

Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011/2012

TRABAJO FIN DE GRADO
Caso Clínico Enfermería Salud Mental

Autora: Nadia López Marcuello

Tutora: Eugenia Estrada Fernández

CALIFICACIÓN.

--

Palabras clave: Cuidados enfermeros en Esquizofrenia Paranoide

Resumen: Proceso Enfermero para un paciente con reagudización de episodio paranoide por abandono de tratamiento. Primero realizamos valoración general del paciente y organizamos los datos en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, a partir de las cuales sacamos los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración que existen, usando NANDA, NIC y NOC para crear un plan de cuidados personalizado, valorando al final los resultados obtenidos. Por último se hace una reflexión citando las implicaciones que tiene el caso en la práctica clínica.

Descripción del caso

Paciente de 31 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide y Diabetes Mellitus tipo 1, que ingresa de forma involuntaria en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital San Jorge por presentar sintomatología delirante de carácter místico, abandono del tratamiento con nula conciencia de enfermedad y huelga de hambre con riesgo de hipoglucemia.

Valoración general

- Datos generales:

Nombre: LL. T., V. Edad: 31 años Persona con las que convive: Padres.

Relaciones familiares: El paciente refiere mala relación con sus padres y los culpa de su ingreso. Ellos, sin embargo, dicen tener una buena relación con su hijo normalmente, pero desde hace unos días se encontraba distanciado y hostil. Roles bien definidos.

Profesión habitual: Mantenimiento en hotel, negocio familiar. Trabajos normalizados y cotización desde hace 5 años con buen rendimiento. El paciente está satisfecho con su trabajo. Estudios: Estudios básicos.

Antecedentes somáticos: DM tipo 1, Estenosis congénita de píloro.

Antecedentes psiquiátricos: Esquizofrenia paranoide desde 2003, 2 Ingresos previos en UCE y una estancia de 3 meses en UME el año pasado. También es visto periódicamente de manera ambulatoria en su Centro de Salud Mental correspondiente (Jaca).

Motivo del ingreso: Descompensación con nula conciencia de enfermedad, abandono del tratamiento. Alergias: No conocidas

Medicación habitual:

.Risperdal Consta 25 MG: Antipsicótico atípico. Inyección IM. Dosis de mantenimiento: 25 mg cada dos semanas por vía IM.

.Haloperidol 2MG/ML SOL ORAL: Neuroléptico y antipsicótico típico.

.Lantus Solostar: Insulina efecto prolongado + Novorapid: Insulina de acción rápida

.Quetiapina 300 MG: Antipsicótico atípico.

.Diazepam 10 MG: Benzodiazepina con propiedades ansiolíticas.

- Valoración física inicial:

T.A.: 114/71 Pulso: 68x' Temperatura axilar: 36, 6°C

Peso: 63 Kg Talla: 1, 73cm IMC: → 21 Normopeso

Glucemia capilar: 272mg/dl

- Historia enfermera:

Varón de 31 años, conocido en la unidad y dado de alta en UME hace tres meses. Ingresa en Urgencias por reactivación de clínica delirante, de forma involuntaria y contenido mecánicamente por agitación. Predomina delirio de carácter místico-religioso con presencia de alucinaciones auditivas. Diagnosticado también de Diabetes Mellitus tipo 1.

Abandona el tratamiento farmacológico y empieza huelga de hambre hace una semana.

Al ingreso verbaliza "Yo soy el hijo de Dios". Muestra una actitud inquieta e hipervigilante con conducta agitada y agresiva produciéndose un episodio de violencia hacia el personal. Aspecto e higiene descuidados al ingreso.

Al cabo de cuatro días realizo entrevista personal con el paciente y su familia. Se encuentra tranquilo y colaborador. Orientado en espacio, tiempo y persona y sin alteraciones de la memoria. Al ingreso era imposible realizarla por el delicado estado del mismo.

Respira sin dificultad, no refiere tos ni expectoración, "Solo cuando me enfrió". Fuma unos 6 cigarrillos al día, además de 4/5 unidades cannabinoides.

Sigue una dieta diabética de unas 2000 kcal y bebe unos 2 l de agua al día, aunque dice que comenzó huelga de hambre hace unos días pero que en el hospital ha decidido dejarla.

Expresa durante la entrevista que "no quiere dar información sobre su diabetes".

Relación talla- peso correcta (peso: 63, 400 kg, talla: 1, 73 m, → IMC: 21 normopeso). Glucemias controladas desde el alta en Septiembre 2010 (90mg/dl-270mg/dl) hasta hace unos días cuando empeoró su estado. Desde el ingreso mantiene glucemias elevadas. No tiene dificultades para tragar o masticar.

Dice que va bien al baño, que hace de vientre una vez cada 2 días sin necesidad de ninguna ayuda. Su patrón miccional es de unas 7 veces al día, orina clara y sin molestias.

Se muestra ágil. Practica deporte de forma regular. Dice que duerme bien, unas 7 horas por la noche y se levanta bien descansado. Toma medicación para conciliar el sueño.

En cuanto a la vestimenta, dice que no le da nada de importancia, que le gusta ir con ropa de deporte, botas de montaña en invierno, pantalones cómodos y un polar.

Se ducha unas 5 veces por semana, sobre todo después de hacer deporte. Suele lavarse los dientes después de cada comida, "igual alguna vez se me olvida, pero tengo la costumbre de hacerlo". Aspecto de la piel bien hidratada.

Al ingreso aspecto e higiene descuidados, dice que llevaba unos 5 días sin ducharse.

Dice que ya no necesitaba la medicación y que no está tan enfermo como para estar aquí ingresado, que todo ha sido cosa de sus padres. Se encuentra orientado en espacio, tiempo y personas.

Sentidos en buen estado y sin alteraciones de la memoria. No manifiesta dolor de ningún tipo.

Consumidor habitual de tóxicos (4/5 unidades cannabinoides al día), verbaliza que "no le hacen nada de mal, sino todo lo contrario".

Es el mayor de tres hermanos de una familia de hosteleros, con más de 5 años cotizados en trabajos normalizados en negocio familiar, que en la actualidad ha retomado.

En estos momentos presenta una disminución de la vida social, está soltero y muestra rechazo al contacto con la familia y amigos, a ésta primera la culpa de sus ingresos.

Estado hipotímico, dice que "no quiere vivir" y que "lo único que le importa de este mundo es su perro". No tiene ninguna motivación para seguir adelante.

Aficionado al esquí, la escalada y el fútbol. Él se considera un "deportista nato" y muestra rechazo a su diabetes por las limitaciones que le causa ésta a la hora de practicar deporte.

Análisis de los datos. 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson:

1. Respirar normalmente:

Manifestaciones de dependencia: Fumador de unos 6 cigarrillos al día y 4/5 unidades cannabinoides.

Manifestaciones de independencia: Respiración normal, no existe tos ni expectoración.

Datos a considerar: No se observan.

2. Comer y beber adecuadamente

Manifestaciones de dependencia: Se encuentra en huelga de hambre al ingreso.

Manifestaciones de independencia: Relación talla- peso correcta (peso: 63, 400 kg, talla: 1, 73 m, → IMC: 21 normopeso). No tiene dificultades para tragar o masticar.

Bebe 2 l. de agua al día.

Datos a considerar: Dieta habitual diabética.

3. Eliminar por todas las vías corporales

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: Patrón miccional de 6/7 veces al día, orina clara sin dolor. Defeca cada 2 días sin esfuerzo ni dolor, heces de color marrón y consistencia blanda. Sudoración normal.

Datos a considerar: No se observan.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Datos a considerar: Precisa contención mecánica en tórax y extremidades por comportamiento motriz agitado los dos primeros días.

5. Dormir y descansar

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: Dormía unas 7 horas por la noche. Sueño reparador.

Datos a considerar: Toma medicación para conciliar el sueño.

6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: Usa ropa adecuada a la temperatura ambiental.

Datos a considerar: Le gusta ir siempre con ropa cómoda.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: Lleva ropa adecuada a la temperatura ambiente.

Datos a considerar: Precisa contención mecánica al ingreso.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Manifestaciones de dependencia: Aspecto descuidado al ingreso. Llevaba 5 días sin ducharse.

Manifestaciones de independencia: Piel normohidratada.

Datos a considerar: No se observan.

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

Manifestaciones de dependencia: Abandona el tratamiento porque dice que no lo necesita. Nula conciencia de su enfermedad. No acepta tampoco su Diabetes, mostrándose reticente al correcto control de la misma mediante la insulina, la dieta y el ejercicio físico.

Muy agitado, en estado de intensa tensión muscular al ingreso con alucinaciones visuales. Agresión al personal.

Manifestaciones de independencia: Orientado en espacio, tiempo y personas. Sentidos en buen estado. Sin alteraciones de la memoria. No presenta dolor.

Datos a considerar: Diagnosticado de esquizofrenia desde el año 2003 con ideación delirante y presencia de alucinaciones auditivas. Consumidor habitual de entre cuatro y cinco unidades cannabinoides diarias.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones

Manifestaciones de dependencia: Rechazo al contacto con la familia y amigos, a la primera la culpa de sus ingresos. Es incapaz de mantener relaciones satisfactorias con la gente que le rodea.

Manifestaciones de independencia: Sin dificultades para la comunicación, expresión del lenguaje normal en velocidad, cantidad y volumen.

Datos a considerar: La familia muestra una actitud de preocupación ante la situación del paciente.

11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias

Manifestaciones de dependencia: Hipotímico. Dice que "no quiere vivir" y que "lo único que le importa de este mundo es su perro".

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Datos a considerar: No se observan.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

Manifestaciones de dependencia: En estos momentos no hay nada que le motive en la vida.

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Datos a considerar: Más de 5 años cotizados en trabajos normalizados y también en negocio familiar con buen rendimiento y satisfacción.

13. Participar en actividades recreativas

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: Aficionado al esquí, la escalada y el fútbol.

Datos a considerar: No se observan.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: Estuvo ingresado un par de meses en la UME hasta que se produjo su recuperación. Seguimiento ambulatorio.

Datos a considerar: No se observan.

Formulación de problemas. Planificación y ejecución de los cuidados.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- . Riesgo de glucemia inestable r/c incumplimiento del plan terapéutico
- . Riesgo de violencia dirigida a otros r/c lenguaje corporal agresivo, amenazador
- . Déficit de autocuidado (baño, higiene) r/c disminución de la motivación m/p aspecto descuidado.

1. Incumplimiento r/c nula conciencia de enfermedad m/p exacerbación de síntomas psicóticos.

2. Aislamiento social r/c incapacidad de establecer y mantener relaciones personales satisfactorias m/p tendencia al aislamiento, actitud solitaria, hostil

3. Desesperanza r/c estrés prolongado m/p expresiones verbales, falta de implicación en sus cuidados

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN:

1. EFECTOS ADVERSOS 2ª contención mecánica, toma de neurolépticos, consumo de tóxicos.

2. DELIRIOS, ALUCINACIONES 2ª brote agudo esquizofrenia paranoide

* Desarrollo solamente los que se encuentran en negrita por falta de espacio, siendo éstos los más relevantes.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

1. INCUMPLIMIENTO r/c nula conciencia de enfermedad (C, Fps, V) m/p exacerbación de síntomas psicóticos.

Objetivo general: El paciente seguirá en su totalidad el tratamiento prescrito en el plazo de un mes.

Objetivos específicos:

- El paciente explicará en que consiste su enfermedad y los signos y síntomas de ésta.
- El paciente comentará la importancia de seguir correctamente el tratamiento, así como los beneficios de éste y los posibles efectos adversos.
- El paciente se comprometerá a seguir el plan propuesto.

1803 NOC: Conocimiento: Proceso de enfermedad→ Descripción del proceso de enfermedad y precauciones para prevenir las complicaciones.

1813 NOC: Conocimiento: Régimen terapéutico→ Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad.

5602 NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad

Actividades:

- Evaluar los conocimientos del paciente sobre su enfermedad
- Describir el proceso de enfermedad, así como los signos y síntomas de la misma
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras recaídas
- Describir el fundamento de las recomendaciones del tratamiento
- Explorar los recursos y apoyos posibles

5616 NIC: Enseñanza: medicamentos prescritos

Actividades:

- Enseñar al paciente a asumir responsabilidades en el seguimiento del tratamiento
- Informar sobre la necesidad de continuar con la medicación según su capacidad de comprensión y habilidades
- Informar sobre los efectos beneficiosos y secundarios del tratamiento para disminuir su desconfianza y para que sepa buscar ayuda adecuada para corregirlos
- Proporcionar la medicación según las pautas médicas asegurando su administración

5520 NIC: Facilitar el aprendizaje

Actividades:

- Ajustar las instrucciones al nivel de aprendizaje y comprensión
- Utilizar un lenguaje familiar

- Fomentar la participación del paciente
- Repetir la información importante

1602NOC: Conducta de cumplimiento→ Acepta el diagnóstico, confía en el profesional sanitario.

1609NOC: Conducta terapéutica. Enfermedad o lesión→ Cumple los tratamientos prescritos, evita conductas que potencian la patología.

4420 NIC: Acuerdo con el paciente

Actividades:

- Determinar cuando el paciente se encuentra con capacidades para hacer "un contrato"
- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, a corto y largo plazo
- Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos
- Disponer de un ambiente abierto, con actitud receptiva, escucha activa y mostrando interés en su evolución
- Facilitar la implicación de los seres queridos
- Ayudar al paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos

2. AISLAMIENTO SOCIAL r/c incapacidad de establecer y mantener relaciones personales satisfactorias (C,Fps,V) m/p tendencia al aislamiento, actitud solitaria, hostil.

Objetivo general: Expresará verbalmente que su sensación de soledad se ha reducido en el plazo de un mes.

Objetivos específicos:

- El paciente explicará los mecanismos para mejorar las habilidades sociales
- El paciente comentará los beneficios de establecer y mantener relaciones satisfactorias con los demás en el plazo de tres semanas.
- El paciente se comprometerá a seguir el plan propuesto

1502 NOC: Habilidades de interacción social→ Relaciones con los demás.

NIC 4362: Modificación de la conducta: habilidades sociales.

Actividades:

- Ayudar al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales
- Abordar al paciente con una actitud de aceptación, siendo honrado y sincero
- Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social
- Ayudar al paciente a identificar tipos posibles de acción y sus consecuencias sociales/interpersonales
- Implicar a los seres queridos
- Reforzar positivamente las interacciones voluntarias del paciente con los demás
- Discutir con la persona lo que espera de sus relaciones sociales y la ayudamos a fijar expectativas realistas
- Favorecer la participación en actos colectivos
- Promover las actividades de enriquecimiento personal y desaconsejar permanecer demasiado tiempo pasivo
- Fomentar la participación de la familia y planificar actividades conjuntas

3. DESESPERANZA r/c estrés prolongado (C, Fps, V) m/p expresiones verbales, falta de implicación en sus cuidados.

Objetivo general: Expresará la percepción de tener un mayor control sobre sí mismo y sobre su entorno en el plazo de un mes.

Objetivos específicos:

- El paciente explicará como usar sus habilidades de afrontamiento para neutralizar los sentimientos de desesperanza.
- El paciente comentará los beneficios de participar en sus cuidados y en las actividades de la vida diaria.
- El paciente se comprometerá a seguir el plan propuesto.

1208 NOC: Nivel de depresión→Estado de ánimo deprimido, Pérdida de interés por actividades.

1201 NOC: Esperanza→ Expresión de ganas o razones para vivir.

1409 NOC: Autocontrol de la depresión→ Refiere mejoría del estado de ánimo, Mantiene el aseo y la higiene personal.

5310 NIC: Dar esperanza

Actividades:

- Ayudar al paciente y a la familia a identificar las áreas de esperanza en la vida

- Informar al paciente acerca de si la situación es temporal
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad sólo como una faceta de la persona
- Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias pasadas del paciente y familia

5270 NIC: Apoyo emocional

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente
- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones
- Realizar expresiones enfáticas o de apoyo
- Animar al paciente a que exprese sentimientos como ansiedad, ira o tristeza
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Permanecer con el paciente y proporcionar seguridad en los momentos más críticos
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones

5330 NIC: Control del humor

Actividades:

- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente
- Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en los autocuidados a medida que pueda tolerarlo
- Relacionarse con el paciente a intervalos regulares y dar oportunidad para hablar de sus sentimientos
- Ayudar al paciente a identificar los aspectos de los factores precipitantes que pueden/no pueden cambiar
- Animar al paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros
- Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia/sueño

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

1. EFECTOS ADVERSOS 2ª CONTENCIÓN MECÁNICA, TOMA DE NEUROLÉPTICOS, CONSUMO DE TÓXICOS

Objetivo: Instaurar las medidas de prevención y detección precoz de cualquier desequilibrio en los signos vitales.

NIC 6680: Monitorización de los signos vitales

Actividades:

- Control y registro periódico de los signos vitales con especial atención a la temperatura corporal, comparándola con los límites estándares según la localización donde se tome: axilar (36°C- 37°C)
- Asegurar el mantenimiento de una hidratación adecuada, llevando un registro de aportes y pérdidas
- Adaptar la ropa de vestir y la ropa de cama a la sensibilidad individual y a la temperatura ambiente

2. DELIRIOS, ALUCINACIONES 2ª BROTE AGUDO ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Objetivo: Instaurar las medidas de prevención y detección precoz de un cuadro delirante o alucinatorio.

NIC 6440: Manejo del delirio

Actividades:

- Disponer un ambiente seguro y terapéutico
- Reconocer los miedos y sentimientos del paciente
- Proporcionar una seguridad optimista y realista
- Proporcionar consideración positiva incondicional

NIC 6510: Manejo de las alucinaciones

Actividades:

- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente
- Animar y ayudar al paciente a expresar sus sentimientos de miedo o ansiedad
- Utilizar una comunicación clara y abierta
- Analizar los puntos fuertes y las capacidades del paciente cuando se preste la asistencia de enfermería
- Administrar los fármacos antipsicóticos según se haya prescrito y monitorizar los efectos
- Ayudar a identificar los desencadenantes de las alucinaciones
- Enseñarle estrategias para el autocontrol de las alucinaciones
- Mantener una rutina coherente
- Ofrecer la oportunidad de comentar las alucinaciones
- Reducir los estímulos ambientales. No hablar en voz alta
- Reforzar la realidad. Hablamos sobre lo que está ocurriendo realmente. No reforzar la realidad de las alucinaciones. Decir que no las oímos.
- Evitar tocar al paciente durante una alucinación.

- Distrarlo con una tarea sencilla o con una conversación. Redirigirlo hacia el tema que se trate
- Animar al paciente a que compruebe las alucinaciones con otras personas de confianza → PRUEBA DE REALIDAD
- Centrar la discusión sobre los sentimientos subyacentes, en lugar de en el contenido de las alucinaciones

NIC 6654: Vigilancia: seguridad

Actividades:

- Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que puedan conducir a una conducta insegura
- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad
- Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas
- Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados

Evaluación de los resultados/seguimiento

El paciente ingresa por Urgencias de forma involuntaria y llega a la planta contenido para evitar lesiones hacia él mismo y hacia los demás. Al día siguiente y tras la administración de medicación antipsicótica mejora su estado y se procede a la suspensión de la contención mecánica. A las horas comienza nuevamente un episodio delirante con agitación del paciente. Primero se inicia contención verbal intentando dialogar con él, se produce un episodio de agresión al personal, se administra medicación antipsicótica de rescate y se decide contener al paciente. Se sigue el Protocolo de Contención Mecánica.

Al tercer día sigue encamado y contenido, se ajusta el tratamiento y al final de la tarde se quitan contenciones en extremidades. Esa noche duerme bien y a la mañana siguiente se suspende también la contención torácica. No vuelve a haber nuevos episodios alucinatorios ni violentos.

Los tres primeros días se mantiene un estricto control de las constantes vitales sin aparición de ningún efecto adverso.

Progresivamente mejora el estado general del paciente y sigue correctamente el tratamiento prescrito en los horarios indicados sin mostrar actitud reticente.

Con el transcurso de los días va mejorando el contacto con los demás, tanto con el personal como con los otros pacientes. Come en el comedor con el resto, pasea por la planta y participa activamente en las actividades grupales.

El paciente mantiene un patrón de sueño adecuado, durmiendo por las noches y levantándose descansado por las mañanas. Se ducha todos los días y se hace la cama sin tener que recordárselo o insistir en ello, dice que "ya conoce las normas". Mantiene también un buen apetito, comiendo en todas las ocasiones raciones completas y no mostrando rechazo a su dieta diabética prescrita. Con la notable mejoría de sus síntomas psicóticos no vuelve a nombrar la huelga de hambre de la que hablaba al ingreso. El tratamiento de insulina es modificado por Endocrino y progresivamente se van estabilizando las cifras de glucemia.

Mejora la expresividad emocional y la empatía. Persiste algo de anhedonia y rigidez emocional y afectiva y hay ratos del tiempo libre que los pasa en solitario. El objetivo de reducir la sensación de soledad se ha conseguido. Durante todo su ingreso ha tenido permisos de salida satisfactorios con sus padres y sus tíos. Participa en actividades colectivas y en un intercambio social efectivo. Se relaciona con personas de su entorno.

Identifica recursos comunitarios/personales de que dispone para mantener la salud, además la familia conoce el tratamiento y los diferentes recursos sociosanitarios que puede utilizar el paciente. El objetivo de percibir mayor control sobre sí mismo y sobre su entorno se ha conseguido.

Al alta refiere aceptar y tolerar el tratamiento, "acepta que le permite llevar su vida".

El reconocimiento de los síntomas positivos y su atribución han mejorado al igual que el sentimiento de reconocerse enfermo. Conoce la enfermedad y las áreas donde necesita ayuda. El objetivo de correcto seguimiento del tratamiento se ha conseguido en gran medida, así como los objetivos específicos.

Aconsejamos una atención continuada en su Centro de Salud Mental correspondiente puesto que se trata de una enfermedad mental crónica y grave que precisa de supervisión continuada. Se recomienda continuar con el fomento de la conciencia de enfermedad y por tanto, de una buena adherencia a su tratamiento. Muy importante continuar con la psicoeducación a nivel ambulatorio para evitar nuevos brotes.

El paciente se va de alta a su domicilio tras un mes en la planta. Tanto él como su familia se encuentran satisfechos con la mejoría, y a pesar de la estabilización que han conseguido, saben que tienen que seguir trabajando para evitar recaídas.

Discusión/implicación para la práctica clínica

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que altera la percepción, los pensamientos, los sentimientos y la conducta de la persona afectada.

Los síntomas habitualmente se dividen en síntomas positivos (también llamado psicosis), como alucinaciones, ideas delirantes y pensamiento desorganizado; síntomas negativos como apatía emocional, ausencia de motivación, retraimiento social y abandono de uno mismo, y síntomas desorganizados, como conducta sin finalidad o expresión plana.

Hay varios tipos de esquizofrenia que se definen por los síntomas predominantes en el momento de la evaluación: Catatónica, desorganizada, indiferenciada o paranoide.

Habitualmente el inicio se produce en la edad adulta joven. Al igual que otras muchas enfermedades crónicas, la esquizofrenia se caracteriza por exacerbaciones o recurrencias en las que el paciente tiene síntomas psicóticos y de otro tipo, y después períodos en los que los síntomas desaparecen.

Aproximadamente una de cada 100 personas tendrá esquizofrenia a lo largo de su vida, pero a pesar de ser un importante problema de salud pública, todavía no se disponen de recursos adecuados para estos pacientes y sus familias.

En nuestro caso, se trata de una esquizofrenia paranoide. Existen ideas delirantes, alucinaciones auditivas, agitación, hostilidad y conducta agresiva como síntomas positivos y anhedonia, aplanamiento afectivo y relaciones insatisfactorias con los demás como síntomas negativos.

El comienzo de la enfermedad en este paciente se produjo a los 22 años de edad.

A lo largo de los 9 años de evolución ha sufrido tres brotes agudos con ingresos en UCE y una estancia en UME de tres meses. El resto han sido períodos sin síntomas.

El paciente cuenta con elementos de buen pronóstico como el consumo de tóxicos y un buen ambiente familiar.

Tanto la esquizofrenia como el resto de problemas mentales implican nuevos retos en el arte de cuidar, que competen de forma significativa a los profesionales de enfermería y a su formación. Según el tipo de intervenciones profesionales, pueden

identificarse básicamente el Centro de Atención Primaria, Centro de Salud Mental, Unidad de Salud Mental Infanto- Juvenil, UCE, UME, ULE, Unidad de Psicogeriatría, Centro de Día y Hospital de Día.

El tratamiento y el control de la esquizofrenia puede dividirse en la farmacología, sobre todo en la fase aguda, y en la rehabilitación psicosocial durante la fase de recuperación.

En la fase aguda, donde están presentes los síntomas, la persona afectada habitualmente no puede mantener el trabajo, ir al colegio, realizar las tareas del hogar o incluso realizar las actividades de la vida diaria.

La rehabilitación se entiende como la proporción de ayuda que requiere la persona para el desempeño psicosocial. Se trabaja con el enfermo en su contexto familiar. Se va a tratar de disminuir o eliminar el déficit o deterioro en las distintas áreas que impiden una integración normal del paciente en su medio.

Se trabajan las áreas de la psicoeducación, las habilidades sociales y la educación para la salud.

Se fomenta la psicoeducación del paciente y de la familia mediante la provisión de información actualizada y comprensible acerca de la enfermedad mental, enseñando a discriminar los síntomas, importancia de la medicación antipsicótica, tomar conciencia de enfermedad, aceptándola y aprendiendo a vivir con ella.

Se entrenan las habilidades sociales mediante programas de habilidades conversacionales, habilidades domésticas, cultura, entrenamiento en automanejo de medicación.... y se fomenta la salud como un bien que se puede obtener activamente, trabajando la sexualidad, alimentación, sueño, prevención de la ansiedad, autoestima, autoimagen y capacidades cognitivas.

También es importante orientar y aconsejar acerca de cualquier duda o problema que presente el usuario y no pueda ser tratado desde los programas elaborados en el ámbito grupal.

Bibliografía

1. Benedí Sanz L, Granada López JM, Rams Claramunt M^aA. Guía de Cuidados Enfermeros en la Red de Salud Mental de Aragón. Plan Estratégico de Salud Mental. Comunidad Autónoma de Aragón. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud; 2008.
2. Eby L, Brown NJ. Cuidados de Enfermería en salud mental. 2^a ed. Madrid: Ed. Pearson; 2010.
3. Fornés Vives J, Sureda García C, Carbadall Balsa M^aC. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2001.
4. Jhonson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Ed. Harcourt. Mosby; 2002.
5. Jhonson M, Maas M, Moorhead S (editoras). Clasificación de resultados de enfermería. Nursing outcomes classification (NOC). 2^a ed. Madrid: Ed. Harcourt. Mosby; 2009.
6. Jonson B. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Madrid: Ed. McGraw- Hill. Interamericana; 2000.
7. Luis Rodrigo M.T, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3^a ed. Barcelona: Ed. Elsevier Masson; 2007.
8. Luis Rodrigo M.T. Los Diagnósticos Enfermeros. 8^a ed. Barcelona: Ed. Elsevier Masson; 2008.
9. Moorhouse MI, Murr A. Cuidados de Enfermería. 7^a ed. Ciudad de México: Ed. Mcgraw Hill. Interamericana; 2008.
10. McCloskey J, Bulechek G.M (editoras). Clasificación de intervenciones de enfermería. Nursing Interventions Classification (NIC). 4^aed. Madrid: Ed. Harcourt. Mosby; 2009.
11. Navarro Góngora J, Fuertes Martín A, Ugidos Domínguez TM^a. Prevención e intervención en salud mental. Salamanca: Ed. Lamarú; 2006.
12. Novel Martí G, Luch Canut M^aT, Miguel López de Vergara M^aD. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Ed. Elsevier Masson; 2007.
13. Reginal Pelletier L. Enfermería Psiquiátrica. Estudio de casos, diagnóstico y planes de cuidado. Barcelona: Ed. Doyma; 2002.
14. Shives R. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Conceptos básicos. Madrid: Ed. McGraw- Hill. Interamericana; 2003.
15. Tejedor García MJ, Etxabe Marceil MP. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: Ed. Glosa; 2007.

