



**Universidad
Zaragoza**

**Escuela Universitaria de Enfermería (E.U.E):
Huesca**



Grado en Enfermería

Curso Académico 2013/ 2014

TRABAJO FIN DE GRADO

Caso clínico: Deterioro de la Interacción Social en un paciente con
Esquizofrenia Indiferenciada

Autora: Dña. Raquel Campaña Mascuñán

Tutora 1ª: Dña. Mª Carmen Larroche Garcés

Tutora 2ª: Dña. Lidia Sanz Pérez

CALIFICACIÓN

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	5
METODOLOGÍA	5
DESARROLLO	6
A. VALORACIÓN GENERAL	6
DATOS GENERALES	6
ENFERMEDAD ACTUAL	6
TRATAMIENTO MÉDICO	7
VALORACIÓN FÍSICA INICIAL	8
HISTORIA ENFERMERA	8
ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	10
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	12
B. FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS	13
C. PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS	14
D. EVALUACIÓN / SEGUIMIENTO	17
DISCUSIÓN / IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	18
BIBLIOGRAFÍA	19
ANEXOS	22
ANEXO I: CLASIFICACIÓN CIE-10 Y DSM-IV	22
ANEXO II: GENOGRAMA FAMILIAR	23
ANEXO III: ADMINISTRACIÓN DE CLOZAPINA	24

RESUMEN

Se llevó a cabo el caso clínico de Pedro, de 29 años de edad, que se trasladó a la Unidad de Larga Estancia (ULE), procedente de la Unidad de Media Estancia (UME), diagnosticado de Esquizofrenia Indiferenciada con predominio de sintomatología negativa.

Para la actualización y justificación del tema se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden Fundación Index y Encuentra Enfermería 21.

Para el desarrollo del caso clínico se utilizó el modelo enfermero de Virginia Henderson, adaptado por M^a Teresa Luis Rodrigo y otros autores, Taxonomías NANDA Internacional II (2012-2014), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y evaluación de resultados mediante escalas Likert.

De los problemas identificados se seleccionó el Diagnóstico de Independencia **Deterioro de la Interacción Social** relacionado con (r/c) carencia de compañeros y personas significativas en su entorno y carencia de las habilidades sociales necesarias [Conocimientos (C), Fuerza psíquica (Fps), Voluntad (V)] manifestado por (m/p) informes verbales: "no entiendo para qué tenemos que participar siempre en esas actividades, prefiero estar a mi bola en la salita; me agobia tanta gente junta", como principal problema a abordar.

Se propusieron los objetivos y se realizaron las intervenciones, concretando el plan de cuidados individualmente enfocado a la rehabilitación psicosocial y reinserción en la comunidad del paciente.

Después de tres meses de ingreso en ULE, se logró una gran mejoría de la interacción social de Pedro, evidenciada por gran cooperación y sensibilidad con compañeros y personal sanitario, así como un alto grado de compromiso y métodos de resolución de conflictos adecuados.

Palabras clave: *Procesos de Enfermería, Esquizofrenia, Diagnóstico de Enfermería, Rehabilitación, Atención de Enfermería, Salud Mental.*

ABSTRACT

Conducted the clinical case of Pedro, 29-year-old, who moved to the Unit's Long Stay (ULS), from the Unit's Average Stay (UAS), diagnosed of undifferentiated schizophrenia with predominantly negative symptoms.

For updating and justification of the topic was a review of the literature in the following databases: Cochrane Plus Library, CUIDEN Foundation Index and Encuentra (Nursing 21).

The model was used for the development of the clinical case nurse of Virginia Henderson, adapted by M^a Teresa Luis Rodrigo and other authors, Taxonomies NANDA International II (2012-2014), Nursing Outcomes Classification (NOC), Nursing Interventions Classification (NIC) and evaluation of results using Likert scales.

Identified problems was selected the Diagnosis of Independence **Impairment of Social Interaction**, related to (r/t) lack of partners and persons significant in your environment and lack of social skills [knowledge (K), Psychic force (Psf), Will (W)] manifested by (m/b) verbal reports: "I do not understand to what we must always participate in those activities, I prefer to keep my ball in the living room; overwhelms me so many people together", as the main problem to deal with.

Proposed objectives and performed interventions, specifying the plan of care that is individually focused rehabilitation psycho-social and reintegration in the community of the patient.

After three months of income in ULS, achieved a great improvement in the social interaction of Pedro, evidenced by great cooperation and sensitivity with teammates and medical personnel, as well as a high degree of commitment and appropriate conflict resolution methods.

Key words: Nursing Processes, Schizophrenia, Nursing Diagnosis, Rehabilitation, Nursing Care, Mental Health.

INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo XIX, las distintas manifestaciones clínicas de la Esquizofrenia (E) han recibido múltiples acepciones, unificándose en el término "demencia precoz". Posteriormente, en 1911, Bleuler pasa a denominar a la enfermedad como "esquizofrenia" propiamente dicha, considerando la escisión de la personalidad como rasgo central de la enfermedad. ⁽¹⁾

La E es un trastorno mental grave de carácter crónico, al que se asocia un variable grado de deterioro que dificulta la adaptación social del paciente. Su complejidad se debe a su etiología, ya que es un trastorno de origen multifactorial, en el que intervienen factores genéticos y ambientales. ⁽²⁾

Está definida por una serie de síntomas conductuales: positivos (delirios y alucinaciones), negativos (afecto aplanado, alogia, abulia/apatía y dificultades de atención) y cognitivos o de «desorganización» (habla y conducta desorganizada, trastorno del pensamiento y falta de atención). No hay ningún síntoma que sea, por sí solo, patognomónico de la E. Los síntomas determinantes en las disfunciones sociales y ocupacionales son los síntomas negativos y los déficits cognitivos. Afectan a la capacidad de trabajo, a las relaciones con los demás y a los lazos emocionales, es decir, a la capacidad del paciente para desarrollar una vida en condiciones normales. ^(3,4)

La E tipo indiferenciada es un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica que no se ajusta a un tipo concreto o que presenta rasgos de más de uno de ellos, sin que halla un claro predominio de uno en particular. ⁽⁵⁾

El 20-40% de los pacientes manifiestan los primeros síntomas psicóticos antes de los 20 años ⁽⁶⁾. La tasa de incidencia es de entre 0,2 y 0,6 por 1.000 habitantes y es similar en hombres y mujeres. La prevalencia es de entre 3 y 8 por 1.000 habitantes y el riesgo de padecer la enfermedad a lo largo de la vida es del 1%. ⁽⁷⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cerca de 45 millones de personas en todo el mundo padecen E. En España se calcula que existen unas 400.000 personas afectadas, representando el 2,7% del gasto sanitario público. ⁽⁸⁾

Atendiendo a la sintomatología negativa de la enfermedad, estas personas se caracterizan por tener grandes dificultades para establecer relaciones sociales ⁽⁹⁾; y si a ello sumamos la repercusión que tiene para un paciente con trastorno mental grave el ingreso en una institución penitenciaria, donde se ve agravado su diagnóstico y sin las herramientas necesarias para ayudarles a sobrellevar su enfermedad, nos encontramos ante un grave problema social. ⁽¹⁰⁾

El tipo de tratamiento o intervención que deba llevarse a cabo, va a depender de la situación individual de cada paciente, pero siempre dando una atención integral y de calidad, lo que implica realizar un abordaje bio-psico-social.

La evidencia científica ha demostrado que se obtienen mejores resultados incorporando las diferentes intervenciones psicosociales al tratamiento farmacológico. Los programas de intervención psicosocial se encaminan a la rehabilitación integral del paciente con E, desde los aspectos más básicos de actividades de la vida diaria (AVD) y el manejo de la medicación, hasta iniciar y mantener relaciones interpersonales plenas. ^(3,11,12)

Es necesario que exista una continuidad en el proceso asistencial y la figura del profesional de enfermería tiene una importante labor en ello. ^(13,14)

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Desarrollar un caso clínico – proceso de Enfermería basándome en el modelo enfermero de Virginia Henderson.

Objetivos específicos:

- Aplicar las competencias adquiridas y descritas en el plan de estudios de Grado en Enfermería.
- Destacar la importancia que tiene la rehabilitación psicosocial en pacientes con esquizofrenia.
- Resaltar la labor enfermera en la rehabilitación psicosocial.

METODOLOGÍA

Para la actualización y justificación del tema se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: La Biblioteca Cochrane Plus ⁽²⁾, CUIDEN Plus Fundación INDEX ^(4, 9-12, 14) y Encuentra Enfermería 21. ^(7,13)

Para el desarrollo del caso clínico se ha utilizado el modelo enfermero de Virginia Henderson, adaptado por M^a Teresa Luis Rodrigo y otros autores ⁽¹⁵⁾; Taxonomías NANDA Internacional II (2012-2014) ⁽¹⁶⁾; Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2009) ⁽¹⁷⁾; Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2009) ⁽¹⁸⁾; y evaluación de resultados mediante escalas Likert.

DESARROLLO

A. VALORACIÓN GENERAL:

DATOS GENERALES:

Fecha valoración: 25 noviembre 2013

Nombre: Pedro* **Sexo:** hombre **Edad:** 29 años **Estado civil:** soltero
Persona de contacto: su madre.

Diagnóstico médico: Esquizofrenia Indiferenciada (F 20.3), según CIE-10, o Tipo Indiferenciado (F20.3x), según DSM-IV (Anexo I).

Motivo de ingreso: Necesidad de seguir un programa de rehabilitación psicosocial (cognitiva, volitiva, social, ocupacional y laboral) y definir en su autonomía y cuidado.

Alergias: no conocidas.

Tipo de ingreso: voluntario.

Procedencia del paciente: Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP) "Santo Cristo de los Milagros": UME.

Antecedentes medicoquirúrgicos: sin enfermedades de interés destacables.

Antecedentes psiquiátricos:

En tratamiento o consulta por:

- Trastorno esquizotípico (en prisión).
- Desadaptación, conducta psicopática.

Ingresos anteriores:

- Tres Centros de Menores → 5 años (hasta los 12 años)
- Reformatorio → 6 años (hasta los 18 años)
- Centro Penitenciario → mayo 2006 – abril 2011
- UCE → 4 mayo 2011 (26 días)
- UME → 30 mayo 2011 (2 años)

Diagnósticos anteriores: Trastorno Esquizotípico.

* En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, no se registrarán datos privados que puedan identificar a la persona ⁽¹⁹⁾.

ENFERMEDAD ACTUAL: Esquizofrenia Indiferenciada con predominio de sintomatología negativa y síntomas defectuales. Se decide traslado a ULE por gran déficit en su autonomía y cuidado sin estímulo directo, para la continuidad de cuidados y tratamiento rehabilitador.

TRATAMIENTO MÉDICO ⁽²⁰⁾

Tabla nº 1: Tratamiento farmacológico			
PRINCIPIO ACTIVO= NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	VÍA ADMINISTRACIÓN	INDICACIÓN
CLOZAPINA = NEMEA[®] 100 mg	(0-1-3)	Oral	Esquizofrenia
OXCARBACEPINA = TRILEPTAL[®] 300 mg	(1-0-1)	Oral	Crisis epilépticas
ZUCLOPENTIXOL = CLOPIXOL DEPOT[®] 200 mg/ml	1 inyección /14 días	Intramuscular	Esquizofrenia
METAMIZOL MAGNÉSICO = NOLOTIL[®] 575 mg	1 (si precisa)	Oral	Dolor agudo (odontalgia)
CLORACEPATO DIPOTÁSICO= TRANXILIUM[®] 15 mg	1 (si precisa)	Oral	Ansiedad
LACTULOSA= DUPHALAC[®]	(1-1-0)	Oral	Estreñimiento

Pruebas complementarias:

- **Bioquímica, hemograma:** dentro de la normalidad.
- **Tóxicos en orina:** negativo.
- **Electrocardiograma (ECG):** sin hallazgos de relevancia.

VALORACIÓN FÍSICA INICIAL:

Tabla nº 2: valoración física	
Signos vitales:	Exploración física:
Tensión arterial braquial (Extremidad superior derecha): 116/78 mmHg	Peso: 80 Kg.
(Extremidad superior izquierda): 110/ 75 mmHg.	Talla: 181,5 cm.
Frecuencia cardiaca: 88 p.p.m*.	IMC (Índice de Masa Corporal): Kg/m ² = 24,31 (Normopeso)
Frecuencia respiratoria: 16 r.p.m*.	Lesiones corporales: abscesos en espalda frecuentes.
Temperatura: 36,7 °C (axilar).	Nivel de consciencia: distraído, fluctuante, confuso; responde a preguntas.

*p.p.m: pulsaciones por minuto

*r.p.m: respiraciones por minuto

HISTORIA ENFERMERA:

Se realiza valoración mediante observación, datos de la Historia Clínica, personal auxiliar y de enfermería de UME y ULE, así como a través de entrevista personal con el paciente. Propongo a Pedro realizar la entrevista y accede de buen agrado. Se lleva a cabo a petición suya en la cafetería del centro.

Pedro es un hombre de 29 años, soltero y actualmente permanece en la ULE para su rehabilitación y posterior reinserción en la comunidad. Los fines de semana acude al domicilio de su madre, en el municipio donde ésta vive. Pedro es el mayor de 4 hermanos de diferentes padres, mantiene relación con su hermano Emilio y su madre (Anexo II), a los que va a ver los fines de semana cada 15 días. Su hermano Emilio es la persona más importante para él.

Se encuentra orientado auto y alopsíquicamente. Evita el contacto visual. No muestra alteración de la memoria ni ideación delirante, aunque reconoce "oír voces

que me hablan de vez en cuando". Presenta un lenguaje lento y escaso en palabras.

Reconoce tomar la medicación *"porque la tengo que tomar, siempre me duelen las muelas"*. *"Cuando voy al pueblo a veces se me olvida tomarla"*.

Historia de abuso de tóxicos desde la niñez (tabaco, cannabis, cocaína, speed). Reconoce haber abusado de las drogas, aunque *"ahora no consumo nada de eso, solo tabaco, 12 cigarrillos al día, y algún porro que otro"*.

Sabe leer y escribir: *"leo el periódico todos los días"*.

"Creo en Dios pero no practico". Se muestra satisfecho con su vida actual, aunque no descarta el *"poder irme de aquí algún día para trabajar"*. Relata que trabajó a temporadas en granjas porcinas, como peón de albañil y ayudando en el taller a la pareja de su madre en esos momentos.

Bebe alrededor de 1,5 L de agua diarios. Hace 4 comidas al día (desayuno, comida, merienda y cena), y 1 café a medio día. *"Prefiero carne o pescado a la plancha y no me gustan las judías verdes"*.

Normalmente duerme 9 horas por la noche y 2 horas de siesta: *"me despierto descansado"*. Se acuesta sobre la colcha de la cama con ropa de calle y calcetines.

Micciona unas 5 veces al día orina de color ámbar. Sus deposiciones en los últimos meses son escasas, 2 veces a la semana, para lo que está tomando Duphalac[®].

"Me gusta llevar capucha y prefiero ir en chándal, voy más cómodo".

Observo que lleva las manos sucias, comenta que se lava al ducharse por la mañana solamente, y los dientes de vez en cuando. Lleva barba bien recortada. Precisa supervisión para higiene adecuada diaria.

Suele ir al centro de la ciudad caminando para comprar el tabaco 3 veces a la semana para hacer ejercicio.

"Me gusta ver la TV y oír música". Pasa la mayor parte del tiempo solo y en la realización de actividades grupales hay que insistirle para que participe: *"no entiendo para qué tenemos que participar siempre en esas actividades, prefiero estar a mi bola en la salita. Me agobia tanta gente junta"*.

Tabla nº 3: 14 Necesidades Básicas según el modelo de Virginia Henderson	
1. Respirar normalmente.	
Manifestaciones de independencia. No se observan.	
Manifestaciones de dependencia. "Consumo tabaco, 12 cigarrillos al día".	
Datos a considerar. No se observan.	
2. Comer y beber adecuadamente.	
Manifestaciones de independencia. Bebe alrededor de 1,5 L de agua diarios. Hace 4 comidas al día (desayuno, comida, merienda y cena).	
Manifestaciones de dependencia. No se observan.	
Datos a considerar. Toma 1 café al día. "Prefiero carne o pescado a la plancha y no me gustan las judías verdes".	
3. Eliminar por todas las vías corporales.	
Manifestaciones de independencia. Micciona unas 5 veces al día orina de color ámbar.	
Manifestaciones de dependencia. No se observan.	
Datos a considerar. Deposiciones en los últimos meses escasas, 2 veces/semana: tratamiento con <i>Duphalac</i> ®.	
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.	
Manifestaciones de independencia. Acude al centro de la ciudad caminando 3 veces a la semana.	
Manifestaciones de dependencia. No se observan.	
Datos a considerar. No se observan.	
5. Dormir y descansar.	
Manifestaciones de independencia. Duerme 9 horas por la noche, "me despierto descansado".	
Manifestaciones de dependencia. No se observan.	
Datos a considerar. Duerme 2 horas de siesta. Se acuesta sobre la colcha de la cama con ropa de calle y calcetines.	
6. Escoger ropa adecuada.	
Manifestaciones de independencia. No se observan.	
Manifestaciones de dependencia. No se observan.	
Datos a considerar. "Me gusta llevar capucha y prefiero ir en chándal, voy más cómodo".	

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

Manifestaciones de independencia. No se observan.

Manifestaciones de dependencia. No se observan.

Datos a considerar. No se observan.

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

Manifestaciones de independencia. Lleva barba bien recortada.

Manifestaciones de dependencia. Manos sucias, sólo se lava al ducharse por la mañana, y los dientes de vez en cuando.

Datos a considerar. Precisa supervisión para higiene adecuada diaria.

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

Manifestaciones de independencia. En estos momentos se encuentra orientado auto y alopsíquicamente. No muestra alteración de la memoria ni ideación delirante.

Manifestaciones de dependencia. Reconoce tomar la medicación "porque la tengo que tomar, siempre me duelen las muelas". "Cuando voy al pueblo a veces se me olvida tomarla".

Datos a considerar. Reconoce "oír voces de vez en cuando". Historia de abuso de tóxicos desde la niñez. Reconoce haber abusado de las drogas; actualmente: "consumo algún porro que otro".

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

Manifestaciones de independencia. Accede de buen agrado a realizarle la entrevista. Mantiene relación con su hermano Emilio y su madre. Su hermano Emilio es la persona más importante.

Manifestaciones de dependencia. No se observan.

Datos a considerar. Presenta un lenguaje lento y escaso en palabras. Cada 15 días acude al domicilio de su madre.

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

Manifestaciones de independencia. No se observan.

Manifestaciones de dependencia. No se observan.

Datos a considerar. "Creo en Dios pero no practico".

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
<p>Manifestaciones de independencia. Se muestra satisfecho con su vida actual. No descarta el <i>"poder irme de aquí algún día para trabajar"</i>.</p> <p>Manifestaciones de dependencia. No se observan.</p> <p>Datos a considerar. Trabajó a temporadas en granjas porcinas, como peón de albañil y ayudando en el taller a la pareja de su madre.</p>
13. Participar en actividades recreativas.
<p>Manifestaciones de independencia. No se observan.</p> <p>Manifestaciones de dependencia. Pasa la mayor parte del tiempo solo y en la realización de actividades grupales hay que insistirle para que participe: <i>"no entiendo para qué tenemos que participar siempre en esas actividades, prefiero estar a mi bola en la salita. Me agobia tanta gente junta"</i>.</p> <p>Datos a considerar. <i>"Me gusta ver la TV y oír música"</i>.</p>
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.
<p>Manifestaciones de independencia. No se observan.</p> <p>Manifestaciones de dependencia. No se observan.</p> <p>Datos a considerar. Sabe leer y escribir: <i>"Leo el periódico todos los días"</i>.</p>

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Se trata de un hombre de 29 años de edad, Pedro, diagnosticado de Esquizofrenia Indiferenciada, que ingresa en la ULE, tras casi 2 años en la UME.

Mantiene contacto habitual con su madre y su hermano Emilio, a los que ve los fines de semana que se va de permiso al pueblo, si cumple con las pautas estipuladas en el centro.

Muestra nula conciencia de enfermedad al atribuir su internamiento a un dolor de muelas. Cumple con el tratamiento bajo supervisión aunque reconoce que a veces, cuando se va de permiso, olvida tomarlo.

Historia de abuso de tóxicos desde la niñez.

Múltiples internamientos en centros de menores por desestructuración familiar y posterior ingreso en prisión por diferentes actos delictivos, repercutiendo de

manera negativa en la evolución de su enfermedad. Primer diagnóstico de Trastorno Esquizotípico de la personalidad estando en prisión.

Su patrón de deposición en los últimos meses se ha visto alterado, por lo que está en tratamiento para normalizarlo.

Precisa supervisión en la higiene diaria.

Se observa un marcado déficit de socialización lo que le lleva a mantenerse al margen de las actividades propuestas por el centro, dificultando así su tratamiento rehabilitador. Por ello considero de vital importancia el llevar a cabo un plan de cuidados, en el que además de suplir las necesidades anteriormente identificadas, contemple esta carencia mediante el diagnóstico: *Deterioro de la Interacción social*. Si conseguimos mejorar en este aspecto será más fácil conseguir la rehabilitación psicosocial de Pedro y su posterior reinserción en la comunidad con miras a conseguir un trabajo, ya sea remunerado o en talleres habilitados.

B. FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS ^(21,22).

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Estreñimiento secundario a tratamiento con neurolépticos.

Trastorno de la percepción sensorial (auditiva) secundario a su proceso de enfermedad.

Complicación potencial (C.P): Intoxicación aguda secundaria al consumo de tóxicos.

C.P: Leucopenia secundaria a tratamiento con clozapina (Anexo III).

C.P: Dolor secundario a odontalgia.

C.P: Ansiedad secundaria a descompensación psicopatológica.

DIAGNÓSTICOS DE INDEPENDENCIA ⁽²³⁾.

Déficit de Autocuidado: baño (00108) *r/c* disminución de la motivación (V) *m/p* falta de autocuidado y hábitos higiénicos inadecuados.

Deterioro de la Interacción social (00052) *r/c* carencia de compañeros y personas significativas en su entorno y carencia de las habilidades sociales necesarias (C, Fps, V) *m/p* informes verbales: *"no entiendo para qué tenemos que participar siempre en esas actividades, prefiero estar a mi bola en la salita. Me agobia tanta gente junta"*.

C. PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS ⁽²⁴⁾

Deterioro de la Interacción social (00052) r/c carencia de compañeros y personas significativas en su entorno y carencia de las habilidades sociales necesarias (C, Fps, V) m/p informes verbales: "no entiendo para qué tenemos que participar siempre en esas actividades, prefiero estar a mi bola en la salita. Me agobia tanta gente junta".

Criterio de resultados: NOC ⁽¹⁷⁾

1502 Habilidades de Interacción social.

Objetivo general:

- Pedro en el plazo de dos meses demostrará conductas de habilidad social evidenciadas por:

Tabla nº 4: Escala Likert de habilidades de interacción social		
Indicadores	Inicial	Final
150203 Cooperación con los demás	2	5
150204 Sensibilidad con los demás	2	5
150212 Relaciones con los demás	1	4
150214 Comprometerse	1	4
150216 Utilizar formas/métodos de resolución de conflictos	1	4
Puntuación: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado		

Objetivos específicos:

Pedro en el plazo de un mes:

- Demostrará habilidades de relación asertivas en las situaciones cotidianas (C).
- Discutirá la importancia de las relaciones satisfactorias con otras personas y su integración social (Fps).
- Participará activamente en las actividades propuestas en el plan terapéutico (V).

Intervenciones: NIC ⁽¹⁸⁾

4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales.

5100 Potenciación de la socialización.

Actividades: ^(25,26)

- Crearemos un ambiente tranquilo y agradable en todo momento cuidando ruidos, luz, etc, para disminuir la posible ansiedad de Pedro ante la participación en los grupos.

- Lectura del periódico:
 - Todos los días de 9:30 – 10:00 se llevará a cabo la lectura del periódico, supervisada por el personal de Enfermería. Se realizará en el aula principal del centro.
 - Cada integrante del grupo leerá una noticia de la sección que desee del periódico y posteriormente hará una breve comprensión de la misma en sus propias palabras.
 - Al finalizar la lectura de todos los participantes, uno de ellos, previamente seleccionado, resaltaré aquella noticia que le haya llamado más la atención o quiera remarcar en especial.

- Habilidades sociales:
 - Los lunes de 12:30 – 13:30 se llevará a cabo el taller de Habilidades Sociales con el grupo de pacientes y personal de Enfermería, en el aula principal del centro.
 - Todos los integrantes se colocarán en círculo, con la pantalla de proyección visible.
 - Se expondrá un power-point en el que se reflejarán los distintos sentimientos y emociones que una persona puede sentir, y se presentarán diferentes reacciones del protagonista ante una misma situación.
 - Se intercambiarán opiniones sobre el material audiovisual expuesto.
 - Cada paciente relatará una situación que haya vivido, identificando el sentimiento que le produjo y cómo reaccionó ante ella.
 - Al finalizar el taller, se registrará su evolución para que sirva de referencia en talleres sucesivos e ir observando sus progresos en cuanto a técnicas de habilidad social.

- Se reforzará positivamente la asistencia y participación de Pedro al taller y las diferentes actividades del centro, mediante los permisos para ir a casa cada 15 días y poder recibir los cigarrillos acordados (12 cigarrillos/día).

- Video-forum:
 - Los miércoles de 18:00 – 19:45 se proyectará en la sala de vídeo una película de 60 minutos de duración aproximadamente, que exponga una situación o conducta determinada. Será elegida por el personal sanitario junto con los pacientes que quieran colaborar.
 - Si la película dura más de una hora se realizará un descanso de 10 minutos.
 - Se repartirán un folio y bolígrafo para cada participante.
 - Después de la proyección de la película cada participante podrá ir exponiendo sus impresiones sobre la misma y comentar los aspectos más importantes o difíciles de representar en la vida real.
 - Se intercambiarán opiniones sobre la misma y se hará una reflexión grupal como finalización de la actividad.

- Salida grupal:
 - Los jueves de 18:00 – 20:00 se realizará una salida grupal al centro de la ciudad sin supervisión del personal sanitario. Los pacientes previamente indicarán las actividades a realizar allí, pudiendo aconsejarles o proponerles diferentes opciones de ocio.
 - Los viernes a la misma hora se realizará otra salida grupal supervisada por el personal sanitario, fomentando así las actividades sociales y las relaciones con los demás.

D. EVALUACIÓN/SEGUIMIENTO

Fecha: 25 febrero 2014

Tabla nº 5: Escala Likert de habilidades de interacción social			
Indicadores	Inicial	Diana	Final
150203 Cooperación con los demás	2	5	5
150204 Sensibilidad con los demás	2	5	5
150212 Relaciones con los demás	1	4	4
150214 Comprometerse	1	4	4
150216 Utilizar formas/métodos de resolución de conflictos	1	4	4
Puntuación: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado			

Después de tres meses de ingreso en ULE Pedro ha conseguido los siguientes objetivos:

- Muestra gran cooperación y sensibilidad con sus compañeros y con el personal sanitario en la realización de las actividades diarias.
- Ha conseguido hacerse un grupo de amigos con los que interactúa más habitualmente y realiza las salidas al centro.
- Cumple con los compromisos fijados recibiendo en compensación los permisos de fin de semana y los cigarrillos estipulados diariamente.
- Se ha visto mejorada su capacidad de reacción ante las situaciones difíciles que a veces se plantean en el día a día, pidiendo ayuda cuando lo necesita.

DISCUSIÓN/IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Tras la puesta en marcha del plan de cuidados llevado a cabo, y analizando los diferentes objetivos propuestos y alcanzados, queda reflejada la importancia de la rehabilitación psicosocial en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, así como de la figura enfermera en el modelaje de la conducta y fortalecimiento de habilidades sociales para lograr su reinserción social.

Como profesionales de la Enfermería debemos prestar cuidados lo más completos posible, y las intervenciones han de estar orientadas en esa dirección.

La utilización de la metodología enfermera nos permite tener una base de actuación y planificar unos cuidados individualizados, para así, lograr el máximo bienestar físico, mental y social de la persona.

Al trabajar el diagnóstico de *Deterioro de la Interacción Social*, se ha conseguido mejorar los síntomas negativos de la esquizofrenia en este caso, lograr la integración del paciente en el centro con el resto de compañeros, y crear así las bases para una próxima reinserción en la comunidad mediante un puesto de trabajo remunerado o en talleres habilitados.

Con la presentación de este caso, me gustaría dejar constancia de la repercusión que puede tener sobre una persona que crece en el seno de una familia desestructurada o sin el apoyo familiar suficiente, el no ser diagnosticada a tiempo de un trastorno mental, o aún en el caso de ser diagnosticada, ingresar en centros penitenciarios al cometer actos delictivos, consiguiendo una reagudización de su enfermedad y pronóstico de aislamiento, en lugar de ingresar en centros de Salud Mental habilitados para tratar con éxito este tipo de trastornos.

Espero, así mismo, que pueda servir como consulta a otros profesionales de Enfermería que se encuentren ante casos clínicos similares, independientemente del ámbito de actuación en el que desarrollen la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morrés F, Basterra V, Martínez de Zabarte E. Trastornos psicóticos: Esquizofrenia. En: Grupo ENE Life Publicidad S.A., editores. Manual del Residente en Psiquiatría. Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2009. p. 249 – 260.
2. Oliva J, López J, Osuna R, Montejo A, Duque B. El coste de la esquizofrenia: un poco de luz en la salud mental [Internet] 2014 [acceso 9 de febrero de 2014]; (4). Disponible en:
<http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208323576&DocumentID=GCS32-11>
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
4. García MP, Bobes J. Ante el nuevo reto de identificar el síndrome negativo de la esquizofrenia. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet] 2013 [acceso 9 de febrero de 2014]; 6(4): 141-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/saludmental>
5. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Décima revisión. Psicoméd.net [Internet] 2013 [acceso: 9 de febrero de 2014]. Disponible en: http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_indice.html
6. Peralta Martín V, Cuesta Zorita MJ. Esquizofrenia y psicosis relacionadas. En: Grupo ENE Life Publicidad S.A., editores. Manual de Psiquiatría. Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2009. p. 267-84.
7. Santos AM, Bellver A. La esquizofrenia, acercarse a ella para entenderla. Educare21. 2009 octubre; (8): 1-11.
8. Hidalgo Vega A. El coste económico de la esquizofrenia en España. En: Bobes J, Saiz J, coordinadores. Impacto social de la esquizofrenia. Barcelona: 2013. p. 85-103.

- 9.** Pascual Tosina, R; Ruiz Gómez, E; Suárez Ramírez, N. Efectividad de los grupos de autoayuda de pacientes con diagnóstico precoz de esquizofrenia dirigido por enfermero especialista en salud mental. Biblioteca Las casas [Internet] 2011 [acceso 9 de febrero de 2014]; 7(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0571.php>
- 10.** Marín N, Navarro C. Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. Rev. esp. sanid. penit. [Internet] 2012 noviembre-febrero [acceso 9 de febrero de 2014]; 14 (3). Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202012000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 11.** Aguilera Serrano, C; Heredia Pareja, C. Enfoque holístico en la valoración de Enfermería en Salud Mental. Rev Presencia [Internet] 2012 julio-diciembre [acceso 9 de febrero de 2014]; 8(16). Disponible en: <http://www.indexf.com.roble.unizar.es:9090/presencia/n16/p8027.php>
- 12.** Florit A. La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. Apuntes de Psicología [Internet] 2006 [acceso 9 de febrero de 2014]; 24(1-3): 223-44. Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104>
- 13.** Santos, AM. Definición de las funciones de enfermería en un centro de rehabilitación y reinserción social (CRIS): el impulso necesario. Educare21 [Internet] 2009 julio [acceso 9 de febrero de 2014]; (7): 1-17. Disponible en: http://preview.enfermeria21.com/educare/secciones/ensenyando/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTg1&MjU%3D&MzAyNw%3D%3D
- 14.** Sánchez J. Acerca de la necesidad de incluir profesionales de enfermería en las mini-residencias de salud mental. Rev Presencia [Internet] 2010 enero-junio [acceso 9 de febrero de 2014]; 6(11). Disponible en: <http://www.indexf.com/presencia/n11/p7521.php>
- 15.** Luis Rodrigo MT, Navarro Gómez MV, Fernández Ferrín C. De la teoría a la práctica. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005.

- 16.** Herdman TH. (Ed) NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación, 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
- 17.** Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
- 18.** Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
- 19.** Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, núm. 298, del 14 de diciembre de 1999).
- 20.** Vademecum Internacional 2013, Guía Farmacológica. 13 ed. Madrid: Editorial UBM MEDICA; 2013.
- 21.** Tejedor García MJ, Etxabe Marceil MP. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: Editorial Glosa; 2007.
- 22.** Benedí Sanz L, Granada López JM, Rams Claramunt MA. Guía de Cuidados Enfermeros en la Red de Salud Mental de Aragón. Plan Estratégico de Salud Mental. Comunidad Autónoma de Aragón. Servicio Aragonés de Salud; 2008.
- 23.** Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
- 24.** Bulechek GM, Butcher H, Dochterman JM, Johnson M, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
- 25.** Granada López, JM. Manual de Enfermería Psiquiátrica. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.; 2009.
- 26.** Fornés Vives, J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2009.
- 27.** Administración de Clozapina. Unidad de Larga Estancia, C.R.P. Santo Cristo de los Milagros. Huesca; 2013.

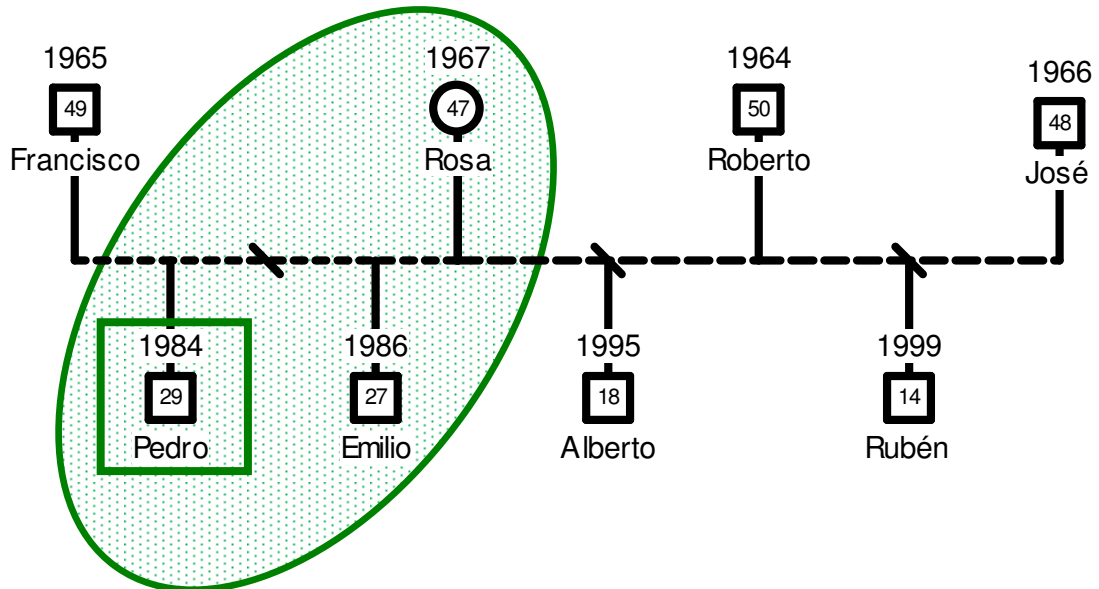
ANEXOS

ANEXO I: CLASIFICACIÓN CIE-10 Y DSM-IV ⁽⁵⁾

Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10	
F20 Esquizofrenia.	F20.4 Depresión post-esquizofrénica.
F20.0 Esquizofrenia paranoide.	F20.5 Esquizofrenia residual.
F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.	F20.6 Esquizofrenia simple.
F20.2 Esquizofrenia catatónica.	F20.8 Otras esquizofrenias.
F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.	F20.9 Esquizofrenia sin especificación.
	F20.4 Depresión post-esquizofrénica.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV
F20.xx Esquizofrenia.
F20.0x Tipo paranoide.
F20.1x Tipo desorganizado.
F20.2x Tipo catatónico.
F20.3x Tipo indiferenciado.
F20.5x Tipo residual.

ANEXO II: GENOGRAMA FAMILIAR



Pedro es el mayor de cuatro hermanos. Es hijo de Francisco y Rosa. Actualmente, sólo mantiene relación con su madre y su hermano Emilio, dos años menor, constituyendo así el núcleo familiar. Tiene dos hermanos menores más, Alberto y Rubén, los cuales su madre los tuvo con otras dos relaciones diferentes; ambos conviven con sus padres biológicos.

ANEXO III: ADMINISTRACIÓN DE CLOZAPINA ⁽²⁷⁾

La clozapina es un antipsicótico atípico que se utiliza en el tratamiento de la esquizofrenia resistente a otras medicaciones. Uno de los efectos adversos más importantes y serios es la leucopenia, que puede derivar en agranulocitosis, con el consiguiente riesgo de infecciones.

Para prevenir dicha complicación, en el CRP se sigue un protocolo de actuación en el que se realiza un seguimiento hematológico estricto a todos los pacientes en tratamiento con dicho fármaco.

Inicio de tratamiento con clozapina:

- La prescripción de clozapina sólo se hará por médicos psiquiatras, e incluye un consentimiento informado sobre los posibles efectos secundarios del fármaco y el control a seguir durante el tratamiento.
- Antes de iniciar el tratamiento con clozapina, se realiza un recuento y fórmula leucocitaria, que deben encontrarse dentro de los valores normales (recuento leucocitario $\geq 3,5 \times 10^9/L$ y recuento absoluto de neutrófilos $\geq 2,0 \times 10^9/L$).
- En caso de que el paciente siga otro tratamiento antipsicótico, se recomienda su retirada gradual.
- En cada visita, se anotará en la cartilla del paciente, la **fecha de los controles hematológicos**, la **dosis de clozapina** y el **recuento leucocitario**.

Mantenimiento del tratamiento con clozapina:

- A partir del inicio del tratamiento con clozapina se realiza un **control semanal de la glucosa y un recuento y fórmula leucocitaria**, que deben mantenerse dentro de valores normales **durante 18 semanas**. A partir de la semana 18, y hasta un mes después de la suspensión del tratamiento, **se repite este control mensualmente**.
- Se recomienda **mantener el tratamiento durante un mínimo de 6 meses**. Asimismo, se recomienda la **monitorización periódica de los niveles plasmáticos de clozapina**, con correspondientes ajustes de la dosis si procede.

