

PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN UN CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO: ABORDAJE DE ENFERMERÍA

PEDRO MALDONADO MALDONADO

DUE especialista en Geriátrica. Residencia Geriátrica «Ciudad de El Ejido», Concertada con la Junta de Andalucía. El Ejido (Almería). Unidad Hospitalaria de Salud Mental. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia se define como un trastorno psicótico crónico que afecta a diferentes aspectos cognitivos como la percepción, el pensamiento, el afecto y la conducta. Esto, a su vez, provoca un mal funcionamiento familiar, escolar y social, siendo una de las principales causas de discapacidad en el mundo. La aparición de dicha enfermedad a una edad temprana, sobre todo, en la adolescencia, junto con su posible origen en el trauma, sitúan a la esquizofrenia más propiamente en una perspectiva psicoevolutiva o socioevolutiva que en la neuroevolutiva al uso¹.

La esquizofrenia se asocia a tasas elevadas de morbilidad y aumento de la mortalidad, con una esperanza media de vida de 10 a 12 años menos en comparación con la población general².

Los centros geriátricos tratan de hallar una serie de recomendaciones para los procedimientos de diagnóstico, intervenciones clínicas y cuidados de enfermería destinados a controlar los factores de riesgo modificables que repercuten en la calidad de vida³.

*Correspondencia: P. Maldonado
Email: peterytal@gmail.com*

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 76 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide en el año 1960, a la edad de 20 años. Presenta un coeficiente intelectual límite, se encuentra en seguimiento en unidades comunitarias de salud mental y zonas básicas de salud desde hace años, sin hallarse los primeros informes diagnósticos y de seguimiento.

Sin ingresos hospitalarios agudos previos, es internado desde temprana edad tras ser diagnosticado de dicha enfermedad. En la anamnesis familiar de la aparición y progreso de la enfermedad, refuerzan la idea del trauma tras la muerte de los progenitores, con instauración progresiva y crónica de ideación delirante, aislamiento y nulidad de relaciones sociales o personales, manierismo y soliloquios permanentes.

Historia biográfica: el paciente es hijo único. Ha convivido en centros institucionalizados desde temprana edad, donde se le facilitan cuidados básicos. Tiene un nivel de estudios de educación básica. Se le ha reconocido un grado de dependencia 2. Recibe visitas de familiares (de sus primos) con una periodicidad mensual. Se le ha declarado la incapacidad judicial por la Junta de Andalucía.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO EN LA UNIDAD

La tabla 1 incluye la valoración de enfermería según el modelo de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

DIAGNÓSTICOS Y PLANIFICACIÓN

Se utiliza la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁴ y la clasificación de diagnósticos por patrones, NOC (Nursing Outcomes Classification)⁵ y NIC (Nursing Interventions Classification)⁶ (tabla 2).

EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS Y RESULTADOS

El paciente vive en un centro residencial de larga estancia desde la adolescencia-juventud, donde ha conservado un grado bajo de autonomía, observándose un deterioro cognitivo gradual progresivo. Ausencia de conciencia de enfermedad, pero con una notable estabilidad psicopatológica, que no requiere ingresos hospitalarios ni aparición de cuadros de descompensación de base. Mantiene baja autoestima situacional y falta de pudor, con perseverancia de exhibicionismo público, lo que conlleva falta de interrelaciones personales y aparición, por parte de otros usuarios del centro, de sentimientos de «pena y lástima» (según comentarios litera-

Tabla 1. Valoración enfermera por patrones

Percepción-manejo de la salud	NAMC. Sin enfermedades somáticas ni crónicas de base. Sin conciencia de enfermedad ni factores influyentes. Consumo de tabaco diario.
Nutricional-metabólico	Apetito aumentado. Dieta basal. Normopeso.
Eliminación	Tendencia al estreñimiento.
Actividad-ejercicio	Tabaquismo (10 cigarrillos/día). Independiente para todas las ABVD, pero necesita supervisión para el aseo/vestido. Independiente para las AIVD.
Sueño-descanso	Insomnio de despertar precoz.
Cognitivo-perceptivo	Discurso coherente, pero de pobreza de contenido. Bradipsiquia, bradilalia y ecolalia.
Autopercepción-autoconcepto	Baja autoestima situacional.
Rol-relaciones	Convivencia con resto de residentes sin relaciones personales. Red social de apoyo. Visitas familiares mensuales. No ha tenido pareja ni tiene hijos.
Sexualidad-reproducción	Tendencia al exhibicionismo.
Tolerancia al estrés	Reiteración de comportamiento y actitudes.
Valores-creencias	Sin alteraciones.

ABVD: actividades básicas de la vida diaria; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; NAMC: no alergias médicas conocidas.



Tabla 2. Diagnósticos de enfermería y planificación

<p>DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD Clase 1. Toma de conciencia de la salud: – Déficit de actividades recreativas (00097) r/c disminución de la estimulación (del interés o la participación) en actividades recreativas o de ocio m/p faltas de deseo de hacer algo y/o afirmaciones de la persona de que se aburre, o que desea tener algo que hacer, que leer, etc.</p>		
NOC	<p>1604 Participación en actividades de ocio. Indicadores: – Participa en actividades recreativas. – Expresa satisfacción en grupos de apoyo.</p>	PI: 1, PD: 5, PA: 3
NIC	<p>5360 Terapia de entretenimiento. Actividades: 5360.05 Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. 5360.07 Ayudar al paciente a identificar las actividades recreativas que tengan sentido. 5360.16 Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional. 5430 Grupo de apoyo. Actividades: 5430.02 Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas transicionales para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida. 5430.22 Enfatizar la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas.</p>	
<p>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO Clase 1. Función urinaria: – Riesgo de estreñimiento (00015) r/c riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras o secas m/p negación o falta de respuesta habitual a la urgencia de defecar.</p>		
NOC	<p>0501 Eliminación intestinal. Indicadores: – Cantidad de heces en relación con la dieta. – Ausencia de estreñimiento.</p>	PI: 3, PD: 5, PA: 4
NIC	<p>0450 Manejo del estreñimiento/impactación. Actividades: 0450.01 Vigilar la aparición de signos y síntomas del estreñimiento. 0450.03 Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede. 0450.08 Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. 0440 Entrenamiento del hábito intestinal. Actividades: 0440.06 Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. 0440.07 Asegurarse de que se realizan ejercicios adecuados.</p>	

Continúa

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería y planificación (cont.)

<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO</p> <p>Clase 1. Sueño/reposo:</p> <p>– Insomnio (00095) r/c trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento vital m/p despertarse demasiado pronto.</p>		
NOC	<p>1305 Modificación psicosocial: cambio de vida.</p> <p>Indicador:</p> <p>– Establecimiento de objetivos realistas.</p>	PI: 2, PD: 4, PA: 3
NIC	<p>1850 Mejorar el sueño. Actividades:</p> <p>1850.01 Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.</p> <p>1850.04 Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema del sueño.</p> <p>1850.14 Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.</p> <p>1850.23 Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.</p>	
<p>Clase 5. Autocuidado:</p> <p>– Autocuidado: baño/higiene, déficit de: (00108) r/c deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma actividades de baño e higiene m/p incapacidad para lavar el cuerpo o sus partes.</p>		
NOC	<p>0301 Autocuidados: baño.</p> <p>Indicadores:</p> <p>– Se lava.</p> <p>– Se viste.</p>	PI: 1, PD: 4, PA: 3
NIC	<p>1801 Ayuda en los autocuidados: baño/higiene. Actividades:</p> <p>1801.01 Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama/en el baño.</p> <p>1801.03 Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.</p> <p>1801.04 Facilitar que el paciente se bañe él mismo, si procede.</p> <p>1801.08 Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.</p>	
<p>DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN</p> <p>Clase 5. Comunicación:</p> <p>– Deterioro de la comunicación verbal (00051) r/c disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos m/p incapacidad para hablar con frases estructuradas.</p>		
NOC	<p>0902 Comunicación.</p> <p>Indicadores:</p> <p>– Dirige el mensaje de forma apropiada.</p> <p>– Intercambia mensajes con los demás.</p>	PI: 1, PD: 4, PA: 3
NIC	<p>4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla. Actividades:</p> <p>4976.04 Dar una orden simple cada vez, si es el caso.</p> <p>4976.05 Escuchar con atención.</p> <p>4976.06 Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.</p> <p>4976.07 Abstenerse de gritar al paciente con trastornos de comunicación.</p>	

Continúa



Tabla 2. Diagnósticos de enfermería y planificación (cont.)

<p>DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN Clase 2. Autoestima: – Baja autoestima situacional (00120) <i>r/c</i> desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual <i>m/p</i> verbalizaciones autonegativas.</p>		
NOC	<p>1302 Superación de problemas. Indicadores: – Busca ayuda profesional de forma adecuada. – Conserva relaciones sociales.</p>	PI: 2, PD: 5, PA: 3
NIC	<p>5400 Potenciación de la autoestima. Actividades: 5400.01 Observar las frases del paciente sobre su propia valía. 5400.03 Animar al paciente a identificar sus virtudes. 5400.06 Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente. 5400.09 Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. 5400.11 Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. 5400.12 Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. 5400.17 Explorar las consecuencias con éxitos anteriores. 5400.19 Animar al paciente a evaluar su propia conducta.</p> <p>5440 Aumentar los sistemas de apoyo. Actividades: 5440.05 Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso. 5440.08 Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.</p>	
<p>DOMINIO 12: CONFORT Clase 2. Confort del entorno: – Aislamiento social (00053) <i>r/c</i> soledad experimentada por un individuo y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o de amenaza <i>m/p</i> comportamiento social no aceptado.</p>		
NOC	<p>1203 Soledad. Indicador: – Expresión de aislamiento social.</p>	PI: 1, PD: 4, PA: 3
NIC	<p>5100 Potenciar la socialización. Actividades: 5100.01 Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas. 5100.02 Animar al paciente a desarrollar relaciones. 5100.03 Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. 5100.04 Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</p> <p>5240 Asesoramiento. Actividades: 5100.01 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto. 5100.04 Establecer metas. 5100.05 Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad. 5100.07 Favorecer la expresión de sentimientos.</p>	

m/p: manifestado por; *PA*: puntuación alcanzada; *PD*: puntuación deseada; *PI*: puntuación al ingreso; *r/c*: relacionado con. Escala Likert: puntuación «5», la mejor posible; y «1», la peor posible.

les) por su falta de autoestima. Por los demás aspectos, respeta todas las normas y reglas del centro, así como de horarios de ingesta y tratamientos. Se trabaja en la línea de seguir reforzando su autonomía personal, cuidados básicos e inclusión en grupos de rehabilitación cognitiva y gerontogimnasia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Álvarez M. Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*. 2012;24(1):1-9.
2. Sáiz-Ruiz J, Sáiz-González MD, Alegría AA, Mena E, Luque J, Bobes J. Impacto del Consenso Español sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2010;3(4):119-27.
3. Sáiz-Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, García-Portilla González MP; Grupo de Trabajo sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(5):251-64.
4. Herdman TH (ed.). *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
5. Moorhead S, Johnson M, Meridean, ML, Swanson E (editors.). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud*. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
6. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM (eds.). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.