

TRABAJO FIN DE GRADO



**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

LA ENFERMERÍA EN EL CONTROL EMOCIONAL DEL  
SÍNDROME DE ASPERGER.

Autor: María Jesús García Palma

Directora: Dra. M<sup>a</sup> José Pujalte Jesús.

Murcia, a 10 de Mayo de 2021.







TRABAJO FIN DE GRADO



**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

LA ENFERMERÍA EN EL CONTROL EMOCIONAL DEL  
SÍNDROME DE ASPERGER.

Autor: María Jesús García Palma.

Director: Dra M<sup>a</sup> José Pujalte Jesús.

Murcia, a 10 de Mayo de 2021.



**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO  
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

<b>ALUMNO</b>		<b>CURSO ACADÉMICO: 2020/2021</b>	
Apellidos: García Palma		Nombre: María Jesús	
DNI: 75939347V	Titulación: Enfermería		
Título del trabajo: La Enfermería en el control emocional del Síndrome de Asperger.			

El Prof/a. Dra. Dña. M<sup>a</sup> José Pujalte Jesús como Directora/Tutora<sup>(1)</sup> del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 10 de Mayo de 2021



Fdo.: \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.





## **AGRADECIMIENTOS.**

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi directora, Dra. M<sup>a</sup> José Pujalte Jesús el gran apoyo que ha supuesto para mí durante la realización de este trabajo, sin su paciencia y dedicación habría sido más complicado. Gracias a todos los profesores de la universidad y tutores de prácticas por transmitirme su vocación y participar en mi formación académica.

Agradecer a los amigos que he tenido la oportunidad de conocer durante mi etapa universitaria, con ellos he compartido experiencias inolvidables. Será un placer ejercer nuestra profesión juntos en un futuro no muy lejano.

A mis padres, hermana y al resto de mi familia por guiarme cuando me he sentido perdida, consolarme en los momentos difíciles y celebrar juntos mis logros. Dar las gracias por la fuerza y ánimos diarios recibidos de la persona que me ha acompañado, desde la distancia, en los últimos años de mi carrera. También he aprendido mucho de vosotros. Gracias.



## **ÍNDICE ABREVIATURAS**

APS- Atención Primaria de Salud.

CI- Cociente Intelectual.

CIE-10- Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

F.O.P.- Fuerzas de Orden Público.

NANDA- North American Nursing Diagnosis Association.

NCBI- Centro Nacional para la Información Biotecnológica de EEUU

NIC- Nursing Interventions Classification (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).

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

SA- Síndrome de Asperger.

Sdme.- Síndrome.

SU- Servicio de Urgencias.

TDA- Trastorno Déficit de Atención.

TEA- Trastorno del Espectro Autista.

TGD- Trastorno Generalizado del Desarrollo.

TOC- Trastorno Obsesivo Compulsivo.



## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	XIX
<b>ABSTRACT</b> .....	XXI
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	23
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	25
2.1. Objetivo General .....	25
2.2. Objetivos Específicos.....	25
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	27
3.1. Aspectos generales del Síndrome de Asperger.....	27
3.1.1 Perspectiva histórica.....	27
3.1.2. Clasificación CIE-10.....	28
3.1.3. Clasificación DSM- 5.....	29
3.1.4. Manifestaciones clínicas. ....	29
3.2. Características conductuales, emocionales y sociales en adolescentes. .....	31
3.2.1. Lenguaje y comunicación. ....	31
3.2.2. Interacción social. ....	33
3.2.3. Emociones. ....	35
3.2.4. Arteterapia. ....	37
3.3. Importancia de la integración familiar en personas con Síndrome de Asperger. ....	37
3.3.1. Influencia de los padres. ....	38
3.3.2. Papel de Enfermería.....	39
3.4. Teoría Enfermera: Virginia Herdenson. ....	42
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	45
4.1. Diseño.....	45
4.2. Sujeto del estudio. ....	45
4.3. Ámbito y Periodo del estudio. ....	45
4.4. Procedimiento de recogida de información.....	45
4.4.1. Fuente de información. ....	45
4.4.2. Proceso de recogida de información.....	46
4.5. Procesamiento de los datos.....	49



<b>5. RESULTADOS</b> .....	51
5.1 Descripción del caso.....	51
5.2. Valoración del caso.....	52
5.3. Diagnósticos de Enfermería según patrones funcionales alterados. ..	55
5.3.1. Priorización de los DxE mediante la red de razonamiento clínico. .....	58
5.3.2. Justificación del DxE principal. ....	59
5.4. Problemas de Colaboración y Riesgos Potenciales.....	61
5.4.1. Priorización de los Riesgos de Complicación mediante red de razonamiento clínico modelo área. ....	62
5.4.2. Justificación del Riesgo de Complicación Principal. ....	63
5.5. Planificación.....	65
5.5.1. Planificación del DxE principal.....	65
5.5.2. Planificación del RC Principal. ....	69
5.6. Ejecución. ....	73
5.7. Cronograma.....	81
5.8. Evaluación. ....	83
5.8.1. Evaluación de los Objetivos del DxE Principal.....	83
5.8.2. Evaluación de los Objetivo del RC Principal. ....	85
5.9. Reflexión.....	87
5.10. Modelo Bifocal.....	88
<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	89
6.1. Limitaciones.....	94
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	95
<b>8. REFERENCIAS</b> .....	97
<b>9. ANEXOS</b> .....	111
9.1. Anexo 1.....	111
9.2. Anexo 2.....	112
9.3. Anexo 3.....	113





## **FIGURAS**

**Figura 1.** Red de razonamiento clínico del DxEp.....58

**Figura 2.** Red de razonamiento clínico del RC principal.....62

## **TABLAS**

**Tabla 1.** Resultados de la búsqueda en las bases de datos BASES DE DATOS.....48

**Tabla 2.** Planificación del NOC del DxEp.....66

**Tabla 3.** Indicadores del NOC del DxEp.....66

**Tabla 4.** Planificación del NOC del RCp.....70

**Tabla 5.** Indicadores del NOC del RCp.....70

**Tabla 6.** Cronograma programado para las primeras 12h.....81

**Tabla 7.** Cronograma programado para las segundas 12h.....82

**Tabla 8.** Resultados y puntuación alcanzada del objetivo del DxE principal.....83

**Tabla 9.** Resultados y puntuaciones alcanzadas de los indicadores del objetivo del DxE principal.....83

**Tabla 10.** Resultados y puntuación alcanzada del objetivo del RC principal.....85

**Tabla 11.** Resultados y puntuaciones alcanzadas de los indicadores del objetivo del RC Principal.....85



**RESUMEN**

Introducción: El Síndrome de Asperger (SA) se considera un Trastorno Generalizado del Desarrollo clasificado dentro del Trastorno del Espectro Autista. Este síndrome, descubierto por Hans Asperger, requiere una perspectiva multidisciplinar que asegure unos cuidados eficientes por parte de Enfermería para garantizar así una atención holística de calidad. Los estudios analizados sobre el SA permiten comprender la epidemiología, las manifestaciones clínicas y los comportamientos a pesar de no encontrar respuesta a la etiología del mismo. Objetivos: conocer el papel de la Enfermería en el control emocional de pacientes con SA así como, analizar sus aspectos generales identificando las características conductuales, emocionales y sociales, detallar la importancia de la integración familiar y la elaboración de un Plan de Cuidados enfermero. Metodología: Investigación cualitativa tipo de estudio sobre un caso de episodio maníaco en paciente con SA para realizar un adecuado control emocional desde la unidad de Psiquiatría. Para ello, se ha realizado un Plan de Cuidados basándose en la metodología enfermera siguiendo la taxonomía NANDA y la clasificación NOC y NIC. Resultados: el Diagnóstico Enfermero Principal seleccionado es el (00251) Control emocional inestables r/c trastorno psiquiátrico m/p ausencia de contacto visual, derivando de este la Depresión como Complicación Potencial Principal. Se elabora una revisión bibliográfica para planificar las intervenciones y actividades necesarias. Discusión: desarrollo de las manifestaciones clínicas del SA proporcionando conocimientos relevantes a los profesionales, además de analizar su clasificación y el papel de Enfermería junto a las herramientas de las que disponen para ayudar en este ámbito. Conclusión: la investigación realizada muestra que la resolución del caso de estudio coincide en su práctica habitual con la evidencia científica. Se facilita la comprensión de los comportamientos de las personas con SA y se destaca el estrecho contacto que Enfermería mantiene con estos pacientes y con sus familias.

**Descriptor:** Síndrome de Asperger, Salud Mental, Enfermería, Adolescente, Familia, Relaciones interpersonales y Terapia.

# LA ENFERMERÍA EN EL CONTROL EMOCIONAL DEL SÍNDROME DE ASPERGER

**ABSTRACT**

Introduction: Asperger Syndrome is considered a Pervasive Developmental Disorder classified within the Autism Spectrum Disorder. This syndrome, originally described by Hans Asperger, requires a multidisciplinary perspective to ensure efficient nursing and holistic quality care. The studies analysed on AS allow us to understand the epidemiology, clinical manifestations and behaviours, despite not finding an answer to its aetiology. Objectives: to understand the role of nursing in the emotional control of patients with AS as well as to analyse its general aspects, identifying behavioural, emotional and social characteristics. This work will detail the importance of family integration and the preparation of a Nursing Care Plan. Methodology: Qualitative research will be studied on a case of a manic episode in a patient with AS in order to carry out adequate emotional control from the Psychiatry unit. A Care Plan was established based on nursing methodology following the NANDA taxonomy and the NOC and NIC classification. Results: The Main Nursing Diagnosis selected is (00251) Labile emotional control related to psychiatric disorder manifested by absence of eye contact, deriving from this the Depression as the Main Potential Complication. A literature review is carried out to plan the necessary interventions and activities. Discussion: development of the clinical manifestations of AS providing relevant knowledge to professionals, as well as analysing its classification and the role of Nursing together with the tools available to help in this area. Conclusion: the research carried out shows that the resolution of the case study coincides in its usual practice with the scientific evidence. It facilitates the understanding of the behaviour of people with AS and highlights the importance of connection that Nursing maintains for these patients and their families.

**Keywords:** Asperger Syndrome, Mental Health, Nursing, adolescent, family, interpersonal relations, therapeutics.

# LA ENFERMERÍA EN EL CONTROL EMOCIONAL DEL SÍNDROME DE ASPERGER

## 1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica el Síndrome de Asperger (SA) como un Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) clasificado dentro de los Trastornos del Espectro Autista (TEA).

El neuropediatra austriaco Hans Asperger (Asperger, 1944), logró definirlo, bajo el nombre de Psicopatía Autista, como un trastorno neurobiológico caracterizado por presentar alteraciones tanto a nivel social como en la comunicación acompañado de un interés restringido por cosas concretas y de una conducta reiterativa.

Como sostiene Iglesias (2020), en este trastorno crónico también destacan los problemas para comprender el lenguaje no verbal y las dificultades para adaptarse a los cambios, siendo frecuentes además, los Trastornos Obsesivo-Compulsivos (TOC). No obstante, no está relacionado con un retraso mental o del lenguaje.

Años más tarde, Gómez (2018) argumenta que el término “Síndrome de Asperger” fue creado por Lorna Wing (Wing, 1981), con el propósito de evitar aquellas connotaciones negativas que puedan estar relacionadas con el término propuesto por el Dr. Asperger, “Psicopatía Autista”.

Actualmente existen estudios sobre los datos epidemiológicos del SA, como el propuesto por Muñoz (2019), que distinguen dos variables principales. Por un lado la edad, siendo mayor el porcentaje de detección en edades infantiles (83%) que en adultas (17%), y por otro lado, el género siendo 81% en hombre y 19% en mujeres.

Numerosas líneas de investigación continúan abiertas para tratar de comprender diversos aspectos de este síndrome que todavía no tienen respuesta, como ocurre con su etiología. Pero tal como afirma Gordon (2018), es cierto que está asociado con el factor genético, pues comienza a manifestarse desde el nacimiento y perdura toda la vida.

Las cifras de los casos de personas con Síndrome de Asperger se han incrementado considerablemente en el mundo, justificado en parte por el alto nivel de precisión que se ha conseguido para diagnosticarlo, los progresos en cuanto a su conocimiento y la preparación y formación de los profesionales (Saura et al., 2015).

De acuerdo con Cruzado (2018), es fundamental que los profesionales sanitarios conozcan en profundidad sus características, la posible coexistencia con otros trastornos, sus necesidades y la mejor manera de trabajar con ellos, especialmente dentro del ámbito emocional.

Se ha demostrado que las alteraciones del lenguaje y a nivel social que ocasiona este trastorno afecta no solo a niños y niñas, sino también a los adolescentes y a los adultos. Por este motivo, es importante la adquisición de conocimientos por parte del personal sanitario para poder así detectarlos precozmente, atenderlos de forma adecuada y reconocer sus emociones.

Actualmente, el servicio de salud mental, con todo el equipo que lo compone, ha adquirido gran importancia, principalmente por los cuidados y la atención que deben recibir estos pacientes, pues teniendo en cuenta a Pons y Galvany (2017), la conducta de los profesionales que trabajan con personas con este tipo de trastorno, es más favorable que la conducta de la población general.

Por ello, se insiste en la importancia de la formación del personal de Enfermería tanto de Salud Mental, como de otros servicios, que estén en contacto con estos pacientes, para así conseguir una detección precoz de estos casos. Además, la relación enfermera-paciente es imprescindible para brindar una correcta gestión de los cuidados enfermeros de calidad ante los diferentes comportamientos que puede presentar este trastorno, es por ello que se considera necesario el desarrollo de este trabajo.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Conocer el papel de la Enfermería en el control emocional de pacientes con Síndrome de Asperger.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Analizar los aspectos generales del Síndrome de Asperger.
- Identificar las características conductuales, emocionales y sociales en adolescentes.
- Detallar la importancia de la integración familiar en personas con Síndrome de Asperger.
- Elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería, según la taxonomía NANDA, NOC, NIC y Problemas de Colaboración de Linda Carpenito para un paciente con Síndrome de Asperger.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Aspectos generales del Síndrome de Asperger.

##### 3.1.1 *Perspectiva histórica.*

El pediatra austriaco Hans Asperger llevó a cabo un estudio con decenas de niños, centrándose en cuatro de ellos, de edades comprendidas entre 6 y 11 años, con un comportamiento peculiar, que se caracterizaba por falta de empatía, limitada habilidad social, fijación obsesiva hacia algo y movimientos torpes. Fue entonces, cuando en 1944 (Asperger, 1944), publicó un artículo en alemán donde califica los casos de estos niños como “psicopatía autista”, comparándolos con “pequeños profesores” por la facilidad que tenían para crear discursos, de forma minuciosa, acerca de sus propios intereses

Un año antes, Kanner, psiquiatra austriaco, fue considerado el padre de lo que actualmente se denomina Trastorno del Espectro Autista. Tras realizar un estudio con 11 casos de niños que presentaban sintomatología similar a la esquizofrenia (Kanner, 1943), desarrolló un artículo denominado “Trastornos autistas del contacto afectivo”. Las investigaciones de Kanner fueron reconocidas científicamente por haber sido difundidas en inglés alrededor de los Estados Unidos de América, a diferencia de los descubrimientos de Asperger que no alcanzaron el mismo reconocimiento, debido en parte a la limitación del idioma en el que se publicaron sus artículos y las difíciles condiciones en las que se encontraba su país.

A pesar del reconocimiento científico de Kanner con sus investigaciones en su artículo “Trastornos autistas del contacto afectivo” (Kanner, 1943) nunca realizó publicaciones acerca del autismo.

Asperger defendió que el Trastorno del Espectro Autista y el Síndrome de Asperger debían ser consideradas entidades clínicas diferentes aunque presentaban sintomatología similar.

En 1981, la psiquiatra británica Lorna Wing acuñó el término “Síndrome de Asperger” con la publicación de su artículo: “Asperger’s Syndrome: a Clinical

Account” (Wing, 1981) traduciendo el artículo primeramente creado por el Dr. Asperger y haciendo comparaciones con sus propios estudios de niños diagnosticados de autismo (Valencia, 2019).

De esta forma, surgió el debate dentro de la comunidad científica sobre si el Síndrome de Asperger debería ser clasificado y estudiado de forma individual o si debe considerarse una categoría dentro del autismo.

A continuación, se exponen los sistemas de clasificación internacionales de salud y trastornos mentales (CIE-10 y DSM-5) y el lugar que ocupa el Síndrome de Asperger. Ambas clasificaciones han sufrido cambios en la designación de la categoría diagnosticada, pues se ha sustituido el término que se empleaba anteriormente “Trastorno Generalizado del Desarrollo” (TGD) por “Trastorno del Espectro Autista” (TEA).

### *3.1.2. Clasificación CIE-10.*

En la última revisión de este manual (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020), el Síndrome de Asperger fue incluido en el capítulo V, apartado F84 con el nombre de “trastornos generalizados del desarrollo” y pertenece al Eje I: trastornos de inicio de la infancia o adolescencia, aunque como aseguran Cabrera y Medina (2017), esta definición no es precisa, pues la aparición de los trastornos mentales también pueden iniciarse en la adolescencia.

En el manual, la descripción de este síndrome se realiza junto a otros trastornos como son el trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado de desarrollo no específico.

A diferencia del autismo, en el Síndrome de Asperger (SA) no se observan retrasos importantes del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Aproximadamente con los dos años de edad, el niño será capaz de vocalizar palabras sueltas y con tres años podrá usar frases adecuadas para comunicarse. De igual forma, la capacidad adaptativa y la atención por el entorno que le rodea tampoco se verán afectadas durante el desarrollo.

No obstante, según Fernández (2015), las cualidades motoras pueden estar modificadas, manifestándose comúnmente con una torpeza en los movimientos. La dificultad en las relaciones sociales, los comportamientos repetitivos y los intereses limitados son otras de las alteraciones.

### 3.1.3. Clasificación DSM- 5.

En la última edición del Manual Diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales, la American Psychiatric Association (APA, 2014), encargada de su producción, consideró que la categoría diagnóstica del Síndrome de Asperger se incluiría en el diagnóstico del Trastorno del espectro Autista (González- Alba et al., 2019), perdiendo de esta forma la independencia que poseía en la versión anterior y añadiendo diferentes modificaciones.

En la actualidad, teniendo en cuenta a Hosseini & Molla (2020), las investigaciones demuestran que los especialistas emplean el diagnóstico del SA como un subtipo de TEA pero sin presentar retraso del lenguaje y con un coeficiente intelectual normal. De forma específica, los criterios establecidos en el DSM-5 clasificarían a este síndrome con el nombre “TEA sin déficit intelectual acompañante” o “TEA sin discapacidad intelectual asociada”.

### 3.1.4. Manifestaciones clínicas.

Como se menciona anteriormente, el SA genera una serie de modificaciones en la persona viéndose afectadas varias áreas:

#### Inteligencia:

Los niños con SA se caracterizan por presentar un cociente intelectual (CI) total con un nivel normal-medio o normal-bajo. Como señalan Cerna y Contreras (2018), en ellos destaca un alto CI verbal que engloba todo aquello que hace referencia a la información, las semejanzas, la aritmética, el vocabulario y la comprensión. También poseen una gran capacidad para fijarse en los detalles (Pérez, 2016).

A diferencia de ello, el CI manipulativo, que está relacionado con aspectos más perceptivos y organizativos, no alcanza un nivel tan elevado. De esta forma, permanece alterada la capacidad de integración visomotora, es

decir, la habilidad de coordinar la visión con los movimientos del cuerpo, así como la comprensión social y la capacidad de mantener la atención.

Son capaces de razonar coherentemente sus pensamientos y pueden sentirse especialmente interesados por las letras o los números, desde el punto de vista de Matamoros y Jaimes (2017). Sobresalen por una mayor habilidad para desarrollar una lectura avanzada de forma precoz que los niños de su misma edad, aunque según Jiménez (2017), se trate de una lectura de escasa comprensión.

#### Intereses y comportamientos:

Por un lado, las personas con SA poseen unas ambiciones muy limitadas y concretas, las cuales tienden a hacerse más específicas a lo largo de los años. Esta característica comienza a manifestarse durante la edad escolar, cuando el menor tiene 5 o 6 años. Gozan de la capacidad de recopilar importantes cantidades de información, gracias a su sobresaliente memoria tanto mecánica como fotográfica, sobre algún tema determinado que les llama la atención llegando a ser expertos en esa materia. Sin embargo, no alcanzan una verdadera comprensión general de ese tema restringiendo, al mismo tiempo, la posibilidad de conocer y aprender otros aspectos (García y García, 2018).

Por otro lado, las conductas motrices insistentes también son significativas en este tipo de trastorno. Estaún-Gracia (2020) destaca que, estas personas realizan movimientos repetitivos y voluntarios manifestados mediante la manipulación de objetos con las manos o a través de movimientos más complejos en los que utilizan todo el cuerpo.

Además, (Rosa, 2019) guardan una excesiva obsesión con las rutinas de su vida diaria, aferrándose a la monotonía y siendo considerablemente inflexibles con ellas. Los cambios inesperados podrían crear alteraciones físicas y emocionales en estas personas.

### Desarrollo motor

Hadjipanayi & Michael-Grigoriou (2020) sostienen que una de las características más visibles en las personas con SA es la torpeza motora.

Es habitual, en los niños diagnosticados de este síndrome, que presenten retraso en la motricidad, pareciendo torpes al realizar determinados movimientos (Vargas et al., 2019). Aunque es cierto que las alteraciones motoras están más marcadas, tienden a manifestarse de forma más tardía. Como argumenta González (2015), realizan movimientos desproporcionados cuando caminan o corren similares a los de una marioneta, incluso en algunos de los niños no se observa el balanceo propio de los brazos al andar. Se concluye a través de estudios que en las personas con SA puede existir una ausencia de coordinación entre las extremidades superiores e inferiores.

De esta forma, la marcha y las posturas son peculiares y poco comunes. Dicho en palabras de Hosseini & Molla (2020), no suelen estar interesados ni por los deportes ni por actividades como dibujar o escribir y tienen dificultad para abrocharse los botones de la camisa, coger una pelota o montar en bicicleta.

### **3.2. Características conductuales, emocionales y sociales en adolescentes.**

En primer lugar, se considera conveniente conocer y aclarar el significado del lenguaje en personas con SA, para poder así comprender las dificultades que experimentan a nivel social.

#### *3.2.1. Lenguaje y comunicación.*

De acuerdo con Campos (2018), el lenguaje o la capacidad de hablar no son fenómenos biológicos, sino sociales, pues se adquieren a través de la comunicación y la interacción que se origina dentro de la sociedad.

En el síndrome de Asperger no existen problemas relacionados con la adquisición del lenguaje y las personas alcanzan un nivel correcto del habla. No obstante, poseen anomalías y peculiaridades en sus habilidades lingüísticas que influyen de forma significativa en las conductas sociales.

Se caracterizan por utilizar un lenguaje demasiado formal y pedante, carente de expresiones y alteraciones prosódicas tales como la incapacidad para acentuar el pulso, extender las pausas, regular el tono o controlar el volumen de su voz para adaptarse a su entorno (Paolantonio et al., 2020). También, es frecuente el uso de ecolalias, expresado en palabras de Ruiz-Fuster (2015), como la repetición involuntaria de palabras o frases pronunciadas por el mismo o por los demás.

A pesar de no presentar dificultades a la hora de combinar sílabas para formar palabras y unir estas para crear oraciones, tienen tendencia a mantener conversaciones lineales, especialmente sobre sus temas más preferentes. La interpretación y el razonamiento de los conceptos abstractos que no sean literales les resulta prácticamente inalcanzable, al igual que ocurre con las bromas y las ironías influyendo de esta forma en la comunicación oral, como postulan González y Cortés (2020).

Otra de las particularidades típicas (Ruiz- Fuster, 2015), ocurre cuando los niños se refieren a sí mismos empleando los pronombres “tú”, “él”, “ella”, incluso “nosotros”, lo cual se conoce con el nombre de inversión pronominal. (González-Martínez et al., 2018) Destacan por su capacidad de aprender y memorizar el significado de numerosas palabras poco comunes, sin embargo, aquellos términos más ordinarios no suelen incluirse en su vocabulario y les genera mayor torpeza a la hora de usarlos.

Respecto a las conversaciones que mantienen las personas con SA tienden a ser poco fluidas, a veces incomprensibles y al no abordar temas que puedan resultar interesantes al oyente, el discurso se asemeja más a un monólogo. A ello se agregan las dificultades para comenzar y mantener una conversación recíproca o saber cómo formular peticiones.

Algunos adolescentes con este trastorno, según Rivera (2017), no logran comprender el sentido del humor, por lo que no entienden los chistes y se ríen antes o mucho tiempo después de contarlos.

El conjunto de las alteraciones de la comunicación verbal, anteriormente mencionadas, van acompañadas de una ausencia de la comunicación no



verbal que habitualmente se emplea durante el habla, como los gestos o las expresiones faciales (Cerna & Contreras, 2018). Es cierto también que la ausencia de conexión emocional con la otra persona, junto con la falta de escucha activa y empatía, contribuyen significativamente a que los diagnosticados de SA no utilicen el lenguaje con una finalidad social.

García (2018) asegura que los obstáculos producidos tanto en la comunicación como en la esfera social van a interferir como consecuencia en la educación a lo largo de la vida del estudiante.

En la etapa de la adolescencia (Gómez et al., 2017) comienza a existir un mayor deseo de independencia, se siente la necesidad de expresar con claridad los sentimientos y pensamientos y son más frecuentes las reuniones con amigos. Sin embargo, las dificultades comunicativas propias del SA se intensifican durante esas edades, siendo frecuente por ello la ansiedad, insatisfacción e incluso depresión por sentirse incomprendidos por el resto.

### *3.2.2. Interacción social.*

Para comprender el funcionamiento de este aspecto en personas con SA, como señala Madrigal (2018), se debe conocer primeramente el concepto de habilidades sociales como el conjunto de comportamientos que han sido adquiridos para adaptarse a las distintas situaciones del entorno y a las demandas sociales de la forma más adecuada posible.

En el síndrome de Asperger destaca el trastorno de las capacidades de reconocimiento social, siendo considerado esto último (Boxó et al., 2013) como una condición sistemática presente en la comunicación donde los hablantes comparten expectativas y pueden obtener reconocimientos por sus méritos. Dicho trastorno ocasionará un importante aislamiento social de la persona influido a su vez por la deficiente empatía e interés hacia los demás.

Se caracterizan por una ausencia de interacción social en la que se manifiestan al menos dos de los siguientes aspectos: dificultad para relacionarse con otras personas, falta de deseo en interactuar, incapacidad para apreciar las claves sociales y presencia de un comportamiento social y

emocional no apto para la situación. Estas alteraciones influirán notablemente en el desarrollo de su vida diaria.

A partir de la clasificación elaborada a continuación se puede comprobar con mayor detalle las afectaciones sociales del SA de forma organizada.

La primera dimensión recibe el nombre de habilidades básicas de interacción que engloba las normas sociales más básicas, entre las que se encuentran, saludar, agradecer y pedir permiso. En este caso, ante la gran variedad de formas de expresión de las acciones mencionadas, los niños y niñas se sienten confusos y no distinguen cuando deben utilizar cada una, por lo que deciden no hacer uso de ninguna de ellas.

Con respecto a las habilidades para hacer amigos es cierto que poseen dificultades para mantener relaciones de amistad a causa de que sus ambiciones suelen ser distintas a las del resto de personas con su misma edad. A ello, se añaden los problemas por no entender las reglas de los juegos sociales y su mecánica, aislándolos, por ello, del grupo.

Las habilidades conversacionales, estarían estrechamente relacionadas con el apartado anterior sobre el lenguaje, pues el conjunto de las dificultades comunicativas intervienen a la hora de compartir experiencias y vivencias.

En cuanto a la dimensión de las habilidades emocionales, los obstáculos comienzan cuando tienen que interpretar las emociones expresadas, tanto de las otras personas como las suyas propia. Se puede considerar que por ello carecen de empatía, junto con los comportamientos y emociones inadecuados dentro del contexto social del momento. Teniendo en cuenta a Faridi & Khosrowabadi (2017), a través de estudios se ha comprobado que las mujeres son más empáticas y tiene una mayor comprensión de las emociones, y a pesar de no sentir empatía, las mujeres con SA son capaces de observar, examinar e imitar las conductas sociales con el objetivo de encajar en la sociedad.

Las dificultades asociadas a la resolución de problemas interpersonales les genera una sensación de inseguridad que les impide desarrollar cierta

agilidad mental para encontrar soluciones ante los conflictos, debido en parte a la interpretación errónea de su mundo interior.

Por último, la relación con adultos es positiva puesto que al ser más tolerantes y al adaptarse a las necesidades del niño con SA, pueden establecer más interacciones. Por este motivo, prefieren jugar y conversar con personas de mayor edad.

Durante años se ha pensado que los niños y niñas diagnosticados de SA tendían a rechazar el contacto y las relaciones sociales, pero se ha demostrado que esta creencia es falsa (Donado et al., 2020), pues, a pesar de la ausencia de habilidades sociales, sienten la necesidad de relacionarse y formar parte de un grupo de amigos. Entre los problemas que lo dificultan se encuentra la torpeza y la exagerada formalidad del lenguaje características de estas personas que contribuyen a un mayor rechazo y aislamiento por parte de los demás.

En el caso de los adolescentes, predominan características como el esfuerzo de superación junto a grandes valores de lealtad, sinceridad y compañerismo en ausencia de maldad (Donado et al., 2020). A pesar de estas cualidades, en el SA las habilidades sociales en esta etapa de la vida continúan suponiendo problemas, como la dificultad de encontrar a otra persona con las mismas ambiciones, lo que puede provocar un gran sentimiento de soledad y el deseo intenso de encontrar a un verdadero amigo (Gómez et al., 2017)

### 3.2.3. Emociones.

En los niños y niñas con Síndrome de Asperger se ha demostrado (Almanza et al., 2017) que existen alteraciones en el proceso sensorial, especialmente a la hora de adquirir estímulos de forma general y como consecuencia también de forma parcial.

De acuerdo con Rivera (2017), para estas personas supone un problema analizar e identificar las reacciones emocionales. Son capaces de observar emociones básicas tales como la ira, el miedo, la alegría y la tristeza pero carecen de habilidades para reconocer emociones complejas como la confusión o la resignación.

Por otro lado, les resulta complicado distinguir las expresiones faciales y junto a la incapacidad de mantener el contacto visual, según Viota (2017), se incrementan las dificultades para identificar las emociones de las personas. Como resultado de estas características, los niños y adolescentes carecen de la habilidad de reconocimiento de las expresiones de la parte superior de la cara.

Otra de las peculiaridades relacionadas con las emociones en el SA es la alexitimia, la cual contribuye a las alteraciones cognitivas, del discurso y del lenguaje, de las relaciones interpersonales, y del comportamiento no verbal.

Esta limitación se define como la dificultad para identificar y describir emociones y sentimientos, la dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones que acompañan a la activación emocional, la reducida capacidad de fantasía y de pensamiento simbólico y la utilización de la acción como estrategia de afrontamiento en situaciones de conflicto emocional. (Ruiz-Pavón, 2015, p.10).

#### Alexitimia y toma de decisiones.

Las emociones constituyen un papel fundamental a la hora de tomar decisiones importantes y esto ocurre por dos elementos claves (Pérez et al., 2010):

- Los sentimientos influyen de forma significativa en la decisión de las aspiraciones de las personas, en función de aquello que les resulta atractivo y satisfactorio. De lo contrario, si no se desarrolla la capacidad de identificar las emociones se omitirá dicha información sentimental y se decidirá en base a argumentos objetivos, sumergiéndose así en una vida menos gratificante, como ocurre con las personas con alexitimia.
- Por un lado se distingue el sistema emocional que procesa automáticamente, a través de diferentes perspectivas, reacciones rápidas y por otro lado, el sistema intelectual que analiza detalladamente la información de forma racional, pudiendo olvidar información relevante. La mayoría de la población emplea ambos métodos para tomar decisiones, pero las personas con alexitimia únicamente utilizan el

intelecto, llegando a ser muy indecisos y necesitando la opinión de los demás para tomar sus propias decisiones

#### *3.2.4. Arteterapia.*

Regis (2016) señala los distintos beneficios de la terapia del arte sobre las habilidades sociales, comunicativas y educativas de las personas con SA. Les va a permitir conocer la capacidad intrínseca de sus pensamientos, que dicho en palabras de Partezani (2019), hace referencia a las capacidades tanto físicas como mentales que el individuo puede utilizar en determinado momento en función del entorno, y esto le ayudará a encontrar su personalidad.

Mediante actividades como collage y fotomontajes, usando diferentes materiales como ceras o pinturas, se puede lograr disminuir el estrés de la rutina y aumentar la seguridad de uno mismo. Además, puede contribuir a un mejor afrontamiento de los problemas ya que les ayudará a ser menos literales y consolidar su propia expresión.

En el caso de los adolescentes con SA esta terapia puede facilitarles una mayor conciencia del yo junto a una identidad propia que les proporcionará un mejor desarrollo tanto a nivel personal como profesional.

### **3.3. Importancia de la integración familiar en personas con Síndrome de Asperger.**

Cuando en una familia se recibe un diagnóstico con este trastorno, los padres experimentan una sensación parecida a la pérdida de un hijo, desde el punto de vista de Díaz (2020), acompañado de una amplia variedad de emociones. Existen estudios que afirman que durante el transcurso del embarazo los padres tienden a idealizar al recién nacido y cuando no se cumplen esos ideales sufren el sentimiento del duelo por verse obligados a renunciar a aquello que no existirá.

Aunque es cierto que en cada familia, y dentro de ella cada miembro de la familia, esta noticia se recibirá de diferentes formas pueden compartir reacciones como la confusión, el rechazo hacia el diagnóstico, la culpabilidad, el miedo, y por último, la aceptación. Los sentimientos que muestran cambian

entre los miembros de una misma familia y también entre distintas familias. Además, puede variar el tiempo que perdurarán dichas reacciones en cada caso.

La experiencia de tener un hijo con SA puede llegar a ser desconcertante no solo para los padres y madres sino también para los hermanos. Resulta imprescindible destacar que además del importante lugar que ocupan los padres, los hermanos influirán significativamente en la integración del niño tanto en el ambiente familiar como en el social y educativo. Se considera que existe una relación de por vida entre los hermanos consolidada por la unión biológica y que supone una fuente de seguridad y consuelo entre ellos.

Como expresa Fernández (2016), aunque la discapacidad de estas personas no es evidente, se refleja, entre otros, a través de los comportamientos sociales alterados, originando en los niños y sus familias dificultades en numerosos ámbitos.

Hay familias en las que a pesar de presentar alguno de sus miembros SA se desconocen e ignoran las particularidades propias de estas personas. Esto ocurre sobre todo con los familiares más lejanos, quienes no logran entender la forma peculiar de actuar, las dificultades en su entorno social o la ausencia de sentimientos ante las distintas situaciones (Rodríguez, 2020).

### *3.3.1. Influencia de los padres.*

Es fundamental la actuación integral con las familias en estos casos, siendo conveniente la disponibilidad de espacios de comunicación y grupos de apoyo. (Gómez et al., 2016). Para alcanzar una integración en la sociedad lo más óptima posible en primer lugar se deben adquirir conocimientos sobre las características de este síndrome, no solo aprender de su conducta sino también de su visión del mundo, para así poder facilitar los recursos convenientes tanto para el niño como para la familia

De acuerdo con Hernández (2020), es muy importante que los niños y niñas con SA además de acudir a terapias frecuentemente deban recibir la ayuda y refuerzo de los padres. A pesar de tratarse de una situación difícil, toda

la familia que conviva con esa persona diagnosticada tendrá la obligación de aceptar y hacer frente a la situación. Tras haberlo afrontado, los padres comenzarán a informarse y a aprender sobre este trastorno siendo capaces de pedir la ayuda necesaria. Dicho apoyo aportado por los centros de terapias cuentan con programas destinados a los padres, proporcionando al mismo tiempo una mayor interacción padres-hijos.

Cabe destacar la importancia de la integración de los familiares en el tratamiento de los niños con SA pues deben desarrollar una serie de estrategias entre las que se encuentran la cognitiva, incluyéndose aquí la habilidad para obtener información y la aceptación, entre otras. La estrategia emocional, para identificar y saber expresar sus sentimientos, la estrategia familiar, idónea para fortalecer el vínculo familiar trabajando la empatía y la tolerancia, la estrategia social y en último lugar la estrategia personal para alcanzar una mayor autonomía.

La educación y enseñanza de los padres al niño con SA debe ser lo más semejante posible a la de cualquier otro niño basándose en la comprensión y el esfuerzo y teniendo en cuenta que llevará un tiempo lograr una buena relación entre los padres y el hijo.

### *3.3.2. Papel de Enfermería.*

El Síndrome de Asperger se caracteriza por poseer un diagnóstico incierto debido en gran parte a la falta de información al respecto. Pérez (2016), destaca la importancia de la adquisición de estos conocimientos por parte de todos los profesionales sanitarios, concretamente los pertenecientes a la Atención Primaria, quienes trabajan con este tipo de pacientes y con sus familias de una forma más cercana y frecuente. Gracias a ese aprendizaje de las manifestaciones más representativas sería posible una rápida detección a edades tempranas para poder así elaborar un correcto tratamiento individual para la persona.

Diferentes estudios priorizan el trabajo multidisciplinar en estos pacientes incluyendo una atención y seguimiento global por parte de especialistas y atención primaria, involucrando también a la familia y al ámbito

educativo. Por todo ello, la Enfermería de Atención Primaria puede convertirse en un pilar fundamental para establecer la unión entre la atención especializada.

Como afirma Lagoueyte (2015) en Atención Primaria en Salud (APS) se ha alcanzado un mayor reconocimiento de actividades propias de Enfermería englobando de esta forma una atención individual y comunitaria, orden y administración de servicios además de educación para la salud.

Respecto a las estrategias de APS predomina un incremento de las intervenciones y a su vez de un compromiso por parte de los sanitarios. La labor del coordinador del centro correspondería a identificar las necesidades de las familias para poder garantizar un cuidado completo, tratando de proporcionar recursos tanto materiales como humanos. Entre otras, también se distingue su función de organizar y planificar las actividades que tiene que realizar el equipo de profesionales. Por otro lado, Enfermería adquiere una gran variedad de habilidades que abarcan desde la prevención y promoción de la salud de la población hasta la gestión y dirección.

Son de destacar las características y aptitudes del personal que se dedica a la Enfermería Comunitaria tales como el respeto hacia las culturas y creencias de los pacientes, la capacidad de escucha activa, la cualidad de saber trabajar en equipo y la ética profesional.

Además de lo mencionado anteriormente, la ampliación de conocimientos puede facilitar una comunicación y relación más óptima con los padres, mostrar mayor empatía y ser capaces de ofrecerles la ayuda necesaria. Si el personal de Enfermería asimismo consigue crear la unión con el entorno educativo y asociaciones, estarán incrementando las posibilidades de establecer un ambiente más apropiado para este tipo de pacientes diagnosticados de SA.

Los programas de detección temprana han adquirido una mayor importancia y utilidad para lograr diagnosticar precozmente el SA. De esta forma, el trabajo en equipo por parte de los profesionales sanitarios, de las



familias y de los colegios es fundamental para enriquecer el pronóstico social y el ambiente de aprendizaje.

Hoy día, se pueden señalar diferentes instrumentos disponibles para la identificación de este síndrome aunque es importante tener en cuenta que deben ser utilizados de forma moderada por los inconvenientes psicométricos que conllevan. Entre los más empleados se encuentran:

- Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST) (Scott et al., 2002). Archivo adjunto en Anexos (Anexo 1).
- Cuestionarios de Screening para el síndrome de Asperger y otros Trastornos del Espectro del Autismo de alto Funcionamiento (Ehlers et al., 1999). Archivo adjunto en Anexos (Anexo 2).
- Escala de Diagnóstico para el Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Funcionamiento (Gillberg et al., 2001). Archivo adjunto en Anexos (Anexo 3).

En cuanto al tratamiento del Síndrome de Asperger, se puede considerar más óptico aquel que combina diversas terapias en las que se engloben la comunicación, las rutinas insistentes y la torpeza motora, siendo estos algunos de los aspectos principales y más característicos del SA

Desde el punto de vista de Vázquez y Zaragoza (2018), la atención tanto de los pacientes con este trastorno como de sus familias debe ser garantizada por Enfermería, cuidando de esta forma la salud y los hábitos de vida además de la integración en la sociedad y en el mundo laboral. Es fundamental que estos profesionales guíen y proporcionen al núcleo familiar las habilidades y conocimientos imprescindibles para poder así disminuir la sobrecarga que puedan significar los niños con SA dentro del ambiente familiar y social.

### **3.4. Teoría Enfermera: Virginia Herdenson.**

El interés de Virginia Herdenson (1897-1996) por la Enfermería surge durante la I Guerra Mundial, siendo este el principal motivo por el que decidió graduarse en la Escuela de Enfermería del Ejército, como sostiene García (2015).

Desarrolló una labor profesional como enfermera asistencial, docente e investigadora, ejerciendo también como enfermera de rehabilitación. En este último, comprendió la importancia que tiene para el enfermo recuperar su independencia lo antes posible.

Teniendo en cuenta a Hernández (2016), el Modelo de Herdenson está basado en la atención de las necesidades humanas para la vida, entendiendo la salud como el epicentro de la función enfermera. En relación a dicho modelo, se distinguen cuatro conceptos que conforman el metaparadigma enfermero:

- Persona: ser biopsicosocial con necesidades que debe satisfacer de forma individual para mantener su equilibrio y estabilidad. Por ello, necesitará ayuda para alcanzar la salud e independencia o morir con tranquilidad.
- Entorno: asociado al núcleo familiar englobando a la comunidad y su responsabilidad para aportar cuidados. Todo factor externo que puede afectar al equilibrio y funcionamiento de la persona.
- Salud: habilidad de la persona para llevar a cabo, sin ayuda, aquellas actividades que satisfagan sus 14 necesidades básicas. Imprescindible para el correcto funcionamiento biológico y fisiológico del ser humano. Equipara la salud a la plena independencia, la cual puede alterarse por factores permanentes como la edad y factores patológicos como una enfermedad.
- Enfermería: disciplina que aportará cuidados a aquellas personas, sanas o enfermas, que no puedan realizar por sí solas las actividades que mantienen satisfechas sus necesidades. De esta forma, se tratará de recuperar la independencia del individuo lo antes posible.

Desde la perspectiva teórica de Henderson existen tres niveles de relación enfermera- paciente con el objetivo de ayudar al paciente en la satisfacción de sus necesidades (Hernández, 2016).

- Nivel de sustitución: el/la enfermero/a sule por completo al paciente. Puede ser de carácter temporal o permanente.
- Nivel de ayuda: Enfermería interviene únicamente en las acciones que el paciente no puede desempeñar por sí mismo.
- Nivel de acompañamiento: aconseja y educa al paciente fomentando su independencia y manteniendo la relación terapéutica.

En el caso del paciente del Plan de Cuidados la relación que se establece entre la enfermera- paciente es de ayuda, puesto que el paciente presenta dificultades para desarrollar algunas actividades de autocuidado de forma autónoma.

V. Henderson define las necesidades básicas como aquellas que todo ser humano tiene que cubrir para conservar su independencia. Cuando dichas necesidades se mantienen cubiertas significa que la persona está sana.

Empleando las palabras de González (2015) las 14 necesidades fundamentales que comprenden aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales son:

1. Respirar.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener una adecuada temperatura corporal.
8. Conservar la higiene corporal.
9. Prevenir los peligros ambientales.
10. Fomentar la comunicación.
11. Vivir en base a sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.

13. Integrarse en actividades recreativas.

14. Aprender para realizarse.

El concepto de necesidad debe interpretarse como un requisito y no como un déficit. A pesar de que algunas de las necesidades mencionadas anteriormente son más necesarias que otras, todas son imprescindibles para la vida humana.

La teoría enfermera de Virginia Herdenson ha sido seleccionada para el sujeto de estudio por la posibilidad de adaptar los cuidados al individuo y no a la enfermedad, atendiendo siempre al factor humano en los cuidados del paciente. Además, compromete de forma activa tanto al individuo como a la familia, siendo en este caso fundamental la integración familiar para incrementar las capacidades de autocuidado y autonomía. De esta forma, se favorece la continuación de unos cuidados enfermeros de calidad.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Diseño**

Para dar respuesta a los objetivos del estudio se ha diseñado una investigación cualitativa, tipo estudio de caso.

### **4.2. Sujeto del estudio.**

Varón de 26 años trasladado por las Fuerzas de Orden Público (F.O.P.) al Servicio de Urgencias (SU) para valoración siendo ingresado en la unidad de Psiquiatría con juicio clínico de fase maniforme en paciente con Síndrome de Asperger.

### **4.3. Ámbito y Periodo del estudio.**

El estudio se ha realizado en el servicio de Psiquiatría de un hospital de Murcia.

El periodo de estudio quedó comprendido entre el 28 de Septiembre al 11 de Noviembre de 2020, para la fase de contacto, observación del paciente y recogida de los datos clínicos; y se extendió hasta el 28 de Febrero de 2021.

### **4.4. Procedimiento de recogida de información**

#### *4.4.1. Fuente de información.*

El procedimiento de recogida de la información se ha desarrollado a través de las siguientes fuentes:

- Información verbal proporcionada por el paciente en la entrevista previa al ingreso.
- La observación directa del paciente.
- La historia clínica del paciente.
- Los registros de evolución médica y enfermera.

- La valoración de Enfermería según los once patrones de Gordon (Gordon, 1999).
- La revisión de la evidencia científica.
- La revisión de otros documentos como libros especializados, protocolos, revistas especializadas y guías de práctica clínica.

La revisión de la evidencia científica se ha llevado a cabo, fundamentalmente, en las siguientes bases de datos: Scielo, ScienceDirect, PubMed, Dialnet; y en los buscadores: Buscam, Google Académico y Centro Nacional para la Información Biotecnológica de EEUU (NCBI).

Los descriptores utilizados, en español e inglés, respectivamente fueron: Síndrome de Asperger (Asperger Syndrome), enfermería (nursing), adolescente (adolescent), familia (family), Salud Mental (Mental Health), relaciones interpersonales (interpersonal relations), terapia (therapeutics); como operadores booleanos “and” y “or”; y con fecha de publicación en los últimos 5 años.

#### *4.4.2. Proceso de recogida de información.*

Para proceder a la recogida de los datos, se recabó la autorización previa de todos los agentes implicados, quedando garantizado durante todo el proceso la protección y la confidencialidad de los datos aportados para la realización del estudio.

Se acordó con el paciente y con el equipo de la unidad responsable de sus cuidados el momento adecuado para la realización de la observación y valoración de Enfermería, a fin de no distorsionar la rutina clínica de unidad.

Otorgada al paciente la información oportuna relativa al estudio y recibidas las autorizaciones pertinentes, el proceso de recogida de información se realizó en tres fases:

### 1. Revisión del historial clínico del paciente.

En un primer momento, con el objetivo de realizar una descripción lo más detallada posible del caso, se extrajeron de la historia clínica del paciente los siguientes datos clínicos: antecedentes personales y familiares (intervenciones quirúrgicas previas, enfermedades agudas o crónicas que haya padecido, etc.), el motivo del ingreso, los resultados de las pruebas diagnósticas, el diagnóstico médico principal, evolución médica y clínica así como la evolución de los cuidados enfermeros y, por último, los valores de las gráficas de constantes y el registro de las actividades e intervenciones realizadas hasta ese momento.

### 2. Realización de la valoración de Enfermería.

La valoración enfermera se realizó, a través de una audiencia personalizada previa al ingreso, en base a los 11 patrones funcionales de Gordon (1999), utilizándose los indicadores empíricos y las exploraciones físicas pertinentes. En esta segunda fase fue posible la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de Enfermería para la elaboración de un Plan de Cuidados específico y centrado en el caso de estudio.

### 3. Revisión de la evidencia científica.

Para la revisión de la evidencia científica seguimos la siguiente estrategia de búsqueda:

- Para la selección de información especializada se acotó la búsqueda según criterios de fecha, analizando sólo los estudios publicados entre 2015 y 2021.
- Se descartaron aquellos artículos que no estaban publicados en castellano y/o inglés.
- Solo se seleccionaron los artículos en los que los descriptores: Síndrome de Asperger (Asperger Syndrome), Enfermería (Nursing), adolescente (adolescent), familia (family), Salud Mental (Mental Health), relaciones interpersonales (interpersonal relations), terapia (therapeutics);

aparecían en el título, el abstract o en sus descriptores, como puede observarse en la tabla 1 sobre los resultados de la búsqueda en las bases de datos.

**Tabla 1:** Resultados de la búsqueda en las bases de datos BASES DE DATOS

BASES DE DATOS	DESCRIPTORES	RESULTADOS (Nº DE ARTÍCULOS)		
		TEXTO COMPLETO	ENTRE 2015-2021	SELECCIONADOS
SCIELO	Síndrome de Asperger	68	23	5
	Interpersonal Relations or Asperger Syndrome	70	26	1
	Therapeutics	1518	551	4
	Adolescent and Interpersonal Relations	46	16	2
	Nursing and mental health	1071	518	2
SCIENCE DIRECT	Asperger síndrome and knowledge	2824	957	1
DIALNET	Síndrome de Asperger	348	149	8
	Síndrome de Asperger y comunicación	50	27	2
	Síndrome de Asperger e interacción social	24	11	2
	Síndrome de asperger y síntomas afectivos	3	1	1
	Familia y Síndrome de Asperger	37	23	2
PUBMED	Síndrome de Asperger y Enfermería	6	4	1
	Asperger síndrome and classification	215	24	1
GOOGLE ACADÉMICO	Síndrome de Asperger y clasificación	5920	3720	2
	Síndrome de Asperger y signos y síntomas	4010	2400	20
	Síndrome de Asperger y familia.	7910	4940	5
	Síndrome de Asperger y Enfermería.	1590	956	4
	Síndrome de Asperger y emociones.	13100	8010	7



Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño y Síndrome de Asperger.	733	391	3
Depresión y Síndrome de Asperger.	3420	2020	8
<b>TOTAL</b>			<b>81</b>

Fuente: elaboración propia.

#### 4.5. Procesamiento de los datos.

El análisis y procesamiento de los datos se ha llevado a cabo en base a la metodología enfermera, para los datos provenientes de la valoración por patrones; y al análisis crítico y exhaustivo de la evidencia científica revisada, seleccionando y clasificando las informaciones de mayor relevancia.

Después de valorar al paciente se extrajeron, a través de la priorización clínica de una red de razonamiento basada en el Modelo AREA de Pesut & Herman (1999), los diagnósticos de Enfermería que utiliza la NANDA (Herdman et al., 2019) y las complicaciones potenciales a través del modelo bifocal de Carpenito (Carpenito- Moyet, 2005).

Seguidamente, tras la selección del DxE principal y de la Complicación Potencial se procede al establecimiento de los criterios de resultado (NOC) (Moorhead et al., 2018) e intervenciones (NIC) (Butcher et al., 2018).

Finalmente, con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas, una vez ejecutadas las actividades de Enfermería se procedió a una evaluación de las mismas, en base a los criterios de resultado.



## 5. RESULTADOS.

A continuación, se expone el Plan de Cuidados Enfermeros de un paciente con juicio clínico de fase maniforme diagnosticado de Síndrome de Asperger.

### 5.1 Descripción del caso.

Varón de 26 años trasladado por las Fuerzas del Orden Público (FOP) al Servicio de Urgencias (SU) para valoración.

Desde niño su madre refiere que ha detectado un funcionamiento inadecuado, con dificultades y comportamientos que no eran los deseados, sobre todo para establecer relaciones interpersonales. A los 16 años ante las dificultades que experimentaba en su rendimiento escolar solicitó atención especializada.

En el año 2011, es diagnosticado de Síndrome de Asperger Moderado y Trastorno por déficit de Atención (TDA) sin Hiperactividad, con comprensión verbal muy baja.

Durante las últimas semanas ha empezado a dormir poco, con conductas poco comunes en él, desinhibido e interactuando con desconocidos. Su madre relata que ha comenzado a publicar mucho en redes sociales (rrss) y que salía con amigos de la adolescencia con los que había perdido el contacto hace años. La madre refiere que ha ido observando cómo la conducta se volvía más desorganizada progresivamente hasta llegar incluso a escaparse de casa un par de veces encontrándolo en condiciones inadecuadas. También comenta que los tics motores y vocales no son comunes en el paciente, salvo hace un año que padeció una fase hipomaniaca.

Tratamiento crónico: Zyprexa 2.5mg (Olanzapina) vía oral y una vez al día (no lo toma).

Juicio Clínico: Fase maniforme en paciente con Síndrome (Sdme.) de Asperger

## 5.2. Valoración del caso.

La valoración del paciente se lleva a cabo siguiendo el modelo de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (Gordon, 1999).

- **PATRÓN 1: PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD.**

Varón de 26 años de edad.

No fumador. No hábito enólico.

Se revisa su calendario vacunal para comprobar que ha recibido todas las dosis vacunales correctamente. Grupo sanguíneo: AB+. PCR negativa.

Juicio de realidad altamente distorsionado y confuso ante la situación. Difícil manejo ambulatorio.

Antecedentes Personales: Sdme. Asperger Moderado y TDA sin Hiperactividad. No Alergias Medicamentosas Conocidas (AMC), no Dislipémico (DLP), no Hipertensión Arterial (HTA), no Diabetes Mellitus (DM).

Tratamiento actual:

- Zyprexa velotab bucodispensables 15mg, 1 cada 24h (0-0-0-1)
- Zyprexa velotab bucodispensables 0,5 mg 1 cada 24h (1-0-0-0)
- Plenur 400mg 2 cada 24h (1-0-1-0)
- Rivotril 0.5mg 2 cada 24h (1-0-1-0)

Se realizan tomas de constantes vitales por turno.

- **PATRÓN 2: FUNCIONAL-METABÓLICO.**

Peso de 56.8 kg. y estatura de 1.70m. con un Índice de Masa Corporal (IMC) de 19.65 kg/m<sup>2</sup>. Normopeso según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Realiza ingesta adecuada de líquidos y alimentos a lo largo del día con una cantidad y variedad saludable. No requiere suplementos nutricionales ni posee problemas de masticación. Glucemia 85mg/dl.

El estado de la piel y las mucosas es correcto y rosado sin presentar lesiones cutáneas. T<sup>a</sup> 37°C, afebril.

- PATRÓN 3: ELIMINACIÓN.

Micción positiva, sin dificultad ni molestias con aspecto, color y olor correcto.

Deposiciones en número y aspecto normal con olor y color adecuado

- PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO.

TA: 119/88 mmHg. FC: 92lpm. SatO<sub>2</sub> 95% sin presentar disnea ni ruidos respiratorios.

Totalmente independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Test de Katz, ausencia de incapacidad.

No suele realizar ejercicio físico con frecuencia. Esporádicamente monta en bicicleta con su hermano mayor. Refiere no tener suficiente tiempo libre para realizar otros deportes.

- PATRÓN 5: SUEÑOS- DESCANSO.

La última semana no ha estado durmiendo bien. Le cuesta bastante conciliar el sueño. A pesar de no despertarse a lo largo de la noche, se desvela muy temprano y le resulta imposible volver a dormirse.

Por ello, presenta somnolencia y fatiga al día siguiente. A pesar de esto, no logra descansar cortos periodos a lo largo del día.

- PATRÓN 6: COGNITIVO- CONDUCTUAL.

Miopía moderada de 3,4 dioptrías y astigmatismo miópico. Portador de gafas.

El paciente posee una nula capacidad para colaborar, con los ojos cerrados, inquietud psicomotriz, logorrea, múltiples tics motores orofaciales y vocales que realiza elevando el tono de voz.

Posee problemas de concentración y para expresar ideas, dificultad en la toma de decisiones y el aprendizaje. Inquietud psicomotriz y muestra manierismo y cierta desinhibición.

A veces tiene alteraciones de la conducta o agitación. Su madre refiere que en casa se irrita con facilidad y sin motivo.

No refiere dolor

Escala Glasgow 15 puntos, consciente. Adecuada orientación temporoespacial.

- **PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCEONCEPTO.**

No responde a nuestras preguntas ni mantiene contacto visual cuando la gente le habla. Proyectos de futuro poco realistas y peculiares

Refiere encontrarse muchas veces con ansiedad y nervios.

Frecuentes cambios de ánimo. Alguna vez ha sentido miedo al rechazo.

- **PATRÓN 8: ROL- RELACIONES.**

Vive con sus padres. Su hermano ya no vive en el mismo núcleo familiar pero se ven a menudo. Refiere que existe una buena relación entre los miembros de la familia.

La madre informa que nunca ha formado parte de un grupo social y cree que a veces ha podido sentirse solo a pesar del apoyo familiar. No está segura de que tenga amigos cercanos puesto que sus últimos años académicos fueron difíciles por la enfermedad y no pudo asistir varias veces a clase.

- **PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN.**

El caso no aborda datos para dicho patrón.

- **PATRÓN 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS.**

La madre comenta que desde que ella comenzó con su tratamiento oncológico ha percibido notables cambios en la conducta de su hijo. Sospecha que el estrés generado haya sido un factor desencadenante de su comportamiento.

- **PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS.**

El paciente y su familia son creyentes y procesan la religión cristiana.

### **5.3. Diagnósticos de Enfermería según patrones funcionales alterados.**

Teniendo en cuenta la valoración del paciente se buscan los posibles diagnósticos en función a sus 6 patrones alterados, basándose en la Taxonomía NANDA internacional 2018-2020 (Herdman, 2019).

- **PATRÓN 1: PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD.**

(00078) Gestión ineficaz de la propia salud r/c déficits de conocimientos m/p dificultad con el régimen terapéutico.

**DEFINICIÓN:** Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

**DOMINIO:** 1 promoción de la salud.

**CLASE:** 2 gestión de la salud.

- **PATRÓN 5: SUEÑO- DESCANSO.**

(00095) Insomnio r/c estresores m/p energía insuficiente.

**DEFINICIÓN:** Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

**DOMINIO:** 4 actividad/ reposo.

**CLASE:** 1 sueño/reposo.

- PATRÓN 6: COGNITIVO- CONDUCTUAL.

(00251) Control emocional inestables r/c trastorno psiquiátrico m/p ausencia de contacto visual.

DEFINICIÓN: Impulso incontrolable de expresión emocional exagerada e involuntaria.

DOMINIO: 5 percepción- cognición.

CLASE: 4 cognición.

- PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO.

(00146) Ansiedad r/c grandes cambios m/p cambios en el patrón del sueño.

DEFINICIÓN: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés.

CLASE: 2 Respuesta de afrontamiento.

(00121) Trastorno de identidad personal r/c estados maniacos m/p estrategias de afrontamiento ineficaces.

DEFINICIÓN: Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.

DOMINIO: 6 Autopercepción.

CLASE: 1 Autoconcepto.



- PATRÓN 8: ROL- RELACIONES.

(00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración en el autoconcepto m/p la familia expresa cambios en la interacción.

DEFINICIÓN: Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.

DOMINIO: 7 Rol/ relaciones

CLASE: 3 Desempeño del rol

(00053) Aislamiento social r/c dificultad para establecer relaciones m/p sentirse diferente de los demás.

DEFINICIÓN: Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador.

DOMINIO: 12 Confort.

CLASE: 3 Confort social.

- PATRÓN 10: ADAPTACIÓ- TOLERANCIA AL ESTRÉS.

(00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c cambios en el patrón de sueño m/p disforia.

DEFINICIÓN: Estado mental caracterizado por cambios de humor o afecto, formado por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a graves.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al Estrés.

CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento.

5.3.1. Priorización de los DxE mediante la red de razonamiento clínico.



Figura 1. Red de razonamiento clínico del DxEp.

Fuente: Elaboración propia basada en el modelo AREA (Pesut, 1999)

### 5.3.2. *Justificación del DxE principal.*

Una vez realizada la red de razonamiento clínico, mediante el modelo AREA creado por el Dr. Pesut (Pesut, 1999), se establece como DxEp (00251) Control emocional inestables r/c trastorno psiquiátrico m/p ausencia de contacto visual.

El paciente acude a la unidad de Psiquiatría en pleno episodio maniforme con una evidente inestabilidad emocional. Por lo que se puede observar y por lo que refiere la madre, el paciente posee una dificultad importante para controlar sus propias emociones. En repetidas ocasiones ha actuado de forma escandalosa sin poder controlar sus impulsos. Es de destacar también que las personas con este tipo de trastorno o similares presentan problemas a la hora de afrontar la soledad o el miedo a sentirse solo, como ocurre en este caso. Cuando dicho problema sucede suelen sufrir un gran vacío a nivel emocional (Yust y Pérez-Díaz, 2012).

El estado de salud de la madre ha podido ser un agravante más de ese descontrol emocional. Por ello, la sensación de preocupación constante, la tensión o el nerviosismo son frecuentes en el paciente. Toda esta situación ha desencadenado ansiedad persistente en él, afectando incluso al patrón del sueño. De acuerdo con Baltasar (2014) se añade la pérdida de la concentración, sentimientos de duda y numerosas distracciones como otras manifestaciones de ese estado de angustia.

Debido también a ese control emocional inestable y lo mencionado anteriormente sobre la ansiedad ocasionada, el paciente presenta alterado el patrón del sueño. La dificultad para iniciar el descanso, despertarse muy temprano y sentir que no ha sido reparador hacen que posea una pobre calidad del sueño. Confirmamos de esta forma que los trastornos afectivos son una de las causas más comunes de los trastornos del sueño y del insomnio como defiende Serfaty (2012).

Por otro lado, el escaso nivel de identidad, los sentimientos de vacío habituales y los conflictos para mantener relaciones personales serían otros de los resultados de la inestabilidad emocional que muestra el paciente. Significa

que este tipo de pacientes adquieren un concepto de sí mismos tan delicado que podría alterarse al experimentar notables situaciones de estrés. Por todo ello, presenta cierta incapacidad para elaborar su propia identidad a la vez que un deterioro del autoconcepto y autocontrol (Esbec y Echeburúa, 2011)

El trastorno del desarrollo que padece el paciente junto con la dificultad para controlar sus emociones influye especialmente en las interacciones sociales. A pesar de ello, este tipo de pacientes presentan un nivel intelectual y un lenguaje adecuado. Sin embargo, tal como indica Brenlla (2012), esto no significa que su mirada, movimientos y habla sean característicos. El conjunto de lo anterior, acompañado de la dificultad para afrontar los cambios, las conductas repetitivas y el desarrollo de actividades de intereses peculiares conducen a la pobreza de la interacción social, provocando así un deterioro de la misma.

Es importante destacar que en este caso no se aprecia desequilibrio o desinterés social, se distingue por presentar grandes problemas tanto en la interacción como en la comprensión social y emocional. Se puede observar, por un lado, como el paciente busca en ocasiones ser aceptado por los demás y debido a la carencia de ello manifiesta sentimientos de soledad. Por otro lado, no sabe cómo relacionarse de forma adecuada por su escasa comprensión social. Como consecuencia de todo esto y del control inestable de sus sentimientos y emociones, el paciente permanece en un aislamiento incesante (Bonete et al., 2010).

Lógicamente la incapacidad para controlar sus emociones provocará un deterioro de la regulación del estado de ánimo. Sin dicha habilidad perderá también la capacidad de tomar decisiones y de poder reaccionar ante cualquier estímulo. Desde el punto de vista de Beltrán y Palacios (2016), se debe obtener un conjunto de habilidades emocionales para lograr un adecuado control emocional y de esta forma enriquecernos de la información que nos proporcionan las emociones. Por este motivo, si el paciente no consigue dichas habilidades emocionales tendrá dificultades para regular sus emociones y su estado de ánimo de forma correcta originando así disforia.

Considerando todos estos aspectos desencadenados por el desequilibrio del control emocional, el paciente es incapaz de gestionar su propia salud. Por ello, como plantean Alconero-Camarero y Hernández-Jiménez (2013), una de las funciones de Enfermería en estos casos es ayudar a modificar los estilos de vida para mejorar el cuidado de su salud.

#### **5.4. Problemas de Colaboración y Riesgos Potenciales.**

A continuación, a partir de los Problemas de Colaboración (PC) que presenta mi paciente indicaré los posibles Riesgos de Complicación (RC) que podrían derivar de estos. Para ello, me he basado en el Manual de Diagnósticos de Enfermería de Lynda Carpenito (Carpenito-Moyet, 2005) y bibliografía complementaria.

Como Problemas de Colaboración, en este caso, observamos que el paciente presenta Sdme. Asperger, Trastorno por déficit de Atención sin hiperactividad, insomnio, ansiedad y aislamiento social. Considerando el Manual de Diagnósticos de Enfermería mencionado anteriormente los Riesgos de Complicación que se pueden originar de estos Problemas de Colaboración son los siguientes:

##### **✚ RIESGOS DE COMPLICACIÓN:**

- R.C. Suicidio.
- R.C. Depresión.
- R.C. Agresividad.
- R.C. Consumo de sustancias psicoactivas.
- R.C. Fracaso académico.
- R.C. Descuido de higiene y cuidado personal.

5.4.1. Priorización de los Riesgos de Complicación mediante red de razonamiento clínico modelo área.

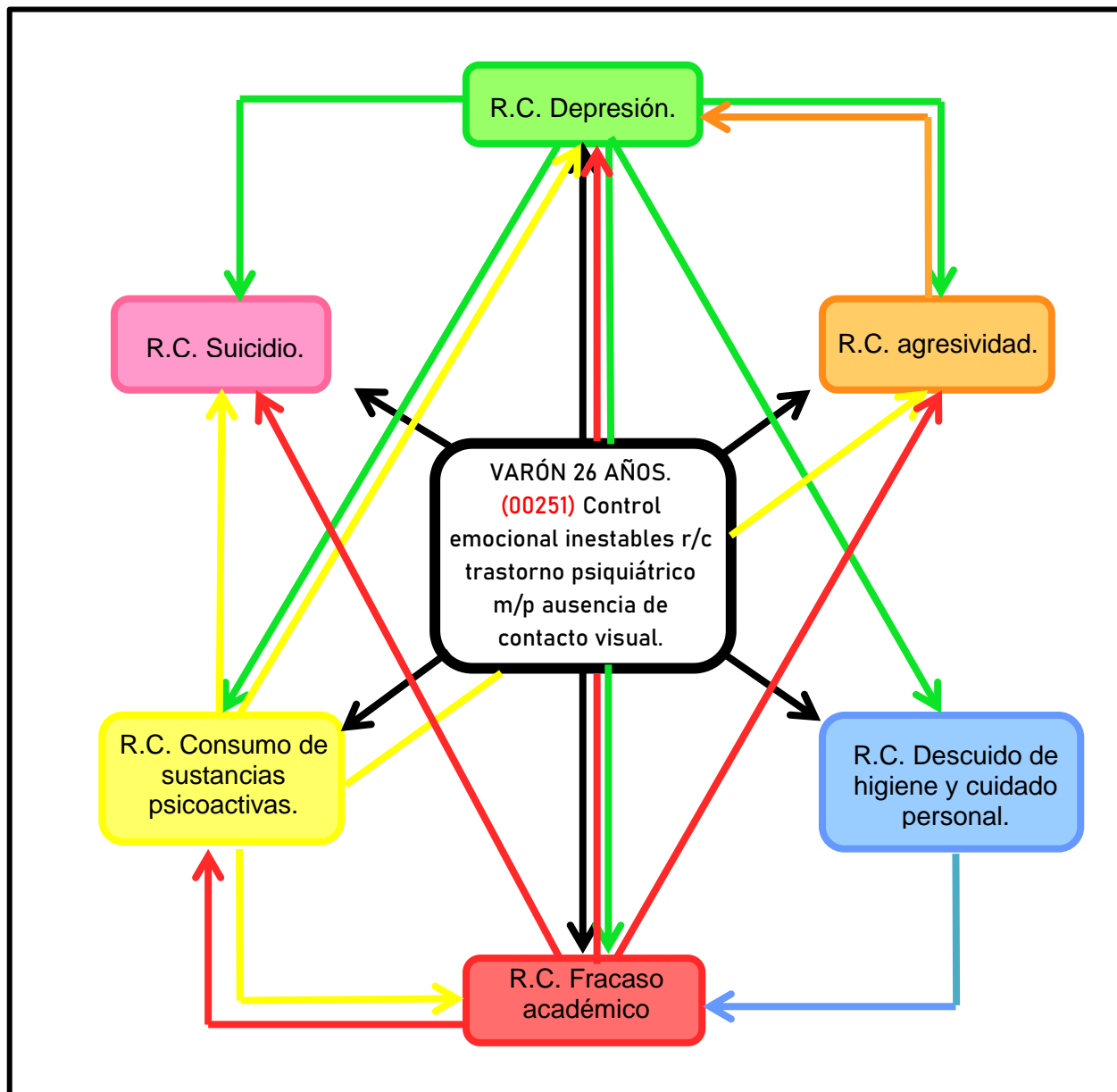


Figura 2. Red de razonamiento clínico del RC principal.

Fuente: Elaboración propia basada en el modelo AREA (Pesut, 1999).

#### 5.4.2. *Justificación del Riesgo de Complicación Principal.*

Tras haber llevado a cabo la red de razonamiento clínico se ha seleccionado como R.C. Principal el R.C. Depresión.

A causa de los problemas de base que presenta el paciente y del resto de síntomas por los que ingresa, como la Ansiedad, el aislamiento social o el insomnio, acompañado de su inestabilidad en el control emocional podrían provocar una depresión. Además, por su gravedad y frecuencia, se considera que la Depresión se debería tener en cuenta como riesgo más importante para poder así evitar algunas de las siguientes complicaciones potenciales.

De acuerdo con Molina (2010), la depresión se define como una enfermedad grave de duración prolongada con síntomas tanto físicos como psíquicos que tienden a empeorar con el paso del tiempo. Se caracteriza por la ausencia de desencadenantes por lo que en ocasiones resulta difícil de identificar. Por todo ello, es uno de los trastornos psicológicos que origina mayor número de problemas de discapacidad en la población actual (Vindel et al., 2012).

La agresividad o la irritabilidad se pueden calificar como una de las complicaciones que, junto con otros síntomas más comunes como la melancolía, la dificultad para dormir y la baja autoestima, ocultan la depresión que podría llegar a padecer nuestro paciente (Falcato et al., 2017). Como señalan Molina y Arranz (2010), la depresión puede promover la agresividad, física y verbal, hacia familiares o amigos con el fin de desahogarse por su soledad, como podría ocurrir en este caso.

La depresión también puede crear alteraciones conductuales como el abandono de la apariencia personal. En estos pacientes, su bajo estado de ánimo se convierte en uno de los desencadenantes del descuido de su higiene y cuidado personal tal como afirman Zambrano y Ortencia (2017). A su vez, es frecuente, en los pacientes jóvenes con Sdme. Asperger despreocuparse de su aspecto personal, por lo que en mi paciente existe una mayor probabilidad de que se produzca esta alteración (Gnecco Laborde, s.f.)

Otra de las complicaciones de la depresión que puede presentar este paciente es el fracaso académico. En ello tendría una gran influencia el nerviosismo, la falta de sueño, la dificultad para concentrarse y la anhedonia que se incrementarían por el riesgo principal (Ortega et al., 2014). Es de destacar que este ámbito podría verse fácilmente afectado por el Trastorno por déficit de atención que padece el paciente pues, según Rangel (2014), consta de problemas en la concentración y atención, escasa resolución de conflictos y facilidad para distraerse. Por tanto, muestra un mayor riesgo de fracaso académico y abandono de sus estudios universitarios.

El consumo de sustancias psicoactivas puede convertirse en una complicación para evadirse de los problemas familiares, sociales o emocionales propios de la depresión. Se puede confirmar que en las personas jóvenes la depresión es una de las causas más comunes del abuso de droga y tabaco (Rodríguez et al., 2013).

Uno de los riesgos más graves que podría tener lugar a raíz de una depresión es el suicidio o pensamientos de autoeliminación. Los signos de la depresión, como la tristeza, la desesperanza, la anhedonia o la culpabilidad, contribuyen a la aparición de pensamientos de acabar con la propia vida (Ceballos et al., 2015). Este acto tiene mayor incidencia en jóvenes pudiendo repetirse en varias ocasiones tras su fracaso, como aseguran Zambrano y Ortencia (2017).



## **5.5. Planificación.**

### *5.5.1. Planificación del DxE principal*

El diagnóstico principal del paciente, como se menciona anteriormente, es (00251) Control emocional inestables r/c trastorno psiquiátrico m/p ausencia de contacto visual:

DEFINICIÓN: Impulso incontrolable de expresión emocional exagerada e involuntaria.

DOMINIO: 5 percepción- cognición.

CLASE: 4 cognición.

La planificación de dicho DxEp se basará, por un lado, en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead et al., 2018), y por otro lado, en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Butcher et al., 2018).

#### 5.5.1.1. Resultados (NOC).

Tras usar el NOC (Moorhead et al., 2018), se selecciona el siguiente Objetivo principal con el que se llevará a cabo los cuidados del paciente.

(1204) Equilibrio emocional.

DEFINICIÓN: Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.

DOMINIO: 3 Salud psicosocial.

CLASE: M Bienestar psicológico

**Tabla 2:** Planificación del NOC del DxEp.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(1204) Equilibrio emocional.	1	3	24h

Escala: 1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3-A veces demostrado 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead et al., 2018)<sup>1</sup>.

1. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, ML y Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) -libro electrónico: Medición de resultados de salud*. Ciencias de la salud de Elsevier.

**Tabla 3:** Indicadores del NOC del DxEp.

Indicador	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(120404) Refiere dormir de forma adecuada.	1	4	24h
(120415) Muestra interés por lo que le rodea.	2	4	24h
(120402) Muestra un estado de ánimo sereno.	1	3	24h
(120417) Refiere un nivel de energía estable.	2	5	24h

Escala: 1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3-A veces demostrado 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead et al., 2018)<sup>2</sup>.

2. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, ML y Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) -libro electrónico: Medición de resultados de salud*. Ciencias de la salud de Elsevier.

#### 5.5.1.2. Intervenciones (NIC).

A partir de mi NOC principal (1204) Equilibrio emocional y en base al NIC (Bulecheck et al., 2018) se han escogido las siguientes intervenciones con una serie de actividades para tratar de solucionar el problema del paciente.

 Intervención: (5330) Control del estado de ánimo.

**DEFINICIÓN:** Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.

**DOMINIO:** 3 Conductual.

**CLASE:** R Ayuda para el afrontamiento.

→ Actividades:

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones).
- Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto con el paciente que tiene déficits cognitivos.
- Animar al paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.
- Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (antidepresivos, litio, anticomiales, antipsicóticos, ansiolíticos, hormonas y vitaminas).

▣ Intervención: (1850) Mejorar el sueño.

**DEFINICIÓN:** Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

**DOMINIO:** 1 Fisiológico- Básico.

**CLASE:** F Facilitación del Autocuidado.

→ Actividades:

- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de inicio de sueño y objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, etc.), según corresponda.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

▣ Intervención: (5450) Terapia de grupo.

**DEFINICIÓN:** Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluida la utilización de interacciones entre los miembros del grupo.

**DOMINIO:** 3 Conductual.

**CLASE:** R Ayuda para el Afrontamiento.

→ Actividades:

- Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común entre sí.
- Animar a los miembros a que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y demás sentimientos entre sí.

- Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/respuestas deseadas.
- Proporcionar ejercicios de grupo estructurados, según corresponda, para favorecer la función y conciencia grupal.
- Utilizar el juego de roles y de resolución de problemas, según corresponda.

#### *5.5.2. Planificación del RC Principal.*

La planificación del Riesgo de Complicación principal indicado anteriormente, RC Depresión, también está fundamentada en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead et al., 2018), y en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Bulechek et al., 2018).

##### 5.5.2.1. Resultados (NOC).

Para establecer el objetivo principal a partir del cual se elegirán las actividades necesarias para evitar que ocurra el RCp, se ha utilizado el NOC (Moorhead et al., 2018),

(1603) Conducta de búsqueda de salud.

DEFINICIÓN: Acciones personales para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimos.

DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud.

CLASE: Q Conducta de salud.

**Tabla 4:** Planificación del NOC del RCp.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(1603) Conducta de búsqueda de salud.	5	5	24h

Escala: 1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3-A veces demostrado 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead et al., 2018)<sup>3</sup>.

- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, ML y Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) -libro electrónico: Medición de resultados de salud*. Ciencias de la salud de Elsevier.

**Tabla 5:** Indicadores del NOC del RCp

Indicador	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(160301) Hace preguntas relacionadas con la salud.	5	5	24h
(160310) Describe estrategias para optimizar la salud.	5	5	24h
(160313) Obtiene ayuda de un profesional sanitario.	5	5	24h
(160316) Busca ayuda cuando es necesario.	5	5	24h

---

Escala: 1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3-A veces demostrado 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado.


---

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead et al., 2018)<sup>4</sup>.

4. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, ML y Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) -libro electrónico: Medición de resultados de salud*. Ciencias de la salud de Elsevier.

#### 5.5.2.2- Intervenciones (NIC).

Una vez seleccionado el objetivo principal, (1603) Conducta de búsqueda de salud, para el RCp del paciente se plantearán, con la ayuda del NIC (Bulecheck et al., 2018), unas intervenciones con sus actividades correspondientes para lograr los cuidados esperados en el paciente.

 Intervención: (5606) Enseñanza: individual.

DEFINICIÓN: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.

DOMINIO: 3 Conductual.

CLASE: S Educación de los pacientes.

→ Actividades:

- Establecer una relación de confianza.
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
- Seleccionar los métodos/estrategias adecuados de enseñanza del paciente.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes.

- Incluir a la familia, si es adecuado.

▣ Intervención: (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos.

DEFINICIÓN: Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

DOMINIO: 2 Fisiológico- Complejo.

CLASE: H Control de fármacos.

→ Actividades:

- Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar al paciente a aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso.
- Instruir al paciente sobre cómo seguir las prescripciones, según corresponda.
- Incluir a la familia/allegados, según corresponda.

▣ Intervención: (7100) Estimulación de la integridad familiar.

DEFINICIÓN: Favorecer la cohesión y unidad familiar.

DOMINIO: 5 Familia.

CLASE: X Cuidados durante la vida.

→ Actividades:

- Escuchar a los miembros de la familia.
- Determinar las relaciones familiares típicas para cada familia.
- Proporcionar intimidad a la familia.
- Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del paciente, de acuerdo con los deseos de este.
- Facilitar las visitas familiares.



## 5.6. Ejecución.

Seguidamente, se procede a realizar la ejecución explicando las intervenciones junto con las actividades que se llevarán a cabo.

Comienza el turno a las 8:00h de la mañana hasta las 20:00h de la tarde. Al llegar, se escucha el relevo de la compañera del turno de la noche, quien informa del estado en el que se encuentra este paciente.

Se empieza con la intervención (2380) Manejo de la medicación para preparar los tratamientos que los pacientes deben tomar en ayunas y en el desayuno. Puesto que los pacientes con este tipo de patologías suelen requerir mucha medicación, se intenta crear un ambiente seguro y cómodo que facilite la concentración de todos los compañeros, pues las distracciones e interrupciones son las mayores causas de errores en la medicación, tal como aseguran Ambrosio y Pumar-Méndez (2013).

A continuación, tras la colocación de los guantes, se lleva a cabo la (6680) Monitorización de los signos vitales del paciente, que informarán sobre su estado funcional. Además, una adecuada interpretación de estos valores ayudará a prevenir posibles síntomas y poder así decidir el tratamiento oportuno (Cilio et al., 2013). Para tomar la TA y la FC se utiliza un monitor digital que muestra las cifras en una pantalla. Para ello, se indica al paciente que debe permanecer sentado y se le coloca el brazalete alrededor del brazo 2.5cm por encima del codo. Tras pulsar el botón del aparato, el manguito se infla y desinfla automáticamente calculando dichas constantes.

La SatO<sub>2</sub> se mide con un pulsioxímetro colocado en una parte del cuerpo con buen flujo sanguíneo como un dedo de la mano, que habrá que masajear antes de colocar el sensor con forma de pinza. De esta forma se obtiene el oxígeno de la hemoglobina circulante del paciente (González et al., 2012)

Tras el uso de dichos dispositivos se procede a limpiarlos con desinfectante o antiséptico para prevenir las infecciones intrahospitalarias entre pacientes según Corcio (2012). Esto junto con una correcta higiene de manos continúan siendo importantes medidas para evitar la transmisión de

microorganismos resistentes a agentes antimicrobianos y garantizar la seguridad de los pacientes (Menárguez, 2010)

Teniendo en cuenta que las alteraciones de la temperatura corporal son un signo importante de infección por Covid-19, es fundamental mantener un control rutinario de esta constante. Por ello, se realiza la (3900) Regulación de la temperatura con un termómetro de infrarrojos situándolo en la frente del paciente, ya que ha demostrado ser el dispositivo más adecuado ante la situación de pandemia (Núñez et al., 2020)

Después de las higienes y los desayunos tiene lugar la intervención (5450) Terapia de grupo mediante un “grupo de Buenos Días” voluntario y heterogéneo al cual ha asistido dicho paciente en los días anteriores. Se trata de un espacio donde se crea una dinámica psicoeducativa entre los sanitarios y los pacientes basada en el respeto mutuo. Se comparten opiniones, emociones y se practica la escucha activa. Además, los juegos de roles y los ejercicios de grupo son útiles para la resolución de problemas y dudas, fomentando de esta forma hábitos de vida saludables, de acuerdo con Carretero (2010).

En esta terapia se procura que los pacientes muestren iniciativa y participen en cada momento, evitando, en la medida de posible, interrupciones o distracciones (Ferrerías et al., s.f.). Siguiendo las anteriores indicaciones, el paciente también logrará disminuir su nivel de ansiedad que refiere sentir en las primeras horas de la mañana.

Pasadas unas horas de la anterior intervención, el paciente solicita nuestra ayuda, pues le han surgido algunas preguntas acerca de la conducta que debe adquirir para enriquecer su salud. Inicio de esta forma la intervención (5606) Enseñanza: individual para atender al paciente puesto que también hay que tratarlos de forma individualizada ya que aunque padezcan las mismas enfermedades los pacientes no se abordan a de la misma forma, dicho con palabras de Lifshitz-Guinzberg (2012).

En primer lugar, se intenta determinar la capacidad del paciente para asimilar la información. Se muestra por momentos colaborador e interesado

con los objetivos. Pero su dificultad para la atención, concentración y su facilidad para distraerse complican en cierto modo la intervención.

Se resuelven las dudas ofreciéndole información y formas de autocuidado que a su vez satisfacerán otras necesidades fundamentales, como la seguridad en sí mismo. Se le concede el tiempo necesario para que exprese sus inquietudes y haga las preguntas pertinentes. Al verbalizar sus pensamientos y sentimientos logrará aumentar su concentración y disminuir significativamente el estrés generado (López et al., 2011).

A lo largo de la mañana el paciente permanece tranquilo en espacios comunes con el resto de los compañeros pero sin comunicarse con ellos o mostrar acercamiento. Una vez que los pacientes han terminado de comer se les administra a cada uno el tratamiento pautado.

Cuando es el turno de este paciente solicita información acerca de la medicación que está tomando actualmente, pues refiere mejoras respecto a ocasiones anteriores en las que percibía que el tratamiento no le hacía tanto efecto y que por ese motivo dejó de tomarlo las semanas previas. Por ello, se considera oportuno llevar a cabo la (5616) Enseñanza: medicamento prescritos.

Se le explica, mediante un lenguaje claro y sencillo, los intervalos de tiempo en los que debe tomarse cada medicamento, la duración de los efectos y los beneficios, reforzando así la información aportada por el resto del equipo sanitario como sostienen Zorrilla y Mesa (2012). Se le informa de las consecuencias que ocurrirían si vuelve a suspender bruscamente la medicación cuando reciba el alta.

A modo de conclusión, se le comenta que los medicamentos son compuestos que ayudarán a prevenir los síntomas no deseados, aliviar determinados signos de esta patología además de controlar enfermedades crónicas como el Sdme Asperger tal como destacan Ramos y Olivares (2010). De esta forma, se logra captar, durante algunos minutos, la atención del paciente quien parece mostrarse realmente interesado.

A las 5h de la tarde comienza el horario de llamadas y visitas de familiares o amigos cercanos. A dicho paciente suele visitarle su padre, ya que

el estado de salud de la madre le imposibilita muchas veces ver a su hijo. En esta ocasión, recibe la visita de ambos miembros de la familia y el paciente rebosa de felicidad. Se comienza así la intervención (7100) Estimulación de la integridad familiar.

Se les acompaña hasta la habitación del paciente proporcionándoles la intimidad necesaria para sentirse lo más cómodos posible. Desde la unidad de salud mental tratan de mantener la integridad familiar a través de la unión y la afinidad. De tal forma, se fomenta que entre ellos compartan sus preocupaciones comunicándose abiertamente. De acuerdo con Paredes (2018) si se logra la implicación de todos los miembros, el núcleo familiar será más fuerte y esto minimizará los desencadenantes de los factores estresantes, en este caso, principalmente, el problema de salud de la madre.

Antes de irse los familiares se les comenta que se les proporcionará información regularmente sobre el estado de salud de su hijo. Además, hay que destacar la importancia de las visitas, pues cuando los pacientes se encuentran separados de la familia tienden a manifestar ansiedad, miedo o tristeza, por lo que de esta forma contribuimos a disminuir o eliminar dichos síntomas (Burbano y Muñoz, 2016).

A media tarde, después de las meriendas, se percibe en el paciente, través de sus gestos y manías, cierto nerviosismo e intranquilidad. En ese momento creo conveniente realizar el (5330) Control del estado de ánimo. Sospecho que la posible causa de estos síntomas sean pensamientos negativos repetitivos e incontrolables, ya que se ha demostrado que son agentes de fragilidad a nivel cognitivo y conductual afectando negativamente al estado de ánimo (González et al., 2017).

Tras pasar un rato hablando con él, se le pregunta por sus intereses y aficiones y comenta que solía jugar durante horas a juegos de mesa. Este tipo de actividades satisfactorias para los pacientes tienen efectos positivos en el bajo estado de ánimo (Otero et al., 2015). Por ello, se anima al paciente a relacionarse con el resto de compañeros y jugar a algunos de los juegos que se le puede ofrecer. Se percibe cierta iniciativa por su parte por lo que se le propone acompañarle y jugar con ellos. Termina aceptando la ayuda y

permanece el resto de la tarde en el salón de la unidad jugando a juegos de mesa.

A última hora de la tarde, el paciente comenta que las noches anteriores tarda mucho en conciliar el sueño pero que después puede dormir toda la noche sin despertarse y no se levanta tan temprano como antes.

Se lleva a cabo la intervención (1850) Mejorar el sueño y explicándole que se informará de ello a la compañera del siguiente turno además de comentarle que si esta noche vuelve a ocurrirle lo mismo que no dude en comunicarlo para ofrecerle algún medicamento de rescate que le ayude a conciliar el sueño. Se le recuerda que una buena conciliación del sueño y mantenerlo durante la noche ayudarán a conseguir una adecuada calidad del sueño a parte de favorecer la producción de actividades neurovegetativas necesarias para el organismo (Masalán et al., 2013)

También, se le sugiere que puede realizar alguna medida no farmacológica pues son verdaderamente eficaces según Torres y Monteghirfo (2011), como las técnicas de relajación, evitar el ejercicio y las comidas abundantes horas antes de irse a la cama, acostarse y levantarse todos los días a la misma hora aproximadamente, entre otras. El paciente parece comprender dichas indicaciones y decide seguirlas si esta noche sucede lo mismo.

Al día siguiente se comienza de nuevo a las 8h de la mañana pidiendo el relevo a la compañera del turno anterior para comprobar cómo ha pasado la noche el paciente habiendo sido esta mejor que otras ocasiones.

En primer lugar se realiza el (2380) Manejo de la medicación al igual que el día anterior. La administración de los tratamientos por parte de Enfermería suele englobar casi la mitad del tiempo de nuestro turno de trabajo, de acuerdo con Ambrosio y Pumar- Méndez (2013), por lo que se debe otorgar importancia a esta intervención para evitar los posibles errores a la hora de la preparación y administración de la medicación.

Una vez repartidos los tratamientos de la mañana se valora el estado de salud del paciente. Refiere que al inicio de la noche, gracias a la medicación

hipnótica y a alguna medida no farmacológica que siguió, pudo conciliar el sueño fácilmente (Torres y Monteghirfo, 2011). No obstante, comenta que se ha despertado bastante temprano y con cierta sensación de cansancio. Teniendo en cuenta la información del paciente, se procede a (1850) Mejorar el sueño.

Se le explica que, por su edad, lo conveniente sería descansar entre 9h y 10h al día para lograr una buena calidad del sueño, de lo contrario es posible que durante la mañana se sienta fatigado, con poca concentración y falta de energía (Masalán et al., 2013). Por ello, se le aconseja que tras la comida intente dormir una siesta de 30 min aproximadamente para recuperar el sueño.

Seguidamente, se continúa con la (6680) Monitorización de los signos vitales, una intervención que los profesionales sanitarios hacen de forma rutinaria, en cada turno, para controlar las funciones esenciales del organismo (Cilio et al., 2013).

Con el monitor digital se mide la TA y FC de igual forma que el día anterior, colocando el manguito en la arteria braquial del brazo derecho y con el pulsioxímetro en el dedo índice de la mano izquierda para obtener de forma instantánea el valor de la SatO<sub>2</sub> (González et al., 2012).

Mientras se van calculando ambos valores se realiza, como en cada turno, la (3900) Regulación de la temperatura utilizando el termómetro de infrarrojos que permite obtener el resultado de forma rápida y sin necesidad de contacto con el paciente (Núñez et al., 2020).

Una vez terminadas estas intervenciones se desinfectan los dispositivos utilizados (Corcio, 2012) y se realiza la higiene de manos (Menárguez, 2010).

A media mañana comienza la (5450) Terapia de grupo con el grupo de “Buenos días” que se ha transformado en un recurso que favorece la integración y la socialización entre los pacientes de la planta.

Como recomienda Carretero (2010), se trata de crear una comunicación abierta a través de ejercicios grupales con los que implicamos a los pacientes a

colaborar en la toma de decisiones de sus propios cuidados. Observo que el paciente se muestra más activo y participativo en cada una de las actividades.

Durante la terapia se analiza tanto la comunicación verbal como la no verbal, utilizando un lenguaje lo más claro posible y dándole importancia a la individualidad (Ferrerías et al., s.f.). Al finalizar esta intervención, el paciente refiere sentirse tranquilo y se nota por su expresión que presenta mejor estado de ánimo.

Más tarde, se visita al paciente para realizar de forma conjunta la (5606) Enseñanza individual y la (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos. Una vez establecida una relación de confianza con él, la ejecución de manera individual de ambas enseñanzas resulta más cómoda y sencilla según Lifshitz-Guinzberg (2012).

El paciente formula preguntas relacionadas con estrategias para optimizar su salud y se percibe una mayor atención libre de distracciones. Cuando se logra resolver sus dudas de forma individualizada parece disminuir su nivel de ansiedad debido en parte a la falta de conocimientos que posee (López et al., 2011) y se le comunica que se incluirán e informará a la familia de las indicaciones mencionadas en ambas intervenciones.

Como sostienen Zorrilla y Mesa (2012), debido a la amplia variedad farmacológica que disponen los pacientes de salud mental, la enseñanza de los medicamentos pautados es una de las principales intervenciones junto con la psicoterapia que permitirán al paciente seguir una vida normal. Se le enseña sobre cómo seguir las prescripciones de los medicamentos y decide apuntar dichas indicaciones en una hoja de papel para evitar confusiones y olvidos. Por último, se añade que el tratamiento farmacológico es un componente adicional en la mejora de su salud por lo que es importante mantener el seguimiento del mismo, tal como defienden Ramos y Olivares (2010).

Comienza el horario de las visitas familiares y el paciente recibe a su hermano mayor, por lo que se inicia la intervención (7100) Estimulación de la integridad familiar. Puesto que su compañero de habitación también ha recibido visita, se les acompaña hasta la terraza donde gozarán de mayor intimidad.

Teniendo en cuenta a Paredes (2018), la familia aporta grandes beneficios en el bienestar tanto personal como social y en el desarrollo de los pacientes, entre otros.

Además, se intenta escuchar a los miembros de la familia para determinar sus sentimientos respecto a la situación ya que tanto para los pacientes como para los familiares combatir la enfermedad es difícil. Por lo que, como sostienen Burbano y Muñoz (2016), se pueden encontrar sentimientos como tristeza, desesperanza, agotamiento y frustración por parte de los padres que se ven obligados a modificar sus estilos de vida.

Por la tarde, se procede a realizar el (5330) Control del estado de ánimo para evaluar así su progreso. El paciente permanece en el salón jugando a un juego de mesa con otro compañero y se intenta analizar su función cognitiva, su capacidad de concentración y memoria. En este momento no parece que el paciente esté sintiendo preocupación o pensamientos negativos, como ocurrió la tarde anterior (González et al., 2017).

La ansiedad manifestada en determinados momentos puede deberse al proceso de adaptación a un sitio nuevo, lo que podría suceder en este caso (Otero et al., 2015). Después de varias semanas en la unidad, el paciente puede que haya superado esa etapa y comience a sentirse mejor respecto a los cambios experimentados.

Finalmente, en el control se notifican todos los datos recogidos del paciente a lo largo del turno y se informa del progreso que se observa en él para comunicarlo a los compañeros del siguiente turno de trabajo.



## 7.5. Cronograma.

**Tabla 6:** Cronograma programado para las primeras 12h.

Horario / Intervenciones	MAÑANA									TARDE			
	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
(5330) Control del estado de ánimo.											X		
(1850) Mejorar el sueño.													X
(5450) Terapia de grupo.			X										
(5606) Enseñanza: individual.					X								
(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos.								X					
(7100) Estimulación de la integridad familiar.										X			
(2380) Manejo de la medicación.	X												
(6680) Monitorización signos vitales.		X											
(3900) Regulación de la temperatura.		X											

Fuente: elaboración propia.

LA ENFERMERÍA EN EL CONTROL EMOCIONAL DEL SÍNDROME DE ASPERGER

**Tabla 7:** Cronograma programado para las segundas 12h.

Horario / Intervenciones	MAÑANA					TARDE							
	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
(5330) Control del estado de ánimo.											X		
(1850) Mejorar el sueño.													X
(5450) Terapia de grupo.			X										
(5606) Enseñanza: individual.					X								
(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos.								X					
(7100) Estimulación de la integridad familiar.										X			
(2380) Manejo de la medicación.	X												
(6680) Monitorización signos vitales.		X											
(3900) Regulación de la temperatura.		X											

Fuente: elaboración propia.

## 5.8. Evaluación.

Tras haber planteado los objetivos para el diagnóstico principal y las actividades llevadas a cabo para lograrlos, se evalúa a continuación si dichos objetivos han sido alcanzados a través de las tablas de resultado.

### 5.8.1. Evaluación de los Objetivos del Dx E Principal

**Tabla 8:** Resultados y puntuación alcanzada del objetivo del Dx E principal.

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada.	Tiempo
(1204) Equilibrio emocional.	1	3	2	24h

Escala: 1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3-A veces demostrado 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead et al., 2018)<sup>5</sup>.

5. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, ML y Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) -libro electrónico: Medición de resultados de salud*. Ciencias de la salud de Elsevier.

**Tabla 9:** Resultados y puntuaciones alcanzadas de los indicadores del objetivo del Dx E principal.

Indicador	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada.	Tiempo.
(120404) Refiere dormir de forma adecuada.	1	4	3	24h

(120415) Muestra interés por lo que le rodea.	2	4	4	24h
(120402) Muestra un estado de ánimo sereno.	1	3	3	24h
(120417) Refiere un nivel de energía estable.	2	5	4	24h

Escala: 1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3-A veces demostrado 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead et al., 2018)<sup>6</sup>.

6. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, ML y Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) -libro electrónico: Medición de resultados de salud*. Ciencias de la salud de Elsevier.

Se puede observar que los indicadores elegidos para el DxE principal (00251) Control emocional inestables r/c trastorno psiquiátrico m/p ausencia de contacto visual, debido al escaso tiempo de seguimiento con el paciente han sido en su mayoría alcanzados.

### 5.8.2. Evaluación de los Objetivo del RC Principal.

**Tabla 10:** Resultados y puntuación alcanzada del objetivo del RC principal.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación alcanzada.	Tiempo.
(1603) Conducta de búsqueda de salud.	5	5	5	24h

Escala: 1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3-A veces demostrado 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead et al., 2018)<sup>7</sup>.

7. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, ML y Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) -libro electrónico: Medición de resultados de salud*. Ciencias de la salud de Elsevier.

**Tabla 11:** Resultados y puntuaciones alcanzadas de los indicadores del objetivo del RC Principal.

Indicador	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada.	Tiempo
(160301) Hace preguntas relacionadas con la salud.	5	5	5	24h
(160310) Describe estrategias para optimizar la salud.	5	5	5	24h

(160313) Obtiene ayuda de un profesional sanitario.	5	5	5	24h
(160316) Busca ayuda cuando es necesario.	5	5	5	24h

Escala: 1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3-A veces demostrado 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead et al., 2018)<sup>8</sup>.

8. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, ML y Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) -libro electrónico: Medición de resultados de salud*. Ciencias de la salud de Elsevier.

Como muestran las tablas, se han mantenido las puntuaciones diana de los indicadores del objetivo principal para evitar el RC principal: RC Depresión.

### **5.9. Reflexión.**

La planificación del Plan de Cuidados está basada en el modelo AREA ya que desarrolla una alternativa del razonamiento clínico habitual. La representación gráfica, a través de una red lógica, permite relacionar entre sí muchos de los diagnósticos NANDA que he elegido. De esta forma, se logra centrar el Plan de Cuidados en los resultados obtenidos.

La valoración del paciente ha sido posible gracias al modelo de Marjory Gordon de los 11 Patrones Funcionales que ha permitido obtener importantes datos del paciente, tanto físicos como psíquicos, de manera organizada para poder analizarlos fácilmente. Los 11 patrones funcionales consisten en una división estructurada del funcionamiento de la persona de forma integrada que no se debe interpretar aisladamente (Suarez et al., 2010)

Gracias a estos modelos se ha podido priorizar el diagnóstico principal del paciente seleccionando un conjunto de intervenciones y actividades enfermeras para reducir los problemas de salud y eliminar los posibles riesgos de complicación.

La elaboración de este Plan de Cuidados ha proporcionado nuevos conocimientos del ámbito de la Salud Mental y de las técnicas que deben realizarse en los pacientes psiquiátricos, basándose siempre en el respeto y la atención humanizada.



**REFLEXIÓN:** Para llevar a cabo la planificación de mi Plan de Cuidados me he basado en el modelo AREA ya que desarrolla una alternativa del razonamiento clínico habitual. La representación gráfica, a través de una red lógica, me ha permitido relacionar entre sí muchos de los diagnósticos NANDA que he elegido. De esta forma, logro centrar el Plan de Cuidados en los resultados obtenidos. La valoración del paciente ha sido posible al modelo de Marjory Gordon de los 11 Patrones Funcionales que me ha permitido obtener importantes datos del paciente, tanto físicos como psíquicos, de manera organizada para poder analizarlos fácilmente. Los 11 patrones funcionales consisten en una división estructurada del funcionamiento de la persona de forma integrada que no debemos interpretar aisladamente. Gracias a estos modelos he podido priorizar el diagnóstico principal de mi paciente seleccionando un conjunto de intervenciones y actividades enfermeras para reducir los problemas de salud y eliminar los posibles riesgos de complicación. La elaboración de este Plan de Cuidados me ha proporcionado nuevos conocimientos del ámbito de la Salud Mental y de las técnicas que deben realizarse en los pacientes psiquiátricos, basándose siempre en el respeto y la atención humanizada.

**MARCO:**

**NOC del DXE:**  
(1204) Equilibrio emocional.

**NOC de la CP:**  
(1603) Conducta de búsqueda de salud.

**DxE CLAVE:** (00251) Control emocional inestable r/c trastorno psiquiátrico m/p ausencia de contacto visual.

**CP- CLAVE:**  
R.C. Depresión

INDICADORES:	Situación Inicial	Objetivo Diana	Situación alcanzada	Tiempo
<b>DxE:</b> (120404) Refiere dormir de forma adecuada.	1	4	3	24h
<b>DxE:</b> (120415) Muestra interés por lo que le rodea.	2	4	4	24h
<b>DxE:</b> (120402) Muestra un estado de ánimo sereno.	1	3	3	24h
<b>CP:</b> (160301) Hace preguntas relacionadas con la salud.	5	5	5	24h
<b>CP:</b> (160310) Describe estrategias para optimizar la salud.	5	5	5	24h
<b>CP:</b> (160316) Busca ayuda cuando es necesario.	5	5	5	24h

**EVALUACIÓN**

**DxE**

(1204) Equilibrio emocional.

**CP**

(1603) Conducta de búsqueda de salud.

**NIC**

	ACTIVIDADES DxE	ACTIVIDADES CP
<b>DxE</b>	<p>(5330) Control del estado de ánimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.</li> <li>- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones).</li> <li>- Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto con el paciente que tiene déficits cognitivos.</li> <li>- Animar al paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.</li> <li>- Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (antidepresivos, litio, anticomociales, antipsicóticos, ansiolíticos, hormonas y vitaminas).</li> </ul> <p>(1850) Mejorar el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</li> <li>- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de inicio de sueño y objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, etc.), según corresponda.</li> <li>- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</li> <li>- Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño.</li> <li>- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.</li> </ul> <p>(5450) Terapia de grupo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común entre sí.</li> <li>- Animar a los miembros a que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y demás sentimientos entre sí.</li> <li>- Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/respuestas deseadas.</li> <li>- Proporcionar ejercicios de grupo estructurados, según corresponda, para favorecer la función y conciencia grupal.</li> <li>- Utilizar el juego de roles y de resolución de problemas, según corresponda.</li> </ul>	<p>(5606) Enseñanza individual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer una relación de confianza.</li> <li>- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).</li> <li>- Seleccionar los métodos/estrategias adecuados de enseñanza del paciente.</li> <li>- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes.</li> <li>- Incluir a la familia, si es adecuado.</li> </ul> <p>(7100) Estimulación de la integridad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuchar a los miembros de la familia.</li> <li>- Determinar las relaciones familiares típicas para cada familia.</li> <li>- Proporcionar intimidad a la familia.</li> <li>- Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del paciente, de acuerdo con los deseos de este.</li> <li>- Facilitar las visitas familiares.</li> </ul>
<b>RC</b>		

**DIAGNÓSTICOS**

**ENFERMEROS**

(00078) Gestión ineficaz de la propia salud r/c déficits m/p dificultad con el régimen terapéutico prescrito.

(00095) Insomnio r/c estresores m/p energía insuficiente.

(00251) Control emocional inestable r/c trastorno psiquiátrico m/p ausencia de contacto visual.

(00146) Ansiedad r/c grandes cambios m/p cambios en el patrón del sueño.

(00121) Trastorno de identidad personal r/c cambios en el patrón del sueño.

(00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración en el autoconcepto m/p la familia expresa cambios en la interacción.

(00053) Aislamiento social r/c dificultad para establecer relaciones m/p sentirse diferente de los demás.

(00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c cambios en el patrón de sueño m/p disforia.

**COMPLICACIONES POTENCIALES**

- R.C. Suicidio.
- R.C. Depresión.
- R.C. Agresividad.
- R.C. Consumo de sustancias psicoactivas.
- R.C. Fracaso académico.
- R.C. Descuido de higiene y cuidado personal.

**CONTEXTO CLIENTE**

(HISTORIA)

**Datos personales:**

Varón 26 años.

**Motivo de ingreso:**

Traído por las FOP a SU por conducta inadecuada de varios días.

La madre refiere que ha dormido poco la última semana.

Se ingresa con diagnóstico de fase maniforme en paciente con Sdme. Asperger.

**Antecedentes:**

Sdme. Asperger Moderado y TDA sin Hiperactividad. No AMC, no DLP, no HTA, no DM. No fumador. No hábito enólico.

**Exploración física:**

Constantes estables. Afebril. Normopeso. Micción y deposición positiva. Independiente para las ABVD y las AIVD. Insomnio. Posee problemas de concentración y para expresar ideas, dificultad en la toma de decisiones y el aprendizaje. Inquietud psicomotriz y muestra manierismo y cierta desinhibición. Ansiedad. Dificultad socialización.

**Otras Pruebas:**

No procede

**Tratamiento:**

- ✓ **Crónico:**  
Zyprexa 2.5mg (Olanzapina) vía oral y una vez al día (no lo toma)
- ✓ **Actual:**
  - Zyprexa velotab bucodispensables 15mg, 1 cada 24h (0-0-0-1)
  - Zyprexa velotab bucodispensables 0,5 mg 1 cada 24h (1-0-0-0)
  - Plenur 400mg 2 cada 24h (1-0-1-0)
  - Rivotril 0.5mg 2 cada 24h (1-0-1-0)



## 6. DISCUSIÓN

En la actualidad el Síndrome de Asperger, al igual que el resto de trastornos generalizados del desarrollo, es un tema tratado en diversos estudios e investigaciones debido al desconocimiento de muchos de sus aspectos.

En primer lugar, Marcos (2015) asegura que la coexistencia con otros trastornos relacionados dificulta la determinación de un diagnóstico preciso. Por ello, adquieren importancia las investigaciones destinadas a clarificar y conocer más detalladamente las características propias del síndrome, tratando de establecer un diagnóstico concreto y diferencial lo más riguroso posible.

En segundo lugar, continúa generando controversia la clasificación del SA, existiendo autores como Latorre y Puyuelo (2016) quienes defienden que dicho síndrome debe considerarse una entidad patológica diferente al autismo, facilitando así un pronóstico más específico a los especialistas. A diferencia de ellos, otros autores (Calderón et al., 2018) están de acuerdo con la nueva clasificación del DSM-5 donde el SA se considera un continuo del Trastorno del Espectro Autista abandonando por ello su independencia diagnóstica.

Tras la revisión de la bibliografía para la elaboración del TFG, se pueden distinguir gran variedad de manifestaciones clínicas características del Síndrome de Asperger.

En el caso del sujeto de estudio de este trabajo y de acuerdo con Cerna y Contreras (2018), el nivel intelectual de estas personas tiende a considerarse entre normal- medio y normal- bajo, influyendo en el rendimiento escolar, como ocurre con el paciente. De igual modo, en la elaboración del Plan de Cuidados se han podido corroborar otros razonamientos de estos autores relacionados con la dificultad para mantener la atención y la concentración, debido a un CI manipulativo inferior. Además, estos aspectos podrían agravarse por el diagnóstico de TDA (Trastorno Déficit de Atención), ya que como demuestra la evidencia (Vargas et al., 2019) y el caso, tiende a ser una afección comórbida del SA.

Sin embargo, aunque Jiménez (2017) argumenta que estos niños pueden tener una mayor habilidad para desarrollar una lectura más avanzada que el resto de su misma edad, esta particularidad no podemos confirmarla en el sujeto tratado.

Diferentes estudios (Hadjipanayi & Michael-Grigoriou, 2020; Vargas et al., 2019) han demostrado que las alteraciones del desarrollo motor son propias de este síndrome, destacando sobre todo la torpeza motora, como puede observarse en el caso estudiado con la manipulación de piezas pequeñas. Asimismo, teniendo en cuenta a Hosseini y Molla (2020), pueden apreciarse posturas singulares y poco comunes detectadas en nuestro paciente cuando permanece en el sofá del comedor o mientras camina.

Respecto a los intereses y comportamientos, autores como Estaún-Gracia (2020), consideran los movimientos de las personas con Síndrome de Asperger como repetitivos, interactuando en algunos casos con ciertos objetos, como un bolígrafo, o con su propio cuerpo. En dicho sujeto se pueden observar fácilmente tics motores y vocales, descritos en artículos (Fernández, 2015; Nieto-Pico et al., 2019) como movimientos rápidos y sonidos que surgen de forma espontánea elevando en este caso el tono de voz. Se acentúa más en la infancia asociándose a trastornos como el déficit de atención que presenta el paciente.

Junto a estas manifestaciones clínicas también es característica la obsesión por las rutinas diarias, pues como afirma Rosa (2019) y como se aprecia en el varón durante el periodo de tiempo de estudio, estas personas necesitan seguir un patrón de actividades a lo largo del día que se reitere todos los días, evitando de esta forma alteraciones en su conducta, como una mayor agitación y nerviosismo.

Pérez (2015) expone que otra de las características destacables del SA es el manierismo manifestado, en este paciente, con la sacudida de las manos, entre otras formas.

Una vez realizada la revisión bibliográfica de forma exhaustiva y tras haber analizado los diferentes aspectos que son objeto de estudio de este

síndrome, se puede señalar que el lenguaje es un factor significativo que va a tener gran influencia en las interacciones sociales (Campos, 2018).

Al mantener una conversación con el paciente resulta fácil distinguir las alteraciones conductuales en la comunicación tanto verbal como no verbal, siendo en este caso las más frecuentes y peculiares la ausencia de contacto visual y de expresión facial durante la comunicación, dicho en palabras de Moncayo (2018).

Las conversaciones que pueden mantener las personas con SA, tal y como se ha comprobado durante el periodo de elaboración del Plan de Cuidados, tienden a ser lineales centrándose especialmente en sus temas de interés y sin prestar demasiada atención a las opiniones, puntos de vista o expresiones de la otra persona. Ruíz-Fuster (2015) destaca las ecolalias como una de las características propias de este síndrome, afirmándose dicho argumento con lo observado en el varón, pues a menudo emite palabras obscenas, expresadas por otros pacientes, de forma repetitiva e inconsciente. A diferencia de otro de los planteamientos de dicho autor, en el paciente no se contempla la inversión pronominal como una de sus particularidades.

En el proceso enfermero se puede comprobar cómo el sujeto refiere sentimientos de soledad, pues como demuestran algunos autores (Donado et al., 2020; Gómez et al., 2017) puede ser una de las consecuencias del aislamiento social frente al deseo de establecer una verdadera amistad.

Desde la posición de Florez y Saavedra (2020), el miedo al rechazo, secundario a las dificultades sociales propias de este síndrome y destacadas en este estudio, podría suponer alteraciones psicológicas y sociales en el adolescente, convirtiéndose esto en un inconveniente importante para su salud mental.

Fácilmente puede comprobarse que la alexitimia descrita en palabras de Ruíz- Pavón (2015) se convierte en una de las manifestaciones más características de las personas con SA, como ocurre en este caso. Esta dificultad para identificar las emociones conduce al individuo a la incapacidad

para distinguir entre las sensaciones experimentadas por hambre, cansancio o enfado (Hjort- Colunga et al., 2018).

De acuerdo con Cárdenas (2016), tras haber analizado las diferentes características conductuales, emocionales y sociales anteriormente mencionadas, para alcanzar el objetivo de que las personas con SA puedan cumplir sus propósitos a pesar de presentar ciertas limitaciones, se deben fomentar las terapias de ayuda. Autores como Hernández (2019), dan a conocer diferentes terapias alternativas y eficaces para este tipo de pacientes, algunas de las cuales se pueden apreciar en otros estudios (Donado et al., 2020) en los que se describe la terapia dirigida a los adolescentes a través de la aventura. Dicho programa permite superar las limitaciones tanto a nivel individual como grupal mediante distintas actividades que fomentan la comunicación y la participación dentro de un espacio natural.

Una vez finalizada la revisión bibliográfica se puede destacar la importancia de proporcionar conocimientos indispensables sobre el Síndrome de Asperger a los profesionales sanitarios, concretamente a los pertenecientes a la Atención Primaria. De esta forma, varios autores (Hurtado et al., 2016) aseguran que estos casos podrá ser diagnosticados más fácilmente favoreciendo un tratamiento multidisciplinar individualizado.

Tabuenca (2019) argumenta que para lograr el objetivo mencionado anteriormente hay que tener en cuenta la ausencia considerable de formación al respecto por parte del personal sanitario en la actualidad. Además, a este obstáculo se añade la particularidad de que las manifestaciones del SA pueden ser muy diferentes y cambiantes entre los niños, como por ejemplo que el paciente se muestre poco colaborador con el personal de Enfermería. Por ello, se dificulta la recogida de información necesaria y puede llegar a conducir a un diagnóstico erróneo e incluso sin llegar a ser diagnosticados.

Dicho autor al igual que Vázquez y Zaragoza (2018), defienden la importancia de Enfermería para ayudar en la detección precoz y en la administración de los cuidados necesarios a estos pacientes mediante diferentes fines terapéuticos basados en la individualización de estos cuidados dirigidos a cada familia.

Para ello, son de gran utilidad los programas de detección temprana, los cuales permitirán que el pronóstico del niño a nivel social sea mejor. Como afirma Tabuenca (2019), para que esto sea posible, es fundamental un trabajo en equipo que englobe tanto a los profesionales sanitarios como a las familias y el ámbito educativo.

Teniendo en cuenta a Rivera (2017), los padres de niños que presentan trastornos conductuales y del comportamiento refieren sentirse realmente preocupados por la atención médica y psicopedagógica que sus hijos requieren.

Por este motivo, el papel de Enfermería adquiere cada vez más protagonismo en los casos de pacientes con SA. Entre algunas de sus funciones, se pueden destacar la cuidados que brindan a los pacientes sin olvidar la atención que deben recibir sus familias, siendo imprescindibles para lograr un tratamiento óptimo, tal como se pretende en el Plan de Cuidados. De esta forma, se podrán contemplar los factores asociados a su salud y hábitos de vida, incluyendo además los relacionados con la integración social y laboral (Tabuenca, 2019).

Por otro lado, como destacan algunos autores (Rivera, 2017; Pacheco, 2017), las asociaciones destinadas a personas con SA van a trabajar desde una perspectiva interdisciplinar con el propósito de facilitar un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. Todo ello, gracias a la formación de los profesionales como Enfermería, la ayuda psicológica y social a las familias y la actuación directa, para mejorar de esta forma la adaptación social y la calidad de vida de los pacientes.

A modo de conclusión, Enfermería junto con otros profesionales como psicólogos, educadores y pediatras, resultan imprescindibles para conseguir una rápida detección y poder así proporcionar los mejores cuidados tanto a los niños como a sus familiares ofreciendo la ayuda y el asesoramiento necesario.

### **6.1. Limitaciones**

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- Limitación de tiempo de seguimiento para la realización de las intervenciones planificadas en el sujeto de estudio; pues los resultados asociados a los problemas psicológicos son perceptibles a medio y largo plazo, por lo que no se puede confirmar si han sido solucionados o no tras el alta.
- Sujeto poco colaborador con los profesionales sanitarios, dificultando en numerosas ocasiones la recogida de información necesaria a través de la comunicación enfermera-paciente.

## 7. CONCLUSIONES

1. El Síndrome de Asperger se encuentra en la clasificación DSM-5 atendiendo a sus características y a su relación con el TEA. En la clasificación CIE-10 se reconoce este síndrome como una entidad clínica independiente. Dentro de las manifestaciones clínicas de estos pacientes destaca la inteligencia, con un CI total entre normal-medio y normal-bajo, intereses y comportamientos restringidos y repetitivos y un desarrollo motor caracterizado por la torpeza.
2. El trastorno SA presenta dificultades en la adquisición de habilidades lingüísticas. Esto influye en la interacción social y puede provocar aislamiento.
3. La actuación de las familias y grupos de ayuda en combinación con otras terapias son fundamentales para lograr un correcto tratamiento en pacientes con SA, destacando el apoyo de los padres en todo momento y la educación que estos concedan a sus hijos.
4. La realización del Plan de Cuidados facilitó la identificación del diagnóstico principal como *(00251) Control emocional inestables r/c trastorno psiquiátrico m/p ausencia de contacto visual* siendo el Riesgo de complicación principal la *Depresión*. Durante la elaboración del mismo se detalla la importancia de Enfermería en el adecuado abordaje emocional en paciente con SA.





## 8. REFERENCIAS

- Alconero-Camarero, A. R., & Hernández-Jiménez, C. (2013). Gestión ineficaz de la propia salud en personas con enfermedades crónicas. *Enfermería Clínica*, 23(3), 135-136.
- Almanza, B., Calderón, G. O., & Pérez, F. C. (2017). Las Emociones en Niños con Síndrome de Asperger. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(2), 29-31.
- Ambrosio, L., & Pumar-Méndez, M. J. (2013, April). Factores del entorno de trabajo que influyen en la ocurrencia de errores de administración de medicación. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 36, No. 1, pp. 77-85). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5: American Psychiatric Association- APA* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asperger H (1944). «Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter [Psicopatología autista en la infancia]». *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten* (en alemán) 117: 76-136. [doi:10.1007/BF01837709](https://doi.org/10.1007/BF01837709).
- Baltasar, D. M. S. (2014). Relación entre autoconcepto, ansiedad e inteligencia emocional: Eficacia de un programa de intervención en estudiantes adolescentes. 290.
- Beltrán, A. P., & Palacios, A. G. (2016). *La regulación emocional y el trastorno límite de la personalidad*. 38.
- Bonete, S., Vives, M. C., Fernández-Parra, A., Calero, M. D., & García-Martín, M. B. (2010). Potencial de aprendizaje y habilidades sociales en escolares con el trastorno de Asperger. *Psicología Conductual*, 18(3), 473.

- Boxó Cifuentes, J. R., Aragón Ortega, J., Ruiz Sicilia, L., Benito Riesco, O., & Rubio González, M. Á. (2013). Teoría del reconocimiento: aportaciones a la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 67-79. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000100005>
- Brenlla, J. (2012). Entrenamiento en habilidades sociales en un joven con síndrome de Asperger. 47.
- Burbano, J. P., & Muñoz, J. (2016). Salud mental y fortalecimiento de resiliencia durante el proceso de hospitalización y recuperación en niños, niñas y adolescentes del Hospital Infantil Los Ángeles. *Boletín Informativo CEI*, 3(3).
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Faan, P. R., Dochterman, J. M., Wagner, C., & Mba, R. P. (Eds.). (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier
- Cabrera, M., & Medina Azócar, M. (2017). El docente de aula regular y la atención educativa de niños que presentan Síndrome de Asperger. *Dialógica: revista multidisciplinaria*, 14(1 (Enero-Junio)), 50-86. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6216221>
- Calderón Reza, J. C., Reza Suárez, L., Lamingo Soriano, G., Loaiza Matos, M., & Neira Vera, M. (2018). Trastornos del espectro autista: síndrome de Asperger y su repercusión en el rendimiento académico. *Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo*, septiembre. [https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/09/trastornos-rendimiento-academico.html?fb\\_comment\\_id=2055709337793307\\_2588260021204900](https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/09/trastornos-rendimiento-academico.html?fb_comment_id=2055709337793307_2588260021204900)
- Campos Jiménez, J. (2018). *Síndrome de Asperger, en área del lenguaje y comunicación y área social* [Thesis, Universidad Academia de

Humanismo

Cristiano].

<http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/5187>

Cárdenas Narváez, R. (2016). *Situación familiar, social, política y de salud de los niños que padecen de Síndrome de Asperger en la ciudad de Quito.*

<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/5618>

Carpenito-Moyet, L. (2005). Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4o ed. Madrid interamericana McGraw Hill.

Carretero, J. (2010). El espacio grupal como herramienta de terapia ambiental en enfermería de salud mental.

Ceballos-Ospino, G. A., Suárez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L. M., González, K. E., & Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22.

Cerna Márquez, M. A., & Contreras Martínez, L. M. (2018). Síndrome de Asperger: Revisión sistemática de aspectos Neurocognitivos. *Acta Pediátrica Hondureña*, 9(1), 894-907.  
<https://doi.org/10.5377/pediatria.v9i1.8588>

Cilio, D., Herrera, K., & Carrera, E. V. (2013). Monitorización de Signos Vitales Mediante una Red de Dispositivos Móviles. *MASKAY*, 3(1), 58-63.

Corcio Nuñuvero, H. E. (2012). Manual para el manejo y uso de antisépticos y desinfectantes de uso intrahospitalario en el hospital belén de trujillo.

Cruzado Tafur, N. P. (2018). *El desarrollo emocional en adolescentes con Síndrome de Asperger mediante la improvisación teatral.*  
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/32813>

De Lourdes, G. H. M. (2015). 3.4. 2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Díaz Fuentes, Y. (2020). *Afrontamiento del estrés y modelos de intervención en las familias que tienen hijos o hijas con TEA o Asperger. Una revisión bibliográfica.* <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19804>

Donado, S. C., Gavira, J. F., & Llerena, A. M. (2020). Propuesta de programa de Terapia de Aventura para Adolescentes con Síndrome de Asperger. *E-motion: Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, 14, 105-127. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7486033>

Ehlers, S.; Gillberg, C.; Wing, L.: [A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children.](#) *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1999; 29(2):129–141

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.

Estaún-Gracia, E. (2020). *Propuesta Inclusiva para mejorar la Educación Emocional en el aula: un niño con Síndrome de Asperger en la etapa de Primaria.* <https://reunir.unir.net/handle/123456789/10732>

Falcato, M. A., Muñoz, N. H., & Urquiola, Y. C. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 7(3), 152-154.

Faridi, F., & Khosrowabadi, R. (2017). Behavioral, Cognitive and Neural Markers of Asperger Syndrome. *Basic and Clinical Neuroscience*, 8(5), 349-359. <https://doi.org/10.18869/nirp.bcn.8.5.349>

Fernández García, A. (2015). Revisión teórica del Síndrome de Asperger.

- Fernández Salinas, J. (2016). *El Trabajo Social como herramienta de integración de Asperger en el sistema educativo*. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/19459>
- Ferreras, J. O., Barea, J. V., Casatejada, M. G., Galán, V. M., Abad, L. A., & Anes, J. D. Y. C. (s.f.) EL GRUPO EN UNA UHB. TRABAJO MULTIDISCIPLINAR.
- Florez Serrano, M. C., & Saavedra Bello, S. C. (2020). Asperger: mi reto es aprender- Caso de convivencia escolar. *AGIFES*. (2013). *AGIFES. Obtenido de Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental: <https://agifes.org/es/campanas/saludmental-para-todos/nueva-definicion-salud-mental>*.  
<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/18301>
- García Albert, Á., & García Vélez, A. J. G. (2018). Síndrome de asperger y educación física. *EmásF: revista digital de educación física*, 50, 30-39. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6266670>
- García Echeverría, S. (2018). TIC PARA FORTALECER LA COMPETENCIA COMUNICATIVA LECTORA DE ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE ASPERGER. *Revista Científica de Publicación del Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior*, 4(4). <http://ojs.cepies.umsa.bo/index.php/RCV/article/view/7>
- Gillberg, C.; Gillberg, C. I.; Rastam, M.; Wentz, E.: The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism* 2001; 5(1):57–66
- Gómez, A. L. (2018). Inclusión Educativa en Síndrome de Asperger. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, 4(3). <https://doi.org/10.17561/riai.v4.n3.2>.

Gómez Gerdel, M. de los Á., Guerrero López, J. F., & Leiva Olivencia, J. J. (2017). *Análisis de la inclusión socioeducativa de jóvenes con síndrome de Asperger: un estudio cualitativo*. <https://rio.upo.es/xmlui/handle/10433/5300>

Gómez Tapia, M. del M., Maqueda Martínez, M. Á., & Gómez Varela, B. (2016). La calidad de vida de una familia con un miembro con síndrome de asperger: una visión enfermera. *Perspectivas y Análisis de la Salud*, 2016, ISBN 978-84-617-5568-4, págs. 181-186, 181-186. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5839183>

González, J. V., Arenas, O. A. V., & González, V. V. (2012). Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. *Archivos de Medicina (col)*, 12(2), 221-240  
González Alba, B. (2015). La experiencia escolar de una persona con Síndrome de Asperger.

González Alba, B., & Cortés González, P. (2020). Visual thinking en personas con Síndrome de Asperger. Un caso de estudio. *Dedica. Revista de Educação e Humanidades*, 17, 295-312. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7653709>

González-Alba, B., Cortés-González, P., & Mañas-Olmo, M. (2019). EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE ASPERGER EN EL DSM-5. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 17(2), 332-353. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2077-21612019000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-21612019000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

González-Martínez, A.-M., Yela-Torres, L.-M., & Zuluaga-Valencia, J.-B. (2018). Síndrome de Asperger: flexibilidad cognitiva, teoría de la mente, y lenguaje expresivo y comprensivo. Aportaciones al perfil neuropsicológico. *Búsqueda*, 5(20), 10-27. <https://doi.org/10.21892/01239813.389>

- González Rodríguez, M., Ibáñez, I., & Barrera, A. (2017). Rumiación, preocupación y orientación negativa al problema: procesos transdiagnósticos de los trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria y del estado de ánimo. *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 20, no. 2 (jul.-dic. 2017); p. 30-41.
- Gordon Alonso, C. (2018). *Propuesta de intervención para jóvenes y adultos con Síndrome de Asperger de Grado 1*. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/32478>
- Gordon, M. (1999). Diagnóstico enfermero: Proceso y aplicación.
- Gnecco Laborde, J. La adolescencia y el Síndrome de Asperger.
- Hadjipanayi, C., & Michael-Grigoriou, D. (2020). Conceptual knowledge and sensitization on Asperger's syndrome based on the constructivist approach through virtual reality. *Heliyon*, 6(6), e04145. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04145>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & North American Nursing Diagnosis Association. (2019). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2018- 2020, undécima edición*. Barcelona: Elsevier España.
- Hernández Ávila, Y. (2019). Complicaciones asociadas al uso de fármacos en pacientes con síndrome de Asperger.
- Hernández Guerra, A. M. (2020). Dificultad de adaptación social en niños con síndrome de Asperger de 8 a 14 años de edad pertenecientes al centro de Terapia Integral Minds, debido al desconocimiento de patrones de conducta por parte de su entorno familiar y social. *Repositorio Institucional - USIL*. <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/USIL/9646>
- Hernández Martín, C. (2016). El modelo de virginia henderson en la practica enfermera.

- Hjort-Colunga, A. I., De la Vega-Morales, R. I., & Barriguete-Meléndez, J. A. (2018). Eficacia de un tratamiento interdisciplinario en pacientes con bulimia nerviosa y alexitimia de una clínica privada de la Ciudad de México.
- Hosseini, S. A., & Molla, M. (2020). Asperger Syndrome. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557548/>
- Hurtado Melero, V., González Ramirez, S., González Medina, E. M. (2016). CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DEL TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO Y SÍNDROME DE ASPERGER EN EL PACIENTE PEDIÁTRIC.
- Iglesias Navarro, J. (2020). *REVISTA CULTURAL DEL COLEGIO DE PROFESORES REGIÓN DE LOS LAGOS:: • Cultura Rescatar la Dignidad de la Palabra.*
- Jiménez Belmonte, M. (2017). El síndrome de Asperger. Intervención psicoeducativa. *RECERCAT (Dipòsit de la Recerca de Catalunya)*. <https://repositorioinstitucional.ceu.es/handle/10637/11519>
- Jiménez, J. (2018). *Síndrome de Asperger, en área del lenguaje y comunicación y área social* [Thesis, Universidad Academia de Humanismo Cristiano]. <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/5187>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217- 250.
- Lagoueyte Gómez, M. I. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 209-213.



[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-08072015000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-08072015000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

Latorre, C., & Puyuelo, M. (2016). *Análisis del desarrollo lingüístico y comunicativo de un niño con síndrome de Asperger: un estudio de caso*. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/11473>

López, M. C., Martínez, R. A., & López, M. C. (2011). Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. *Enfuro*, (118), 13-17.

Lifshitz-Guinzberg, A. (2012). La enseñanza de la clínica en la era moderna. *Investigación en educación médica*, 1(4), 210-217.

Madrigal Calleja, I. M. (2018). *El Trastorno de Asperger y el desarrollo de las habilidades sociales en el aula de Educación Primaria*. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5690>

Marcos Palacio, B. (2015). *Intervención e Investigación en Síndrome de Asperger: análisis de los talleres de habilidades sociales en la adolescencia*. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/31400>

Masalán, P., Sequeida, J., & Ortiz, M. (2013). Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos. *Revista chilena de pediatría*, 84(5), 554-564.

Matamoros, S. L. C., & Jaimes, D. V. (2017). INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN MATEMÁTICAS A ESCOLARES DIAGNÓSTICADOS CON SÍNDROME DE ASPERGER. II ENCUENTRO INTERNACIONAL EN EDUCACIÓN MATEMÁTICA, 89.

Meléndez, J. (2018). *2018 Eficacia Tx Interd BN Ana Hjort*. 9, 515-520.

Menárguez Palanca, M. C. (2010). *Impacto de un programa docente sobre la higiene en manos de un hospital general* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones).

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). CIE-10 ES. Clasificación Internacional de Enfermedades- 10.<sup>a</sup> Revisión. Modificación clínica. Tercera edición, Madrid. Ed. Méditor.

Molina, L. S. (2010). *Comprender la depresión*. Editorial AMAT Moncayo Mejía, S. del P. (2018). *Síndrome de Asperger*.  
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/9072>

Molina, R., & Arranz, J. (2010). Depresión. *Barcelona: Editorial Amat*.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, ML y Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) -libro electrónico: Medición de resultados de salud*. Ciencias de la salud de Elsevier.

Muñoz Muñoz, J. (2019). *La inclusión digital en el Síndrome de Asperger*.  
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/45150>

Nieto-Pico, A. M., Rueda-Vargas, A., & Mora-Bautista, V. M. (2019). Trastornos por tics en niños: Un caso con retraso diagnóstico. *Revista CES Medicina*, 33(2), 126-133.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7320212>

Núñez, M. L. R., Henao-Castaño, A. M., Fajardo, E. R. (2020). Mitos y realidades del uso de termómetros infrarrojos: una revisión de literatura. *Revista Ideales*, 11(6).

Ortega, F. R. F., Mendoza, J. V., & Ballestas, L. F. F. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Encuentros*, 12(2), 35-47.

- Otero, M. O., Kendzierski, M., & Rubio, M. E. A. (2015). Intervención Conductual en un Caso de Bajo Estado de Ánimo. *Revista de psicoterapia*, 26(102), 175-188.
- Pacheco Noales, L. (2017). NECESIDADES DE APOYO SOCIAL EN LOS PRINCIPALES CUIDADORES DE NIÑOS CON SÍNDROME DE ASPERGER.
- Paolantonio, M. P., Manoiloff, L. M. V., & Faas, A. E. (2020). Alteraciones prosódicas y comunicativas madre-bebé debido a depresión postparto. *Estudios de fonética experimental*, 241-279. <https://www.raco.cat/index.php/EFE/article/view/375473>
- Paredes Gallegos, K. L. (2018). Percepción del estado de salud familiar en adolescentes de la Institución Educativa del Distrito de San José-Azángaro, 2018.
- Partezani Rodrigues, R. A. (2019). Envejecimiento saludable y el ejercicio de los derechos humanos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3097>
- Pérez, M. C. (2015). Papel de la enfermera de Atención Primaria en la detección precoz del niño con Trastorno del Espectro Autista y Síndrome de Asperger. *RqR Enfermería Comunitaria*, 3(4), 37-53. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5321073>
- Pérez, P. F. (2016). *Inteligencia fluida y cristalizada en el autismo de alto funcionamiento y el síndrome de Asperger*. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4666>
- Pérez, I. P., Pérez, J. M., & Comi, M. L. (2010). Alexitimia y síndrome de Asperger. *Revista de neurología*, 50(3), 85-90. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4223285>

Pesut, D., & Herman, J. (1999). Clinical reasoning: the art and science of clinical and creative thinking.

Pons Prata, J., & Galbany Estragués, P. (2017). Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 1(1).  
<http://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/2>

Rangel Araiza, J. F. (2014). El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia: Revisión de la bibliografía. *Salud mental*, 37(1), 75-82.

Ramos N, G., & Olivares J, G. (2010). *Marco conceptual para la enseñanza sobre los medicamentos y su uso racional*. 47.

Regis Sansaloni, P. J. (2016). Art-therapy and Asperger Syndrome: ¿why, and what for. *Sophia*, 12(2), 187-194.  
<https://doi.org/10.18634/sophiaj.12v.2i.322>

Rivera Mayoral, S. (2017). *Trastorno del espectro autista: Síndrome de Asperger. Programa de intervención comunitaria*.  
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/24571>

Rodríguez, D. T. G., Herrera, M. G., & Londoño, S. P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia*, 7(1), 45-51. Rodríguez Moya, M. (2020). *Síndrome de Asperger: Sensibilización y Conocimiento del mismo*.  
<http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/13144>

Rosa Piquero, Y. de la. (2019). *Microprograma de intervención psicopedagógica para el tratamiento de niños con Asperger a través del Arteterapia*. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/39203>

- Ruiz-Fuster, M. (2015). *Autismo: Inclusión e Intervención Educativa*. <https://dadun.unav.edu/handle/10171/39665>
- Ruiz-Pavón, V. (2015). *El Síndrome de Asperger desde una perspectiva neuropsicológica*. <http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/1424>
- Saura, C. J. I., Juan, M. V., Moreno, J. R., Macià, C. G., Herrero, Á. D., & Fernández, J. M. G. (2015). Revisión bibliométrica en Síndrome de Asperger: Impacto en el ámbito de la psicología y educación. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 3(1), 5-18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761707>
- Scott, F. J.; Baron-Cohen, S.; Bolton, P.; Brayne, C.: [The CAST \(Childhood Asperger Syndrome Test\): Preliminary Development of a UK Screen for Mainstream Primary-School-Age Children](#). *Autism* 2002; 6(1):9–31
- Serfaty, E. M. (2012). Las alteraciones en el sueño: ¿la punta del iceberg de los trastornos afectivos? Una alternativa de tratamiento.
- Suarez, J. L. Á., del Castillo Arévalo, F., Fidalgo, D. F., & Meléndez, M. M. (2010). Manual de valoración de patrones funcionales. *Gijón (Asturias): Servicio de Salud del Principado de Asturias*.
- Tabuenca Vázquez, M. (2019). *Programa de educación para la salud dirigido a padres de hijos con Síndrome de Asperger - Repositorio Institucional de Documentos*. <https://zaguan.unizar.es/record/89034>
- Torres, V., & Monteghirfo, R. (2011). Trastornos del sueño. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 29-46.
- Valencia, A. L. (2019). El síndrome de Asperger: entidad nosológica independiente o variante de los trastornos del espectro autista. *Tempus Psicológico*, 2(1), 154-175. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.2.1.2567.2019>

- Vargas Parraga, G. C., Cárdenas Rodríguez, J. D., Cabrera Moyano, D. M., & León Guaycha, A. G. (2019). Síndrome de Asperger. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(4), 416-433. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7402144>.
- Vázquez, M. T., & Zaragozano, J. F. (2018). Título: Programa de educación para la salud dirigido a padres de hijos con Síndrome de Asperger Title: Education health program aimed at Asperger Syndrome children's parents. *Odontología pediátrica (Lima)*, 17(1), 79-84.
- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Viota Gutiérrez, M. (2017). Concepto y epidemiología autismo-Asperger.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine*, 11(1), 115-129. doi:10.1017/S0033291700053332
- Yust, C. C., & Pérez-Díaz, Á. G. L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology*, 19.
- Zambrano, N., & Ortencia, C. (2017). La depresión como problema social en los adolescentes que conllevan a la autoeliminación intervencion de enfermería.
- Zorrilla, M. J. M., & Mesa, F. J. G. (2012). Paciente con trastorno bipolar: proceso de enfermería. *Revista Ene de Enfermería*, 6(2), 81-88.

## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo 1. Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST)

El Test Infantil del Síndrome de Asperger ha demostrado ser útil en la identificación temprana de niños, entre edades comprendidas entre los cuatro y los once años, cuyos comportamientos sugieren un alto riesgo de presencia de un síndrome de Asperger. Cada pregunta puede proporcionar 0 o 1 puntos, pero hay seis preguntas que no puntúan. Por tanto, la puntuación máxima posible es de 31 puntos. Una puntuación total de 15 o superior sería indicativa de la presencia de comportamientos que justificarían realizar una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud.

	Sí	No
1 ¿Le resulta fácil participar en los juegos con otros niños?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 ¿Se acerca de una forma espontánea a usted para conversar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 ¿Comenzó el niño a hablar antes de cumplir los dos años?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 ¿Le gustan los deportes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 ¿Da el niño importancia al hecho de llevarse bien con otros niños de la misma edad y parecer como ellos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 ¿Se da cuenta de detalles inusuales que otros niños no observan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 ¿Tiende a entender las cosas que se dicen literalmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 ¿A la edad de tres años, pasaba mucho tiempo jugando imaginativamente juegos de ficción? Por ejemplo, imaginando que era un superhéroe, u organizando una merienda para sus muñecos de peluche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 ¿Le gusta hacer las cosas de manera repetida y de la misma forma todo el tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 ¿Le resulta fácil interactuar con otros niños?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 ¿Es capaz de mantener una conversación recíproca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 ¿Lee de una forma apropiada para su edad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 ¿Tiene los mismos intereses, en general, que los otros niños de su misma edad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 ¿Tiene algún interés que le mantenga ocupado durante tanto tiempo que el niño no hace otra cosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 ¿Tiene amigos y no sólo "conocidos"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 ¿Le trae a menudo cosas en las que está interesado con la intención de mostrárselas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 ¿Le gusta bromear?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 ¿Tiene alguna dificultad para entender las reglas del comportamiento educado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 ¿Parece tener una memoria excepcional para los detalles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 ¿Es la voz del niño peculiar (demasiado adulta, aplanada y muy monótona)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 ¿Es la gente importante para él?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 ¿Puede vestirse solo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 ¿Muestra una buena capacidad para esperar turnos en una conversación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 ¿Juega el niño de forma imaginativa con otros niños y participa en juegos sociales de roles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 ¿Hace a menudo comentarios que son impertinentes, indiscretos o socialmente inapropiados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 ¿Puede contar hasta cincuenta sin saltarse números?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 ¿Mantiene un contacto visual normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 ¿Muestra algún movimiento repetitivo e inusual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 ¿Es su conducta social muy unilateral y siempre acorde a sus propias reglas y condiciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 ¿Utiliza algunas veces los pronombres "tú" y "él/ella" en lugar de "yo"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31 ¿Prefiere las actividades imaginativas, como los juegos de ficción y los cuentos, en lugar de números o listas de información?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 ¿En una conversación, confunde algunas veces al interlocutor por no haber explicado el asunto del que está hablando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33 ¿Puede montar en bicicleta (aunque sea con ruedas estabilizadoras)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34 ¿Intenta imponer sus rutinas sobre sí mismo o sobre los demás de tal forma que causa problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 ¿Le importa al niño la opinión que el resto del grupo tenga de él?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 ¿Dirige a menudo la conversación hacia sus temas de interés en lugar de continuar con lo que la otra persona desea hablar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37 ¿Utiliza frases inusuales o extrañas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 9.2. Anexo 2. Cuestionarios de Screening para el síndrome de Asperger y otros Trastornos del Espectro del Autismo de alto Funcionamiento.

El Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista se administra a chicos de 7 a 16 años de edad. El cuestionario presenta 27 ítems que se puntúan escogiendo entre las opciones **No**, **Algo** y **Sí**, asociadas a los valores numéricos de 0, 1 y 2 respectivamente:

**No**

Normalidad.

**Algo**

Indica algún nivel de alteración.

**Sí**

Define una alteración.

La puntuación total va de 0 a 54. Los ítems se refieren a la interacción social, problemas de comunicación, conductas restrictivas y repetitivas, torpeza motora y diferentes tipos de posibles tics. Los autores investigan el alcance del instrumento para su uso en contextos clínicos. Se entrevista a padres y maestros y se pide que completen los ítems. Los datos obtenidos sugieren que el ASSQ es un instrumento de cribaje para trastornos del espectro autista de alto funcionamiento para proporcionar a padres y maestros, válido y fiable para su uso en contextos clínicos. En una primera aproximación puede afirmarse que una **puntuación de 19** dada por maestros o una **puntuación de 22** dada por los padres indicaría la necesidad de realizar al niño evaluaciones más específicas por parte de un profesional de la salud.

	No	Algo	Sí
1 Parece anticuado y precoz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Es considerado por otros chicos como un "profesor excéntrico".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Vive en cierta forma en su propio mundo, con intereses intelectuales idiosincrásicos y restrictivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Acumula hechos o datos relativos a ciertos temas (buena memoria mecánica) pero sin comprender realmente su significado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Posee una comprensión literal del lenguaje metafórico o ambiguo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Posee un estilo de comunicación desviado, con un lenguaje formal, detallado, anticuado o con la entonación similar a la de "un robot".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Inventa palabras o expresiones idiosincrásicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Posee una voz o una forma de hablar diferente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Expresa sonidos involuntariamente; carraspeos, especies de "ronquidos", ruidos con la boca, gritos o risas nerviosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Es sorprendentemente capaz para algunas cosas y sorprendentemente torpe para otras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	No	Algo	Sí
11 Usa el lenguaje libremente, pero falla al realizar ajustes para adaptarse a contextos sociales o las necesidades de los diferentes interlocutores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Le falta empatía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Realiza comentarios ingenuos o embarazosos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Tiende a desviar la mirada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Desea ser sociable, pero falla al establecer relaciones con pares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Puede estar con otros chicos, pero sólo estableciendo sus propios términos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Le falta un mejor amigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Le falta sentido común.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Es pobre en los juegos: no tiene idea de cooperación en un equipo, marca sus "propios goles" (en contra).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Posee torpeza motora, gestos o movimientos mal coordinados, desmañados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	No	Algo	Sí
21 Realiza movimientos involuntarios de la cara o del cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Tiene dificultades para completar simples actividades diarias a causa de la repetición compulsiva de ciertas acciones o pensamientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 Tiene rutinas especiales: insiste en no cambiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Muestra apego idiosincrásico a objetos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 Otros chicos se burlan de él o lo ridiculizan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 Tiene una expresión facial notablemente inusual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 Tiene una postura inusual notable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



### 9.3. Anexo 3. Escala de Diagnóstico para el Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Funcionamiento.

Las respuestas se puntúan asignando a cada ítem observado una puntuación según el siguiente criterio:

- “Nunca”: 1 punto
- “Algunas veces”: 2 puntos
- “Frecuentemente”: 3 puntos
- “Siempre”: 4 puntos
- “No observado”: 0 puntos

Si no se han contestado más de dos preguntas con la respuesta “No observado”, se obtiene la *puntuación directa* sumando los puntos de todas las respuestas (la puntuación mínima que se puede obtener es 18 y la máxima 72).

En caso contrario se obtiene la *puntuación promedio*, sumando los puntos de todas las respuestas y dividiendo el resultado por el número de ítems respondidos (la puntuación mínima que se puede obtener es 1 y la máxima 4).

Se recomienda consultar a un especialista si la *puntuación directa* obtenida es de 36 (o se acerca a ese valor), y si la *puntuación promedio* es de 2 (o se acerca a ese valor).

		Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No observado
1	Tiene dificultades para realizar tareas en las que es especialmente importante extraer las ideas principales del contenido y obviar detalles irrelevantes (por ejemplo, al contar una película, al describir una persona...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Muestra dificultades para entender el sentido final de expresiones no literales tales como bromas, frases hechas, peticiones mediante preguntas, metáforas, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Prefiere hacer cosas solo antes que con otros (por ejemplo, juega solo o se limita a observar cómo juegan otros, prefiere hacer solo los trabajos escolares o las tareas laborales).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Su forma de iniciar y mantener las interacciones con los demás resulta extraña.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Manifiesta dificultades para comprender expresiones faciales sutiles que no sean muy exageradas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Tiene problemas para interpretar el sentido adecuado de palabras o expresiones cuyo significado depende del contexto en que se usan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Carece de iniciativa y creatividad en las actividades en que participa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Hace un uso estereotipado o peculiar de fórmulas sociales en la conversación (por ejemplo, saluda o se despide de un modo especial o ritualizado, usa fórmulas de cortesía infrecuentes o impropias...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Le resulta difícil hacer amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	La conversación con él/ella resulta laboriosa y poco fluida (por ejemplo, sus temas de conversación son muy limitados, tarda mucho en responder o no responde a comentarios y preguntas que se le hacen, dice cosas que no guardan relación con lo que se acaba de decir...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Ofrece la impresión de no compartir con el grupo de iguales intereses, gustos, aficiones, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Tiene dificultades para cooperar eficazmente con otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Su comportamiento resulta ingenuo (no se da cuenta de que le engañan ni de las burlas, no sabe mentir ni ocultar información, no sabe disimular u ocultar sus intenciones...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Hace un uso idiosincrásico de las palabras (por ejemplo, utiliza palabras poco habituales o con acepciones poco frecuentes, asigna significados muy concretos a algunas palabras).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Los demás tienen dificultades para interpretar sus expresiones emocionales y sus muestras de empatía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Tiene dificultades para entender situaciones ficticias (películas, narraciones, teatro, cuentos, juegos de rol...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Realiza o trata de imponer rutinas o rituales complejos que dificultan la realización de actividades cotidianas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	En los juegos, se adhiere de forma rígida e inflexible a las reglas (por ejemplo, no admite variaciones en el juego, nunca hace trampas y es intolerante con los demás).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





