

**Cuidado Integral al paciente diagnosticado con esquizofrenia en el  
Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito**  
*Comprehensive care for patients diagnosed with schizophrenia at the  
Sacred Heart Psychiatric Institute of Quito*

Mario Patricio Andrade-Vera<sup>1</sup>, María Fernanda Cadena-Vizueté<sup>2</sup>, María José Cabascango-Guamá<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>PhD. en Psicología. Director General de NEUMA, BHI. Investigador del Instituto Tecnológico Superior Libertad. Quito – Ecuador. <https://orcid.org/0000-0001-9438-6685> [mpandrade@itslibertad.edu.ec](mailto:mpandrade@itslibertad.edu.ec)

<sup>2</sup>Licenciada en Ciencias Biológicas. Investigadora del Instituto Tecnológico Superior Libertad. Quito – Ecuador. <https://orcid.org/0000-0002-5915-8895> [mfcadena@itslibertad.edu.ec](mailto:mfcadena@itslibertad.edu.ec)

<sup>3</sup>Técnica Superior en Enfermería, Graduada del Instituto Tecnológico Superior Libertad.

**Resumen:** La esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta el proceso del pensamiento, la percepción, las emociones y el comportamiento de la persona diagnosticada. En tal circunstancia, el paciente necesita de una intervención multidisciplinaria para compensar las limitaciones que generan la enfermedad y poder restablecer en la mayor medida posible el funcionamiento social y permitir la adaptación a la sociedad del paciente. En este contexto, el objetivo de este estudio consistió en identificar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el cuidado integral a los pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Para esto se desarrolló una investigación de campo, con enfoque mixto, de nivel exploratorio, diseño no experimental y método deductivo. Se administró un cuestionario de 15 preguntas cerradas al personal de enfermería que labora en el Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de la ciudad de Quito. Como conclusión, se determinó que la atención al paciente diagnosticado con esquizofrenia se concentra en controlar la terapia farmacológica y la satisfacción de las necesidades básicas y de la vida diaria. Hace falta brindar una terapia multidisciplinaria, donde el acompañamiento que brinda el personal se enfoque más en manejar los aspectos emocionales producto de la sintomatología.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, funciones cognitivas, cuidados de enfermería.

**Abstract:** Schizophrenia is a severe mental disorder that affects the processes of thought, perception, emotions, and behavior of the diagnosed person. In this circumstance, the patient needs a multidisciplinary intervention to compensate for the limitations generated by the disease and to be able to restore social functioning to the greatest extent possible and allow the patient's adaptation to society. In this context, the objective of this study was to identify the level of knowledge of nursing staff about the comprehensive care of patients diagnosed with schizophrenia. For this, a field investigation was developed, with a mixed approach, exploratory level, non-experimental design and deductive method. A questionnaire of 15 closed questions was administered to the nursing staff working at the Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón in the city of Quito. In conclusion, it was determined that patient care diagnosed with schizophrenia focuses on controlling drug therapy and satisfying basic needs and daily life. It is necessary to provide a multidisciplinary therapy, where the support provided by the nursing staff focuses more on managing the emotional aspects of the symptomatology. For this, it is recommended to apply specialized psychiatric nursing processes to provide a therapy that helps patients improve their diagnosis.

**Keywords:** Schizophrenia, cognitive functions, nursing care.

## Introducción

La esquizofrenia es una de las enfermedades más invalidantes de los seres humanos, conocida como "el cáncer de la psiquiatría". Se presenta como un gran reto de salud debido a su incidencia, su potencial cronicidad y severidad y las consecuencias importantes para la familia y la sociedad en general. Es un desorden cerebral que deteriora la capacidad de pensar, manejar emociones, tomar decisiones, relacionarse con los demás y afecta al conjunto de actividades o procesos psíquicos conscientes o inconscientes. Las personas que padecen esquizofrenia presentan también pérdida de hábitos e interés, aislamiento social, depresión y/o irritabilidad (National Collaborating Center for Mental Health, 2014; Velasco Fajardo, Quintana Rodríguez, Fernández Romero, Alfonso Fernández, & Zamora Lombardía, 2018; Zaraza Morales & Hernández Holguín, 2016b).

El tratamiento con medicación psicotrópica alivia varios de los síntomas, pero, a pesar del tratamiento psiquiátrico, los síntomas se mantienen a lo largo de la vida del paciente. Se estima que sólo uno de cada cinco pacientes con esquizofrenia se recupera completamente (Alonso Castellotti, 2015).

Esta enfermedad de tipo crónica presenta diferentes tipos de síntomas que no son exclusivos de la esquizofrenia. Los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) señalan que existen dos categorías de síntomas: "positivos" y "negativos" (American Psychiatric Association, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2003; Vargas Baldares, 2013).

Se conocen como síntomas positivos a las actitudes llamativas que realizan los pacientes, como la extravagancia y el simbolismo de la conducta. Estos síntomas aparecen, desaparecen o muchas veces no se notan. Para otras, los síntomas se estabilizan con el tiempo (American Psychiatric Association, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2003; Vargas Baldares, 2013).

Los síntomas positivos incluyen alucinaciones, como ver, oír, oler, decir o sentir cosas que no son reales, tales como escuchar voces, sentir que otras personas pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o conspirar en contra de ellos. Estos son trastornos comunes de la percepción, los cuales pueden haber estado presentes por mucho tiempo, antes de que salgan a la luz (García Cabeza, 2008; Instituto Nacional de la Salud Mental, 2015; Vargas Baldares, 2013).

También son comunes los delirios, es decir el desarrollar creencias falsas que surgen como consecuencia de la incapacidad para distinguir lo real de lo imaginario. Por ejemplo, una persona puede creer que las personas que transmiten en la radio o aparecen en la televisión están hablando directamente con ellos. Estos pacientes pueden creer que están en peligro o que otros están tratando de hacerles daño (García Cabeza, 2008; Instituto Nacional de la Salud Mental, 2015; Vargas Baldares, 2013).

Los trastornos del pensamiento se encuentran también dentro de los síntomas positivos, estos se dan cuando una persona adopta formas extrañas o ilógicas de pensar y organizar sus ideas. En algunas ocasiones, la persona detiene su discurso en medio de un pensamiento o hace uso de palabras que no tienen sentido (American Psychiatric Association, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2003; Vargas Baldares, 2013).

Dentro de esta clasificación están también los trastornos del movimiento, cuando una persona exhibe movimientos corporales anormales. Puede repetir ciertos movimientos una y otra vez, lo que se conoce como estereotipias. En el otro extremo, puede dejar de moverse o de hablar por algún tiempo. Es un estado poco común y se denomina catatonía (American Psychiatric Association, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2003; Vargas Baldares, 2013).

Por otro lado, los síntomas negativos se refieren a distancia social, dificultad para expresar emociones y manifestaciones de problemas para funcionar normalmente. Las personas con síntomas negativos pueden requerir ayuda para la ejecución de sus tareas diarias. Los síntomas negativos incluyen: hablar con voz apagada, falta de expresión facial (como una sonrisa o el ceño fruncido), dificultad para sentir felicidad o incapacidad de sentir placer (anhedonia), problemas para planificar y mantener una actividad (como ir al supermercado), hablar muy poco con otras personas (incluso cuando es importante), etc. Los síntomas negativos pueden confundirse con la depresión u otros problemas del estado de ánimo (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2015; Vargas Baldares, 2013).

Además de los síntomas positivos y negativos, existe otro grupo denominado síntomas cognitivos. Estos no son fáciles de ver, pero pueden dificultar que la persona mantenga un trabajo o se cuide por sí sola. El nivel de la función cognitiva es uno de los mejores indicadores de la capacidad de una persona para mejorar su funcionamiento general. A menudo, estos síntomas se detectan solo cuando se realizan pruebas específicas. Los síntomas cognitivos incluyen: dificultad para procesar información y tomar decisiones, problemas para usar información inmediatamente después de haberla aprendido, dificultad para enfocar su atención, etc (American Psychiatric Association, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2003; Vargas Baldares, 2013).

Por otra parte, de acuerdo con la guía del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014), la agitación y la conducta violenta representan casi el 90% de las manifestaciones frecuentes en pacientes con esquizofrenia, donde el riesgo de violencia es aún mayor cuando no se trata la enfermedad. De igual manera, las personas que presentan esta enfermedad son mucho más propensas a ser víctimas de la violencia de otros o a hacerse daño a sí mismas. Estos comportamientos tienden a poner en riesgo su integridad y la de los que lo rodean, por lo cual requieren una acción rápida ya sea en el servicio de urgencias o de salud mental (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2015).

Las personas que sufren la enfermedad normalmente tienen una mezcla de los todos los tipos de síntomas, por lo que, si una persona presenta cualquiera de ellos, es importante buscar los medios para que la persona reciba ayuda de manera inmediata, pues la enfermedad empeora con el tiempo. La esquizofrenia en sí no tiene cura, pero con un adecuado tratamiento, tanto psicológico como médico, se pueden controlar los síntomas y posibilitar una mejor calidad de vida al paciente (Schultz, Videbeck, Enríquez Cotera, & Moreno, 2013; Vargas Baldares, 2013).

En varios estudios previos, se ha determinado como los tratamientos para pacientes con esquizofrenia tienen un porcentaje mayor de eficacia cuando se toma en cuenta la sociabilidad del paciente. Se ha podido observar cómo las personas con esquizofrenia que poseen relaciones sociales de apoyo muestran mejores condiciones de vida, menor presencia de síntomas y menos ingresos hospitalarios que aquellos que carecen de dicho apoyo (Norman et al., 2005)

Los tratamientos que toman en cuenta la sociabilidad del paciente han demostrado ser eficaces independientemente del género, la edad de inicio del trastorno, el período de tiempo transcurrido desde que se desarrolló la patología y el inicio del tratamiento, o el ajuste premórbido. De igual manera, los pacientes que no poseen vínculos sociales son más propensos a no completar el tratamiento, lo que aumenta el riesgo de suicidio, incrementa los costes sanitarios, disminuye la calidad de vida y repercute claramente en las familias y cuidadores (Gutiérrez, Caqueo, Ferrer, & et al., 2012; Malla, Norman, McLean, & McIntosh, 2001; Norman et al., 2005).

La aplicación de tratamientos que envuelvan un contacto del paciente con la sociedad es difícil de emplear, ya que gran parte de las personas que sufren de esquizofrenia cuentan con escasas redes sociales, conformadas mayoritariamente por familiares. Por

consiguiente, las personas con esquizofrenia suelen tener una percepción pobre de apoyo social, especialmente del que proviene de individuos extrafamiliares (Gutiérrez et al., 2012).

Es por esto que, el personal de enfermería que esta a cargo del cuidado de los pacientes con esquizofrenia, tiene un papel relevante en el tratamiento de esta enfermedad. Dentro de los procesos que se aplican en los diferentes tratamientos, los cuidados de enfermería son un pilar fundamental, ya que son los enfermeros quienes están no solo encargados de atender sus actividades diarias y de suministrar los medicamentos, sino quienes deben aplicar terapia social (Velazco Fajardo et al., 2018; Zaraza Morales & Hernández Holguín, 2016a)

Una manera de realizar estas actividades es colaborando en el entrenamiento de habilidades sociales para el funcionamiento social efectivo, mediante la identificación y resolución de problemas en actividades de la vida diaria, relaciones sociales, empleo y ocio. Así el enfoque ya no se orienta hacia los síntomas, sino también a cambios comportamentales, el entrenamiento en resolución de problemas, habilidades de autonomía en la vida diaria o habilidades que contribuyen a ejercer un empleo o una ocupación (Gutiérrez et al., 2012; Zaraza Morales & Hernández Holguín, 2016a).

En este sentido, el acompañamiento que brinda el personal de enfermería debe intentar mejorar la actitud del paciente ante la enfermedad, disminuir los síntomas positivos como negativos que se manifiesten y tratar de que se dé una adherencia al tratamiento farmacológico. Por lo tanto, es de quien depende mayoritariamente el cumplimiento del tratamiento para mejorar el funcionamiento social y la adaptación a la sociedad del paciente (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2015; Ramírez & Müggenburg, 2015; Tomey & Allgood, 2007).

En tal efecto, este trabajo buscó identificar el nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería sobre la influencia de su accionar en los pacientes a su cargo, y como estas actividades influyen en el cumplimiento del tratamiento indicado.

## **Metodología**

El presente estudio fue realizado en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de la ciudad de Quito-Ecuador. Se ejecutó un estudio de campo, con enfoque cuantitativo, de nivel exploratorio, diseño no experimental y método deductivo. Se aplicó un cuestionario de diez preguntas cerradas a los 15 enfermeros que atienden a los pacientes hospitalizados con esquizofrenia. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el software Microsoft Excel (2016).

## **Resultados**

Mediante la aplicación del cuestionario, se evaluó el conocimiento del personal de enfermería sobre cuáles son los cuidados óptimos que requieren los pacientes con esquizofrenia para garantizar una mejora en su diagnóstico.

La totalidad del personal de enfermería maneja de manera adecuada 5 aspectos sobre el cuidado de enfermería en pacientes con esquizofrenia: observa al paciente para evitar riesgo de suicidio o fuga, controla signos vitales 3 veces al día, permite al paciente responsabilizarse por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo y brinda cuidado sobre la dieta sugerida. Cabe destacar que todo el personal de enfermería está consciente de que sus acciones tienen influencia en el mejoramiento del estado de salud del paciente.

En cuanto a otros aspectos, el personal encuestado difiere en sus respuestas respecto a los cuidados de enfermería que se brinda a los pacientes con esquizofrenia. En tal sentido, el 80% del personal de enfermería utiliza sujeciones mecánicas con un paciente agitado o con conductas hostiles, mientras que el otro 20% prefiere utilizar métodos de contención

verbales o farmacológicos. El 73.3% del personal ayuda al paciente a disminuir la ansiedad y los temores hasta que logre mantener la calma, pero el 26.7% dice no ser posible ya que pueden encontrarse realizando otras actividades. El 66.7% del personal ayuda a conciliar el sueño a los pacientes, tanto con medidas de comodidad y medicamentos. Estos últimos consideran que la adherencia de los pacientes a los medicamentos se relaciona con su estado emocional.

Por otra parte, el 60% orienta al paciente a la realidad ya que toma en cuenta la sintomatología que incluye ideas delirantes y alucinaciones, aunque sin el uso de una técnica o de manera sistemática, el 40 % no lo realiza debido a no tener una buena comunicación con los pacientes.

## **Discusión**

Considerando que la esquizofrenia es una enfermedad discapacitante para el paciente, pues es un desorden cerebral que deteriora la capacidad de pensar, manejar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás; el proceso de manejo de la enfermedad y su tratamiento requiere de una intervención integral. Esto es, el aspecto de salud física, farmacológico, emocional, incluido el aspecto espiritual y de apoyo social y familiar. En este sentido, no solo es necesario un equipo médico y de enfermería, sino el aporte de personal que entienda y canalice el deterioro mental y afectivo del paciente, bajo un trabajo conjunto y con un mismo objetivo (Crespo-Facorro et al., 2017; Zaraza Morales & Hernández Holguín, 2016a).

Los cuidados de enfermería son una parte vital en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Uno de los principales objetivos para tratar la esquizofrenia es la recuperación del funcionamiento social, y se ha demostrado que la mejor manera de lograrlo es mediante la socialización del paciente. Por consiguiente, al ser el personal de enfermería quien está en constante contacto con el paciente, es de quien más depende su mejoría (Gutiérrez et al., 2012; Howard, Leese, & Thornicroft, 2000).

En el caso de esta institución de salud, se debe destacar que el personal de enfermería está vigilante del paciente con riesgo de fuga y, en especial, con riesgo de cometer suicidio. Las personas que sufren de esquizofrenia tienen una alta tendencia suicida, un 50% intenta suicidarse por lo menos una vez en su vida y cerca del 10 al 15 % muere por esta causa. Es característico de esta enfermedad escuchar "voces" en su mente que generalmente les ordenan hacer daño a terceros o a ellos mismos. En muchos casos, estas actitudes no pueden ser controladas por los pacientes, por lo que es vital que las personas que lo rodean estén pendientes constantemente de cualquier signo o síntoma que pueda derivar en una conducta agresiva. Por lo tanto, el personal de enfermería debe ser capacitado sobre el manejo adecuado de los pacientes psiquiátricos ya que, como con todas las enfermedades, existen protocolos específicos para ellos. En este caso, el distinguir a tiempo ciertos rasgos del paciente, como estado mental, factores de riesgo presentados previamente (abuso de sustancias), capacidad cognitiva, etc., son fundamentales para poder otorgar una valoración adecuada y a tiempo al resto del personal que labora en la institución (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2015; Rebolledo Moller & Lobato Rodríguez, 2005)

En el caso de los pacientes que ya presentan una conducta agresiva, se debe proceder a aplicar medidas de reclusión o restricción de movimiento, dependiendo de la intensidad de las actitudes del paciente. En cuanto al tratamiento brindado a los pacientes en estas condiciones, no existe un consenso sobre cómo se deben manejar estos casos, a pesar de ser tan delicados debido a la naturaleza de la técnica. Se denota que existen varias formas de proceder ante un paciente que presenta conductas hostiles, como sujeciones mecánicas, contención verbal y hasta uso de fármacos. Aunque en realidad quien debe autorizar el tipo de medida a llevar a cabo es el personal calificado (médico o Profesional Independiente

con Licencia) autorizado por la organización quienes deben estar siempre presentes en la institución o a su vez capacitar al personal para que en casos de emergencia puedan actuar siguiendo un protocolo estandarizado (American Psychiatric Nurses Association, 2014).

Se debe tomar en cuenta que, las medidas de reclusión o restricción deben ser aplicadas únicamente en casos extremos cuando todas las otras posibilidades han sido agotadas. De igual manera, antes de aplicar cualquier medida, se debe hacer un análisis personal de cada paciente al ingresar a la institución para saber sobre su estado mental, físico y en especial si ha sufrido de abuso físico o sexual. Jamás se debe usar estas medidas como castigo o coerción (American Psychiatric Nurses Association, 2014).

En cuanto a otros cuidados, todo el personal de enfermería toma los signos vitales tres veces al día, medida adecuada para mantener un control de los pacientes. Lo que se debe aclarar al personal de enfermería es que esta frecuencia de toma de signos vitales no es fija, ya que va a depender de cómo se desenvuelva cada paciente. Ciertas acciones, como velar por la nutrición y aseo de los pacientes, sí se están llevando a cabo, pero, al tratarse de problemas específicos de pacientes esquizofrénicos, no existe una correcta capacitación sobre como sobrellevar estos casos que requieren un manejo específico (Caminero Luna & Castelo Sardina, 2012).

Cabe destacar que el conjunto del personal de enfermería está consciente de que sus acciones van a influenciar directamente en el desarrollo del paciente. Se sabe que el tratamiento farmacológico ayuda a la recuperación del paciente, pero no es suficiente, ya que las relaciones sociales se convierten en un pilar en la recuperación. Los familiares y, en este caso, el personal de enfermería que es quién está en contacto con los pacientes la mayoría del tiempo, son los encargados de ayudar al paciente a mejorar, por lo que deben buscar establecer una relación terapéutica, en la cual el profesional de enfermería sea el instrumento terapéutico, permitiendo un crecimiento personal tanto en el cuidador como en la persona cuidada (Galvis López, 2015; Zaraza Morales & Hernández Holguín, 2016a).

A pesar de esto, se aprecia que una parte del personal no está pendiente de ciertos rasgos que presenta el paciente, tales como cuadros de ansiedad o ciertos temores. Por esta razón, no prestan atención apropiada en el momento adecuado para ayudarlo a canalizar su estado de ánimo. Una de las razones por las cuales no se logra cumplir con este objetivo, es debido a que no se han podido establecer lazos de confianza entre personal y paciente, dificultando de esta manera que la persona con esquizofrenia acuda al personal de la institución cuando presenta algún problema (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

En cuanto al sueño, la mayoría del personal ayuda al paciente a lograr el descanso adecuado. Pero el trabajo del personal de enfermería debe incluir también la monitorización de los ciclos de sueño de los pacientes, ya que, el deterioro o privación de un patrón normal de sueño debe ser tomado en cuenta para dar un diagnóstico enfermero. Una alteración en este patrón es uno de los síntomas inespecíficos de un cambio de la fase premórbida a la fase prodrómica de la esquizofrenia (Crespo-Facorro et al., 2017; The International Nursing Knowledge Association, 2018).

El personal de enfermería debe velar por el descanso y bienestar del paciente, siendo este uno de los resultados recomendados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud. Para lograr este objetivo, el personal de enfermería debe promover el aprovechamiento del tiempo de sueño y, por otra parte, brindar educación para el manejo de la medicación, ya que muchas de las medicinas para tratar los síntomas de la esquizofrenia van a intervenir con el estado emocional del paciente, por lo tanto deben saber cuándo consumirlos (Apiquian Guitart et al., 2004; Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2014; Servicio Murciano De Salud, 2009; The International Nursing Knowledge Association, 2018).

## **Conclusiones**

Al observar los resultados, se muestra que no existe un consenso entre las acciones de enfermería que se deben llevar a cabo con los pacientes que sufren de esquizofrenia, en especial en lo referente a cómo crear un vínculo con ellos, a pesar de que es lo recomendado para tratar esta enfermedad.

Esto implica, la implementación de mecanismos más efectivos de comunicación e información para el mismo paciente y sus familiares, con el fin de compensar la necesidad de apoyo emocional y escucha para lidiar con sus síntomas y abrigar esperanza de recuperación. En tal circunstancia, se deben crear mecanismos para mantener fluidez en la comunicación entre el personal que cuida del paciente, los médicos a cargo y los familiares; sobre la evolución de la enfermedad, los efectos del tratamiento farmacológico, el manejo de la sintomatología y el incremento del nivel de dependencia para satisfacer las necesidades de la vida diaria. Esta acción atenúa el impacto de la enfermedad y la realidad del deterioro que el paciente experimenta a nivel cognitivo.

En este sentido, el papel del personal de enfermería es fundamental en el cuidado del paciente con esquizofrenia y por esa razón, se debe incrementar el nivel de competencias que se deben exigir al personal de salud, para el cuidado y manejo de la sintomatología de los pacientes. Esto incluye, capacitación sobre el conocimiento y la experiencia sobre las manifestaciones de los síntomas positivos y negativos, tales como alucinaciones, delirios, pensamientos, fluctuaciones en su estado emocional, crisis de ansiedad y depresión y el nivel de dependencia que impacta en su estado emocional de manera significativa. Este aspecto de conocimiento debe ir acompañado de apoyo y seguimiento del personal, por parte del equipo líder de enfermería. Igualmente, se debe incluir de manera formal la participación del paciente y familiares en procesos de psicoterapia individual y grupal.

De igual importancia, se debe considerar el nivel de responsabilidad y desgaste emocional que el personal de enfermería experimenta y su influencia en el clima laboral de la casa de salud. En esta perspectiva, se abre un espacio importante para la formación académica del personal de enfermería, bajo la especialidad de enfermería psiquiátrica o manejo de pacientes con trastornos mentales severos, tales como la psicosis y esquizofrenia.

Para el efecto, es necesario implementar procedimientos administrativos y sanitarios sobre las competencias que debe demostrar el personal de salud para el manejo y cuidado de enfermos psiquiátricos en las unidades de hospitalización y mecanismos para contrarrestar el desgaste emocional y físico por la realización de esta tarea.

Finalmente, este estudio de aproximación sobre la atención integral de pacientes con esquizofrenia deja abierto el espacio para impregnar mayor profundidad en futuras investigaciones sobre la formación de personal de salud especializado para las áreas de psiquiatría. Por otra parte, se deben ampliar las investigaciones sobre la perspectiva psicológica en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia, tratados en una unidad psiquiátrica, con el fin de determinar la relación entre el cuidado integral que brinda el personal de enfermería al paciente con esquizofrenia y la capacidad de mejora de la calidad de vida de ellos.

## Referencias

Alonso Castellotti, L. M. (2015). *El abuso sexual infantil como factor de riesgo en el desarrollo de psicosis* (Universitat Autònoma de Barcelona). Recuperado de [https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2017/hdl\\_2072\\_289451/leonardo\\_mikael\\_alonso\\_castellotti\\_tfm.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2017/hdl_2072_289451/leonardo_mikael_alonso_castellotti_tfm.pdf)

- American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5 Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Recuperado de <http://dsm.psychiatryonline.org/>.
- American Psychiatric Nurses Association. (2014). *Standards of Practice: Seclusion & Restraint Standards of Practice*. Recuperado de <https://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3730#Standards>
- Apiquian Guitart, R., Aviña Cervantes, C., Colín Piana, R., Díaz Anzaldúa, A., Corona Hernández, F., González Valadez, S., ... Verduzco Fragoso, W. (2004). *Guía Terapéutica para el manejo de Esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.apalweb.org/docs/esquizofrenia2.pdf>
- Caminero Luna, P., & Castelo Sardina, C. (2012). Manual de Procedimientos de Enfermería de Salud Mental Comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica. *Servicio Madrileño de Salud*, 268. <https://doi.org/10.3892/ijmm.2011.847>
- Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Argimon, J. M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, M. F., Cabrera-Cifuentes, A., ... Arango, C. (2017). Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 4–20. <https://doi.org/10.1016/J.RPSM.2016.09.001>
- Galvis López, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista CUIDARTE*, 6(2), 1108–1120. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>
- García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 9–25. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a02.pdf>
- Gutiérrez, J., Caqueo, A., Ferrer, M., & et al. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 255–262.
- Howard, L., Leese, M., & Thornicroft, G. (2000). Social networks and functional status in patients with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(5), 376–385. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102005376.x>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2015). *La Esquizofrenia*. Recuperado de [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/sp-15-3517\\_156292.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/sp-15-3517_156292.pdf)
- Malla, A. K., Norman, R. M. G., McLean, T. S., & McIntosh, E. (2001). Impact of phase-specific treatment of first episode of psychosis on Wisconsin Quality of Life Index (client version). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(5), 355–361. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00200.x>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia*. (Guía No. 29). Recuperado de [https://medicosgeneralescolombianos.com/images/Guias\\_2014/GPC\\_29\\_Esquizofrenia.pdf](https://medicosgeneralescolombianos.com/images/Guias_2014/GPC_29_Esquizofrenia.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la*

- Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente* (1era Edición; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, Ed.). Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf)
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud*. Recuperado de [http://www.educa.es/pdf/000\\_CONCEPTOS NOC.pdf](http://www.educa.es/pdf/000_CONCEPTOS NOC.pdf)
- National Collaborating Center for Mental Health. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults* (p. 684). p. 684. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., Manchanda, R., Harricharan, R., Takhar, J., & Northcott, S. (2005). Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 227-234. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2005.05.006>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
- Ramírez, P., & Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
- Rebolledo Moller, S., & Lobato Rodríguez, M. J. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas* (M. Arroyo Bernardo & M. Roca Bannasar, Eds.). Recuperado de <https://previa.uclm.es/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/tema5/guia esquizofrenia.pdf>
- Schultz, J. M., Videbeck, S. L., Enríquez Cotera, G., & Moreno, M. (2013). *Enfermería psiquiátrica: planes de cuidado* (1a ed.; G. Cotera, Ed.). Recuperado de [https://books.google.com.ec/books?id=Md79CAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=schultz+enfermeria+psiquiatria&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=Md79CAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=schultz+enfermeria+psiquiatria&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Servicio Murciano De Salud. (2009). *Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental*. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_443\\_Esquizofrenia\\_Murcia.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf)
- The International Nursing Knowledge Association. (2018). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020* (11th Editi; T. Heather Herdman & S. Kamitsuru, Eds.). Recuperado de [http://www.thieme.com/images/emails/NANDA\\_Preview.pdf?utm\\_medium=email&utm\\_campaign=NANDA\\_March\\_Special&utm\\_content=NANDA\\_March\\_Special+CID\\_e9fb9f6b5a3e18c105a72db87f27e8f6&utm\\_source=Email\\_marketing\\_software\\_CM](http://www.thieme.com/images/emails/NANDA_Preview.pdf?utm_medium=email&utm_campaign=NANDA_March_Special&utm_content=NANDA_March_Special+CID_e9fb9f6b5a3e18c105a72db87f27e8f6&utm_source=Email_marketing_software_CM)
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Vargas Baldares, M. J. (2013). Esquizofrenia: Detección oportuna en Atención Primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*, 70(606), 295-301. Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132q.pdf>

Velazco Fajardo, Y., Quintana Rodríguez, I., Fernández Romero, M. de la C., Alfonso Fernández, A., & Zamora Lombardía, E. (2018). Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1163–1171. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme220418.pdf>

Zaraza Morales, D. R., & Hernández Holguín, D. M. (2016a). El valor de los apoyos para el bienestar subjetivo: Al vivir con esquizofrenia. *Index de Enfermería*, 25(3), 141–145.

Zaraza Morales, D. R., & Hernández Holguín, D. M. (2016b). El valor de los apoyos para el bienestar subjetivo. *Index de Enfermería*, 25(3), 141–145. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n3/original2.pdf>