

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1158>

Manifestaciones clínicas y evolución de la esquizofrenia en un paciente adulto: estudio de caso

Clinical manifestations and evolution of schizophrenia in an adult patient: case study

Shirley Vanessa Betancourt Zambrano

sbetancourtz@uteq.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-0869-5367>

Universidad Técnica Estatal de Quevedo
Ecuador – Quevedo

Cecilia de Jesus Carbo Chambe

camyanahis@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-6146-172X>

Ministerio de Salud Pública
Ecuador – Quevedo

Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy

cverdeztom@uteq.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-4570-5325>

Universidad Técnica Estatal de Quevedo
Ecuador – Quevedo

Giomaira Raquel Duarte López

giomaira7rdl@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9566-6061>

Ministerio de Salud Pública
Ecuador – Quevedo

Alexandra Isabel Cardenas Loor

acardenasl@uteq.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-9791-3679>

Universidad Técnica Estatal de Quevedo
Ecuador – Quevedo

Artículo recibido: 10 mayo 2025

- Aceptado para publicación: 20 junio 2025

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial, manifestándose comúnmente en la adolescencia o en la adultez temprana. Se caracteriza por una combinación de síntomas positivos, negativos y cognitivos. Los síntomas positivos incluyen alucinaciones, como escuchar voces, y delirios, que son creencias erróneas mantenidas a pesar de la evidencia en contra. Los síntomas negativos se manifiestan como una disminución en la expresión emocional, falta de motivación y aislamiento social, mientras que los síntomas cognitivos abarcan problemas de atención y memoria. Este estudio de caso se centra en un paciente masculino de 30 años diagnosticado con esquizofrenia paranoide. Su evaluación inicial mostró síntomas severos, como alucinaciones auditivas y delirios de persecución, junto con un

deterioro significativo en el autocuidado y la funcionalidad social. La intervención se basa en un enfoque integral que combina tratamientos farmacológicos y terapias psicosociales, así como una educación dirigida tanto al paciente como a su familia. Se aplicó un modelo de valoración de enfermería para identificar diagnósticos precisos y diseñar estrategias de intervención adaptadas a las necesidades del paciente. El seguimiento mostró una ligera mejoría en la adherencia al tratamiento, aunque persistieron algunos síntomas psicóticos. Se enfatiza la importancia de la comunicación efectiva y la promoción del bienestar emocional para optimizar la calidad de vida del paciente.

Palabras claves: esquizofrenia, proceso de enfermería, alucinaciones, tratamiento, intervenciones psicosociales

ABSTRACT

Schizophrenia is a severe mental disorder affecting approximately 1% of the global population, typically manifesting in adolescence or early adulthood. It is characterized by a combination of positive, negative, and cognitive symptoms. Positive symptoms include hallucinations, such as hearing voices, and delusions, which are false beliefs maintained despite contrary evidence. Negative symptoms manifest as reduced emotional expression, lack of motivation, and social withdrawal, while cognitive symptoms encompass attention and memory problems. This case study focuses on a 30-year-old male patient diagnosed with paranoid schizophrenia. His initial assessment revealed severe symptoms, including auditory hallucinations and delusions of persecution, along with significant deterioration in self-care and social functionality. The intervention is based on a comprehensive approach that combines pharmacological treatments and psychosocial therapies, as well as education directed at both the patient and his family. A nursing assessment model was applied to identify accurate diagnoses and design intervention strategies tailored to the patient's needs. Follow-up demonstrated slight improvement in treatment adherence, although some psychotic symptoms persisted. The importance of effective communication and promoting emotional well-being is emphasized to optimize the patient's quality of life.

Keywords: schizophrenia, nursing process, hallucinations, treatment, psychosocial interventions

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que altera la percepción, el pensamiento y la conducta, afectando la funcionalidad del paciente, se caracteriza por síntomas como alucinaciones, delirios y desorganización del pensamiento, lo que dificulta su integración social, esta condición requiere un abordaje integral que incluya intervenciones médicas y de enfermería, el proceso de enfermería desempeña un papel crucial en el tratamiento, proporcionando cuidados especializados y estrategias que contribuyan a la estabilidad clínica y el bienestar del paciente.

Este estudio de caso tiene como objetivo analizar la esquizofrenia desde la perspectiva del proceso de enfermería, estableciendo estrategias de intervención que mejoren la calidad de vida del paciente, se abordan tres objetivos específicos: identificar los síntomas característicos, analizar los medios diagnósticos y terapéuticos utilizados, y describir la metodología de enfermería aplicada, a través de este análisis, se busca comprender la complejidad del trastorno y el impacto del cuidado de enfermería en su manejo.

El análisis del caso clínico se enfocará en la evolución del paciente, desde la manifestación de los primeros síntomas hasta la implementación del tratamiento multidisciplinario, se considerarán los factores que influyen en la evolución de la enfermedad, antecedentes personales, respuestas al tratamiento y estrategias de afrontamiento, también se evaluará la importancia de la educación sobre salud mental tanto para el paciente como para su familia, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y reducir la posibilidad de recaídas, la esquizofrenia requiere un enfoque integral que combine intervenciones farmacológicas, terapias psicosociales y un adecuado acompañamiento del equipo de salud.

Este estudio resalta el papel del personal de enfermería en la atención a pacientes con esquizofrenia, facilitando un enfoque terapéutico seguro y humanizado, la aplicación del proceso de enfermería permite planificar cuidados específicos adaptados a las necesidades individuales del paciente, se analizarán los desafíos en el manejo del trastorno, enfatizando la importancia de la comunicación efectiva y la promoción del bienestar emocional, se espera que este análisis contribuya a la optimización del cuidado en salud mental.

MATERIALES Y MÉTODOS

El artículo se realizó bajo una metodología de tipo experimental, bajo la modalidad de caso clínico

Valoración

Henry Cedeño es un paciente masculino de 30 años diagnosticado con esquizofrenia paranoide, quien fue llevado al hospital por su madre debido a una descompensación psicótica con presencia de alucinaciones auditivas, delirios de persecución y aislamiento social prolongado, se evidenciaron alteraciones en la adherencia al tratamiento, lo que incrementó el riesgo de crisis psicóticas recurrentes. Asimismo, se identificó deterioro en el autocuidado y en la funcionalidad

social, lo que generó un impacto significativo en su calidad de vida, dada la progresión del cuadro clínico y la afectación en el comportamiento, se consideró prioritario realizar una valoración integral para establecer un plan de intervención dirigido a la estabilización del paciente.

Ante lo antes descrito se inició la valoración con el control de signos vitales, obteniendo una presión arterial (PA) de 125/80 mmHg, una frecuencia cardíaca (FC) de 78 latidos por minuto (lpm), una frecuencia respiratoria (FR) de 16 respiraciones por minuto (rpm), una saturación de oxígeno (SpO₂) de 98% al ambiente, y una temperatura (T) de 36.6°C. Posteriormente, se procedió con la evaluación de medidas antropométricas, registrando una talla de 1.75 metros (m), un peso de 85 kilogramos (kg) y un índice de masa corporal (IMC) de 27.8 kg/m², lo que indica sobrepeso, posiblemente asociado al tratamiento con antipsicóticos. Durante la valoración, el paciente manifestó conductas de inquietud psicomotora, tendencia al aislamiento y evitación del contacto visual.

Se efectuó la valoración cefalocaudal, evidenciando expresión facial inexpresiva, mirada evasiva y disminución en la reactividad emocional, característicos de los síntomas negativos de la esquizofrenia. Se identificaron signos de higiene deficiente, con cabello desordenado, ropa desaliñada y uñas largas, lo que sugiere un deterioro en el autocuidado; en el tórax, se encontró un patrón respiratorio regular, sin signos de dificultad, abdomen blando y depresible, sin dolor a la palpación, en extremidades superiores e inferiores, se observó disminución de la fuerza muscular por sedentarismo y periodos prolongados de inactividad, se evidenció hipotonía en miembros inferiores, con posturas inadecuadas durante la entrevista; durante la exploración, el paciente se mostró ansioso, con movimientos repetitivos en las manos, cambios bruscos de postura y expresiones de temor injustificado, lo que indica una exacerbación de los síntomas psicóticos activos.

Diagnóstico

El paciente masculino de 30 años presenta un cuadro clínico compatible con esquizofrenia paranoide (CIE-10: F20.0), caracterizado por alucinaciones auditivas persistentes, delirios de persecución, pensamiento desorganizado y afectación en el autocuidado y la interacción social. Se evidencia una descompensación psicótica secundaria a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, lo que ha generado un deterioro progresivo en su funcionalidad, también se identifican síntomas negativos como abulia, hiponimia y aislamiento social, lo que interfiere en su capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, su estado nutricional refleja un IMC de 27.8 kg/m², asociado a los efectos metabólicos de los antipsicóticos y al sedentarismo.

Evaluación

Tras la valoración inicial y la implementación del plan de cuidados, se ha realizado un seguimiento del paciente para evaluar la evolución de su estado clínico y su respuesta a las intervenciones, en un período de observación de tres semanas, se ha evidenciado una ligera mejoría en la adherencia al tratamiento farmacológico, con la reintroducción progresiva de

antipsicóticos bajo supervisión médica, no obstante, persisten síntomas psicóticos activos, principalmente episodios esporádicos de alucinaciones auditivas y delirios de persecución, aunque con menor intensidad y frecuencia, el paciente mantiene una actitud reticente hacia la medicación, por lo que se han intensificado estrategias de psicoeducación dirigidas tanto al paciente como a sus cuidadores para reforzar la conciencia de enfermedad y la importancia del tratamiento.

En relación con el autocuidado, se ha observado una leve mejora en la higiene personal, aunque de manera inconsistente, requiriendo aún apoyo y supervisión familiar, el patrón de sueño ha mostrado una mejor regulación, con una reducción en los despertares nocturnos y una mayor conciliación del sueño, lo que ha impactado positivamente en su nivel de energía durante el día, a nivel nutricional, no se han registrado cambios significativos en el peso corporal, aunque se ha promovido la adopción de hábitos más saludables para contrarrestar el impacto metabólico de los antipsicóticos.

En cuanto a la funcionalidad social, el paciente aún mantiene aislamiento, con una baja interacción con familiares y el entorno, se ha trabajado en la implementación de actividades estructuradas para fomentar la reintegración progresiva a su entorno inmediato, a pesar de los avances en algunos aspectos, se requiere un seguimiento continuo con el equipo multidisciplinario de salud mental, con el objetivo de estabilizar completamente los síntomas psicóticos, mejorar la funcionalidad del paciente y evitar recaídas, la intervención de enfermería continuará enfocada en la adherencia terapéutica, la mejora del autocuidado y la estimulación de la socialización en un entorno seguro y controlado.

Valoración por patrones funcionales

Para evaluar de manera integral la condición del paciente y su evolución clínica, se han realizado diversos estudios complementarios que permiten identificar posibles alteraciones sistémicas relacionadas con la esquizofrenia y su tratamiento farmacológico.

A nivel metabólico, los resultados de laboratorio evidencian una glucosa en ayunas de 102 mg/dL, lo que sugiere una tendencia a la resistencia a la insulina, un efecto adverso frecuente del tratamiento con antipsicóticos atípicos, el perfil lipídico muestra colesterol total de 215 mg/dL y triglicéridos de 180 mg/dL, valores ligeramente elevados que indican la necesidad de intervenciones nutricionales y actividad física para prevenir complicaciones metabólicas, las pruebas de función hepática (TGO/TGP) y renal (creatinina y urea) se encuentran dentro de rangos normales, sin signos de toxicidad por medicación.

En la evaluación cardiológica, el electrocardiograma (ECG) no reportó alteraciones significativas, con un ritmo sinusal normal y una frecuencia cardíaca de 78 lpm, descartando efectos adversos cardiovasculares asociados al tratamiento, en el ámbito neurológico, se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) cerebral, la cual no evidenció lesiones estructurales ni atrofia cortical significativa, lo que permite descartar enfermedades neurológicas

concomitantes, sin embargo, la sintomatología psicótica y los déficits cognitivos persisten, lo que refuerza la necesidad de un abordaje psiquiátrico continuo.

En la valoración del sistema musculoesquelético, se observó hipotonía en extremidades inferiores y disminución de la fuerza muscular, lo que podría estar relacionado con el sedentarismo y la disminución del interés en la actividad física, no se identificaron alteraciones en la radiografía de tórax ni signos de enfermedades pulmonares subyacentes, en el aspecto nutricional, los hallazgos del índice de masa corporal (IMC de 27.8 kg/m²) confirman la presencia de sobrepeso, lo que sugiere la necesidad de un plan de intervención nutricional para prevenir complicaciones metabólicas asociadas a la esquizofrenia y su tratamiento.

Estos resultados refuerzan la importancia de mantener un seguimiento interdisciplinario, con monitoreo constante de los efectos secundarios de la medicación, evaluación de la funcionalidad global del paciente y estrategias de intervención temprana para prevenir complicaciones metabólicas y cardiovasculares, se debe continuar con la vigilancia periódica de parámetros bioquímicos y la evaluación clínica del paciente.

Examen físico

El paciente masculino de 25 años presenta higiene deficiente, vestimenta desordenada y postura encorvada, con expresión facial hipomímica, mirada evasiva y contacto visual intermitente, lo que indica deterioro en el autocuidado, los signos vitales se encuentran dentro de parámetros normales (PA: 125/80 mmHg, FC: 78 lpm, FR: 16 rpm, SpO₂: 98%, T: 36.6°C), en la inspección cefálica y cervical, se observa cabeza normocéfala, sin adenopatías palpables, mucosas hidratadas y cabello con signos de descuido, el tórax presenta expansión pulmonar adecuada, sin ruidos patológicos ni alteraciones cardiovasculares, el abdomen es blando, depresible, sin dolor ni visceromegalias, en extremidades, se evidencia hipotonía en miembros inferiores, con fuerza muscular 4/5 y presencia de movimientos repetitivos en manos, posiblemente asociados a ansiedad o efectos secundarios del tratamiento, la piel está hidratada, pero con uñas largas y descuidadas, reforzando el deterioro del autocuidado.

Cuadro de listado de patrones disfuncionales con etiqueta diagnóstica de enfermería estableciendo prioridad

Tabla 1

Proceso de Atención de Enfermería

Patrón Disfuncional	Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Evidencia/Manifestaciones Clínicas	Prioridad
Percepción y Manejo de la Salud	Falta de adherencia al tratamiento (00079)	Abandono de medicación, negación parcial de enfermedad, falta de seguimiento médico.	Alta
Nutricional- Metabólico	Riesgo de sobrepeso (00234)	IMC 27.8 kg/m ² , alimentación desordenada, sedentarismo asociado a antipsicóticos.	Media

Eliminación	Riesgo de estreñimiento (00011)	Defecación irregular, sedentarismo, efectos secundarios de antipsicóticos.	Baja
Actividad y Ejercicio	Deterioro de la movilidad física (00085)	Hipotonía en extremidades inferiores, disminución de la fuerza muscular (4/5), inactividad.	Media
Sueño y Descanso	Patrón de sueño alterado (00198)	Dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos frecuentes.	Alta
Cognitivo- Perceptual	Alteración en la percepción sensorial (00127)	Alucinaciones auditivas, delirios de persecución, contacto visual intermitente.	Alta
Autopercepción- Autoconcepto	Baja autoestima situacional (00120)	Expresión facial hipomímica, desmotivación, verbalización de sentimientos de inutilidad.	Alta
Rol y Relaciones Sociales	Aislamiento social (00053)	Evitación del contacto con familiares, falta de interacción social significativa.	Alta
Adaptación y Estrés	Ansiedad (00146)	Movimientos repetitivos en manos, episodios de inquietud, cambios bruscos de postura.	Media
Autocuidado	Déficit en el autocuidado: higiene y arreglo personal (00108)	Higiene deficiente, vestimenta desordenada, uñas largas y descuidadas.	Alta

Elaborado por: El Autor

Tabla 2

Cuadro de fármacos utilizados en el tratamiento del paciente

Fármaco	Dosis y vía de administración	Mecanismo de acción	Efectos secundarios	Consideraciones de enfermería
Risperidona	4 mg/día, vía oral	Antipsicótico atípico, antagonista de receptores dopaminérgicos D ₂ y serotoninérgicos 5-HT _{2A} . Reduce síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.	Aumento de peso, somnolencia, hipotensión ortostática, discinesia tardía, hiperprolactinemia.	Controlar signos vitales, monitorear peso y metabolismo, evaluar síntomas extrapiramidales, reforzar adherencia.
Clonazepam	0.5 mg/noche, vía oral	Benzodiacepina que potencia la actividad del GABA, reduciendo la excitación neuronal y promoviendo la relajación.	Somnolencia, mareo, dependencia, depresión respiratoria en dosis altas.	Supervisar patrón de sueño, evitar interrupción brusca, evaluar riesgo de dependencia.

Biperideno	2 mg/día, vía oral	Anticolinérgico que bloquea los receptores muscarínicos, reduciendo síntomas extrapiramidales inducidos por antipsicóticos.	Boca seca, estreñimiento, visión borrosa, confusión, retención urinaria.	Evaluar efectos adversos, mantener adecuada hidratación, advertir sobre riesgo de sedación.
Metformina	500 mg/día, vía oral	Hipoglucemiante que mejora la sensibilidad a la insulina y reduce el riesgo de dislipidemia asociada a antipsicóticos.	Náuseas, diarrea, acidosis láctica (raro).	Monitoreo de glucosa en sangre, educación nutricional, vigilancia de signos de intolerancia gastrointestinal.
Zolpidem	5 mg/noche, vía oral	Hipnótico no benzodiacepínico que actúa en los receptores GABA-A, favoreciendo la conciliación del sueño.	Mareo, somnolencia residual, alteraciones cognitivas, riesgo de dependencia.	Administrar en horario nocturno, evitar uso prolongado, evaluar respuesta terapéutica.

Elaborado por: El Autor

Diagnósticos de enfermería

El paciente con esquizofrenia presenta el diagnóstico proceso de pensamiento perturbado (00279), caracterizado por alteraciones en la percepción y organización del pensamiento, expresadas a través de ideas delirantes, alucinaciones, dificultad para mantener una conversación coherente y respuestas emocionales inadecuadas, estos síntomas están relacionados con desequilibrio en los neurotransmisores cerebrales, alteración en la interpretación de la realidad y deterioro de la función

cognitiva, lo que afecta su capacidad para procesar información de manera adecuada, interactuar socialmente y responder de forma adaptativa a su entorno, la esquizofrenia conlleva dificultades significativas en la funcionalidad del paciente, lo que incrementa su vulnerabilidad ante el aislamiento, la desorientación y la disminución de la autonomía en la toma de decisiones.

Además del impacto cognitivo, el paciente puede experimentar déficits en el autocuidado, particularmente en la higiene personal, así como alteración en el patrón del sueño, factores que agravan su sintomatología y reducen su calidad de vida. De manera frecuente, los pacientes esquizofrénicos también presentan aislamiento social, debido a la falta de habilidades de interacción y la presencia de delirios paranoides, lo que dificulta su adaptación al entorno, también pueden presentar adherencia ineficaz al tratamiento, lo que impide una adecuada evolución clínica, la combinación de estos factores requiere un enfoque integral por parte del personal de enfermería para abordar tanto los síntomas psiquiátricos como las complicaciones asociadas en la vida diaria del paciente.

Con el propósito de mejorar la estabilidad mental del paciente y favorecer su adaptación, se establecen como objetivos terapéuticos el autocontrol del pensamiento distorsionado, se buscan mejoras en la implicación social para contrarrestar el aislamiento, en el autocuidado: higiene para fomentar la independencia en las actividades diarias, y en la calidad del sueño para reducir la fatiga diurna. Se espera que el paciente reconozca progresivamente sus pensamientos irracionales, diferencie la realidad de la fantasía y logre mantener una estructura de pensamiento más organizada, permitiéndole interactuar de manera más efectiva con su entorno, también se busca fortalecer su adherencia al tratamiento, mejorar su higiene personal y promover un descanso adecuado para contribuir a su recuperación.

Para alcanzar estos objetivos, se implementarán intervenciones específicas de enfermería basadas en el proceso de atención individualizada. Una de ellas es el manejo de las ideas delirantes que incluye estrategias para establecer una relación terapéutica basada en la confianza, fomentar el pensamiento crítico respecto a las ideas irreales y reforzar la percepción de la realidad a través de estímulos sensoriales controlados, se aplicará la modificación del pensamiento distorsionado, centrada en la identificación y cuestionamiento de creencias irracionales, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la implementación de técnicas de reestructuración cognitiva. Además, se llevará a cabo la estimulación cognitiva, para mejorar la capacidad de concentración y memoria, facilitando la organización del pensamiento mediante ejercicios terapéuticos.

Adicionalmente, se integrarán intervenciones previamente establecidas en los planes de cuidado, como la facilitación del aprendizaje y la enseñanza del proceso de enfermedad para mejorar la adherencia al tratamiento, se reforzará el manejo del déficit auditivo y la mejora en la comunicación para pacientes con alteraciones en la percepción sensorial. Para fomentar la socialización, se aplicará la potenciación de la autoestima y la aumentación de los sistemas de apoyo, también se implementarán intervenciones para mejorar el patrón del sueño, como la disminución de la ansiedad y el manejo ambiental: confort.

El tratamiento del paciente con esquizofrenia requiere un abordaje integral que combine estrategias farmacológicas, terapias psicosociales y cuidados de enfermería especializados, la aplicación de estas intervenciones permitirá mejorar la estabilidad mental del paciente, reducir la frecuencia e intensidad de las alucinaciones y delirios, y potenciar su funcionalidad en el entorno social, el seguimiento continuo y la educación del paciente y su familia resultan esenciales para optimizar la adherencia al tratamiento, minimizar el riesgo de recaídas y mejorar su calidad de vida; desde la enfermería, el enfoque principal es proporcionar un ambiente terapéutico seguro, establecer una comunicación efectiva y reforzar los recursos personales del paciente para su adaptación y recuperación progresiva.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el seguimiento del paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide, se evidenció una ligera mejoría en varios aspectos tras la implementación del plan de cuidados. Durante un período de observación de tres semanas, se registraron avances significativos en la adherencia al tratamiento, con el paciente mostrando mayor disposición a tomar sus antipsicóticos bajo supervisión médica. No obstante, persistieron episodios esporádicos de alucinaciones auditivas y delirios, aunque con menor frecuencia e intensidad en comparación con la evaluación inicial. En términos de autocuidado, se notó una mejora en la higiene personal; sin embargo, esta fue inconsistente, lo que sugiere la necesidad de un seguimiento continuo para reforzar hábitos de autocuidado. El patrón de sueño también mostró mejoras, con una reducción en los despertares nocturnos y una mayor facilidad para conciliar el sueño, contribuyendo a un aumento en el nivel de energía durante el día. A pesar de estos avances, el paciente continuó demostrando un elevado nivel de aislamiento social, con escasa interacción con familiares y amigos, lo que resalta la importancia de implementar actividades estructuradas que fomenten su reintegración progresiva al entorno social. En cuanto al estado nutricional, no se registraron cambios significativos en el peso corporal, aunque se promovió la adopción de hábitos alimenticios más saludables para contrarrestar los efectos metabólicos del tratamiento.

La discusión de estos resultados indica que, aunque hubo mejoras en algunos aspectos, los síntomas psicóticos activos representan un desafío considerable. La persistencia de alucinaciones y delirios subraya la complejidad del manejo de la esquizofrenia y la necesidad de un enfoque multidisciplinario continuo. La intervención de enfermería se demostró fundamental, ya que facilitó la comunicación entre el paciente y el equipo de salud, además de proporcionar educación tanto al paciente como a su familia sobre la naturaleza de la enfermedad y la importancia de adherirse al tratamiento. La educación en salud mental y la promoción de la conciencia sobre la enfermedad son claves para mejorar la calidad de vida y reducir el estigma que rodea a la esquizofrenia. Asimismo, los síntomas negativos, como el aislamiento social y la falta de motivación, requieren estrategias específicas para ser abordados. La implementación de actividades que fomenten la socialización y el autocuidado es esencial para mejorar la funcionalidad del paciente en la comunidad. En conclusión, aunque se han observado progresos, la esquizofrenia sigue siendo un trastorno complejo que exige un tratamiento integrado y un seguimiento constante para optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida del paciente. Las intervenciones de enfermería deben ser adaptadas continuamente para responder a las necesidades cambiantes del paciente y su entorno.

CONCLUSIONES

El proceso de enfermería es esencial en la atención de pacientes con esquizofrenia, permitiendo una evaluación integral y un plan de cuidado estructurado, a través de la aplicación

del modelo NANDA, NOC y NIC, se identifican diagnósticos precisos y se diseñan intervenciones efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente, por tanto este enfoque basado en evidencia promueve una atención centrada en el paciente, optimizando la seguridad, la funcionalidad y la integración social.

El rol de enfermería es clave en la promoción del autocuidado, el control de síntomas y la rehabilitación del paciente con esquizofrenia, mediante estrategias de educación y acompañamiento, se favorece la adherencia al tratamiento y se minimiza el impacto del trastorno en la vida diaria, la intervención temprana en hábitos de higiene, alimentación y socialización contribuye a evitar recaídas, mejorar la autonomía y fortalecer la red de apoyo del paciente.

El proceso de enfermería fortalece la práctica profesional y la atención interdisciplinaria en salud mental, median una valoración continua y planes de cuidado personalizados, se mejora la estabilidad del paciente y se previenen complicaciones, la implementación de estrategias de seguimiento a largo plazo garantiza la continuidad del tratamiento y la rehabilitación lo que permite reducir el estigma asociado a la esquizofrenia y fomenta la recuperación del paciente en un entorno seguro y estructurado.

REFERENCIAS

- Avila-Rojas H, Sandoval-Zamora H, Pérez-Neri I. Sistemas de neurotransmisión, alteraciones neuroanatómicas y muerte celular en la esquizofrenia: actualización y perspectivas. *Investig Clínica*. 2016;57(2):217-30.
- Barnett R. Schizophrenia. *The Lancet*. febrero de 2018;391(10121):648.
- Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric Complications and Schizophrenia: Historical and Meta-Analytic Review. *Am J Psychiatry*. 1 de julio de 2002;159(7):1080-92.
- Correll CU, Schooler NR. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. febrero de 2020; Volume 16:519-34.
- Costas-Carrera A, Garcia-Rizo C, Bitanirwe B, Penadés R. Obstetric Complications and Brain Imaging in Schizophrenia: A Systematic Review. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. diciembre de 2020;5(12):1077-84.
- Hasson-Ohayon I, Goldzweig G, Lavi-Rotenberg A, Luther L, Lysaker PH. The centrality of cognitive symptoms and metacognition within the interacting network of symptoms, neurocognition, social cognition and metacognition in schizophrenia. *Schizophr Res*. diciembre de 2018; 202:260-6.
- Jiang W, King TZ, Turner JA. Imaging Genetics Towards a Refined Diagnosis of Schizophrenia. *Front Psychiatry*. 12 de julio de 2019; 10:494.
- Liu X. The treatment of schizophrenia. *Highlights Sci Eng Technol*. 17 de agosto de 2022; 8:250-5.
- Magalhães PVS, Dean O, Andreazza AC, Berk M, Kapczinski F. Antioxidant treatments for schizophrenia. *Cochrane Schizophrenia Group, editor. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 5 de febrero de 2016 [citado 8 de marzo de 2025];2016(2). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008919.pub2>
- Mitchell AJ, Vancampfort D, De Herdt A, Yu W, De Hert M. Is the Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities Increased in Early Schizophrenia? A Comparative Meta-Analysis of First Episode, Untreated and Treated Patients. *Schizophr Bull*. 1 de marzo de 2013;39(2):295-305.
- Muhammad T. A comparative analysis of Dorothy Orem's self-care deficit theory and Sister Callista Roy's adaptation model. *-Manag J Nurs*. 2024;13(4):36.
- Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 28 de marzo de 2013;9(1):465-97.
- Panov G, Dyulgerova S, Panova P. Cognition in Patients with Schizophrenia: Interplay between Working Memory, Disorganized Symptoms, Dissociation, and the Onset and Duration of Psychosis, as Well as Resistance to Treatment. *Biomedicines*. 22 de noviembre de

2023;11(12):3114.

Rubio JM, Kane JM. The pharmacological treatment of schizophrenia: How far have we come? *Psychiatry Clin Neurosci Rep.* junio de 2022;1(2):e13.

Salvador M, Porras-Segovia A, Lopez-Fernandez O, Baca-Garcia E. Physical Comorbidity and Healthcare Utilization in People with Schizophrenia: a systematic review. *Salud Ment.* 31 de julio de 2024;47(4):189-204.

Soria C, Arroyo Y, Torres AM, Redondo MÁ, Basar C, Mateo J. Method for Classifying Schizophrenia Patients Based on Machine Learning. *J Clin Med.* 29 de junio de 2023;12(13):4375.

Yücel I. Assessment of A Patient with Liver Failure According to Marjory Gordon's Functional Health Pattern Model After Liver Transplantation from A Cadaver: Case Report. *Nurs Health Sci J NHSJ.* 18 de mayo de 2023;3(2):125-30.

Zahara F, Katir A, Korchi S, Belbachir S, Ouanass CHU. Negative symptoms - a real unmet need. *Eur Psychiatry.* junio de 2022;65(S1): S791-S791.

Luo Y, Tian Q, Wang C, Zhang K, Wang C, Zhang J. Biomarkers for Prediction of Schizophrenia: Insights From Resting-State EEG Microstates. *IEEE Access.* 2020; 8:213078-93.