



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/419.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Caso clínico: Adolescente con esquizofrenia, una visión interdisciplinar desde enfermería y terapia ocupacional
<i>Autores</i>	Pedro Luis <i>Oliva Somé</i>
<i>Centro/institución</i>	Unidad de agudos de Salud Mental, Hospital Universitario Virgen de la Victoria
<i>Ciudad/país</i>	Málaga, España
<i>Dirección e-mail</i>	Pedro_oliva1987@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave, caracterizado por unas manifestaciones básicas, mezcla de signos y síntomas, que pueden o no, estar presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Éstos afectan a diversos procesos psicológicos como: percepción (alucinaciones); ideación; comprobación de la realidad (delirios); procesos de pensamiento (asociaciones laxas); lenguaje desorganizado; sentimientos (afecto "plano", afecto inapropiado); comportamiento; atención; concentración; motivación; y juicio.¹

Existen cambios entre el diagnóstico de esquizofrenia del DSM IV y la versión V. La primera, la divide en: paranoide; desorganizada; catatónica; residual; e indefinida. La actual elimina estas variantes. Además, hay formas jóvenes de psicosis que pueden anteceder al desorden esquizofrénico, por lo que su detección puede reducir el riesgo en los jóvenes que pudieran padecerla posteriormente, aunque diversos críticos comentan que muchos de éstos nunca lo desarrollan posteriormente.²

Caso clínico

Unidad de agudos de salud mental del Hospital Virgen de la Victoria (Málaga). Análisis del estado actual del paciente e intervención enfermera y de Terapia Ocupacional.

Paciente: Joven de 18 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide a los 16. Aceptación de la dirección del servicio y consentimiento informado firmado por el paciente para la publicación del estudio.

Antecedentes

- Penales: por trastornos de conducta y heteroagresividad en el medio familiar; ingreso en prisión al agredir con arma blanca al padre.
- Sanitarios: descompensación psicótica por abandono de tratamiento más consumo de tóxicos; en tratamiento en su centro de salud mental debido a su esquizofrenia.
- Familiares: antecedentes familiares de trastorno mental; madre con diagnóstico de episodio depresivo y con sospecha de trastorno de ideas delirantes persistentes.

Causas del ingreso: descompensación psicótica que provoca la desorientación del joven en la vía pública y la realización de conductas antisociales. Según los informes se han debido a un abandono del tratamiento, pues el joven no acude a su centro de salud mental de referencia.

Actuación desde la unidad de salud mental del hospital citado: activar procedimiento de notificación judicial para exponer la situación de riesgo potencial del paciente.

Juicio clínico: Esquizofrenia paranoide (F20.0, CIE-10). Ideas delirantes de perjuicio y autoreferencial verbalizadas explícitamente, y síntomas negativos propios de la enfermedad (apatía, abulia). Conductas desorganizadas. Pruebas de tóxicos negativas a su ingreso.

Valoración de enfermería

Elementos valorados sin alteración:

- Necesidad de respiración y de termorregulación.
- Independiente en alimentación/hidratación, uso del WC, vestirse/desvestirse.
- Movilidad: autónomo.

Elementos alterados:

- Dependiente en relación a higiene personal.
- Necesidad de seguridad alterada, desorientación espacial y temporal.
- Necesidad de comunicación alterada, soliloquios, mutismo, aislamiento social.

Cuestionarios utilizados:

- Funcionamiento social y ocupacional. Puntuación: 38.
- Cuestionario de actitudes en relación al tratamiento. Puntuación: 10. Es negativo el efecto percibido de la medicación.

Plan de Cuidados Enfermero

Según NANDA (Diagnósticos de enfermería)³; NOC (Objetivos de enfermería)⁴; y NIC (Intervenciones de enfermería, junto con sus actividades)⁵.

Diagnóstico 1:

DX NANDA: 00069 Afrontamiento inefectivo r/c crisis situacionales o de maduración m/p percepción de un nivel inadecuado de control. Definición: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

Objetivos:

NOC: 1300 Aceptación de estado de salud. Indicadores:

- 130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. (“Manifestado: Nunca / Raramente / En ocasiones / Con frecuencia / Constantemente”)
- 130007 Expresar sentimientos sobre el estado de salud. (“Nunca,....”)

NOC: 1302 Afrontamiento de problemas

- 130205 Verbaliza aceptación de la situación. (“Nunca,....”)
- 130214 Verbaliza necesidades de asistencia. (“Nunca,....”)

Intervenciones y actividades:

NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento:

- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Valorar la comprensión del paciente sobre el proceso de enfermedad.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.

NIC: 5250 Apoyo en toma de decisiones

- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Proporcionar información solicitada por el paciente.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.

Diagnostico 2:

DX NANDA 00079 Incumplimiento del tratamiento farmacológico r/c fuerzas motivacionales, ideas sobre salud m/p conducta indicativa de incumplimiento por observación directa y evidencia de desarrollo de complicaciones.

Definición: Conducta de una persona que no coincide con un plan terapéutico acordado entre la persona y un profesional de la salud. Cuando se ha acordado un plan, la persona

puede respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos, parcialmente efectivos o inefectivos.

Objetivos:

NOC: 1300 Aceptación: estado de salud:

- 130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. (“Ninguna / Escasa / Moderada / Sustancial / Extensa”)
- 130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud. (“Ninguna...”)

NOC: 1813 Conocimiento: régimen terapéutico:

- 181301 Descripción de la justificación del régimen terapéutico. (“Ninguna...”)
- 181306 Descripción de la medicación prescrita. (“Ninguna...”)

Intervenciones y actividades:

NIC: 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Describir el proceso de la enfermedad, si procede.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.

NIC: 4360 Modificación de la conducta:

- Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.
- Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que han sido tomadas independientemente.
- Identificar el problema del paciente en términos de conducta.
- Animar al paciente a que examine su propia conducta.

NIC: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

Valoración Terapia Ocupacional

La evaluación ocupacional permite conocer el nivel actual de habilidades-déficits y las características de su medio sociofamiliar, mediante recogida sistemática y estructurada de información.⁶

Modelo utilizado: de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner (MOHO)⁷.

Áreas afectadas de desempeño e interpretación de la información:

ABVD: independiente en la mayoría de las actividades a excepción de aseo y arreglo personal.

AIVD: afectadas todas las áreas a excepción del uso del teléfono.

Trabajo: no realiza actividad remunerada.

Ocio y tiempo libre: Dedicar la mayor parte del tiempo a ver la televisión.

Participación social: es el área más alterada en el paciente. Aislamiento social.

Objetivos a corto plazo:

- Fomentar la realización de las ABVD afectadas.
- Potenciar la realización de AIVD y actividades de ocio y tiempo libre.
- Favorecer las relaciones sociales del paciente en su medio social.
- Mejorar y mantener las funciones cognitivas.

Objetivos a largo plazo:

- Mantener la realización de las ABVD y las AIVD de forma independiente.
- Potenciar la integración social del usuario en la comunidad.
- Mantener las actividades de ocio y tiempo libre.
- Mantener las funciones cognitivas.

Programas de tratamiento de mayor relevancia según revisión bibliográfica.⁸

- Programa de ABVD y ABVD (mantenimiento, mejora y adaptación)
- Programa de disminución del incumplimiento del tratamiento psiquiátrico y prevenir recaídas.
- Programa de habilidades sociales e interacción social.
- Programa de estimulación cognitiva y laborterapia.
- Programa de ocio y tiempo libre.

Conclusión

Importancia de una valoración multidisciplinar correcta desde enfermería y terapia ocupacional, disciplinas afines y en interacción en áreas como las de salud mental, no solo en el proceso de recogida y análisis de información, sino durante todo el proceso terapéutico. La valoración debe de ser individualizada y personalizada siguiendo los estándares de cuidados enfermeros e intervenciones de terapia ocupacional.

De este modo, junto a los cuidados enfermeros, la terapia ocupacional en personas con esquizofrenia permite una aproximación a éstas holísticamente, considerando un continuo la relación enfermedad mental-entorno en el que se realiza la intervención, lo que debe proporcionar mayor independencia y calidad de vida a los pacientes.

Bibliografía

1. García-Sancho, J.C., & Grupo Técnico. Servicio Murciano de Salud. (2009). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. 2009.
2. Tandon, R. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-5. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. 2013; Vol. 7 (1); 16-19.
3. Nor American Nursing Diagnosis Association. NANDA international. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Elsevier. 2012
4. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E. NOC (Nursing Outcomes Classification). Clasificación de Resultados de Enfermería. Medición de Resultados en Salud. 5º edición. Elsevier. 2013
5. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Docteman, J.M., & Wagner, C.M. NIC (Nursing Interventions Classification). Clasificación de intervenciones de Enfermería. 6º edición. Elsevier.2013
6. Vaquero Sánchez, M. Terapia Ocupacional en Centros de Rehabilitación Psicosocial. A propósito de un caso clínico de esquizofrenia paranoide. *TOG (A Coruña)*. 2011.
7. Kielhofner, G. A model of human occupation: Theory and application. 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997.
8. Casal Barcala, S. Revisión Sistemática: intervenciones de terapia ocupacional en personas diagnosticadas de esquizofrenia. Universidad de la Coruña, Facultad de Ciencias de la Salud. 2011.