



Universidad de Lleida

Facultad de Enfermería

Grado en Enfermería

INTERVENCIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Trabajo de fin de grado

Curso 2012- 2013

Alumna: Tania Gallego Clau

Tutora: Sra. María Sánchez Fernández

17 de Junio del 2013

ÍNDICE

LISTA DE TABLAS.....	I
LISTA DE ABREVIACIONES:	II
1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1. Trastornos psicóticos y esquizofrenia	5
Subtipos de esquizofrenia.....	7
Fases de la enfermedad	9
Criterios diagnósticos.....	10
Tratamiento	11
Tratamiento farmacológico:	11
Tratamiento psicológico:	13
Tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC).....	15
2.2. Cuidados de enfermería en pacientes con esquizofrenia.....	15
3. OBJETIVOS	17
4. INTERVENCIÓN.....	17
4.1. Caso clínico. Esquizofrenia.	17
4.2. Plan de cuidados.....	19
Valoración de enfermería. Patrones Marjory Gordon.....	20
Plan de cuidados de María.	22
Diagnósticos de enfermería, NOC y NIC ^{19,20,21}	23
Actividades grupales a desarrollar	31
4.3. Evaluación de la intervención	33
5. CONCLUSION – DISCUSIÓN.....	34
6. BIBLIOGRAFÍA	37

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Comparación de las intervenciones indicadas, según las fases de la esquizofrenia (Página 14)

Tabla 2: Objetivos de las actividades recreativas y relación con diagnósticos NANDA (Página 31)

Tabla 3: Horario de actividades (Página 32)

LISTA DE ABREVIACIONES:

OMS: Organización mundial de la salud

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification)

NOC: Nursing Outcomes Classification

T.A: Tension Arterial

F.C: Frecuencia cardiaca

F.R: Frecuencia respiratoria

IMC: Indice de masa corporal

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

R/c: Relacionado con

M/p: Manifestado por

1. INTRODUCCIÓN

El número de personas que padecen problemas psiquiátricos y sus consecuencias está aumentando de forma alarmante en el mundo, según el Informe Mundial sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, debido “al envejecimiento de la población, la agudización de los problemas sociales y los desórdenes públicos”¹

El 1% de la población mundial sufre esquizofrenia y se calcula que en España padecen la patología unas 400.000 personas.² Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida está entre el 0,7 y el 1,5%.³

La prevalencia estimada es de 3 por 1000 habitantes por año para los hombres y 2,86 por 1000 para las mujeres. La edad media de comienzo de la enfermedad es de 24 años para los hombres y de 27 para las mujeres. La incidencia por sexos, 0,84 por 10.000 para los hombres y 0,79 por 10.000 para las mujeres.³

El perfil sociodemográfico de un paciente con esquizofrenia en España es el de un varón, con una edad media de 37,6 años, soltero, con bajo nivel de estudios, que vive en el entorno familiar, inactivo debido a su enfermedad y con un seguimiento de su patología únicamente en consulta psiquiátrica.²

La atención de enfermería a las personas que padecen esquizofrenia y otros trastornos mentales graves sigue siendo un objetivo prioritario para los servicios públicos de salud mental, a la vez que constituyen el grupo de personas con enfermedad mental más vulnerable, expuesto a los riesgos del desarraigo y la marginalidad; y que requieren redes de servicios sanitarios y sociales bien coordinadas, profesionales bien formados y comprometidos, además de la implementación de programas de intervención eficaces.⁴

Es por lo dicho anteriormente, que surge la necesidad de elaborar planes de cuidados individualizados, adaptados a cada paciente y a cada contexto familiar y social en el que estos se encuentren.⁵

Es preciso recalcar la importancia que tiene la rehabilitación como componente vital de la asistencia sanitaria global en estos pacientes. Los cuidados de enfermería irán enfocados, sobretodo, a este tema, y a la integración social.

En el presente trabajo, se realizará una intervención de enfermería, a un paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide.

Quiero expresar mi agradecimiento a aquellas personas que han contribuido a la realización de mi trabajo de fin de grado:

En primer lugar, a María Sánchez Fernández, tutora de este trabajo, por su esfuerzo y dedicación durante todos estos meses. También, mi agradecimiento a María, la paciente voluntaria a la que va dirigida la intervención de enfermería, por su consentimiento para realizarla.

2. MARCO TEÓRICO

Históricamente, el término psicótico ha sido definido de diversas formas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones que se manifiestan.⁶

Otra definición que es más amplia incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia. Por ejemplo, lenguaje y comportamiento desorganizado.⁶

Por otro lado, existen definiciones que no están basadas en los síntomas, por ejemplo, DSM-II y CIE-9. Estas definiciones son amplias y se centran en la gravedad del deterioro funcional, por lo que un trastorno mental se denomina psicótico, si ocasionaba un «deterioro que interfería en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida».⁶

Finalmente, el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.⁶

Los primeros datos que se tienen de la esquizofrenia son del año 2000 a.C, en un antiguo papiro. En esa época pensaban que era por los humores malvados que vivían en el cuerpo.

En el año 1400 a.c, en la India se describe una condición que podría corresponder con la esquizofrenia, para la que se recomendaba “meditación” y “encantamiento” para su tratamiento.⁷

A finales de la Edad Antigua se empezó a dejar de pensar que la esquizofrenia provenía de demonios malignos, y las alteraciones mentales pasaron a ser enfermedades, lo que constituyó un gran progreso.⁷

En la Edad Media se maltrataba a los enfermos mentales y se les encerraba en prisiones. El tratamiento de la gente mentalmente enferma apareció a finales del siglo XVIII.

Philippe Pinel, médico francés, luchó para conseguir unas mejores condiciones en los centros de salud mental.⁷

En el año 1856, Morel, contemporáneo de Kraepelin, introdujo el concepto de “demencia precoz”, para catalogar a un adolescente que era mentalmente activo y luego se volvió apático, aislado y callado.⁷

La psiquiatría moderna nació en Alemania a finales del siglo XIX. En 1870, Hecker introdujo el concepto de hebefrenia para describir un cuadro de inicio en la adolescencia, en la que hay una perturbación mental. En 1886, Emil Kraepelin, hace una descripción de esta condición mental, que aún tiene vigencia en la actualidad. Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro e identifica tres grupos: hebefrenia, paranoia y catatonía.⁷

A principios del siglo XX, Sigmund Freud propuso la teoría que las fuerzas en la mente inconsciente fuertemente influyen en la personalidad y el comportamiento de un individuo.⁷

En 1911 es cuando Bleuler introduce el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz. Para Bleuler era la enfermedad de las tres A: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y efecto incongruente.⁷

Durante las últimas décadas, numerosos científicos han estudiado el cerebro de personas con esquizofrenia, y se ha probado que en numerosas enfermedades mentales, hay problemas en el desarrollo y las actividades químicas y físicas del cerebro.⁷

2.1. Trastornos psicóticos y esquizofrenia

La **esquizofrenia** es un trastorno psicótico grave. Sus manifestaciones básicas son una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a diversos procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad

(delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), lenguaje (lenguaje desorganizado), sentimientos (afecto “plano”, afecto inapropiado), comportamiento, atención, concentración, motivación y juicio.³

Cabe decir que no todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.³

Los síntomas característicos de este trastorno se han clasificado en dos categorías: síntomas positivos y negativos, a los que se ha añadido una tercera, la de desorganización, o síntomas cognitivos.³

Síntomas positivos: Son comportamientos psicóticos que no se observan en personas sanas. Las personas con síntomas positivos frecuentemente pierden contacto con la realidad. Los síntomas positivos incluyen:

- Las **alucinaciones:** Las voces son el tipo de alucinación más común relacionado con la esquizofrenia. Estas voces pueden hablarles acerca de su comportamiento, ordenarles hacer algo o advertirlas de algún peligro. Otras alucinaciones frecuentes pueden ser ver objetos que realmente no existen, oler aromas, o sentir que alguien ajeno a ellos les toca.⁸
- Los **delirios:** Son creencias falsas que no forman parte de la cultura de la persona y se mantienen firmes. Ellos no creen a las personas que les dicen que esas creencias son falsas, piensan que tienen la verdad. Estas personas también pueden tener delirios paranoicos y creer que los demás intentan hacerles daño. Estas creencias se denominan delirios de persecución.⁸
- Los **trastornos del pensamiento:** son maneras inusuales de pensar. Una forma de este trastorno es el pensamiento desorganizado, que se da cuando una persona tiene dificultad para organizar sus pensamientos o conectarlos en una secuencia lógica. En estos casos, a veces hablan de una manera confusa que es difícil de comprender. Otra forma es el bloqueo del pensamiento, que se da cuando una persona deja de hablar repentinamente en medio de una idea. También pueden inventar palabras nuevas o neologismos.⁸

- Los **trastornos del movimiento** se pueden manifestar como movimientos agitados del cuerpo. Una persona con este tipo de trastorno puede repetir ciertos movimientos una y otra vez. En el otro extremo, una persona puede volverse catatónica.⁸

Síntomas negativos: Los síntomas negativos se asocian con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de este trastorno, ya que muchas veces se confunden con los de la depresión u otras condiciones. Estos síntomas incluyen:

- Afecto plano: la persona no mueve el rostro o habla con una voz desanimada y monótona.
- Falta de satisfacción en la vida diaria
- Falta de habilidad para iniciar y mantener actividades planificadas
- Falta de comunicación.⁸

Síntomas cognitivos: son más sutiles. Al igual que los síntomas negativos, estos síntomas son difíciles de reconocer como parte de este trastorno. Con frecuencia, sólo se detectan cuando se realizan pruebas por otras razones. Estos síntomas incluyen:

- Dificultad para comprender información y utilizarla para tomar decisiones.
- Problemas para concentrarse o prestar atención.
- Problemas para utilizar información inmediatamente después de haberla aprendido.

Por lo general, los síntomas cognitivos hacen que sea difícil llevar una vida normal. Además, pueden causar gran angustia emocional.⁹

2.1.1. Subtipos de esquizofrenia

Tipo paranoide: Presencia de delirios sistematizados. Estas ideas, sistemas, percepciones y ocurrencias delirantes pueden ser de distintos tipos:

- a. Tipo persecutorio: por organizaciones o grupos conocidos (más o menos importantes) o desconocidos como gobiernos, policía, etc.
- b. Tipo grandioso: Creencia de poseer capacidades como predecir el futuro, descubrimiento de cosas, etc.
- c. Tipo somático: ideas delirantes acerca del cuerpo.

- d. Tipo religioso-místico: Ideas relacionadas con Dios, el diablo, etc.
- e. Tipo sexual: Ideas delirantes de naturaleza sexual.
- f. Tipo nihilista: Cree que ni el mundo ni lo que hay en él existe, o que todo es mentira.¹⁰

Estas ideas delirantes se acompañan frecuentemente de pseudoalucinaciones auditivas y todos los síntomas son típicamente positivos con poca tendencia a síntomas negativos.

En general este subtipo clínico tiene un comienzo más tardío (20-25 años), con una personalidad más madura y mantenida, que es más estable y permite que el delirio se mantenga durante mucho tiempo o cambie muy poco después de instalarse.

Se da muchas veces la doble contabilidad como una alteración de la unidad del yo, donde el sujeto puede vivir el mundo real, y al mismo tiempo sin que tome contacto alguno, puede vivir el mundo delirante.¹⁰

Este tipo de esquizofrenia puede llegar a ser tan grave que constituya por sí mismo un trastorno delirante.¹⁰

Tipo hebefrénico o desorganizado: Es un cuadro que comienza más tardíamente (14-16 años), por lo tanto, la personalidad del sujeto empieza a estar formada y el pronóstico es más grave. Los pacientes hacen comentarios inadecuados y desubicados, con una conducta desinhibida. Hay fuertes alteraciones de la volición con pérdida del sentido de la vida y suelen tener períodos de inactividad laboral y social.¹⁰

Los pacientes tienen alteraciones significativas del curso del pensamiento más que del contenido como el esquizofrénico paranoide, y rápidamente llegan a disgregarse. Además se asocia a una afectividad fuertemente alterada, inapropiada, plana e incluso autista, con poco contacto con las personas y consigo mismo.

El aspecto general frecuentemente es desgarbado y sucio.¹⁰

Tipo catatónico: Este tipo de esquizofrenia se describe como una esquizofrenia caracterizada por, al menos, dos de las siguientes características:

1. Inmovilidad motora evidenciada por catalepsia, o por lo contrario, agitación motora.
3. Negativismo o mutismo extremo.

4. Peculiaridades en los movimientos voluntarios (movimientos estereotipados, muecas, así como la adopción de posturas extrañas).

5. Ecolalia o ecopraxia. Es una perturbación del lenguaje en la que el sujeto repite involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona en su presencia, a modo de eco.¹¹

Tipo indiferenciado: No se puede adscribir el cuadro clínico a ninguno de los subtipos descritos, ya que presenta una mezcla mayor o menor de los diferentes tipos de esquizofrenia.¹⁰

2.1.2. Fases de la enfermedad

Fase aguda (o crisis). Durante esta fase, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y, generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser también más intensos.¹²

Fase de estabilización (o postcrisis). Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).¹²

Fase estable (o de mantenimiento). Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, circunstancialidad en vez de relajación, ilusiones en vez de alucinaciones, ideas sobrevaloradas en vez de delirios).¹²

Antes de que un paciente que se encuentra en la fase estable presente una recidiva, habitualmente se produce un período prodrómico en el que pueden haber síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos. Este período

prodrómico dura entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses. La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable; en algunos pacientes no se presentan nuevos episodios, en la mayoría se producen exacerbaciones y remisiones, y en una pequeña parte persiste un estado psicótico grave de forma crónica.¹²

La remisión completa no es frecuente en esta enfermedad.¹²

En la fase inicial de la enfermedad, pueden predominar los síntomas negativos y manifestarse fundamentalmente en prodrómicas. Posteriormente, aparecen los síntomas positivos. Dado que estos síntomas positivos responden especialmente bien al tratamiento, es característico que disminuyan; sin embargo, persisten los síntomas negativos. Se ha sugerido que los síntomas negativos pueden intensificarse en algunos individuos durante el curso de la enfermedad.¹²

2.1.3. Criterios diagnósticos

Criterios diagnósticos DSM-IV para el diagnóstico de esquizofrenia:

A.- Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante al menos un mes (o menos si ha sido tratado con éxito).

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado
- Comportamiento catatónico o desorganizado.
- Síntomas negativos (p. e. aplanamiento afectivo, alogia, abulia).¹³

B.- Disfunción social/laboral: una o más áreas de actividad (estudios, trabajo, relaciones interpersonales, cuidado de sí mismo) están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o fracaso en alcanzar el nivel esperable del rendimiento interpersonal, académico o laboral si el inicio es en la infancia o adolescencia).

C.- Duración: Signos continuos durante por lo menos 6 meses que debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A y puede agregar periodos de síntomas prodrómicos o residuales.

D.- Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo.

E.- Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o de una enfermedad médica.

F.- Si hay historia de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico de esquizofrenia se hará si los delirios y alucinaciones persisten por lo menos un mes.¹³

2.1.4. Tratamiento

El tratamiento de la esquizofrenia consta de tratamiento farmacológico, tratamiento psicológico, y terapia electroconvulsiva en algunos casos.

1. Tratamiento farmacológico:

El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia ha evolucionado a lo largo de la segunda mitad del siglo pasado, principalmente gracias al desarrollo de los fármacos antipsicóticos.

Las estrategias y formas de tratamiento de la esquizofrenia varían en función de la fase y la severidad de la enfermedad.¹⁴

El tratamiento farmacológico del paciente esquizofrénico se basa en el empleo de los antipsicóticos o neurolepticos, que en virtud de sus características se clasifican en típicos y atípicos;

Antipsicóticos típicos:

Estos fármacos se introdujeron en su mayoría durante las décadas de los años cincuenta y setenta. Se incluyen aquí los compuestos siguientes: Amisulprida, Clorpromazina, Flufenazina, Haloperidol, Levomepromazina, Loxapina, Perfenazina, Periciazina, Pimozida, Pipotiazina, Sulpirida, Tiaprida, Tioproperazina, Trifluoperazina y Zuclopentixol.¹⁴

La mayor parte de ellos son útiles en el tratamiento del brote psicótico agudo. Su mecanismo de acción común se basa en el bloqueo postsináptico de los receptores dopaminérgicos D2, lo que justifica su utilidad en el tratamiento de los síntomas positivos de la enfermedad. El uso continuado de estos compuestos conduce a un descenso en el recambio de dopamina, lo que ha permitido postular una disminución de su eficacia antipsicótica con el tiempo de uso.¹⁴

Puede producir efectos secundarios:

- Efectos extrapiramidales agudos: distonia, discinesia, acatisia, parkinsonismo.
- Efectos extrapiramidales tardíos: Discinesia, distonia.
- Alteraciones en el EEG: Síndrome neuroléptico maligno, crisis convulsivas, confusión.
- Efectos cardiovascular: Hipotensión ortostática, alteraciones en el ECG, taquicardia, taquiarritmia.
- Efectos sobre el sistema nervioso autónomo, como sequedad de boca, estreñimiento y sialorrea.
- Reacciones alérgicas.¹⁵

Antipsicóticos atípicos:

Tales como la Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, y Zomaril.

Estos fármacos constituyen una auténtica revolución en el tratamiento de la esquizofrenia. Presentan un bloqueo dopaminérgico selectivo, que justificaría su eficacia sobre los síntomas positivos con menor producción de síntomas extrapiramidales; al mismo tiempo también producen un bloqueo serotoninérgico, que explicaría su eficacia sobre los síntomas negativos y los trastornos anímicos.¹⁴

Los efectos secundarios que pueden producir son: aumento de peso, cambios hormonales, disfunción sexual, y disminución de la presión arterial.¹⁶

En ocasiones se utilizan otros fármacos en el tratamiento de la esquizofrenia para potenciar la eficacia terapéutica de los antipsicóticos y para tratar los síntomas residuales, tales como:¹⁵

Benzodiazepinas: Se administran dosis elevadas para intentar disminuir la agitación y la ansiedad.

Betabloqueadores: Una de sus acciones es el aumento de los niveles plasmáticos de los antipsicóticos.

Litio: Se ha utilizado para intentar reducir las conductas impulsivas y agresivas, la hiperactividad o la excitación, así como para estabilizar el estado de ánimo

Anticonvulsivos: Utilizado para las crisis comiciales.

Antidepresivos: Los antidepresivos también se han utilizado, principalmente en aquellos pacientes que han desarrollado una depresión grave.¹⁵

A pesar de que todos los tratamientos farmacológicos existentes tienen limitaciones en cuanto a su eficacia y están relacionados con efectos adversos indeseables, es un hecho demostrado que los antipsicóticos pueden mejorar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y prevenir las recaídas.¹⁴

Duración del tratamiento farmacológico:

Los pacientes que cursan con primer episodio, o bien con recurrencia pero que alcanzan la remisión de sus síntomas, el tiempo de toma de medicamentos debe ser de 12 a 24 meses.

Los pacientes que han presentado varios episodios o no alcanzan la remisión, el uso del medicamento es para una mayor cantidad de tiempo, o de por vida.¹⁵

2. Tratamiento psicológico:

Hay diferentes modalidades en el tratamiento psicológico de la esquizofrenia: Intervenciones psicoeducativas familiares, entrenamiento en habilidades sociales, y las terapias cognitivo-conductuales para los síntomas psicóticos.

En la tabla 1 se comparan los diferentes tipos de intervención.¹⁷

Tabla 1
Comparación de las intervenciones indicadas, según las fases de esquizofrenia

American Psychiatric Association (1997)	Canadian Psychiatric Association (1996)	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1998)	Expert Consensus Treatment Guideline (1999)	Sociedad Española de Psiquiatría (1998)
Fase aguda				
Establecer alianza con pacientes y familia Prevención del daño Reducción de la sobre-estimulación Estructuración del ambiente Comunicación simple Apoyo tolerante Información Talleres de supervivencia familiar	Evaluación inicial y relación terapéutica Manejo de casos Información al paciente y familia Abordaje de crisis e impacto familiar Alianza con la familia Planear descarga	Evaluación Apoyo Refuerzo de la realidad Tratamiento de conductas de riesgos Información al paciente según su estado Información a la familia	Formación del paciente y de la familia Monitorización de la medicación y síntomas Terapia individual de apoyo, centrada en la realidad Grupo de apoyo Evaluación psicosocial	Información a la familia Elaboración de un proyecto terapéutico Evaluación médica, psicopatológica y social
Fase de estabilización				
Reducción del estrés Adaptación a la comunidad Terapia de apoyo Psicoeducación del paciente y de la familia Autocontrol de la medicación y de los síntomas Habilidades de conversación Inicio de rehabilitación, de bajo tono	Educación familiar, individual o grupal Adherencia a la medicación Prevención de recaída Tratamiento psicológico, que incluye: educación, estigma, relaciones, auto-identidad, posición social Reintegración laboral, educativa Entrenamiento de habilidades	Psicoeducación del paciente Cumplimiento con el tratamiento Intervención familiar Grupo familiar Integración de los cuidados	Terapia individual de apoyo centrada en la realidad Rehabilitación Entrenamiento cognitivo y de habilidades sociales Apoyo familiar individual y grupal	Reducción del estrés del paciente Prevención de recaídas Adaptación a la vida en la comunidad Reducción de síntomas
Fase estable				
Entrenamiento en habilidades sociales y de vida diaria Rehabilitación laboral Rehabilitación cognitiva Manejo de estrés Tratamiento psicológico Prevención de recaídas Efectos adversos de la medicación	Optimizar recuperación Afianzar el tratamiento de fase anterior Supervisar fallos y cumplimiento del tratamiento	Rehabilitación: auto-cuidados, ocupación y ocio Intervención familiar Terapia cognitivo-conductual para síntomas de la psicosis Prevención de recaídas e intervención temprana	Psicoeducación al paciente Rehabilitación conductual y laboral Grupos de autoayuda Apoyo familiar Monitorización de síntomas	Rehabilitación laboral, cognitiva y de síntomas residuales Entrenamiento en habilidades sociales Intervención familiar Grupos de autoayuda

Intervenciones familiares psicoeducativas:

Proporcionan una aproximación positiva con las familias, respetando sus necesidades y recursos de afrontamiento, y enseñándoles estrategias para abordar los problemas, como la sobrecarga que les supone cuidar del enfermo.

También se les proporciona estabilidad, y una mejora de la comunicación con el familiar.¹⁷

Entrenamiento en habilidades sociales:

La esquizofrenia, es una enfermedad que tiene como uno de los principales rasgos el déficit de funcionamiento social. Por ello, el entrenamiento en habilidades social se utiliza frecuentemente en estos pacientes. Se sabe que las habilidades sociales pueden ser enseñadas a personas con deterioro en este aspecto.¹⁷

Tratamientos cognitivo-conductuales para los delirios y las alucinaciones

Dentro de este tratamiento, hay diversas modalidades terapéuticas, que disponen de diversos estudios experimentales que soportan su eficacia y validez.

Por un lado, hay autores que prefieren enfocar esta terapia a las técnicas de distracción, para ignorar las voces. Existen otros autores que no creen en su efectividad, ya que sólo se produce un efecto transitorio, al no dirigirse al problema central.

Por otro lado, hay autores que defienden la postura contraria: Hacer que el paciente dirija su atención a las alucinaciones, para que las pueda describir con detalles en la terapia.¹⁷

3. Tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC)

El uso de la TEC, para el tratamiento de la esquizofrenia está restringido a pocos casos. Se utiliza para potenciar los efectos de los medicamentos antipsicóticos.

Se ha demostrado que la inducción de convulsiones mediante TEC incrementa los efectos terapéuticos de la clozapina en pacientes psicóticos previamente resistentes al fármaco. La TEC genera una acción convulsiva, que hace que se expandan los espacios de la barrera hemato-cefálica, y permite el paso de las moléculas del fármaco más fácilmente.¹⁵

2.2. Cuidados de enfermería en pacientes con esquizofrenia

El plan de cuidados de enfermería “es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”¹⁸

Existen varios tipos de plan de cuidados, entre los que destacan los planes individualizados, estandarizados, y estandarizado con modificaciones. Para la realización de la intervención, se ha utilizado un plan de cuidados individualizado, el cual permite documentar los problemas del paciente, los objetivos y las acciones de enfermería para un paciente concreto.¹⁸

Para la elaboración de planes de cuidados de enfermería, existen las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification). Facilitan a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado.

La intervención de enfermería se deberá centrar en las alteraciones físicas o psicológicas que tenga el paciente. Para ver qué aspectos están alterados, se deberá realizar una valoración de enfermería. Existen dos opciones: Mediante los Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, o las Necesidades humanas de Virginia Henderson.

En este caso, se utilizan los patrones funcionales de Marjory Gordon. Contiene 11 patrones a valorar: Percepción de la salud, nutricional/metabólico, eliminación, actividad/ejercicio, sueño/descanso, cognitivo/perceptivo, autopercepción/autoconcepto, rol/relaciones, sexualidad/reproducción, adaptación/tolerancia al estrés, y valores/creencias.

En el caso de la esquizofrenia, se deberá tener en cuenta en la fase de la enfermedad en la que se encuentra:

Fase aguda: El objetivo durante la crisis o fase aguda de la esquizofrenia es reducir los síntomas agudos y mejorar la función psicosocial: Prevenir posibles daños, control de los trastornos de conducta, control de los síntomas, establecimiento de una alianza terapéutica con el paciente y su familia y elaboración de un plan de curas individualizado, y la vigilancia de los medicamentos antipsicóticos.³

Fase de estabilización: Los objetivos son reducir al mínimo el estrés sufrido por el paciente y ofrecerle apoyo para reducir la posibilidad de recidiva, potenciando la adaptación del paciente a la vida en la comunidad y facilitando la reducción continuada de los síntomas y la consolidación de la remisión.³

Fase estable: Los objetivos serán comprobar que se mantiene la remisión o el control de los síntomas, mantener o mejorar su nivel de funcionalidad y calidad de vida. Continuar la vigilancia de efectos adversos.³

3. OBJETIVOS

Objetivo principal:

Diseñar un plan de cuidados de enfermería para pacientes con esquizofrenia, a través de un caso clínico, siguiendo NADA, NIC y NOC

Objetivos específicos:

- Optimizar el trabajo de enfermería, a través de la elaboración de planes de cuidados individualizados.
- Mejorar la calidad en los cuidados de enfermería a pacientes con trastornos de esquizofrenia.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, y como consecuencia, de sus familias.

4. INTERVENCIÓN

4.1. Caso clínico. Esquizofrenia.

María, paciente de 38 años ingresa involuntariamente en el servicio de Salud Mental de Agudos, por alteración conductual.

María fue diagnosticada hace 5 años de psicosis inespecificada. Inició contacto con psiquiatría a los 29 años por tentativa autolítica. Padece espondilitis anquilosante. Es fumadora de medio paquete de cigarrillos diario, niega consumo de otros tóxicos. Tiene un familiar de primer orden diagnosticado de esquizofrenia.

La medicación que toma es: Xeplión 150 mg cada mes, Lormetazepam 2mg/noche, Trankimazin 0,5 mg s/p ansiedad, Sycrest 5mg 1-0-1.

Ha trabajado en varias empresas de limpieza. Tiene una incapacidad del 52% desde hace 4 años. Ella dice que le gustaría seguir trabajando, que es capaz de realizar ese trabajo y que está cansada de estar en casa todo el día.

Tiene dos hijos, y convive con uno de ellos, una chica de 15 años. Se separó de su primer marido y ahora esta con el segundo. Con su familia no hay muy buena relación. Su hija está en plena adolescencia y no le presta atención. Ella constantemente repite que su hija es muy lista. A su hijo también se refiere. Con su segundo marido, al principio de la relación todo iba bien, pero a medida que iba avanzando la enfermedad el marido de María confesaba que tenía miedo de ella y que no se sentía seguro estando a su lado. Durante el día, ella realiza algunas tareas de casa, y otras las hace el marido. Últimamente no hacía las tareas, se pasaba todo el día en su habitación y apenas comía. Su familia está muy preocupada por la situación, ellos dicen que así no pueden seguir, que ella está muy mal, su comportamiento no es como siempre.

Los últimos días, la paciente tira objetos por la ventana, y empieza a oír voces. También dice que le han encomendado una misión, pero que no sabe cuál es, de momento. También agradece al marido. Un día, comenta que se encontró en la cocina cogiendo un cuchillo no sabiendo muy bien por qué y qué iba a hacer con él. Cuenta que el demonio le dice que mate a la gente, o que les haga daño... Ella está consternada porque no lo quiere hacer, dice que esas voces “no son tuyas”, que vienen de fuera, y no le dejan pensar con claridad. Además le molestan para realizar las actividades de la vida diaria. Hace un día, tiró una maceta por la ventana. Ella dice que el demonio se lo ordenaba: “Tírala, tírala”, ella no quería pero eran órdenes.

Tiene ideas de grandeza sobre Dios, dice que es la perfección, que se lo debe todo a él. Esta situación se suele dar cuando no tiene ninguna crisis, ya que cuando le da el brote, debe hacer caso al diablo. Cuando está estabilizada es cariñosa, pide a la gente que le de un beso. Parece que no sabe muy bien qué decir, la mirada la tiene un poco perdida.

Durante su ingreso, llega con aspecto desaliñado, habla con un ritmo y tono correctos. En cuanto llega se pone a rezar en la cama, con mucha rapidez como si quisiera “purificarse”. Parece que quiera luchar contra las voces del demonio. Se le ve inquieta y nerviosa.

Al principio no se relaciona con nadie, pero los días siguientes habla constantemente con dos o tres personas. Sobre todo se relaciona con su compañera de habitación, una anciana, le gusta cuidarla y a veces le da de comer, se le ve contenta. Mientras está

controlada no hace cosas extrañas, a veces se aísla, pero no de la manera que lo hacía antes.

Cuando pasan los días acude al control de enfermería corriendo, diciendo que quiere el alta. Se le explica que no puede ser así y ella se pone nerviosa, dice que llamemos a los Mossos, que ella no quiere estar aquí más. Que no le pasa nada malo, que lo de las voces sólo le pasa a veces.

Durante la estancia en la unidad de Salud Mental, la medicación administrada es Olanzapina, Lormetazepam, Risperdal y sycrest.

También se le administran parches y chicles de nicotina.

4.2. Plan de cuidados

Se ha realizado una revisión sistemática con el objetivo de conocer los cuidados de enfermería actuales que se llevan a cabo con los pacientes con esquizofrenia.

Después de conocer lo anteriormente mencionado, se procederá a la resolución del caso clínico real de María, diagnosticada de esquizofrenia paranoide, a través de un plan de cuidados. En dicho plan de cuidados se han utilizado taxonomía NANDA, NIC y NOC. Para la valoración de la paciente se han utilizado los 11 patrones de Marjory Gordon.

Los profesionales a los que va dirigido es al personal de enfermería, así como también auxiliares de enfermería y al resto del equipo interdisciplinar: terapeutas ocupacionales, psicólogos, etc., que su desarrollo profesional cuidan a enfermos psiquiátricos de ese perfil.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en diferentes bases de datos (Pubmed, biblioteca científica online SciELO.) Además se ha utilizado el buscador Google Académico. También se ha recurrido a artículos científicos, artículos de revistas, guías clínicas, protocolos, revistas de enfermería, páginas Web, y libros de Salud Mental. Para la elección de los artículos, se ha utilizado como criterio de exclusión los artículos que se encuentren en un idioma que no sea el inglés o el español.

Se han utilizado las siguientes palabras clave: “enfermería” “esquizofrenia paranoide” “plan de cuidados” “caso clínico”.

Valoración de enfermería. Patrones Marjory Gordon

1. Patrón percepción de la salud/manejo de la salud

La valoración que hace María sobre su propio estado de salud es buena. No hay consciencia de enfermedad. Conoce el tratamiento farmacológico que toma. No tiene alergias, y está vacunada de la gripe. Es fumadora de 10 cigarrillos al día.

2. Patrón nutricional/metabólico

Peso: 60 kg. Talla: 160 cm. IMC: 23,4. Peso normal.

María hace tres comidas al día: Desayuno, comida y cena. No sigue ningún tipo de dieta especial. No tiene problemas para masticar ni tragar, y no lleva prótesis dentales. Consume poca cantidad de agua al día. Buena hidratación y coloración. Temperatura corporal: 36,1°C.

3. Patrón eliminación

Frecuencia de la eliminación intestinal: una vez al día. Características normales, sin alteración.

Frecuencia de la eliminación urinaria: Frecuentemente. Características normales, sin alteración.

4. Patrón actividad/ejercicio

El aspecto de María es desaliñado, tiene el pelo sucio y no se ducha regularmente.

María puede vestirse, prepararse la comida y salir a pasear sin ayuda. Tiene una ligera limitación, debido a una lesión en la espalda. No practica ejercicio físico.

5. Patrón sueño/ descanso

María tiene insomnio de conciliación. Toma medicación para ello. Se encuentra ligeramente cansada para realizar las actividades de la vida diaria. Duerme habitualmente 6 horas.

6. Patrón cognitivo/perceptual

No tiene déficits sensoriales.

Tiene alteración del proceso de pensamiento: Alucinación y delirios.

No tiene dolor.

Tiene temor y ansiedad inespecíficos.

7. Patrón autopercepción/autopercepción

María tiene poca autoestima.

Tiene miedo y ansiedad por cosas que no sabe explicar, y a veces no se siente capaz de controlar su vida.

8. Patrón Rol/relaciones

María vive con su hija y su segunda pareja. La relación con la familia no es buena.

Fuera del domicilio familiar, María tiene una amiga con la que salía hasta que empezó con la enfermedad.

No trabaja ya que tiene una incapacidad del 52%.

9. Patrón Sexualidad/Reproducción

No procede.

10. Patrón afrontamiento/tolerancia al estrés

Ha habido cambios importantes en la vida de María en los últimos meses, desde que empezó con la enfermedad.

Carece de habilidades para afrontar las situaciones estresantes.

11. Patrón valores y creencias

Para María, la religión es importante en su vida. Es practicante de la religión católica.

Plan de cuidados de María.

En el plan de cuidados de María, se marcarán objetivos a corto y largo plazo que se quieren alcanzar:

A corto plazo

- Nutrición suficiente, y regularidad de las ingestas.
- Mantener al paciente en un ambiente de seguridad.
- Entablar comunicación y crear confianza. Ayudar al paciente a participar en la comunidad terapéutica.
- Aumentar la capacidad del paciente para comunicarse con los demás.
- Disminución de las alucinaciones, las ideas delirantes y otros síntomas psicóticos.
- Reducir la lesión o la actuación de impulsos.
- Aumentar la autoestima.
- Descanso adecuado.

A largo plazo

- Desarrollar una mejor imagen de si mismo.

-Conseguir que el paciente acepte y afronte con eficacia a la enfermedad.

-Conseguir que haya una buena relación con la familia.

Diagnósticos de enfermería, NOC y NIC ^{19,20,21}

NANDA 00102 Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c deterioro cognitivoperceptual m/p incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo	
NOC	NIC
0310 Autocuidados: higiene Mantiene una apariencia pulcra Se baña	4360 Modificación de la conducta Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse Animar al paciente a participar en el registro de las conductas Determinar la motivación al cambio del paciente.

NANDA 00052 Deterioro de la interacción social r/c percepción extraña de la realidad que le produce miedo y ansiedad, ausencia de habilidades de relación social m/p interacción con compañeros, familia u otros	
NOC	NIC
<p>2601 Clima social de la familia</p> <p>Participa en las actividades conjuntas</p> <p>Fija normas</p> <p>Se apoyan unos a otros</p> <p>1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado</p> <p>Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes</p>	<p>5240 Asesoramiento:</p> <p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.</p> <p>Establecer la duración de la relación para asesoramiento.</p> <p>Establecer metas</p> <p>Fomentar la expresión de sentimientos.</p> <p>5100 Promocionar la socialización:</p> <p>Fomentar las relaciones con personas que tienen intereses y objetivos comunes.</p> <p>Fomentar la planificación de pequeños grupos para actividades especiales.</p> <p>5450 Terapia de grupo</p> <p>Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común unos con otros.</p> <p>Proporcionar refuerzo social para conseguir conductas/respuestas deseadas.</p> <p>Utilizar el juego de roles y de resolución de problemas.</p>

NANDA 00079r Riesgo de incumplimiento del tratamiento r/c Ideas sobre la salud	
NOC	NIC
<p>1609 Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión</p> <p>Cumple el régimen terapéutico recomendado</p> <p>Cumple las precauciones recomendadas</p> <p>Supervisa los efectos secundarios del tratamiento</p>	<p>2306 Administración de la medicación: oral</p> <p>Tomar nota del historial médico y del historial de alergia del paciente.</p> <p>Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.</p> <p>Comprobar las posibles interacciones y contraindicaciones de los fármacos.</p> <p>Informar al paciente de las acciones y posibles efectos adversos esperados de los medicamentos.</p> <p>Observar los efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones de los medicamentos en el paciente.</p> <p>Registrar los medicamentos administrados y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo de la institución.</p> <p>5616 Enseñanza: medicamentos prescritos</p> <p>Explicar al paciente los horarios correctos para la toma de la medicación.</p> <p>Ayudarse, si es necesario, de un documento escrito.</p> <p>Informarle sobre los posibles efectos secundarios.</p>

NANDA 00130 Trastorno de los procesos de pensamiento r/c Interpretación incorrecta de los estímulos internos o externos m/p Interpretación inexacta del entoro, Disonancia cognitiva / distraibilidad.	
NOC	NIC
<p>1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado</p> <p>Reconoce que tiene ideas delirantes</p> <p>No responde a las ideas delirantes</p>	<p>6450 Manejo de las ideas delirantes</p> <p>Establecer una relación interpersonal de confianza.</p> <p>Evitar discutir sobre las creencias falsas, establecer dudas concretas.</p> <p>Evitar reforzar las ideas delirantes.</p> <p>Centrar la discusión en sentimientos subyacentes, en vez del contenido de las ideas delirantes.</p> <p>Animarle a que explique las ideas delirantes los familiares antes de actuar sobre ellas.</p> <p>Ayudarle a identificar las situaciones en que es socialmente inaceptable discutir las ideas delirantes.</p> <p>Disponer las actividades recreativas y de diversión que requieran atención.</p> <p>Controlar la capacidad de cuidarse a sí mismo.</p> <p>Disponer de descanso y de nutrición adecuada.</p> <p>Controlar las ideas delirantes, por si hubiera presencia de contenidos que resulten dañinos o violentos para el mismo.</p> <p>Proteger a ella o a los demás de las conductas basadas en ideas delirantes que pueden ser dañinas.</p> <p>Mantener un ambiente seguro.</p> <p>Proporcionar un nivel de vigilancia para controlar al paciente.</p> <p>Disponer de comodidad/seguridad del enfermo y de los demás, cuando sea incapaz de controlar su</p>

	<p>conducta.</p> <p>Disminuir los estímulos ambientales excesivos, cuando sea necesario.</p> <p>Proveer enseñanza sobre la medicación del paciente y personas allegadas.</p> <p>Observar al paciente, por si se producen efectos secundarios y si se producen efectos terapéuticos deseados derivados del medicamento.</p> <p>Educar a la familia y allegados sobre la manera de tratar con el enfermo.</p> <p>5270 Apoyo emocional</p> <p>Ayudar al enfermo en el reconocimiento de sentimientos como ansiedad, miedo u otros.</p> <p>Dar apoyo mientras tiene ideas delirantes.</p> <p>Fomentar hablar u otras actividades, como medio para disminuir la respuesta emocional.</p> <p>Ayudar en la toma de decisiones.</p>
--	--

NANDA 00122 Alteraciones sensorio-perceptivas (auditivas) r/c alteraciones endógenas, alteración de la recepción sensorial m/p Alteración de la capacidad de abstracción, ansiedad.	
NOC	NIC
<p>1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado</p> <p>Reconoce que tiene alucinaciones</p> <p>No responde a alucinaciones</p> <p>Refiere el contenido de las alucinaciones</p>	<p>6510 Manejo de las alucinaciones</p> <p>Evitar que el paciente se dañe a sí mismo, a los demás o a los objetos.</p> <p>Proporcionar supervisión para proteger al enfermo.</p> <p>Buscar datos que indiquen que el paciente se encuentra alucinando.</p> <p>Interrumpir el patrón de alucinaciones del enfermo.</p>

	<p>Percatarse de todos los estímulos del ambiente,.</p> <p>Tratar de disminuir los estímulos o pasar al enfermo a otra áreas.</p> <p>Evitar conducir al paciente a que crea que sus alucinaciones son reales.</p> <p>No conversar con “voces” o de alguna otra forma reforzar la creencia del paciente de que sus alucinaciones son parte de la realidad.</p> <p>Comunicarse verbalmente con el enfermo en términos directos, concretos y específicos.</p> <p>Animar al enfermo a que tenga contacto con personas reales, interactúe con las mismas y desempeñe actividades.</p> <p>Responder verbalmente a todo lo que el paciente hable que sea acorde a la realidad; reforzar su conversacion cuando se refiere a la realidad actual.</p> <p>Si el paciente tiene el aspecto de estar alucinando ganar su atención y proporcionar una conversación o una actividad concreta de interés.</p> <p>Mantener una conversación con temas sencillos y básicos para proporcionar una base en la realidad.</p> <p>Brindarle la posibilidad de llevar a cabo actividades fáciles de ejecutar y con cumplimientos realistas (por ejemplo, proyectos de tejido o de fabricación de objetos de artesanía).</p> <p>Si el paciente lo tolera, utilizar medios táctiles (palmear su espalda) en una forma que no parezca una amenaza, a fin de darle también una base de apoyo en la realidad; permitirle también que toque el brazo o la mano de la enfermera.</p> <p>Disminuir el miedo, la ansiedad o la agitación del</p>
--	--

	<p>enfermo.</p> <p>Brindar un ambiente estructurado con la mayor cantidad de actividades sistemáticas en cuanto sea posible. Explicar cuando se tengan que llevar a cabo cambios inesperados. Hacer clara la exposición de las expectativas del cuerpo de enfermería para que el paciente las entienda en términos sencillos y directos.</p> <p>Permanecer alerta en busca de signos de incremento del miedo, ansiedad o agitación para intervenir oportunamente e impedir que el paciente se lesione, lastime a otros o destruya objetos.</p> <p>Intervenir en forma personal o con aislamiento y medicación por razón necesaria (si es que ha sido prescrito por su médico) en forma apropiada.</p> <p>Evitar “acorrallar al paciente” ya sea en forma física o verbal.</p> <p>Permanecer realista en las expectativas del paciente; no esperar más (ni menos) de lo que éste puede dar.</p> <p>Fomentar una relación de confianza. Ayudar al paciente a expresar miedo, ansiedad o cualquier otro sentimiento que perciba.</p> <p>Animar al paciente a que exponga sus sentimientos; primero, en forma personal, después en pequeños grupos y más adelante en grupos mayores según lo tolere.</p> <p>Ayudar al enfermo a que busque y conozca formas de aliviar su ansiedad cuando pueda verbalizar dichos sentimientos. Ayudar al paciente a aliviar su culpa, remordimiento o vergüenza cuando recuerde su conducta psicótica.</p> <p>Animarlo a exponer sentimientos; mantener una actitud de apoyo.</p>
--	--

NANDA 00073 Afrontamiento familiar comprometido r/c progresión de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia	
NOC	NIC
<p>2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional</p> <p>Participa en la planificación profesional</p> <p>Bienestar del cuidador familiar</p>	<p>7150 Terapia familiar</p> <p>Compartir el plan de terapia con la familia</p> <p>Determinar los roles habituales del paciente dentro del sistema familiar</p> <p>Ayudar a los miembros de la familia a clarificar qué necesitan y esperan unos de otros.</p> <p>Permitir a los miembros de la familia reconocer y recompensar aspectos positivos.</p> <p>Solicitar a los miembros de la familia su participación en la puesta en práctica de actividades de experiencia hogareña, como hacer algunas comidas juntos.</p>

NANDA 00138 Riesgo de violencia a otros r/c sintomatología psicótica	
NOC	NIC
<p>1401 Control de la agresión</p> <p>Identifica cuando se enfada</p> <p>Identifica cuando se siente agresivo</p> <p>Autocontrola conductas agresivas</p>	<p>5230 Ayuda para el control del enfado</p> <p>Establecer una compenetración y relación de confianza con el paciente.</p> <p>Controlar el potencial de agresión inadecuada en el paciente e intervenir antes de que se manifieste.</p> <p>Establecer controles externos, para calmar al paciente que manifiesta enfado de una manera que no se adapte a las circunstancias.</p>

Actividades grupales a desarrollar

Se proponen una serie de actividades que ayudarán a conseguir resultados adecuados.

Esta propuesta de horario de actividades está realizada en función de las habilidades, el nivel de recuperación y adaptabilidad al entorno, y fase de la enfermedad.

Tabla 2. Objetivos de las actividades grupales y relación con los diagnósticos NANDA.

Actividad	NANDA	Objetivo
Taller de prensa	00052 Deterioro de la interacción social. 00130 Trastorno proceso del pensamiento	Mejorar la comunicación
Taller de orientación laboral	00052 Deterioro de la interacción social.	Integración laboral Integración social y desarrollo personal
Taller de habilidades sociales	00052 Deterioro de la interacción social.	Tener empatía y comprensión hacia los demás. Reconocimiento de sus propias actitudes, sentimientos y valores.
Taller de psicomotricidad	00130 Trastorno del proceso del pensamiento 00122 Alteraciones sensorio-perceptivas.	Relajación Calmar síntomas
Taller de manejo del estrés	00130 Trastorno del proceso del	Manejar el estrés

	pensamiento. 00122 Alteraciones sensoperceptivas.	
Taller de psicoeducación	00079 Riesgo de incumplimiento del tratamiento.	Conocer su enfermedad y tratamiento a seguir.

Tabla 3. Horario de actividades grupales

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
10:00 Taller de prensa	10:00 Taller de habilidades sociales			10:00 Taller de psicoeducación		
12:00 Taller de orientación laboral			12:00 Taller de manejo del estrés			
		16:00 Taller de psicomotrici dad				

Estas actividades, se realizan con la ayuda de un equipo interdisciplinar, del que forman parte enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc.

Taller de prensa: Se utilizarán recortes de noticias. Cada paciente se ocupa de una noticia o sección. La actividad evoluciona desde la independencia total entre los pacientes hasta la cooperación de los compañeros.

Taller de orientación y rehabilitación laboral: Para la orientación laboral se pueden realizar distintos test y escalas que valoran las distintas habilidades del paciente, por ejemplo: pruebas para evaluar las aptitudes mentales, pruebas psicomotoras, pruebas visuales, y pruebas de aptitudes especiales.

Taller de habilidades sociales: Se les enseña a adquirir habilidades para afrontar situaciones de conflicto en su vida diaria.

Taller de psicomotricidad: Frecuentemente, los trastornos psicomotores pueden formar parte de los síntomas propios de la enfermedad o ser debidos a los efectos secundarios de la medicación. En este taller se harán diferentes ejercicios y técnicas de relajación.

Taller manejo del estrés: Aprender a manejar su nivel de estrés no sólo será positivo para el propio paciente sino también para sus familias y relaciones sociales.

Taller de psicoeducación: Es muy importante que los pacientes conozcan bien su enfermedad y los síntomas que conlleva, ya que permite que afronten su situación de manera más efectiva, por lo que el taller de psicoeducación sobre esquizofrenia en el tratamiento será esencial.

Planificación al alta

La paciente padece una enfermedad crónica, con épocas agudas, por lo que será ingresada en la Unidad de larga estancia Saint Joan de Deu. Se seguirá haciendo un seguimiento de la paciente para ver si se cumplen los objetivos a largo plazo.

4.3. Evaluación de la intervención

Al final de la intervención, María no se encuentra en su fase aguda de la enfermedad, y se encuentra estabilizada.

Antes de la intervención, la paciente experimentaba alucinaciones auditivas con una alta frecuencia diaria, y afectaba gravemente a su funcionamiento personal y social. A partir de la aplicación de la intervención, se observa un descenso en la frecuencia e intensidad de las alucinaciones. También hay un cambio de las características de las voces. Al principio las voces eran frases cortas o palabras muy frecuentes en un tono alto, siendo fácilmente identificadas por el paciente. Posteriormente, la claridad y el tono fueron disminuyendo, a la vez que eran menos molestas para ella, siendo identificadas como “rumores”.

Respecto a su aspecto, es mucho más limpio. En la actualidad María realiza su higiene diaria sin ayuda, y se siente más cómoda consigo misma.

Respecto al tema social, María, se relaciona más con sus compañeros. Después de las sesiones grupales y talleres, la paciente manifestaba sentir menos ansiedad en las situaciones sociales y había mejorado significativamente en sus habilidades para iniciar y mantener conversaciones. La mejora de este tipo de habilidades le ayudó en la disminución de la tasa de alucinaciones. También expresa mejor sus sentimientos y opiniones, a la vez que ha aprendido a describir cómo son las alucinaciones exactamente.

La relación entre María y su familia no ha mejorado significativamente. La comunicación entre ella y su marido falla en numerosos aspectos, al igual que con sus hijos. La conducta agresiva que María tenía en ocasiones con su marido, ha finalizado, junto con las alucinaciones.

Al mejorar su cuadro alucinatorio e ideas delirantes, así como sus relaciones con los demás, se observa que María está algo más tranquila como mejora su imagen corporal, mostrándose más aseada y arreglada.

5. CONCLUSION – DISCUSIÓN

María mejora en su aseo personal y en la imagen que muestra a los demás, como también se refleja en otros estudios donde, los pacientes dados de alta después de

intervenciones enfermeras correctamente aplicadas adquirieron mejores habilidades de auto-cuidado (de 1 mes a 6 meses). Esto significa que la realización de un plan de cuidados, la educación y el seguimiento aumentó las capacidades de autocuidado de los pacientes.²²

También se observa que la realización de un plan de cuidados individualizado, como es el caso de María, mejora el nivel de independencia de las personas con esquizofrenia. Y a su vez, mejora también la carga de cuidado percibida por su familia.²³

El estado de María resultante, señala que evidentemente que ha realizado una correcta toma de medicamentos en el momento y horas prescritas. Se ha demostrado que si la adhesión al tratamiento es buena, en estos pacientes, numerosas necesidades dejarán de estar alteradas. La administración y vigilancia de los medicamentos psiquiátricos por parte de la enfermera es una actividad propia de la profesión, pero resulta muy importante a la hora de lograr uno de los objetivos primordiales para la estabilización y recuperación del paciente esquizofrénico. Aunque existe un alto porcentaje de pacientes que no cumplen con el tratamiento, con las consecuentes recaídas y las nuevas hospitalizaciones. Datos de noviembre de 2005 del Ministerio de Sanidad de Barcelona refieren que únicamente entre un 4% y un 12% de pacientes diagnosticados mentalmente siguen en forma rigurosa el tratamiento; en pacientes esquizofrénicos, entre un 25% y un 50% incumplen el tratamiento, y entre un 30% y un 60% abandonan el tratamiento en el primer año.²⁴

Con respecto a las alucinaciones y los delirios, María además del tratamiento farmacológico, ha realizado una intervención de tipo conductual, consiguiendo controlarlas. En un estudio de caso realizado se pudo observar, que con las estrategias conductuales se enseñó al paciente a afrontar las alucinaciones. A medida que el paciente se exponía a las distintas situaciones donde era más probable que se produjeran alucinaciones auditivas, la ansiedad a ellas descendió y las características de las voces eran diferentes.²⁵

Los talleres grupales han ayudado al funcionamiento social de María. La mayoría de los pacientes que reciben entrenamiento en habilidades demuestra una gran capacidad para adquirir habilidades sociales. Sin embargo, el beneficio del entrenamiento sobre

los síntomas positivos es muy escaso, perdiéndose a largo plazo los posibles beneficios conseguidos durante la fase activa de terapia. Tto psicológico.¹⁵

La relación con la familia, ha mejorado en algunos aspectos, aunque quedan otros por mejorar, que se realizarán a largo plazo. Se ha demostrado que los familiares están más satisfechos cuando se les prestan estos servicios de salud y que la percepción de su propia salud es más positiva.¹ También se ha observado que los resultados de diversos estudios, confirman una escasa eficacia a corto plazo, y la conveniencia de intervenciones a largo plazo, con una duración óptima de unos 2 años, con un seguimiento constante.¹⁵

Finalmente, hay que decir que se han cumplido los objetivos propuestos. En primer lugar, el objetivo principal, que era diseñar un plan de cuidados de enfermería para pacientes con esquizofrenia, a través de un caso clínico, siguiendo NADA, NIC y NOC.

En segundo lugar, los objetivos específicos:

- Optimizar el trabajo de enfermería, a través de la elaboración de planes de cuidados individualizados.
- Mejorar la calidad en los cuidados de enfermería a pacientes con trastornos de esquizofrenia.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, y como consecuencia, de sus familias.

La elaboración de planes de cuidados individualizados conlleva una mayor dificultad pero permite elaborar un plan de cuidados a medida, ajustado a las necesidades y situación específica de la persona y familia, por lo que a su vez mejora la calidad de los cuidados de enfermería y de la vida de los pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Aznar Cabrerizo, M. I., Fleming, V., Watson, H. & Narvaiza Solís, M. J. (2004). Necesidades psicosociales de los cuidadores informales de las personas con esquizofrenia: exploración del rol del profesional de enfermería. Retrieved 01/09, 2013, from http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13416/necesidades_psicosociales_cuidadores_informales.pdf
2. Intramed.(2005) El perfil del paciente con esquizofrenia es un varón de 37 años con bajo nivel de estudios e inactivo. Retrieved 04/12, 2012, from <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=35316>.
3. Servicio Murciano de Salud. (2009). Guía de práctica clínica para el tratamiento. Retrieved 12/03, 2012, from http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
3. Rodríguez Pulido, F., & González de Rivera, J. L. (2003). La investigación epidemiológica de la esquizofrenia: Algunos problemas metodológicos. In J. L. González de Rivera, J. Rodríguez Pulido & A. Sierra López (Eds.), *El método epidemiológico en salud mental*. (pp. 271). Barcelona: Masson Salvat.
4. Laviana Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: Una atención integral e integrada en un modelo comunitario. ISSN 0213-3334, 24, 345
5. Ramos Pichardo, J.D. Efectividad de una intervención enfermera a domicilio para mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria-actividades instrumentales de la vida diaria y la carga familiar en adultos con esquizofrenia. *Enferm Clin*. 2013.
6. Psicomed. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Retrieved 01/09, 2013, from <http://148.228.156.172/DSMIV/DSMIV/TESQUIZO.PDF>.
7. Emagister. (2007). La esquizofrenia a través del tiempo. Retrieved 01/09, 2013, from <http://www.revistahph.sld.cu/Revista%202-2012/hphrev2-12-1.html>

8. Instituto nacional de Salud Mental. Esquizofrenia. Retrieved 02/09, 2013, from http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/schizophrenia_spanish_508_in12.pdf

9. National Institute of Mental Health. ¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia? Retrieved 01/23, 2013, from <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/cu-les-son-loss-ntomas-de-la-esquizofrenia.shtml>

10. De la Torre, I. Esquizofrenia: "concepto de psicosis y esquizofrenia". Retrieved 01/15, 2013, from <http://www.elgotero.com/Archivos%20zip/esquizofrenia.pdf>

11. Pedrós Roselló, M., & De Vicente Muñoz, T. (2002). Esquizofrenia catatónica, complicaciones médicas asociadas e indicación de terapia electroconvulsiva: A propósito de un caso clínico. 9, 215.

12. San Emeterio, M., Aym erich, M., Faus, G., Guillamón, I., Illa, J., Lalucat, L., . . . Teixedó, M. (2003). Guía de práctica clínica para el paciente con esquizofrenia. Retrieved 02/09, 2013, from <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gp0301esex.pdf>

13. News Medical. (2012). Schizophrenia diagnosis. Retrieved 02/09, 2013, from <http://www.news-medical.net/health/Schizophrenia-Diagnosis.aspx>

14. Gómez Ayala, A. (2007). Esquizofrenia. manejo farmacológico. 26, 86.

15. Apiquián Guitart, R; Aviña Cervantes, C. Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia. Retrieved 03/02, 2013, from <http://www.apalweb.org/docs/esquizofrenia2.pdf>.

16. Sanidad del gobierno de Canarias. Efectos secundarios de los psicofármacos neurolépticos y estabilizadores del ánimo. Retrieved 12/03, 2013, from http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/2e4cef1c-f89a-11df-8010-c5c56db520fc/9_Efectos%20secundarios%20de%20los%20f%C3%A1rmacos%20neurol%C3%A9pticos%20y%20estabilizadores%20del%20%C3%A1nimo.pdf

17. Vallina, F., O., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia . Issn 0214, 13, 345.

18. Góngora Rodríguez, P. Líneas generales para la elaboración de planes de cuidados de enfermería. Retrieved 03/01, 2013, from <http://www.ancam.org.mx/dos/docs/enf/campeche/PLACE-LINEAMIENTOS.pdf>.
19. Moorhead S [et al.]. Clasificación de resultados enfermería (NOC) 4ª ed. Madrid. Elsevier, 2008.
20. Bulechek G M[et al.]. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª ed. Madrid. Elsevier, 2008.
21. Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2005-2006. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Madrid Elsevier, 2005.
22. Khankeh, H.; Rahgozar, M.; Ranjbar, M. (2011). The effects of nursing discharge plan (post-discharge education and follow-up) on self-care ability in patients with chronic schizophrenia hospitalized in Razi psychiatric Center. 16, 162-168.
23. Ramos Pichardo, D. Efectividad de una intervención enfermera a domicilio para mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria y la carga familiar en adultos con esquizofrenia. (2013)
24. Pinilla Alarcón, M. Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: Consideraciones desde el cuidado de enfermería. (2007) 9, 37-49.
25. Perona Garcelán, S.; Cuevas Yust, C. Tratamiento conductual de las alucinaciones auditivas en un paciente esquizofrénico: un estudio de caso. 9, 33-45.