá del tiempo de ingreso del paciente, consiste en practicar senderismo diariamente, en grupos de 5 a 10 personas, aprovechando el entorno natural y urbano. Además, se llevarán a cabo dos sesiones semanales, de una duración de 45 minutos cada una, en el gimnasio del centro (o de centros asociados), durante las cuales se ejercitan actividades de resistencia, fuerza, psicomotricidad y elasticidad, siempre bajo las instrucciones y la supervisión de una enfermera y/o terapeuta. Los tres días alternos que no vayan al gimnasio, se realizará actividad física con el videojuego Nintendo Wii™ Sports, también en sesiones de 45 minutos. Se fomentará además la realización de actividad física en la comunidad (yoga, natación, fútbol en equipos locales, etc.).
- Programa de Habilidades Domésticas y Actividades de la Vida Diaria, que permite al usuario mantenerse activo realizando tareas tanto grupales (en las zonas comunes del centro, como el comedor) como individuales (habitación y aseo). Se promueven además tareas de lavado, tendido, recogida y planchado de ropa, y antes del alta se los traslada al «piso de transición» de la unidad, incluyéndolos en el programa de preparación al alta, en el que tienen que ejercitar todas sus tareas como si vivieran de forma independiente en un piso fuera de la unidad.
- Taller de Relajación. Llevado a cabo por el psicólogo o por el equipo de enfermería del centro, consta de cuatro sesiones teórico-prácticas de 45 minutos de duración, además de otras cuatro para seguir practicando lo aprendido en las anteriores. Se celebrará una sesión por semana, en grupos de 4 a 6 personas.

Cuarta fase

En la cuarta etapa se procede a la evaluación mensual de resultados y a la valoración de la continuidad del plan de trabajo (tabla 4).

Quinta fase

Por último, se establecerá un plan de rutinas con vistas al alta que será consensuado por el equipo multidisciplinar del centro y por el propio paciente, y cuyo cumplimiento será supervisado por el equipo de enfermería en la consulta de TMG del hospital de referencia del paciente. En esta etapa será de gran relevancia la orientación y ayuda para la inclusión de la persona en actividades deportivas en su comunidad, estableciendo pautas claras sobre los objetivos propuestos y sobre cómo conseguirlos de manera más autónoma.

VIABILIDAD

El programa planteado ha sido pensado para que se pueda llevar a cabo en la mayoría de las UME, ya que muchas de las actividades solo dependen de la organización del propio centro. En algunos casos (como el nuestro), es necesaria la coordinación con otros organismos, como el ayuntamiento municipal o centros asociados. Sin embargo, los espacios de los que se deben disponer para desarrollar el programa al completo suelen estar presentes en todos los municipios.

Tabla 4. Ejemplo de tabla de valoración de resultados

2 NOC: PARTICIPACIÓN EN EL EJERCICIO (1633)						
Definición: Acciones personales para llevar a cabo un régimen autoplanificado, estructurado y repetitivo para mantener o elevar el nivel de condición física y la salud.						
DOMINIO: Conocimiento y conducta en la salud (IV)						
Clase: Conducta de salud (Q)						
ESCALA DE MEDICIÓN (Likert):						
Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado		
1	2	3	4	5		
INDICADORES						
Indicadores	Evaluación					Final
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	
Fecha						
163301: Planifica el ejercicio con el profesional sanitario antes de comenzar el ejercicio						
163308: Participa en el ejercicio con regularidad						
163309: Realiza el ejercicio correctamente						

NOC (Nursing Outcomes Classification): Clasificación de Resultados de Enfermería.

IMPLICACIONES PARA LOS AVANCES EN LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD FÍSICA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

El programa que hemos diseñado permitirá la mejora física del paciente, ya que contribuye a prevenir enfermedades asociadas a factores de riesgo modificables o a disminuir su incidencia. Además, se minimizarán los síntomas, tanto los positivos como los negativos, y se lograrán resultados favorables en la

cognición, lo que facilitará al paciente llevar a cabo sus roles diarios de una manera más eficiente. La ansiedad, acentuada a veces por su estancia en un centro sanitario de salud mental, se verá rebajada ostensiblemente. También se producirán avances positivos en el patrón de sueño, que le dotarán de mayor energía a la hora de enfrentarse a las actividades cotidianas. Por otro lado, puesto que en su mayoría se plantean como actividades en grupo, y algunas de ellas también en el entorno de la comu-



idad, se fomenta el establecimiento y la consolidación de las relaciones interpersonales, tanto con el resto de los pacientes como con el personal del centro y con personas fuera del contexto sanitario. Otros dos factores muy importantes que desarrollaremos serán la autoestima y la motivación para el ejercicio de actividades de ocio saludables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Osborn DPJ, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A, King MB. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;242:42-49.
2. Reininghaus U, Dutta R, Dazzan P, Doody GA, Fearon P, Lappin J, et al. Mortality in schizophrenia and other psychoses: a 10-year follow-up of the ÆSOP first-episode cohort. *Schizophr Bull*. 2015;41:664-73.
3. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177:212-7.
4. Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H, Heider D, Schindler J, Riedel-Heller S, et al. Health habits of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:268-76.
5. Stubbs B, Vancampfort D, Bobes J, De Hert M, Mitchell AJ. How can we promote smoking cessation in people with schizophrenia in practice? A clinical overview. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;132:122-30.
6. Vancampfort D, Probst M, Knapen J, Carraro A, De Hert M. Associations between sedentary behaviour and metabolic parameters in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2012;200:73-8.
7. Saiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, García-Portilla González MP; Grupo de Trabajo sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(5):251-64
8. Herdman TH, Kamitsuru S, North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017*. Madrid: Elsevier; 2015.
9. Moorhead S. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. Madrid: Elsevier; 2014.
10. Bulechek GM. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Amsterdam: Elsevier; 2013.