

REVISIÓN BIBLOGRÁFICA SOBRE LOS CUIDADOS FÍSICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

TRABAJO FINAL DE GRADO PRESENTADO POR:

Ester Torres Robles

TUTORA DEL TRABAJO:

Dra. Concepción Martínez Martínez



FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA

VALENCIA

CURSO 2022-2023

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecerle la ayuda prestada a mi tutora, la Dra. Concepción Martínez Martínez, por guiarme a lo largo de este trabajo y aportarme sus conocimientos sobre el tema. Gracias a la universidad por haberme proporcionado los medios necesarios para realizar este Trabajo Final de Grado. Y por último, agradecerle a mi familia, amigos y compañeros de piso su apoyo a lo largo de este proceso.

Índice

Listado de símbolos y siglas	3
Resumen y palabras clave	4
Abstract and key words	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Salud mental / trastornos mentales.....	6
1.1.1. Prevalencia.....	6
1.2. Esquizofrenia y trastornos psicóticos.....	7
1.2.1. Mortalidad y esperanza de vida	9
1.2.2. Causas del exceso de morbimortalidad	10
1.3. Patologías físicas.....	14
1.3.1. Cardiopatías	14
1.3.2. Diabetes tipo 2	16
1.3.3. Obesidad	17
1.3.4. Síndrome metabólico	18
2. PREGUNTA PICO.....	20
2.1. Objetivo general	20
2.2. Objetivos específicos:	20
2.2.1. Objetivo específico ₁ :.....	20
2.2.2. Objetivo específico ₂ :.....	20
2.2.3. Objetivo específico ₃ :.....	20
2.2.4. Objetivo específico ₄ :.....	20
2.2.5. Objetivo específico ₅ :.....	20
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
3.1. Material	21
3.2. Métodos	21
3.2.1. Estrategia de búsqueda	21
3.2.2. Extracción de datos	23
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	24
5. CONCLUSIONES.....	33
6. BIBLIOGRAFÍA.....	35

Listado de símbolos y siglas

- **A1C / HbA1c:** Hemoglobina Con Glucosa Adherida / Hemoglobina Glicosilada
- **ACV:** Accidente Cerebro Vascular
- **AP:** Atención Primaria
- **APA:** Asociación Americana de Psiquiatría / American Psychological Association
- **BVS:** Biblioteca Virtual en Salud
- **CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- **CVD-R :** Riesgo Cardio-Vascular
- **DM:** Diabetes Mellitus
- **DSM:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales / Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- **ECV:** Enfermedades Cardio Vasculares
- **ENSE:** Encuesta Nacional de Salud de España
- **HDL:** Lipoproteínas de Alta Densidad
- **HTA:** Hipertensión Arterial
- **IAM:** Infarto Agudo de Miocardio
- **IMC:** Índice de Masa Corporal
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística
- **NCEP-ATP III:** National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III
- **NCI:** Instituto Nacional del Cáncer
- **OMS / WHO:** Organización Mundial de la Salud / World Health Organization
- **PHASe:** Escala de Actitud de Salud Física para Enfermeras de Salud Mental
- **PHNC:** Physical Health Nurse Consultant service / Servicio de Consulta de Enfermería en Salud Física.
- **QOL:** Calidad De Vida / Quality Of Life
- **RAE:** Real Academia Española
- **SCA:** Síndrome Coronario Agudo
- **SM:** Síndrome Metabólico
- **SMI:** Enfermedad Mental Grave / Serious Mental Illness
- **TAU:** Tratamiento Habitual

Resumen y palabras clave

Introducción: La esquizofrenia es descrita por la OMS como «una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta». Este trastorno psicótico tiene su inicio a una edad temprana, es de carácter crónico y la gravedad de sus alteraciones psicopatológicas suelen tener un efecto devastador en la persona que lo padece y en su entorno. Las personas que lo padecen mueren aproximadamente 20 años antes que el resto de la población, y el 80 % de las muertes se deben a causas *naturales*, enfermedades físicas tanto cardiovasculares como metabólicas o infecciosas. Generalmente estas personas carecen de tres factores imprescindibles para la longevidad: comportamientos de vida saludables, suficiente apoyo social y tener un propósito para su vida.

Objetivo: Conocer cuáles son los cuidados en enfermería para mejorar la salud física en personas con un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

Metodología: Revisión bibliográfica en la que se utilizaron las bases de datos PubMed, EBSCO (CINAHL with full text, Medline complete y E-Journals), Biblioteca Virtual En Salud (BVS) y Cochrane Library.

Resultados: Se escogieron un total de 13 artículos según los criterios previamente establecidos.

Conclusiones: La enfermera puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia que presenten otra patología física mediante una atención holística, la educación sanitaria y la modificación de estilos de vida. Entre los cuidados encontramos: proporcionar información y ayuda para la mejora del autocuidado, monitorizar a los pacientes (control de peso, perímetro abdominal, dieta, manejo adecuado de la medicación y de la salud), promover el ejercicio físico, estilos de vida saludables y el abandono del tabaco.

Palabras clave: enfermera, psicosis, esquizofrenia, trastorno psicótico, síndrome metabólico, cuidado físico, diabetes y riesgo cardiovascular.

Abstract and key words

Introduction: Schizophrenia is described by the WHO as "a distortion of thought, perceptions, emotions, language, self-awareness and behaviour". This psychotic disorder begins at an early age, is chronic in nature, and the severity of its psychopathological alterations usually have a devastating effect on the person who suffers from it and on their environment. People who suffer from it die approximately 20 years before the rest of the population, and 80 % of deaths are due to *natural* causes, both cardiovascular, metabolic or infectious physical diseases. These people generally lack three essential factors for longevity: healthy lifestyle behaviours, sufficient social support, and having a purpose for their lives.

Objective: To know what nursing care is to improve physical health in people with a schizophrenia spectrum disorder or other psychotic disorders.

Methodology: Literature review using the PubMed, EBSCO (CINAHL with full text, Medline complete and E-Journals), Virtual Health Library (VHL) and Cochrane Library databases.

Results: A total of 13 articles were chosen according to the previously established criteria.

Conclusions: The nurse can help improve the quality of life of patients with schizophrenia who present other physical pathologies through holistic care, health education and lifestyle modification. Among the care we find providing information and help to improve self-care, monitoring patients (weight control, abdominal perimeter, diet, proper management of medication and health), promoting physical exercise, healthy lifestyles and tobacco cessation.

Keywords: nurse, psychosis, schizophrenia, psychotic disorder, metabolic syndrome, physical care, diabetes and cardiovascular risk.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Salud mental / trastornos mentales

La OMS, Organización Mundial de la Salud, define la salud como «un estado de completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afectaciones o enfermedad». (Organización Mundial de la Salud, 1948). A su vez define la salud mental como «un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» (Organización Mundial de la Salud, 2022a).

Los trastornos mentales son patrones de comportamiento de significación clínica que aparecen asociados a un malestar emocional o físico de la persona, a una discapacidad, al deterioro en el funcionamiento cotidiano, a la pérdida de libertad o incluso a un riesgo significativamente aumentado de implicarse en conductas contraproducentes o de morir prematuramente (Echeburúa et al., 2014). Los que aparecen con más frecuencia son: trastornos de ansiedad (69,1 millones), depresión unipolar (30,3 millones), insomnio (29,1 millones), trastornos somatomorfos -excluidos los síntomas de cefalea- (20,4 millones), alcohol (14,6 millones), dependencia de opiáceos (1,0 millón) y cannabis (1,4 millones), demencias (6,3 millones), retraso mental (4,2 millones) y trastornos de la infancia/adolescencia, como déficit de atención-hiperactividad (TDAH) y otros trastornos hiperkinéticos (3,3 millones) (Wittchen, et al., 2011).

1.1.1. Prevalencia

En Europa, la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes se encuentra alrededor del 15,5 %. En estos últimos años debido a la COVID-19 se ha producido un aumento de la misma debido al incremento de las manifestaciones neuropsiquiátricas. Los hogares que han quedado peor parados son los que tienen factores socioeconómicos más bajos. Se prevé que la actual guerra entre Rusia y Ucrania aumente aún más la incidencia de los trastornos mentales entre los países afectados y vecinos, con consecuencias negativas que persistirán durante décadas. Frente a estos factores de riesgo sin precedentes para los trastornos mentales, Europa debe trabajar más que nunca para prevenir, diagnosticar y tratar los trastornos mentales de manera oportuna. Mejorar la sensibilidad del diagnóstico, desarrollar servicios de detección e intervención tempranos, aumentar la conciencia sobre las enfermedades mentales y abordar las disparidades socioeconómicas (Sacco et al., 2022).

En España en el año 2017, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), más de una de cada diez personas mayores de 15 años (10,8 %) refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental (Encuesta Nacional de Salud de España, 2017).

1.2. Esquizofrenia y trastornos psicóticos

La esquizofrenia es un trastorno psicótico que, según la OMS, afecta a más de 24 millones de personas en el mundo. Esta la describe como «una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta» (OMS, 2022b).

Este trastorno psicótico tiene su inicio a una edad temprana, es de carácter crónico y la gravedad de sus alteraciones psicopatológicas suelen tener un efecto devastador en la persona que lo padece y en su entorno. Generando enormes costes sociales, económicos/asistenciales y familiares (Megías-Lizancos y Serrano, 2021).

El entendimiento y definición de este trastorno ha ido evolucionando a lo largo de los años. En la segunda mitad del siglo XIX se comenzaron a estudiar los diferentes casos y a clasificarlos. Kraepelin en 1893 recogió varios casos clasificados como *idiotia adquirida*, *estupidez* o *demenia juvenil*, *hebefrenia* y *catatonía* y los agrupó en una sola entidad denominada: *dementia praecox*. En 1908, Bleuler propone denominar a este conjunto *esquizofrenia* y es la primera vez en la historia que aparece este término que deriva de los términos griegos *schizein*, escindir, y *frenos*, mente; para con él expresar la escisión, la separación de la mente de la realidad del mundo que la rodea. En 1921 Krestchmer defiende que la esquizofrenia es como una enfermedad constitucional de signo contrario a la psicosis manícodepresiva. Ese mismo año, Kleist propone una teoría degenerativa neurológica. Refiere que tiene un origen heredodegenerativo. En 1929, Berze, postula un concepto psicológico general de la esquizofrenia, intentando realizar una ordenación sistemática de los síntomas, para referirlos a un único trastorno fundamental, la *hipotonía de la conciencia* y en 1946, Kurt Schneider lleva a cabo una clasificación de síntomas psicóticos divididos en síntomas de primer rango -pensamiento sonoro, voces que discuten, experiencia de pasividad somática, influencia, imposición y robo del pensamiento, transmisión de pensamientos, percepciones delirantes, cualquier experiencia que implique voluntad, afecto o impulso dirigido- y de segundo rango -otros trastornos de la percepción, ideas súbitas delirantes, perplejidad, cambios depresivos o eufóricos y sentimientos de empobrecimiento emocional- (Novella y Huertas, 2010).

Hoy en día, se emplea el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (DSM), donde la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) intentó clasificar los trastornos mentales conocidos y unificar los criterios diagnósticos para disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Esta taxonomía, del mismo modo que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha llegado hasta la actualidad, y se encuentra hoy en sus respectivas quinta y undécima edición. Aunque con ciertas diferencias, ambas clasifican y describen la esquizofrenia de forma similar (Megías-Lizancos y Serrano, 2021).

La Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10) clasifica la esquizofrenia en nueve subtipos: paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual, simple, depresión postesquizofrénica, otra esquizofrenia y esquizofrenia sin especificación; permite ocho posibilidades para clasificar el curso del trastorno, en un rango que va desde continua hasta remisión completa. Los síntomas deben estar presentes durante la mayor parte del tiempo a lo largo de 1 mes o más. Las situaciones similares que duren menos de 1 mes se diagnostican como trastorno esquizofreniforme (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En la quinta edición del DSM la esquizofrenia se recoge dentro de la nueva categoría diagnóstica: espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Dentro de esta categoría encontramos el trastorno esquizotípico (de la personalidad), trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo (bipolar o depresivo), trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos y trastorno psicótico debido a otra afección médica (American Psychiatric Association, 2013).

Según el DSM-5, para diagnosticar la esquizofrenia existen seis criterios diagnósticos (A-B-C-D-E-F). El primer criterio dice que para diagnosticar esquizofrenia se han de tener dos o más síntomas durante un mes, entre los cuales el paciente ha de tener delirios, alucinaciones o discurso desorganizado; a parte, se añaden comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos como expresión emotiva disminuida o abulia. El segundo criterio afirma que el nivel de funcionamiento de uno o más ámbitos como en el trabajo, relaciones interpersonales o el cuidado personal, se encuentra por debajo de lo habitual desde el inicio del trastorno. El criterio C menciona que los signos continuos han de persistir durante un mínimo de seis meses. El cuarto criterio es cuando se descartan otros trastornos como el trastorno esquizoafectivo o el trastorno depresivo o bipolar. En el criterio E se descarta que el trastorno se pueda atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia o afectación médica y en el último criterio el F, se menciona que si existen antecedentes de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia o de un trastorno del espectro del autismo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (American Psychiatric Association, 2013).

En la esquizofrenia también son frecuentes los déficits cognitivos, que están íntimamente relacionados con los déficits laborales y de ocupación. Estos déficits pueden significar y conducir al deterioro de la memoria declarativa, el trabajo, el lenguaje y otras funciones ejecutivas, no solo eso, asimismo pueden llevar a un procesamiento lento. Los déficits en estos niveles sensoriales también pueden ser anormales, lo que genera una disminución de la inhibición y la concentración. La hostilidad y la agresión pueden estar asociadas con la esquizofrenia, aunque la agresión espontánea o accidental es rara. Es importante señalar que las personas con este trastorno no son agresivas y tienen más probabilidades de ser víctimas que la población general (Sanguino Ruiz, 2022).

La esquizofrenia puede manifestarse en diferentes estadios o episodios:

- Primer episodio, actualmente en episodio agudo: Cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Es la primera manifestación del trastorno.
- Primer episodio, actualmente en remisión parcial: Se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios anteriores solo se cumplen parcialmente.
- Primer episodio, actualmente en remisión total: Después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.
- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Un mínimo de dos episodios, es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva.
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.
- Episodios múltiples, actualmente en remisión total.
- Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.
- No especificado.

Se debe de especificar si cursan con catatonía, anormalidades motoras, que se presentan en asociación con alteraciones en la conciencia, el afecto y el pensamiento; no siendo necesario para el diagnóstico de la esquizofrenia emplear el especificador de gravedad (American Psychiatric Association, 2013).

Padecer esquizofrenia está asociado a una serie de factores identificados como factores de riesgo. Generalmente se dividen en factores genéticos o endógenos y factores no genéticos o exógenos. Se propone un modelo de vulnerabilidad y habilidades de afrontamiento del estrés. Según el modelo, el curso, la gravedad y el resultado de la enfermedad están determinados por estos tres factores (Megías-Lizancos y Serrano, 2021).

1.2.1. Mortalidad y esperanza de vida

La OMS afirma que la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta aproximadamente a 24 millones de personas a nivel mundial. En cifras equivaldría a 1 de cada 300 personas: 0,32 % de la población. En adultos la tasa es del 0,45 %, no es tan común como otros trastornos mentales ya que es más frecuente que aparezca al final de la adolescencia entre los 20 y 30 años. Aparte, suele manifestarse antes en hombres que en mujeres (OMS, 2022b).

A lo largo de la vida se estima una prevalencia entre el 0,7 y el 1,5 %. En España, la incidencia estimada es de 0,8 casos por cada diez mil habitantes, lo que coincide con los estudios de la Organización Mundial de la Salud, para los países europeos (Ayuso-Mateos et al., 2006).

La esquizofrenia es más frecuente en los hombres (4,5 %) que en las mujeres (2,9 %), aunque depende de la edad, pues la frecuencia es doble entre los 20 y los 49 años y se iguala a

partir de los 65 años, donde aparece en este momento un ligero incremento en la mujer (Subdirección General de Información Sanitaria, 2020).

Hoy en día, la predisposición a la esquizofrenia se relaciona con la herencia genética y no se hereda específicamente, pero incluso entonces la probabilidad es solo del 1 % en la población general. Por otro lado, si un familiar de primer grado padece la enfermedad, la probabilidad aumenta al 10 %, si ambos padres la tienen, aumenta significativamente al 40 %, pero los factores genéticos no pueden determinar completamente si esta enfermedad está presente (Sanguino Ruiz, 2022).

Frecuentemente, la esquizofrenia se asocia con ansiedad y deterioro de las esferas sociales, familiares, personales; esto hace que las personas que la padecen tengan una mayor probabilidad, 2 o 3 veces mayor que la población general de morir prematuramente. A menudo por causas de enfermedades físicas tanto cardiovasculares como metabólicas o infecciosas (OMS, 2022b).

Las personas con esquizofrenia mueren aproximadamente 20 años antes que el resto de la población, y el 80 % de las muertes se deben a causas *naturales*, principalmente cardiovasculares. Generalmente estas personas carecen de tres factores imprescindibles para la longevidad: comportamientos de vida saludables, suficiente apoyo social y tener un propósito para su vida. Estos factores son fácilmente modificables, pero existen barreras que impiden el cambio como la pobreza, los síntomas específicos de la esquizofrenia, el estrés, el estigma y los efectos adversos de la medicación antipsicótica. Se deben abordar estas barreras para poder tener un cambio efectivo en la esperanza de vida de esta población (Seeman, 2019).

El pronóstico de los individuos con esquizofrenia a menudo no es favorable, tienen episodios recurrentes superpuestos a un deterioro progresivo de la situación funcional basal. Sin embargo, los fármacos antipsicóticos reducen significativamente la frecuencia de recaída al cabo de un año, del 64 al 27 %. Los rasgos que predicen una peor evolución de la esquizofrenia son: sexo masculino, presencia de síntomas negativos prominentes, edad de inicio temprana, factores estresantes psicosociales duraderos y conflictividad familiar (Megías-Lizancos y Serrano, 2021).

1.2.2. Causas del exceso de morbimortalidad

El suicidio representa aproximadamente el 30 % del exceso de mortalidad de pacientes con esquizofrenia, dos tercios del exceso de mortalidad entre estos pacientes se deben a causas naturales, como enfermedades cardiovasculares, cáncer relacionado con la obesidad, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Para explicar el exceso de mortalidad por causas naturales en comparación con la población general se incluyen los estilos de vida poco saludables como fumar, beber, abuso de sustancias, inactividad física y uso de antipsicóticos (Chen et al., 2019).

1.2.2.1. Estigma de los profesionales de salud y deshumanización

Según la RAE, Real Academia Española, estigma se define como «Desdoro, afrenta, mala fama» en su segunda entrada. Y define deshumanización como «Acción o efecto de deshumanizar» a su vez la RAE define deshumanizar como «Privar de caracteres humanos».

Según Goffman (1963), el estigma es un símbolo, marca que proporciona información degradante, afectando de este modo a la identidad social de la persona. Entendemos como estigma social o público cuando es la sociedad la que produce los prejuicios y la discriminación.

Las personas con esquizofrenia a menudo ven violados sus derechos humanos en las instalaciones y entornos comunitarios de salud mental. El prejuicio contra las personas con discapacidad es grave y generalizado, provoca exclusión social y afecta sus relaciones con los demás, especialmente familiares y amigos. Esto promueve la discriminación, que a su vez limita el acceso a la atención médica, la educación, la vivienda y el empleo universales (OMS, 2022b).

En las emergencias, se pueden producir un estrés y un miedo extremos, se pueden socavar los apoyos sociales, se puede producir el aislamiento y se pueden interrumpir los servicios de atención de la salud y el suministro de medicamentos. Estos cambios pueden afectar la vida de una persona con esquizofrenia, exaltando los síntomas que ya están presentes. En estas situaciones, las personas con esquizofrenia son más vulnerables que otras y aparecen diversas violaciones de los derechos humanos, que incluyen: negligencia, abandono, falta de vivienda, abuso y marginación (OMS, 2022b).

Entre los estereotipos más habituales hacia las personas con enfermedad mental encontramos que son violentas o agresivas, se les infantiliza, dar por hecho que poseen una disminución psíquica, pensar que son impredecibles, culpabilizar a la persona por su enfermedad o suponer que son genios (Muñoz et al., 2009).

Las personas con trastornos mentales son usuarios frecuentes de centros sanitarios. Acuden a los servicios de salud mental para el tratamiento y a su vez acuden, como el resto de personas, a los diferentes servicios como urgencias o centros de salud. Al frecuentar estos servicios de forma más constante se ven expuestos a una estigmatización no solo por parte de la sociedad, sino también por parte de los profesionales sanitarios. Estos suelen estigmatizar de dos formas, una de ellas es infravalorar al personal no sanitario que ayuda en la recuperación de estos pacientes y la otra es consecuencia de la imagen totalizadora que los profesionales sanitarios tienen de la enfermedad. Acaban atribuyendo cualquier dolencia que estos identifiquen al trastorno mental, como si todo lo que les sucede se debiera a dicho trastorno (Cazzaniga y Suso, 2015).

Los profesionales sanitarios suelen estigmatizar a los pacientes de salud mental con el uso de etiquetas, con el paternalismo, no dándoles credibilidad, suponiendo falta inteligencia, mostrando miedo y con faltas de empatía del profesional (Alba Pérez, 2022).

Existen situaciones concretas en las que las personas con enfermedades mentales se han visto estigmatizadas en los subámbitos del sistema de salud. En atención primaria, AP, sufren un *eclipsamiento* del diagnóstico, ya que los síntomas físicos que manifiestan se atribuyen erróneamente a su trastorno. En este ámbito las mujeres sufren un doble estigma porque, aparte del mencionado anteriormente, cuando acuden a las consultas de AP les suelen recetar psicofármacos de forma más frecuente que a los hombres y les realizan menos pruebas físicas para descartar la organicidad de su sintomatología, se debe a que las mujeres son más propensas a padecer depresión y fibromialgia. En el servicio especializado de salud mental, tienden a estigmatizar menos que en otros servicios, pero aun así, siguen ejerciendo paternalismo. En el último subámbito, las urgencias hospitalarias, en el caso de llamar a fuerzas y cuerpos de seguridad para contener a estos enfermos con el uso de esposas no solo estigmatiza al paciente, sino que agrava su situación. Lo mismo sucede con la utilización de elementos angustiosos para personas que se encuentran en un estado de crisis, como luces o sirenas. Estos métodos no solo violan el derecho a la intimidad de la persona, al hacer partícipe a toda la comunidad de su traslado, sino que, además, pueden agudizar su cuadro médico (Cazzaniga y Suso, 2015).

Entre las recomendaciones para la erradicación del estigma en el ámbito sanitario encontramos la necesidad de una atención integral, holística, que combine todos los aspectos de salud. La participación real y afectiva de los usuarios y la capacitación de estos, formar al personal sanitario en activo, acabar con las prácticas institucionales estigmatizadas, instruir a las fuerzas y cuerpos de seguridad para que sepan cómo actuar si fuera necesario y crear protocolos y planes de salud mental (López, 2008).

1.2.2.2. Autoestigma

Las personas con trastornos mentales se enfrentan en su vida cotidiana a una *doble enfermedad*. Por un lado, experimentan los síntomas propios de su trastorno y por otro lado, deben enfrentarse al estigma social asociado al problema de salud mental que conlleva normalmente a una interiorización del mismo, autoestigma (Campo-Arias, 2014).

El autoestigma es la forma más grave de manifestación del estigma. Se da cuando la propia persona afectada es la que reproduce los prejuicios y la discriminación hacia sí misma y su colectivo. Se refiere a la interiorización de los estereotipos y prejuicios generalizados. En el caso específico de las personas con enfermedad mental, esto tiene importantísimas consecuencias tanto para sus relaciones sociales (acaban autodiscriminándose, dudando de sus capacidades, culpabilizándose y aislándose socialmente), como para el devenir de su tratamiento

(la desmoralización, disminución de la autoestima y el aislamiento dificultan la petición de ayuda y el mantenimiento del tratamiento) (Lin et.al, 2022).

1.2.2.3. Tabaquismo

«Cada año, el tabaco mata a 8 millones de personas, como mínimo, y varios millones más padecen cáncer de pulmón, tuberculosis, asma o enfermedades pulmonares crónicas causadas por el tabaco», dijo el Director General de la OMS, «Los pulmones sanos son esenciales para una vida sana. Hoy y siempre, puedes proteger tus pulmones y los de tus familiares y amigos diciendo no al tabaco».

Las personas fumadoras mueren en promedio 10 años antes que las no fumadoras. Las políticas de control del tabaco han reducido las tasas en la población general, sin embargo, las tasas de tabaquismo siguen siendo elevadas entre la población con enfermedades mentales (Wootton et al., 2022).

El tabaquismo, uno de los factores de riesgo para la salud de las personas, es un comportamiento obviado por los profesionales cuando se trata de una persona con trastorno mental. Tradicionalmente se ha restado importancia al hábito de fumar entre las personas con problemas de salud mental, ya que parecía que aliviaba su ansiedad. Sin embargo, se ha comprobado que estas personas pueden, al igual que el resto, abandonar estos hábitos perjudiciales para la salud (Cazzaniga y Suso, 2015).

En el informe de Wootton et al. llegan a la conclusión de que existe evidencia de que el tabaco produce un efecto perjudicial sobre las enfermedades mentales y en particular sobre la esquizofrenia. Este informe apoya las políticas de salud pública contra el tabaco especialmente aquellas dirigidas a personas con un alto riesgo o con una enfermedad mental existente. Y concluye con que estas intervenciones para dejar de fumar en personas con enfermedades mentales graves ciertamente no empeoran los síntomas de salud mental y pueden mejorarlos a largo plazo (Wootton et al., 2022).

1.2.2.4. Ejercicio físico

En pacientes con esquizofrenia existe mayor prevalencia de padecer obesidad, diabetes o hipercolesterolemia. Esto, añadido a estilos de vida poco saludables y el sedentarismo, puede ser el responsable de la elevada morbimortalidad de estos pacientes (Romero et al., 2016).

Existe un elevado riesgo de padecer síndrome metabólico si padeces esquizofrenia, causado por los hábitos derivados de la enfermedad como el sedentarismo y sus alteraciones del metabolismo como la resistencia a la insulina, alteraciones del cortisol y de la hiperglucemia que se ven potenciados por los efectos secundarios de los antipsicóticos. Estableciendo como

resultado una serie de factores de riesgo que disminuyen la esperanza de vida de estos pacientes (Martínez et al., 2005).

La vida de estos pacientes mejora con la introducción de hábitos saludables como controlar la alimentación, practicar de manera cotidiana una actividad física y eliminar el tabaquismo (Martínez et al., 2005).

La actividad física puede mejorar algunos síntomas y la calidad de vida en pacientes con enfermedades mentales graves, incluida la esquizofrenia. Existen varios estudios sobre esto, y la mayoría está de acuerdo en que se necesitan nuevas investigaciones para continuar brindando evidencia e información sobre este vínculo entre la actividad física y la esquizofrenia. Pero existen algunos donde se afirma que el yoga y los ejercicios aeróbicos y de fuerza reducen síntomas como la ansiedad, la angustia psicológica y mejoran la calidad de vida. El ejercicio aeróbico, a su vez, mejora la memoria a corto plazo y la relajación muscular progresiva mejora la ansiedad y los trastornos psicológicos. También hay estudios que sugieren que si se usan objetivos alcanzables, se promueve una mayor adherencia a un programa de ejercicio y son más factibles en este tipo de población (Romero et al., 2016).

1.3. Patologías físicas

1.3.1. Cardiopatías

Según el diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer (NCI), la cardiopatía se define como un «Tipo de enfermedad que afecta el corazón o los vasos sanguíneos. El riesgo de ciertas cardiopatías aumenta por el consumo de productos del tabaco, la presión arterial alta, el colesterol alto, una alimentación poco saludable, la falta de ejercicio y la obesidad. La cardiopatía más común es la cardiopatía coronaria (arterias coronarias estrechas u obstruidas), que a veces produce dolor de pecho, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. Otras cardiopatías son la insuficiencia cardíaca congestiva, los problemas del ritmo cardíaco, las cardiopatías congénitas (enfermedades cardíacas desde el nacimiento) y la endocarditis (inflamación de la capa interna del corazón). También se llama enfermedad cardíaca y enfermedad cardiovascular».

Las enfermedades cardiovasculares, ECV, son el principal problema de salud en Europa y establecen la primera causa de mortalidad en ambos sexos. También son la primera causa de muerte en España, por delante del cáncer; además, son la causa de un deterioro notable de la calidad de vida de quienes la padecen (de la Fuente Ramos, 2015).

La OMS (2017) calcula que en 2015 murieron por ECV 17,7 millones de personas aproximadamente, lo que representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones a los accidentes

cerebrovasculares, ACV. Un poco más de las tres cuartas partes de estas defunciones se producen en países con ingresos bajos y medios.

Las enfermedades cardiovasculares, son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos. Entre los que destacan: la cardiopatía coronaria o isquémica, las enfermedades cerebrovasculares, las arteriopatías periféricas, la cardiopatía reumática, las cardiopatías congénitas y las trombosis venosas profundas (OMS, 2017).

La cardiopatía coronaria o isquémica es una enfermedad del miocardio que está caracterizada por la obstrucción de las arterias coronarias causando un aporte insuficiente de oxígeno al miocardio. Esto produce enfermedades isquémicas como la angina de pecho, el síndrome coronario agudo (SCA), las arritmias y los infartos agudos de miocardio (IAM) (de la Fuente Ramos, 2015).

La enfermedad cerebrovascular afecta a los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro; la enfermedad arterial periférica daña los vasos sanguíneos que irrigan las extremidades superiores e inferiores; la cardiopatía reumática genera un daño al músculo cardíaco y a las válvulas cardíacas causado por la fiebre reumática, debida a la infección por una bacteria llamada estreptococo; la cardiopatía congénita es un defecto cardíaco congénito; en la trombosis venosa profunda y embolia pulmonar se pueden formar coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas y si se desprenden (émbolos) pueden atascarse en los vasos sanguíneos del corazón y los pulmones (OMS, 2017).

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares se pueden prevenir abordando los factores de riesgo conductuales, como el consumo de tabaco, la dieta poco saludable y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, mediante estrategias que lleguen a toda la población. En personas con enfermedad cardiovascular o personas con alto riesgo cardiovascular (por la presencia de uno o más factores de riesgo como hipertensión, diabetes, hiperlipidemia o enfermedad cardiovascular establecida), la detección temprana y el tratamiento oportuno son fundamentales. Así como usar servicios de asesoramiento o administración de medicamentos según sea necesario (OMS, 2017).

La OMS (2017) propone intervenciones poblacionales para reducir las ECV como crear políticas integrales de control del tabaco; impuestos para reducir la ingesta de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal; construir vías peatonales y carriles para bicicletas con el fin de promover la actividad física; estrategias para reducir el consumo nocivo de alcohol y suministrar comidas saludables en los comedores escolares.

1.3.2. Diabetes tipo 2

La diabetes *mellitus* (DM) es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce (OMS, 2022c). Se caracteriza por presentar elevadas concentraciones de glucosa en sangre. Causado por un descenso absoluto o relativo de la secreción o de la acción de la insulina. Altera el metabolismo de las proteínas, los hidratos de carbono y de las grasas (Cruz Acquaroni et al., 2020).

La fuente de energía preferente del cuerpo son los hidratos de carbono, que cuando han sido digeridos se convierten en glucosa y proporcionan nutrientes (Cruz Acquaroni et al., 2020). Cuando todo funciona correctamente, el páncreas libera insulina que es una hormona que regula la concentración de glucosa en sangre, es decir, la glucemia. Una diabetes no controlada provoca hiperglucemia, que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas del cuerpo, sobre todo los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2022c).

Según la OMS, el número de personas con diabetes pasó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. La prevalencia de esta enfermedad ha ido aumentando de forma más rápida en los países de renta baja y de renta mediana que en los de renta elevada. También menciona que es una causa importante de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores.

Existen tres tipos de DM importantes que se clasifican en diabetes *mellitus* insulino dependiente o tipo I (que aparece en la infancia y necesita insulina ya que el páncreas no la segrega o hay una deficiencia), la DM no insulino dependiente o tipo II y DM gestacional (mujeres que sufren intolerancia a la glucosa durante el embarazo) (Cruz Acquaroni et al., 2020).

La diabetes mellitus no insulino dependiente o tipo II se debe a una utilización ineficaz de la insulina por el organismo. Más de un 95 % de las personas con diabetes presentan la de tipo II, que se debe mayoritariamente a la inactividad física y al exceso de peso. Los síntomas pueden parecerse a los de la diabetes de tipo I: poliuria (excreción excesiva de orina), polidipsia (sed), polifagia (hambre constante), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio; pero son a menudo menos intensos, por esto la enfermedad puede ser diagnosticada varios años después de que se manifiesten los primeros síntomas, cuando ya han surgido complicaciones. Este tipo normalmente se daba en adultos, pero actualmente se está viendo con más frecuencia en niños. (OMS, 2022c).

La OMS, afirma que se puede prevenir la diabetes tipo II realizando cambios en el estilo de vida de las personas, tales como: conseguir un peso corporal saludable, realizar 30 minutos de ejercicio físico diario, tener una alimentación saludable sin azúcares ni grasas saturadas y

evitar el consumo de tabaco, ya que este es un factor de riesgo para la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

1.3.3. Obesidad

La obesidad se define como un exceso de masa de tejido adiposo. La medida que empleamos es el índice de masa corporal: $IMC = \text{peso (expresado en kilogramos)} / \text{talla}^2$ (expresada en metros). El sobrepeso se define como un IMC entre 25-29,9 y la obesidad a partir de un $IMC \geq 30$. Es una patología que tiene grandes repercusiones sistémicas, ya que es factor de riesgo en diferentes patologías como en la enfermedad cardiovascular, en el desarrollo de diabetes *mellitus*, la hipertensión arterial, los accidentes cerebrovasculares, la dislipemia y algunos cánceres (de esófago, colon, recto, páncreas, hígado, próstata, mama, ovario, cérvix y endometrio). A su vez, aumenta la prevalencia de litiasis biliar, esteatosis hepática, irregularidades menstruales, gota, artrosis, varices, tromboembolia y hernia de hiato (Zimmet et al., 2005).

Desde 1975, la obesidad se ha triplicado en todo el mundo. En 2016 el 39 % de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso (1900 millones de personas), y el 13 % eran obesas (650 millones). Había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad (OMS, 2021).

El sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal a nivel mundial. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia (OMS, 2021).

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas (OMS, 2021). Sin embargo, existen muchos otros factores que pueden afectar en su aparición, como la genética y los factores ambientales. Debido a la complejidad de los sistemas neuroendocrino y metabólico que regulan la ingesta, almacenamiento y consumo de energía, es difícil averiguar todos los parámetros asociados a esta patología. Cabe señalar que el hipotálamo es importante para el control de la saciedad y el hambre, así como para el proceso termogénico como uno de los principales responsables de la liberación de energía (Zimmet et al., 2005).

Frecuentemente, los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios sociales y ambientales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación (OMS, 2021).

La obesidad y el sobrepeso pueden reducirse haciendo cambios en el estilo de vida de las personas. En el plano individual estas pueden mejorar la dieta, obteniendo una dieta variada y adecuada a sus necesidades energéticas, y realizar una actividad física de 30 minutos diarios. Para que esto funcione ha de cambiar el plano social para ayudar a las personas a seguir las recomendaciones, a través de medidas que ejecuten políticas demográficas y basadas en pruebas científicas que permitan que la actividad física periódica y las opciones alimentarias más saludables estén disponibles, y sean asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular para las personas más pobres. En esto la industria alimentaria tiene un papel fundamental, limitando la distribución de alimentos ricos en azúcares y grasas saturadas, y garantizando la disponibilidad de alimentos saludables a precios asequibles (OMS, 2021).

1.3.4. Síndrome metabólico

Existe controversia con la definición de síndrome metabólico, SM. Este pretende identificar mediante una serie de factores de riesgo como la obesidad, la hiperglucemia, la dislipemia y la hipertensión arterial (HTA) a los pacientes que tengan un elevado riesgo de padecer DM tipo II y ECV (Cruz Acquaroni et al., 2020).

Las tres definiciones más actualizadas sobre SM y que se consideran útiles desde el punto de vista clínico son:

- Según la OMS, el diagnóstico se basa en la presencia de un criterio mayor (DM tipo II, intolerancia oral a la glucosa o resistencia a la insulina) y dos criterios menores (obesidad, dislipemia o microalbuminuria).
- Según la Federación Internacional de Diabetes, para el diagnóstico se emplean diferentes criterios, debe haber un aumento de la circunferencia de la cintura abdominal y otros dos (perímetro abdominal > 94 cm en hombre y > 80 cm en mujeres, nivel de triglicéridos > 150 mg/dl o tratamiento para la hipertrigliceridemia, colesterol HDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres o tratamiento para el HDL bajo, tensión arterial sistólica > 130 mmHg, una tensión diastólica > 85 mmHg o tratamiento médico para la tensión, glucosa plasmática en ayunas > 100 mg/dl o diagnóstico previo de DM tipo II).
- Según el NCEP-ATP III, *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III*, la presencia de diabetes *mellitus* o hiperglucemia no es esencial para la definición de SM, aunque la hiperglucemia es uno de los criterios. El diagnóstico se hará cuando existan al menos tres de los siguientes criterios: obesidad abdominal; perímetro abdominal, > 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres; dislipemia (triglicéridos > 150 mg/dl, colesterol-HDL < 40 mg/dl en hombres o < 50 mg/dl en mujeres); tensión arterial > 130/85 mmHg y glucemia plasmática basal» 110 mg/ dl.

Por tanto, se denomina síndrome metabólico al conjunto de alteraciones metabólicas que están constituidas por la obesidad de distribución central, la disminución de las concentraciones del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad, la elevación de las concentraciones de

triglicéridos, el aumento de la presión arterial y la hiperglucemia. El síndrome metabólico se está convirtiendo en uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI. Con un aumento de 5 veces en la incidencia de diabetes tipo II y un aumento de 2 a 3 veces en la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico se considera un contribuyente importante a la epidemia actual de diabetes y ECV. La morbilidad y mortalidad prematuras por enfermedades cardiovasculares y diabetes pueden alterar por completo los presupuestos de salud en muchos países desarrollados y en desarrollo (Zimmet et al., 2005).

1.3.4.1. Psicofármacos como causa de patologías

En la última década se han generado grandes debates sobre la relación entre la exposición acumulada a los antipsicóticos y la mortalidad entre los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, aún se desconoce si el uso a largo plazo está relacionado con una mayor o menor mortalidad (Chen, et al., 2019).

En el artículo de Chen et al. (2019) mostraron que, comparando los pacientes sin antipsicóticos, el riesgo de mortalidad disminuyó significativamente para la monoterapia antipsicótica ($p < 0,001$) y la polifarmacia antipsicótica ($p < 0,01$). Como conclusión obtuvieron que la monoterapia antipsicótica sigue siendo la mejor opción y la polifarmacia antipsicótica no provocó un exceso de mortalidad por causas naturales en pacientes con esquizofrenia. Aunque la polifarmacia antipsicótica debe usarse con precaución y solo cuando sea necesario porque carece de evidencia, aumenta los costes y la aparición de efectos secundarios. Además, necesitamos mejorar la salud física de los pacientes con esquizofrenia y promover aún más la educación sanitaria comunitaria entre los trabajadores de salud mental y los cuidadores principales (Chen, et al., 2019).

2. PREGUNTA PICO

Siguiendo la estructura de las preguntas PICO:

P: paciente con trastorno del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

I: cuidados de enfermería.

C: (no procede).

O: mejorar la calidad de vida del paciente.

Partiendo de esta premisa, la pregunta PICO resultante sería la siguiente: ¿Cuáles son los cuidados de enfermería para mejorar la calidad de vida del paciente con esquizofrenia?

2.1. Objetivo general

Conocer cuáles son los cuidados en enfermería para mejorar la salud física en personas con un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

2.2. Objetivos específicos:

2.2.1. Objetivo específico₁:

Conocer los cuidados para el SM en pacientes que padecen esquizofrenia.

2.2.2. Objetivo específico₂:

Conocer los cuidados para la obesidad en pacientes que padecen esquizofrenia.

2.2.3. Objetivo específico₃:

Conocer los cuidados para el aparato cardiovascular en pacientes que padecen esquizofrenia.

2.2.4. Objetivo específico₄:

Conocer los cuidados para la DM tipo II en pacientes que padecen esquizofrenia.

2.2.5. Objetivo específico₅:

Conocer las recomendaciones para pacientes fumadores que padecen esquizofrenia.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Material

Bases de datos: PubMed, EBSCO (CINAHL with full text, Medline complete y E-Journals), Biblioteca Virtual En Salud (BVS) y Cochrane Library.

EBSCO es una base de datos virtual de información científica con un sistema de búsqueda basado en un programa informático disponible en Internet. Proporciona texto completo y/o resúmenes de varias revistas científicas, libros de referencia y otras publicaciones en los campos de la medicina, la física, la economía, la química, la educación, etc. Esta aplicación tiene una interfaz en línea a través de la cual puede acceder a varias bases de datos públicas y privadas de colegios, universidades, bibliotecas, escuelas, instalaciones médicas, agencias gubernamentales y empresas. Esto es una ventaja porque reduce el tiempo de búsqueda e investigación, ya que la información se recopila en un mismo sitio, el tiempo se optimiza y reduce significativamente.

3.2. Métodos

3.2.1. Estrategia de búsqueda

La extracción de datos se realizó durante el periodo que abarca desde el 18 de octubre 2022 hasta el 17 de febrero del 2023. Se pretende revisar la literatura existente sobre los cuidados de enfermería que mejoran la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

Se emplean diferentes búsquedas en diferentes bases de datos mencionadas anteriormente y se utilizan estas palabras clave: *nurse, psychosis, schizophrenia, psychotic disorder, metabolic syndrome, physical care, diabetes y cardiovascular*.

Para realizar estas búsquedas de forma adecuada se utilizan los operadores booleanos, *AND* y *OR*. En cuanto al *AND*, se emplea para que la búsqueda incorpore todos los términos especificados, sin embargo, al *OR*, se utiliza para que aparezca al menos uno de los términos. Por tanto, la ruta de búsqueda que se ha empleado es:

- EBSCO:

((Nurse[Abstract]) AND (psychosis[Abstract] OR schizophrenia[Abstract] OR psychotic disorder[Abstract])) AND (metabolic syndrome[Abstract] OR physical care[Abstract] OR diabetes[Abstract] OR cardiovascular[Abstract])

- PubMed:

((Nurse[Title/Abstract]) AND (psychosis[Title/Abstract] OR schizophrenia[Title/Abstract] OR psychotic disorder[Title/Abstract])) AND (metabolic syndrome[Title/Abstract] OR physical care[Title/Abstract] OR diabetes[Title/Abstract] OR cardiovascular[Title/Abstract])

- BVS:
Nurse AND (psychosis OR schizophrenia OR psychotic disorder) AND (metabolic syndrome OR physical care OR diabetes OR cardiovascular)

- Cochrane Library:
Nurse AND (psychosis OR schizophrenia OR psychotic disorder) AND (metabolic syndrome OR physical care OR diabetes OR cardiovascular)

3.2.1.1. Selección de artículos

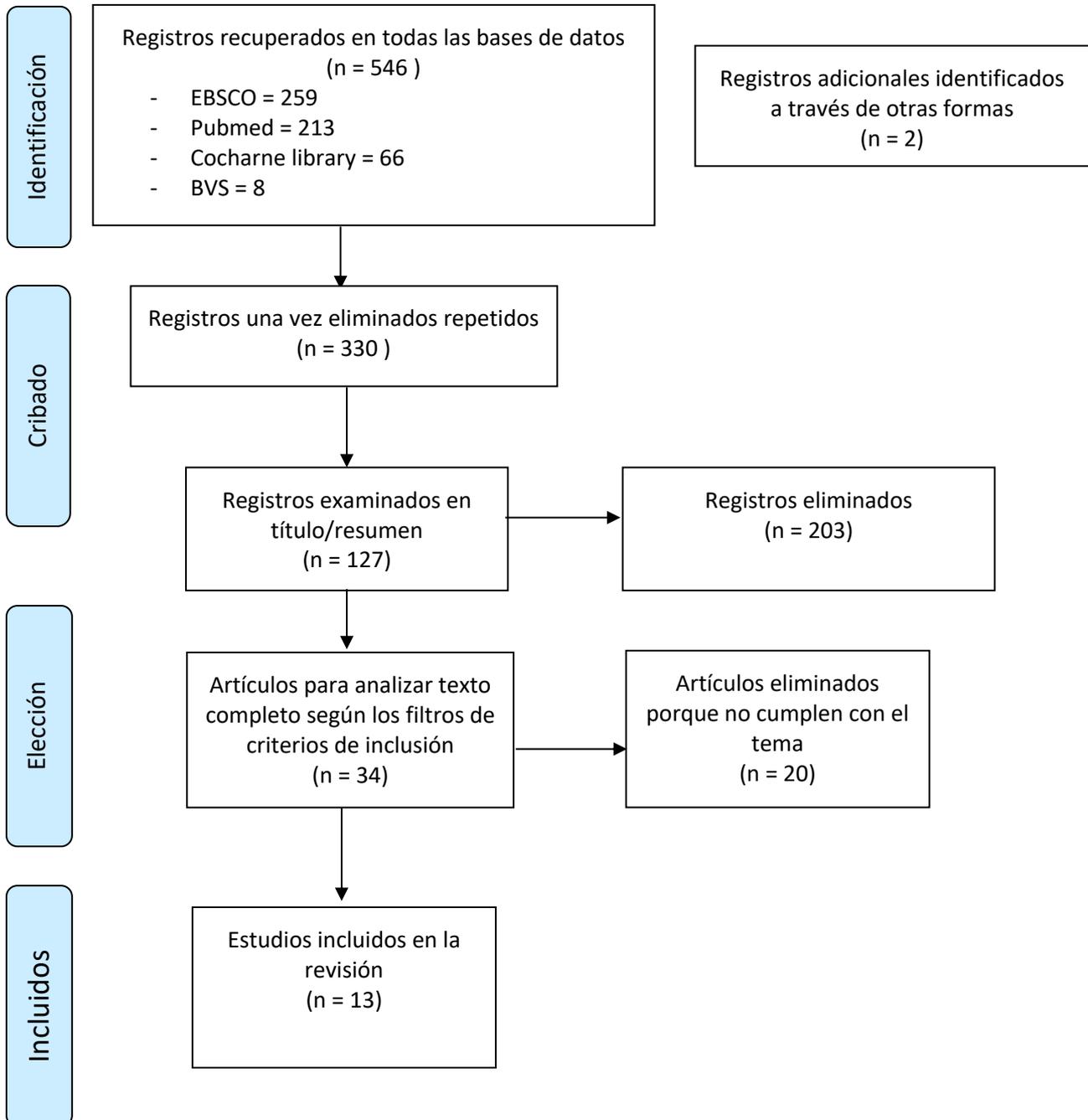
La búsqueda inicial se realiza sin filtros, seguidamente se filtra por título y resumen, después se filtra mediante los criterios de inclusión y exclusión que menciono a continuación y finalmente se escogen los artículos que se ajustan a los objetivos del trabajo. El proceso que se ha seguido aparece detallado en la Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA (Moher, et al., 2009) y finalmente para el trabajo se emplean 14 artículos.

- **Criterios de inclusión**
 - o Los participantes han de estar diagnosticados de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, además de una enfermedad crónica como la DM, HTA, SM.
 - o Se admiten artículos de profesionales.
 - o Adultos (personas mayores a 18 años) y jóvenes (16 años).
 - o Publicados en los 6 últimos años (2017-2023).
 - o Artículos de investigación originales (cuantitativos y cualitativos).
 - o En inglés o en español.

- **Criterios de exclusión**
 - o Artículos que estén enfocados a la comparación o efectividad de fármacos.

3.2.2. Extracción de datos

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras realizar una búsqueda literatura gris y artículos de investigación que traten sobre las patologías físicas de las personas con enfermedades mentales centrándose en la esquizofrenia y la forma de abordar sus cuidados, se han encontrado 13 artículos que encajan con los criterios mencionados en el apartado anterior.

Dichas investigaciones fueron realizadas en diversos países. Tres de los estudios se realizaron en Australia y dos en Estados Unidos, el resto se realizaron en Turquía, Finlandia, Bélgica, Francia, Reino Unido, Tailandia, Dinamarca, Singapur y Corea del Sur. Los objetivos de estos estudios se centran en identificar la prevalencia y los factores de riesgo de padecer patologías físicas como el SM, ECV, DM... que tienen las personas con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, y en evaluar programas de prevención y tratamiento sobre estas patologías. Uno de los estudios investiga sobre el autocuidado de las personas que sufren una enfermedad mental y otras patologías crónicas y otros tres estudios se centran en examinar la preparación educativa y las prácticas realizadas por enfermería como las diferencias entre enfermeras generalistas y de psiquiatría, y el estigma y deshumanización de los profesionales.

Tabla 1: Tabla de resultados

Autor	País	Tipo	Participantes	Objetivos	Conclusiones
Adibelli et al., 2021	Turquía (Antalya)	Estudio cualitativo	Se entrevistaron 12 pacientes que tenían una enfermedad grave diagnosticada como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar y otra enfermedad crónica como la DM, HTA, ECV o asma. Tenían que ser adultos ≥ 18 años que supieran leer y escribir. Los datos para el estudio se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas y cuestionarios.	Evaluar el autocuidado de personas con una enfermedad grave y una enfermedad crónica adicional.	Se determinó que las personas con enfermedad mental grave y otra enfermedad crónica adicional afrontaban importantes dificultades personales, familiares y sociales y dificultades significativas relacionadas con el personal de salud y el sistema de salud en el autocuidado de su salud física y mental. El autocuidado tiene un valor especial que requiere que los médicos, los pacientes, las familias, las comunidades y las enfermeras, trabajen juntos y, por lo tanto, facilita la atención integral para manejar la enfermedad del individuo de la mejor manera. Por lo tanto, las personas y familias con enfermedades mentales graves y enfermedades crónicas adicionales deben recibir más apoyo a través de programas de autocuidado. Las enfermeras tienen roles de

					instrucción, asesoramiento, administrador de casos y rehabilitación en el autocuidado. Además, las intervenciones de las enfermeras para informar con precisión a otros médicos y grupos profesionales ayudarán a las personas con enfermedades mentales graves a mejorar su autocuidado al reducir la carga del estigma.
Chee et al., 2018	Australia (Perth)	Estudio transversal basado en una encuesta	Se le pasa la escala modificada de Actitud de Salud Física para Enfermeras De Salud Mental (PHASe) Donde se dividían a las enfermeras en generalistas/integral o psiquiátrica/salud mental, que llevaban entre menos de seis años, 6-15, 16-20 y más de 20 años en el servicio de salud mental. También les preguntaron si habían trabajado con pacientes psiquiátricos jóvenes	Examinar la relación entre la preparación educativa de los enfermeros y las actitudes, nivel de confianza, barreras percibidas y prácticas de enfermería en el cuidado de la salud física.	Las enfermeras generalistas saben más sobre como informar y cuidar la salud física de los pacientes, en cambio se ha visto que las enfermeras psiquiátricas conocen mejor las dificultades que tienen los pacientes en un primer estadio psiquiátrico a afrontar medidas para cuidar su salud física. Por tanto, queda claro que la enfermera es la que ha de brindar por la salud física del paciente pero su preparación educativa puede influir en la provisión de cuidados. Para aumentar y mejorar la satisfacción experimentada de los pacientes de servicios de salud mental se ha de mejorar el desarrollo profesional aumentando los conocimientos y las habilidades de las enfermeras en salud física en todas sus especialidades.
Daumit et al., 2020	EE.UU. (Maryland)	Ensayo clínico aleatorizado estratificado	Adultos (≥ 18 años) con HTA, DM, dislipemia, tabaquismo actual y/o sobrepeso u obesidad. Que tuvieran una SMI y que asistieran a programas de comunitarios de salud mental. Se asignan aleatoriamente en grupos de intervención multifacética y de control.	Determinar la efectividad de una intervención multifacética de 18 meses que incorpora asesoramiento conductual, coordinación de la atención y gestión de la atención para la reducción del riesgo cardiovascular general en adultos con enfermedad mental grave.	Esta intervención de atención personalizada de 18 meses ha reducido de forma estadística el riesgo general de ECV en adultos con enfermedades mentales graves. Por tanto, el asesoramiento conductual, la coordinación de la atención y la gestión de la atención integrada en la atención de salud mental especializada ambulatoria de rutina puede reducir significativamente el riesgo ECV.

Eskelinen et al., 2017	Finlandia (Tuusula, Helsinki y Tampere)	Estudio observacional	Pacientes ambulatorios con esquizofrenia.	Evaluar los síntomas somáticos angustiantes y las necesidades de intervenciones de salud física en pacientes ambulatorios con esquizofrenia, y los factores que predicen esas necesidades.	Los múltiples problemas somáticos revelados en el estudio indican que las evaluaciones de la salud somática entre los pacientes con esquizofrenia deben incluir la elaboración de la historia clínica y un examen físico completo, en lugar de pruebas de laboratorio y mediciones básicas solamente. De lo contrario, una gran cantidad de necesidades de salud física pueden permanecer ocultas. Se debe dar prioridad a la prevención y tratamiento de la obesidad y tabaquismo para disminuir las comorbilidades somáticas en la esquizofrenia.
Fenton et al., 2021	EE.UU. (Maryland)	Proyecto	Personas ≥ 18 años que tengan un trastorno mental grave como diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, bipolar o depresivo mayor. También se incluyen que tengan un diagnóstico de diabetes o prediabetes ($A1C < 5,7$) y que tengan sobrepeso u obesidad ($IMC > 25$ kg/m^2). Deben ser pacientes actuales del departamento de psiquiatría y del programa de atención integral.	Evaluar un programa de educación para la prevención de la diabetes basado en evidencia de 12 semanas integrado en un entorno de salud conductual de atención primaria para adultos con SMI, diabetes o prediabetes, y que tenían sobrepeso u obesidad.	Los resultados muestran una disminución estadísticamente significativa del IMC, la AC1, la circunferencia de la cintura, la presión arterial y un aumento del conocimiento de la salud y prácticas de autocuidado, sin una mejora de la medicación. Por tanto, los datos indican que el proyecto es factible para su implementación gracias a los resultados y a las tasas de asistencia. Este proyecto se suma a la evidencia de que los grupos de educación sobre el estilo de vida se pueden diseñar y orientar para satisfacer las necesidades de las personas con SMI dentro del entorno de una atención integrada. Necesitando más investigación para mejorar la adherencia a la medicación.
Fontesse et al., 2021	Bélgica Canadá Francia	Estudio transversal	336 enfermeros de 15 hospitales y clínicas, y 10 asociaciones de habla francesa para difundir la encuesta.	Comparar la estigmatización y la deshumanización de las enfermeras hacia múltiples poblaciones clínicas (es decir, esquizofrenia, trastorno grave por consumo de alcohol y problemas cardiovasculares)	Las enfermeras muestran más estigmatización y deshumanización hacia las personas con un trastorno psiquiátrico que hacia las personas sin trastorno psiquiátrico. Estas percepciones se asocian con una peor atención al paciente y una mayor discriminación estructural. Este estudio también destaca que

				<p>Explorar la estigmatización y deshumanización de los superiores y de las enfermeras. E investigar cómo se relacionan estas variables con el bienestar psicológico de la enfermera y con el cuidado del paciente.</p>	<p>los enfermeros se sienten deshumanizados por sus superiores, lo que se asocia con una mayor deshumanización hacia los pacientes. En conjunto, estos resultados abogan por prácticas más humanas y menos estigmatizantes en el campo de la atención médica para mejorar la forma en que se trata a los empleados y destinatarios de la atención médica. Después del informe se propusieron varias perspectivas para reducir el estigma y la deshumanización entre las enfermeras, en particular humanizando la supervisión de las enfermeras, aumentando la individualización y mejorando la calidad del contacto entre los pacientes y el personal de enfermería.</p>
<p>Happell et al., 2018</p>	<p>Australia</p>	<p>Protocolo para un ensayo controlado aleatorizado</p>	<p>Adultos entre 18-65 años que estén diagnosticados con un trastorno psicótico según el DSM-5 y que sean usuarios del sistema de salud mental. Aparte, deben saber inglés. Una duración de 24 meses y se dividen en dos grupos aleatorios; uno es el grupo control donde siguen el sistema habitual y el otro es el de intervención donde realizan el PHNC más el programa habitual.</p>	<p>Describir un ensayo que implementa la función de consultora de enfermería de salud física (PHNC) para coordinar la atención de la salud física en un entorno comunitario de salud mental. Se pretende mejorar la salud cardio-metabólica basada en los factores de riesgo de la enfermedad. Mejorar la experiencia del cuidado del consumidor y la rentabilidad de la prestación de servicios de salud física.</p>	<p>El PHNC tiene un enfoque innovador que pretende satisfacer las necesidades de los consumidores. Se necesita más investigación sobre el tema para ver unos resultados.</p>

<p>Holt et al., 2019</p>	<p>Reino Unido</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p>	<p>Adultos con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o primer episodio de psicosis de 10 organizaciones de salud mental en Inglaterra. Una intervención de 12 meses que comprendía 4 sesiones grupales semanales de 2,5h, y sesiones de contacto de mantenimiento de dos semanas a los 4, 7, 10 meses.</p>	<p>Se evaluó si STEPWISE, un programa educativo de estilo de vida estructurado en grupo y basado en la teoría, podría apoyar la reducción de peso en personas con esquizofrenia.</p>	<p>Los participantes fueron reclutados y retenidos con éxito, lo que indica un gran interés en las intervenciones de peso; sin embargo, la intervención STEPWISE no fue ni clínica ni rentable. Se necesita más investigación para determinar cómo manejar el sobrepeso y la obesidad en personas con esquizofrenia.</p>
<p>Meepring et al., 2022</p>	<p>Tailandia</p>	<p>Estudio transversal anidado</p>	<p>Tailandeses ≥ 25 años que hayan sido diagnosticados de alguna enfermedad psicótica en los últimos 5 años y reciban tratamiento antipsicótico. Finalmente se obtuvo una muestra de 81 tailandeses que cumplían los requisitos y estaban conformes.</p>	<p>Cuantificar el CVD-R en personas con psicosis temprana y perfilar su prevalencia a la obesidad, comportamientos y calidad de vida. Como objetivo secundario se cuantificó el CVD-R / QOL a 10 años con la calculadora QRISK^{®3}, es decir, explorar las asociaciones entre los comportamientos de estilo de vida y características del tratamiento con el CVD-RR / QOL</p>	<p>El estudio reveló que aunque los participantes tenían un estilo de vida <i>saludable</i> tenían un riesgo casi dos veces mayor de desarrollar ECV en los próximos 10 años en comparación con una persona sana, ya que muchos de ellos tenían sobrepeso u obesidad. En cambio, no se observan asociaciones significativas entre los factores modificables tratamiento/estilo de vida y CVD-RR o QOL. En general los profesionales de salud deben estar atentos a los elevados riesgos cardiometabólicos de personas con psicosis temprana.</p>

<p>Mikkelsen et al., 2022</p>	<p>Dinamarca</p>	<p>Análisis fenomenológico interpretativo</p>	<p>Enfermeras de la planta de psiquiatría y de la planta de endocrinología que tuvieran al menos dos años de experiencia clínica. En total participaron 8 enfermeras (7 mujeres y un hombre) 4 de psiquiatría y 4 de endocrinología con edades comprendidas entre 25-45 años.</p>	<p>Investigar las experiencias de las enfermeras psiquiátricas y de diabetes en el cuidado y tratamiento de pacientes hospitalizados con esquizofrenia y DM para una comprensión más profunda de la práctica clínica y del desafío del cuidado del paciente dual.</p>	<p>Las enfermeras desarrollan emociones negativas ya que este grupo de pacientes les resulta difícil y desafiante por la falta de conocimientos y de práctica clínica. Refieren brindar una atención fragmentada como resultado del actual sistema de salud. Esto es un desafío ya que no pueden brindar una atención holística. Todo esto acaba con sentimientos de frustración, impotencia y para solucionarlo les gustaría más educación e intercambio de conocimientos para fomentar una atención basada en una colaboración intersectorial estructurada.</p>
<p>O'Donoghue et al., 2022</p>	<p>Australia (Melbourne)</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio simple ciego</p>	<p>Se realizó en EPPIC, que es un servicio de intervención temprana para la psicosis que forma parte de Orygen. Jóvenes entre 15 y 24 años que tengan un diagnóstico de FEP según DSM-V y debían tener menos de 30 días de exposición a la dosis mínima efectiva de un medicamento antipsicótico.</p>	<p>Determinar si la integración de una enfermera de salud física en el cuidado de jóvenes con un primer episodio de psicosis podría prevenir un aumento de peso clínicamente significativo (27 % del peso corporal).</p>	<p>No se logró prevenir las complicaciones metabólicas como el aumento de peso, el consumo de tabaco, niveles de actividad física... en corto y medio plazo. Esto indica que se han de hacer intervenciones más intensivas. El ensayo se vio afectado por la pandemia y se pasó a consultas online y a motivar a la gente a hacer ejercicio en casa y esto pudo alterar los resultados. Los hallazgos en este ensayo indican que las complicaciones de salud física son dramáticas y ocurren rápidamente, y hay una necesidad de desarrollar y evaluar medidas preventivas.</p>
<p>Seow et al., 2017</p>	<p>Singapur</p>	<p>Análisis estadístico</p>	<p>Personas ≥ 21 años que tengan el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que hayan estado ingresadas mínimo 1 año (larga estancia)</p>	<p>Determinar el perfil cardiometabólico y los factores de riesgo asociados en un grupo de pacientes que reciben atención hospitalaria prolongada</p>	<p>A pesar de la baja tasa de tabaquismo en este grupo de pacientes hospitalizados, su riesgo cardiovascular se clasifica de riesgo intermedio según la escala Framingham. Este estudio apoya que la evidencia de que la obesidad y la resistencia a la insulina son indicadores de síndrome metabólico. En cambio, el estudio afirmó que la hospitalización no pareció afectar a la tasa de padecer SM y aunque no se ha encontrado relación de que los</p>

					medicamentos antipsicóticos para tratamientos de larga estancia aumenten esta tasa se sigue justificando una vigilancia.
Sun et al., 2020	Corea del Sur (Seúl)	Estudio descriptivo correlacional	Adultos entre 18-65 años que estén diagnosticados de esquizofrenia según DSM-5 y que estén registrados en un centro de bienestar de salud mental o rehabilitación, que no tengan otras alteraciones cognitivas ni sean alcohólicos o drogadictos.	Identificar la prevalencia y los factores de riesgo del síndrome metabólico en personas con esquizofrenia que viven en la comunidad y establecer una base para el desarrollo de programas de prevención y manejo dirigidos por enfermeras.	La prevalencia del SM en esquizofrenia es del 42 %, el doble que la población general. El índice de masa corporal alto y la depresión se asociaron con un mayor riesgo de SM, mientras que los hábitos de vida saludables, actividad física, control de peso, dieta, adherencia a la medicación y el control de salud se asociaron a un menor riesgo. Por ello, las enfermeras de salud mental deben reconocer la alta prevalencia del SM en pacientes con esquizofrenia en la comunidad y proporcionar programas de mejora del estilo de vida diferenciados y personalizados basados en IMC y el estado de depresión de cada paciente. A su vez, se deben desarrollar programas integrales de mejora del estilo de vida y servicios de exámenes de salud a los que los pacientes puedan adherirse fácilmente.

Fuente: Elaboración propia

Para poder responder al objetivo principal de la forma más adecuada, entendemos cuidados de enfermería como labores de enfermería que contribuyen a ayudar a prevenir o controlar las patologías físicas que puedan tener los pacientes con trastornos mentales.

Para ello se debe conocer las necesidades que demandan estos pacientes. En el estudio observacional de Eskelinen et. al (2017) se lleva a cabo esta evaluación e indica que se ha de elaborar una historia clínica y un examen físico completo en lugar de realizar únicamente pruebas de laboratorio y mediciones básicas. Indica que hay que centrarse en prevenir el aumento de peso mediante dieta óptima y actividad física, así como promover el abandono del hábito tabáquico. Meepring et. al (2022) y Sun et. al (2020) estudian la prevalencia de la obesidad, comportamientos y calidad de vida, así como las asociaciones entre los comportamientos de estilo de vida y características del tratamiento con el CVD-RR / QOL y la prevalencia del SM, donde se determinó como factores de riesgo el IMC alto y la depresión. Meepring et. al (2022) y

Seow et. al (2017) expresan que hay que estar atentos a los elevados riesgos cardiometabólicos de personas con psicosis temprana.

Daumit et. al (2020), Fenton et. al (2021), Holt et. al (2019), O'Donoghue et. al (2022) y Sun et. al (2020) estudian intervenciones para prevenir y aliviar las patologías físicas más comunes en enfermedades mentales y destacan la modificación del estilo de vida como una actuación eficaz. Daumit et. al (2020), Fenton et. al (2021) y Sun et. al (2020) mencionan que una atención integral y personalizada ayuda a mejorar estas patologías mediante programas y facilitando servicios de exámenes de salud a los que los pacientes puedan adherirse fácilmente. Se ha de incidir en hábitos de vida saludables proporcionando educación a los pacientes sobre ello y motivándoles para hacer ejercicio y llevar una dieta saludable que contribuya a la mejoraría de su estado de salud y a prevenir complicaciones de su enfermedad, Fenton et. al (2021). Para ello es efectiva una intervención de enfermería temprana de prevención y control de estas complicaciones mediante la promoción de la actividad física y el control de peso, los hábitos dietéticos y manejo de la medicación y de la salud; O'Donoghue et. al (2022) y Sun et. al (2020).

En cambio, Holt et. al (2019) mencionan que la intervención STEPWISE no fue ni clínica ni rentable y que se necesita más investigación para determinar cómo manejar el sobrepeso y la obesidad en personas con esquizofrenia.

Adibelli et. al (2021) se han demostrado que las personas con enfermedades mentales graves y enfermedades crónicas se enfrentan a importantes desafíos personales, familiares y sociales. Así como importantes dificultades para que los profesionales de la salud y el sistema de salud autogestionen su salud física y mental. El autocuidado tiene un valor particular que requiere que el paciente, la familia, la comunidad y los médicos, incluidas las enfermeras, colaboren y brinden la atención más integral para el manejo óptimo de la enfermedad del individuo. Por lo tanto, las personas y familias con enfermedades mentales graves y otras afecciones crónicas deben buscar apoyo a través de programas de autocuidado. Las enfermeras sirven como instructoras, consejeras, administradoras de casos y terapeutas de rehabilitación en el cuidado personal. Fenton et. al (2021) examinan un proyecto que obtiene como resultado un aumento del conocimiento de la salud y prácticas de autocuidado.

Existe una deshumanización y estigmatización por parte del ámbito sanitario hacia el paciente con enfermedades mentales graves frente al que no las padece. Estas percepciones se asocian con una peor atención al paciente y una mayor discriminación estructural. Fontesse et. al (2021), destacan que las enfermeras también se sentían deshumanizadas por sus supervisores y esto acababa en una mayor deshumanización de los pacientes. Por tanto Fontesse et. al (2021) y Adibelli et. al (2021) sugieren prácticas más humanas y menos estigmatizantes en el cuidado de la salud para mejorar el tratamiento de los profesionales de la salud y los beneficiarios. También mencionan que las intervenciones de las enfermeras, para

proporcionar información precisa a otros médicos y profesionales, pueden ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a mejorar el autocontrol al reducir la carga del estigma que tiene el paciente. Otra forma de reducir el estigma es humanizando la supervisión de enfermería, aumentando la personalización y mejorando la calidad del contacto entre pacientes y cuidadores.

El papel de enfermería es importante en el desarrollo de este tipo de pacientes con enfermedades mentales y a su vez otras patologías. Happel et. al (2018), Chee et. al (2018) y Mikkelsen et. al (2022) son estudios que se centran en el papel de enfermería.

Happel et. al (2018) implementan la función de consultora de enfermería de salud física (PHNC) para coordinar la atención de la salud física en un entorno comunitario de salud mental. Tiene un enfoque innovador que pretende satisfacer las necesidades de los consumidores pero se necesita más investigación.

Chee et. al (2018) y Mikkelsen et. al (2022) mencionan la importancia del nivel de confianza que tengan las enfermeras para otorgar los cuidados de la mejor forma posible. Añaden que para que los cuidados sean óptimos las enfermeras deben tener una preparación educativa, actitud y confianza adecuadas. La enfermera es la que ha de brindar por la salud física del paciente pero su preparación educativa puede influir en la provisión de cuidados. Se ha de mejorar el desarrollo profesional aumentando los conocimientos y las habilidades de las enfermeras en salud física, en todas sus especialidades. Esto evitaría el desarrollo de emociones negativas que mencionan Mikkelsen et. al (2022), ya que este grupo de pacientes les resulta difícil y desafiante por la falta de conocimientos y de práctica clínica.

Mikkelsen et. al (2022) refieren una prestación de atención fragmentada debido al actual sistema de atención de la salud. Esto es difícil porque no pueden brindar una atención integral. Todo esto termina en frustración, impotencia y, para evitarlo, quieren más educación e intercambio de conocimientos para facilitar la atención basada en una colaboración interdisciplinaria estructurada. Después de la lectura de este artículo se podría contemplar otra línea de investigación, donde se explorarían los sentimientos y emociones que desarrollan las enfermeras en este grupo complejo de pacientes.

5. CONCLUSIONES

Las personas diagnosticadas con trastornos psicóticos se han visto deshumanizadas y estigmatizadas a lo largo de la historia por la sociedad y la atención sanitaria.

Tras esta búsqueda, se han identificado las necesidades de los pacientes con trastornos mentales, donde se observa la importancia de hacer una historia clínica completa y exámenes físicos y no solo la realización de pruebas metabólicas. También hay que tener en cuenta la prevención del aumento de peso mediante dieta y ejercicio, y promover una vida saludable y el abandono del tabaco. Ya que estos pacientes tienen factores de riesgo como IMC elevado, depresión, elevado riesgo cardiometabólico, tabaquismo, obesidad... para sufrir alguna patología mencionada anteriormente.

Los pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia que, además, sufran alguna patología física son pacientes complejos y la enfermería tiene un papel importante en cómo afrontar esta situación. Muchas veces por la complejidad de estos casos, las enfermeras se sienten frustradas, ya que sienten que la situación les sobrepasa y no saben cómo proporcionar una atención integral. Para poder eliminar esos sentimientos negativos, deben tener una preparación educativa, actitud y confianza adecuadas. Han de formarse de manera que desde la atención comunitaria sepan atender las necesidades de personas con trastornos mentales y desde la unidad de hospitalización psiquiátrica saber tratar las patologías crónicas de estos. Los estereotipos y prejuicios de las enfermeras pueden perjudicar el cuidado de los pacientes. Por ello, el querer introducir el servicio de consulta de enfermería en salud física (PHNC) en pacientes con trastornos mentales, desde un inicio, es una buena idea para poder tener un control de las posibles evoluciones de su enfermedad y poder ofrecer una atención holística desde el principio.

Aparte, enfermería se debe encargar de reducir el estigma social y sobre todo en el ámbito sanitario hacia estos pacientes. Mediante una atención más humanizada, brindar información precisa a otros médicos y profesionales puede ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a reducir la carga del estigma. Otra forma de reducirlo es humanizar la supervisión de la atención, aumentar la personalización y mejorar la calidad del contacto entre pacientes y cuidadores.

Para concluir, dentro de las funciones y cuidados de enfermería para este grupo de pacientes, se ha visto que la intervención más eficaz se basa en ayudar a modificar su estilo de vida para poder prevenir las posibles patologías físicas. Entre los cuidados se encuentra proporcionar información y ayuda para la mejora del autocuidado, monitorizar a los pacientes (control de peso, perímetro abdominal, dieta, manejo adecuado de la medicación y de la salud), promover el ejercicio físico, el abandono del tabaco y adoptar estilos de vida saludables.

Limitaciones de la revisión

Las limitaciones de esta revisión se centran en el reducido número de artículos encontrados que cumplan los criterios, ya que hay escasa investigación enfermera en esa dirección. Se podría profundizar en los resultados si se realizará una búsqueda más ampliada en otras bases de datos para poder respaldar los resultados obtenidos.

Futuras líneas de investigación

Tras realizar esta búsqueda bibliográfica:

- Medir las emociones de las enfermeras y su afectación a la calidad asistencial.
- Investigar los cambios físicos en mujeres con esquizofrenia debidos a la medicación en relación a su salud sexual y reproductiva.
- Evaluar la precepción del estigma social que sienten los pacientes con esquizofrenia y sus familiares a las puertas de urgencias.

6. BIBLIOGRAFÍA

- *Adibelli, D., & Özkan, İ. (2021). Self-management of chronic disease in individuals with psychotic disorder: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 702–708. <https://doi.org/10.1111/ppc.12598>
- *Chee, G., Wynaden, D., & Heslop, K. (2018). The provision of physical health care by nurses to young people with first episode psychosis: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 25(7), 411–422. <https://doi.org/10.1111/jpm.12487>
- *Daumit, G. L., Dalcin, A. T., Dickerson, F. B., Miller, E. R., Evins, A. E., Cather, C., Jerome, G. J., Young, D. R., Charleston, J. B., Gennusa, J. V., 3rd, Goldsholl, S., Cook, C., Heller, A., McGinty, E. E., Crum, R. M., Appel, L. J., & Wang, N. Y. (2020). Effect of a Comprehensive Cardiovascular Risk Reduction Intervention in Persons With Serious Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 3(6), e207247. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.7247>
- *Eskelinen, S., Sailas, E., Joutsenniemi, K., Holi, M., Koskela, T. H., & Suvisaari, J. (2017). Multiple physical healthcare needs among outpatients with schizophrenia: findings from a health examination study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(6), 448–454. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1319497>
- *Fenton, A., Sharps, P., Kverno, K., RachBeisel, J., & Gorth, M. (2021). A 12-Week Evidence-Based Education Project to Reduce Cardiovascular and Metabolic Risk in Adults With Serious Mental Illness in the Integrated Care Setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 27(2), 134–142. <https://doi.org/10.1177/1078390320902825>
- *Fontesse, S., Rimez, X., & Maurage, P. (2021). Stigmatization and dehumanization perceptions towards psychiatric patients among nurses: A path-analysis approach. *Archives of psychiatric nursing*, 35(2), 153–161. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.12.005>
- *Happell, B., Curtis, J., Banfield, M., Goss, J., Niyonsenga, T., Watkins, A., ... Stanton, R. (2018). *Improving the cardiometabolic health of people with psychosis: A protocol for a randomised controlled trial of the Physical Health Nurse Consultant service. Contemporary Clinical Trials*, 73, 75–80. doi:10.1016/j.cct.2018.09.001
- *Holt, R., Gossage-Worrall, R., Hind, D., Bradburn, M., McCrone, P., Morris, T., . . . Wright, S. (2019). Structured lifestyle education for people with schizophrenia, schizoaffective

disorder and first-episode psychosis (STEPWISE): Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 214(2), 63-73. doi:10.1192/bjp.2018.167

- *Meepring, S., Gray, R., Li, Y., Ho, G., Chien, W., & Bressington, D. (2022). Cardiometabolic health risks, lifestyle behaviours and quality of life in people diagnosed with early psychosis – A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(4), 578–591. <https://doi.org/10.1111/jpm.12809>
- *Mikkelsen, T. J., Jensen, M. G., Danbjørg, D. B., & Rothmann, M. J. (2022). Nurses' experiences of caring for and managing hospitalized patients with schizophrenia and diabetes—An interpretative phenomenological analysis. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 288–296. <https://doi.org/10.1111/ppc.12785>
- *O'Donoghue, B., Mifsud, N., Castagnini, E., Langstone, A., Thompson, A., Killackey, E., & McGorry, P. (2022). A single-blind, randomised controlled trial of a physical health nurse intervention to prevent weight gain and metabolic complications in first-episode psychosis: The Physical Health Assistance in Early Psychosis (PHAstER) study. *BJPsych Open*, 8(6), E189. doi:10.1192/bjo.2022.590
- *Seow, L. S., Chong, S. A., Wang, P., Shafie, S., Ong, H. L., & Subramaniam, M. (2017). Metabolic syndrome and cardiovascular risk among institutionalized patients with schizophrenia receiving long term tertiary care. *Comprehensive psychiatry*, 74, 196–203. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.017>
- *Sun, M. J., & Jang, M. H. (2020). Risk Factors of Metabolic Syndrome in Community-Dwelling People with Schizophrenia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph17186700>
- Alba Pérez, S. (2022). Estigma Del Personal Sanitario Hacia Los Pacientes Con Patología Mental. Necesidad De Cambio. *Ocronos*. 5(1) 125 <https://revistamedica.com/estigma-pacientes-patologia-mental/#Estigma-hacia-los-pacientes-con-problemas-de-salud-mental>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ayuso-Mateos, J.L., Gutiérrez-Recacha, P., Haro, J.M y Chisholm, D. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophrenia Research*, 86, 194-201.

- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167.
- Cazzaniga Pesenti, J. & Suso Araico, A. (2015). Estudio cualitativo sobre el estigma asociado a los problemas de salud mental en diferentes ámbitos sociales. *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-inclusion-social-estigma/>
- Chen, Y., Yang, X., Qin, X., Yang, Q., Fan, H., Li, J., Song, X., Xu, S., Guo, W., Deng, W., Wang, Q., Li, T., & Ma, X. (2019). Antipsychotics and risk of natural death in patients with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 1863–1871. <https://doi.org/10.2147/NDT.S199748>
- Cruz Acquaroni, M., González Gómez, I. C. & de Castro Martínez, A. C. (2020). *Compendio DAE de Patologías* (5.ªed.) [Libro digital]. Difusión Avances de Enfermería, DAE. <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/457/>
- de la Fuente Ramos, M. (2015). 42. *Cardiopatía isquémica* (3.ª ed., Vol. 2, pp. 1079-1102) [Libro digital]. DAE editorial Grupo Paradigma. <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/613/827/>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Encuesta Nacional de Salud de España (2017) *Informe #1 Salud Mental*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (2006). *Encuesta Nacional de Salud*. <http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530419cues06.htm>.
- Lin, Y. Y., Lin, M. L., Huang, Y. H., Ma, W. F., Yen, W. J., & Lee, S. K. (2022). Effects of Rehabilitation Models on Self-Stigma among Persons with Mental Illness. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(2), 213. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020213>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, M. y Aparicio, A. (2008). *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible*. Asociación Española de Neuropsiquiatría Vol. 28, Num. 101. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>

- Martínez, I. V., Román, J. L., González, A. M., & García, J. V. (2005). Obesidad y síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia. *Psiq. Biol*, 12(2), 39-45. https://www.researchgate.net/profile/Jose-Villegas-4/publication/280824913_Obesity_and_metabolic_syndrome_in_patients_with_schizophrenia/links/55d1b33608ae3dc86a4f2b48/Obesity-and-metabolic-syndrome-in-patients-with-schizophrenia.pdf
- Megías-Lizancos, F. & Serrano Parra, M. (2021). 21- La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. *Enfermería en psiquiatría y salud mental II* (pp. 541-554). DAE editorial Grupo Paradigma. <https://www.enfermeria21.com/>
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. (2009). Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental_analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.pdf
- Novella, E y Huertas, R. (2010). *El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia*. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002&lng=es&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organización Mundial de la Salud (2020) *Clasificación Internacional de Enfermedades* (11th ed.). <https://icd.who.int/browse11>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud (2022a). *Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático*. <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>

- Organización Mundial de la Salud (2022b). *Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Organización Mundial de la Salud (2022c). *Diabetes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización mundial de la salud-Europa (2008). *Stigma: an international briefing paper, Health Scotland*. <https://consaludmental.org/publicaciones/Stigmainternationalbriefingpaper.pdf>
- Romero, L., Gallego, A., Rodríguez, C., & Roman, C. (2016). Beneficios de un programa de deporte para aumentar la calidad de vida en el paciente con esquizofrenia. *Biblioteca Las casas*, 12(3). <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0918.php>
- Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla-Runge, K., & Newbury-Birch, D. (2022). *A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe*. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>
- Sanguino Ruiz, C. (2022). *Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: Estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social*. UVaDOC. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/56985/TFG-G5771.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Seeman M. V. (2019). *Schizophrenia Mortality: Barriers to Progress*. *The Psychiatric quarterly*, 90(3), 553–563. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09645-0>
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. Ministerio de sanidad: España. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

- Wootton, R., Sallis, H., & Munafò, M. (2022). *Is there a causal effect of smoking on mental health? A summary of the evidence*. University of Bristol. <https://ash.org.uk/uploads/Causal-effect-smoking-and-mental-health.pdf>
- Zimmet, P., Alberti, K. G., & Serrano Ríos, M. (2005). *Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados* [A new international diabetes federation worldwide definition of the metabolic syndrome: the rationale and the results]. *Revista española de cardiología*, 58(12), 1371–1376.