

ESQUIZOFRENIA

TRABAJO DE PSIQUIATRÍA

Jose Enrique Aguilar Barrios

Gonzalo Iranzo Navarro-Olivares

La esquizofrenia es un trastorno mental complejo que dificulta:

- Establecer la diferencia entre experiencias reales e irreales.
- Pensar de manera lógica.
- Tener respuestas emocionales normales.
- Comportarse normalmente en situaciones sociales.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

- Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:
- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

CASO CLINICO

Paciente (X) 30 años varón diagnosticado de esquizofrenia paranoide en fase residual en tratamiento ingresa en la unidad de psiquiatría derivado de urgencias con brote psicótico que cursa con anhedonia , irritabilidad ,agitación , ideas delirantes (cree que los vecinos están conspirando para deshacerse de él y que intentan matarlo de forma sutil como intoxicación) y alucinaciones auditivas (asegura que sus vecinos le gritan por las noches para no dejarlo dormir). El brote psicótico está relacionado con la interrupción del tratamiento.

VALORACION GENERAL

Paciente (X) de 30 años de edad, estado civil soltero, vive con sus progenitores, actualmente no tiene un trabajo estable, ingresa por puertas de urgencia con un brote psicótico y es derivado a la unidad de psiquiatría.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

No hay constancia de antecedentes familiares.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde 2007, tratamiento efectivo mientras no lo interrumpe, constan desde 2007 una interrupción voluntaria del tratamiento en 2008 otra interrupción tto en 2010 y una última interrupción en 2011.

PROBLEMA ACTUAL:

Cursa un episodio psicótico caracterizado por ideas delirantes: afirma que sus vecinos conspiran es su contra y que incluso han intentado intoxicarle, alucinaciones aditivas: asegura que sus vecinos gritan por las noches con la intención de interrumpir su sueño y que no le dejan dormir hasta que no se hace de día, irritabilidad, agitación y agresividad.

EXPLORACION FISICA:

El paciente tiene una función motora correcta es capaz de mantener la bipedestación, sus constantes son normales en un periodo de agitación F.R: 19 respiraciones/minuto F.C: 77 pulsaciones/minuto T.A: 129 / 74 Tª: 36'6 °C PESO: 69 Kg TALLA: 177cm.

VALORACION DE LOS PATRONES FUNCIONALES

Valoración de los 11 patrones de Marjory Gordon

Patrón 1: percepción de la salud

El paciente tiene un episodio psicótico caracterizado por ideas delirantes: afirma que sus vecinos conspiran es su contra y que

incluso han intentado intoxicarle, alucinaciones aditivas: asegura que sus vecinos gritan por las noches con la intención de interrumpir su sueño y que no le dejan dormir hasta que no se hace de día, irritabilidad, agitación y agresividad.

Patrón 2: nutrición –metabolismo

Peso: 72 Kg talla: 177cm IMC: 22,98

El paciente afirma tener una alimentación correcta de tres comidas diarias, suele comer con sus padres en casa y en un horario establecido, dice que a veces sufre de pérdidas de apetito pero aun así intenta comer, no se manifiestan signos de desnutrición ni de deshidratación, consume de 1'5 a 2 litros de agua, consume trinaranjus en todas las comidas pero no lo considera una necesidad, no come entre horas y su dieta es equilibrada.

Patrón 3: eliminación

El paciente no manifiesta ninguna anomalía en el patrón de eliminación sus deposiciones son diarias y con una consistencia y coloración normales, aunque a veces sufre estreñimiento pero no es lo normal, la micción varia depende del consumo de líquido pero tiene un color y un olor normales, cuando era más joven recuerda que tubo infección de orina pero fue un caso puntual y le remitió con el correspondiente tto.

Patrón 4: actividad –ejercicio

Acude tres días a la semana a terapia uno en grupo, está inscrito en una empresa de trabajo temporal y suele trabajar cuando le llaman. Camina todos los días, pasea por el parque durante una hora, no muestra interés por ningún tipo de deporte y tampoco lo practica, función motora correcta capaz de mantener la bipedestación, ventilación pulmonar correcta y secreciones bronquiales inexistentes, su FR: 19 respiraciones por minuto, FC: 77 pulsaciones por minuto, FC y FR elevadas por su estado de agitación, irritabilidad y agresividad.

Patrón 5: sueño-descanso

El paciente afirma que no le dejan dormir, que sus vecinos le gritan cuando intenta conciliar el sueño y que por esta razón a pesar de estar cansado solo consigue dormir unas dos horas al día y que duerme mal y se despierta muy cansado, suele acostarse en su habitación sobre las 23:00 y es cuando los vecinos le gritan, asegura que hay noches que gritan hasta las 4:00 o 5:00 y cesan los gritos que sobre las 6:00 vuelven a gritar. A medio día después de comer consigue descansar mejor se tumba en el sofá y duerme siesta durante tiempo indefinido.

Patrón 6: cognitivo perceptivo

Se observa que el paciente está agitado, alterado, irritable y agresivo. Sufre alteraciones psíquicas delirios de persecución: cree que sus vecinos conspiran en su contra incluso que le han intentado intoxicar. Alucinaciones auditivas: escucha como sus vecinos le gritan cuando él intenta dormir, sus padres aseguran que no es cierto y alegan que el piso vecino lleva deshabitado 2 años.

El paciente está un poco confuso y no muestra excesiva colaboración.

Patrón 7: autopercepción – auto concepto

Su imagen muestra un hombre agotado parpados hinchados y amoratados, no mantiene el contacto visual y le preocupa que la gente sepa que padece esquizofrenia por eso le es difícil conocer gente.

Patrón 8: rol –relaciones

Convive con sus padres, tiene una hermana mayor pero que ya no vive con ellos, asegura que no tiene ningún problema familiar que sus padres le apoyan mucho y que mantiene una buena relación con su hermana, que discuten a veces pero siempre suelen reconciliarse. Su vida social se limita a las terapias y alguna vez queda con viejos amigos, en la terapia de grupo ha conocido a una chica y también queda con ella. Manifiesta su dificultad para relacionarse con los demás y hacer una vida social normal.

Patrón 9: sexualidad-reproducción

El paciente dice que su libido es inexistente y que eso le incomoda debido a que está conociendo a una chica y teme que por este motivo ella no quiera seguir quedando con él, sugiere que el relaciona esta situación con la medicación y que por eso interrumpió el tratamiento a pesar de no estar seguro de la relación entre la

medicación y su inexistente apetito sexual.

Patrón 10: tolerancia al estrés

El paciente comunica que después de dejar el tratamiento no sentía nada y estaba bien pero que al tiempo, se hizo insoportable la persecución que sentía por parte de sus vecinos y que la situación le sobrepasaba y que por eso al final accedió a que sus padres le llevaran a urgencias. Antes de dejar el tratamiento mi situación era diferente me preocupaba el relacionarme con los demás pero con la terapia mejoraba mucho mi situación.

Patrón 11: valores creencias

El paciente confiesa ser de familia cristiana católica y practicante, dice que el dejó de practicar la religión hace mucho tiempo, pero que sí que cree que exista dios y a veces en situaciones complicadas sí que reza.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO

Alteración de los procesos del pensamiento relacionado con

deterioro cognoscitivo- perceptual y manifestado por alucinaciones, desorientación, facilidad de distracción e incapacidad para resolver problemas.

DIAGNÓSTICO

Alteración sensorio-perceptiva (auditiva) relacionado con alteración del estado mental y proceso patológico y manifestado por trastornos del patrón del sueño, alteración de la conducta y verbalización de la propia paciente.

DIAGNÓSTICO

Deterioro de la interacción social relacionado con las alucinaciones y el pensamiento desorganizado secundario a su enfermedad y manifestado por aislamiento y comportamiento social inadecuado...

DIAGNÓSTICO

Alteración del patrón del sueño relacionado con proceso patológico y manifestado por dificultad para quedarse dormido e interrupción del sueño durante la noche.

DIAGNÓSTICO

Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con no conciencia de enfermedad y manifestado por una aceleración de los síntomas de la enfermedad y verbalización del paciente de no haber incluido el régimen de tratamiento en la rutina diaria.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

• **DIAGNÓSTICO I**

Objetivos:

El paciente distinguirá las percepciones no concordantes con la realidad en un plazo de 10 días.

Se mantendrá orientado en espacio, tiempo y persona, durante su estancia en el hospital.

El paciente demostrará su capacidad de resolución de problemas sencillos en un plazo de 7 días.

Actuaciones:

Acercarse de forma tranquila y adecuada.

Verificar la interpretación de lo que está experimentando la persona.

Observar las alucinaciones verbales y no verbales (risa inadecuada, respuesta verbal retrasada, movimientos oculares, movimiento de los labios sin emitir ningún sonido, gesticulación y acentuación de movimientos motores).

Favorecer la diferenciación de los estímulos que surgen del interior de los que proceden del exterior.

Mantenerla orientada en espacio, tiempo y persona.

Tratar sobre sucesos actuales, estacionales y que exprese los de propio interés.

Proporcionar educación sanitaria que la prepare para controlar los factores de estrés: métodos de relajación, técnicas de solución de problemas...

• **DIAGNÓSTICO II**

Objetivos:

El paciente mostrará una disminución de los síntomas de sobrecarga sensorial en un plazo de 5 días.

La paciente, al alta, identificará adecuadamente posibles factores potenciales de riesgo.

Actuaciones:

Reducir el exceso de luz y de ruido ambiental.

Animar a la persona a que exprese sus percepciones de los ruidos.

Proporcionarle un sueño ininterrumpido de al menos 6 horas diarias.

Identificar y reforzar las percepciones realistas, facilitando el que así las diferencia de las que no lo son.

Promover los movimientos y el ejercicio.

• DIAGNÓSTICO III**Objetivos:**

El paciente enunciará de forma eficaz sus problemas con las relaciones sociales en un plazo de 7 días.

El paciente, al alta, identificará eficazmente nuevas conductas para promover las relaciones sociales.

El paciente cumplirá las normas de la planta durante su estancia en

la misma

Participará todos los días en los grupos de manera activa y adecuada.

Actuaciones:

Proporcionar una relación individual y de apoyo.

Establecer normas de grupo que no favorezcan la conducta inadecuada.

Fomentar el desarrollo de relaciones entre los miembros del grupo.

Enseñar la responsabilidad de su rol como paciente, participando en los tratamientos.

Reseñar las actividades del día y centrarse en su cumplimiento.

Prever las dificultades para que se ajuste a la vida comunitaria y discutir sus preocupaciones sobre la vuelta a la comunidad.

Darle información de los centros sociales que ofrecen ayuda para ajustarse a la vida comunitaria.

• **DIAGNÓSTICO IV**

Objetivos:

El paciente, al alta, explicará un afrontamiento efectivo de la situación.

Al alta, identificará de manera eficaz los problemas que no puede controlar por sí solo.

El paciente en un plazo de 7 días, demostrará una buena solución de problemas.

Actuaciones:

Enfermería debe valorar el estado actual de adaptación.

Escuchar al paciente y observar su expresión facial, gestos, posición del cuerpo y tono de voz.

Ofrecer apoyo cuando habla.

Ayudarla a identificar los problemas que no puedan ser directamente controlados.

Ayudar a realizar actividades que reduzcan el estrés (instruir en técnicas de relajación, ejercicios...).

Movilizarla hacia un aumento gradual de la actividad.

• **DIAGNÓSTICO IV**

Objetivos:

El paciente restablecerá un patrón de sueño adecuado en un plazo de 3 días.

Durante su estancia en la unidad, describirá los factores que le alteran o inhiben el sueño.

Actuaciones:

Organizar los procedimientos y disminuir los ruidos para proporcionar el menor número de molestias durante el período sueño.

Establecer una rutina habitual para irse a la cama – hora, higiene –

y ajustarse a ella de manera estricta.

Mantenerla ocupado participando activamente en las distintas actividades que se llevan a cabo en la unidad.

Limitar la cantidad y duración del sueño durante el día.

Proporcionar seguridad indicando que estaremos cerca toda la noche.

Le explicaremos las causas de los trastornos del sueño y las posibles formas de evitarlos.

Proporcionar una bebida caliente, que sea de su agrado, antes de acostarse (leche, manzanilla...).

Aconsejarle técnicas de relajación que puede emplear para conciliar el sueño.

Permitiremos que exprese sus sentimientos y la razón por la que cree que no puede dormir.

• **DIAGNÓSTICO V**

Objetivos:

Al alta, describirá adecuadamente el proceso de la enfermedad y el régimen a emplear para controlar la enfermedad y los síntomas.

El paciente, al alta, demostrará el comprender con claridad la necesidad de seguir el tratamiento para poder prevenir posteriores recaídas.

Actuaciones:

Identificar factores causales que impiden el manejo eficaz del tratamiento.

Identificar problemas que influyen en el aprendizaje (capacidades cognitivas).

Fomentar la actitud positiva y participación de el y su familia.

Explicar a la familia el proceso de la enfermedad, tratamiento, necesidad en el seguimiento...

Explicar la necesidad de acudir a revisiones periódicas para evitar recaídas.

Asociar la toma de medicamentos a actividades de la vida diaria.