

TRASTORNO PSICÓTICO A FILIAR, POSIBLEMENTE, EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE TÓXICOS

ELENA CAMACHO GALLEGO

Enfermera especialista en salud mental. Equipo de Salud Mental de Don Benito (Badajoz).

RESUMEN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 18 años, que es remitido a la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario de Badajoz por presentar clínica psicótica, alteraciones conductuales, cambio de personalidad y consumo de drogas de cinco años de evolución, con una intensificación de esta sintomatología en los últimos dos meses. Mediante la correlación clínico-patológica, se llegó al diagnóstico de trastorno psicótico a filiar. El objetivo es elaborar un plan de cuidados individualizado para una persona con posible trastorno psicótico inducido por consumo de tóxicos. Los diagnósticos de enfermería formulados fueron: confusión aguda [00128], aislamiento social [00053] y autogestión ineficaz de la salud [00276]. El paciente fue tratado mediante la combinación de neurólpticos, benzodiacepinas y terapia cognitivo-conductual grupal e individual. Además, se le realizaron exámenes para descartar enfermedades neurológicas. A continuación, se presenta el caso, abarcando aspectos relevantes sobre su cuadro clínico, objetivos marcados e intervenciones realizadas.

Palabras clave: psicosis inducida por sustancias, cánnabis, enfermería psiquiátrica, delirio.

INTRODUCCIÓN

Si se clasifica la psicosis según su etiología, se encuentra psicosis primarias o idiopáticas si los sín-

tomas no pueden ser explicados por otra causa, y psicosis secundaria si los síntomas se deben a enfermedades o consumo de tóxicos¹.

La población general tiene un riesgo de por vida de presentar un trastorno psicótico primario del 3 al 5 %. Los datos epidemiológicos establecen una prevalencia aproximada del 1 % para cada uno de los

Correspondencia: Elena Camacho Gallego
Correo electrónico: elena.camacho@salud-juntaex.es

trastornos psicóticos primarios, con una proporción similar en hombres y mujeres. Sin embargo, el inicio tiende a ser más temprano en los hombres, generalmente, entre los 18 y los 25 años, mientras que, en las mujeres, ocurre más frecuentemente entre los 36 y los 45 años. A partir de los 60 años, la probabilidad vuelve a aumentar debido a procesos neurodegenerativos o a causas médicas diversas².

Dentro de los trastornos psicóticos secundarios, se encuentra el trastorno psicótico inducido por sustancias, que se caracteriza por alucinaciones y/o ideas delirantes debido a los efectos directos de una sustancia o la abstinencia de esta en ausencia de delirio. Este trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional y genera malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otros campos importantes del funcionamiento³.

Las drogas que más frecuentemente se han relacionado con la psicosis son el cannabis, la cocaína, las anfetaminas y los alucinógenos⁴.

El objetivo de este trabajo es elaborar un plan de cuidados individualizado de una persona con un posible trastorno psicótico, en el que se identifiquen las necesidades reales y potenciales del paciente, con el fin de actuar y resolver los problemas con mayor efectividad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 18 años que es remitido a Urgencias del Hospital Universitario de Badajoz por sus padres debido a alteraciones conductuales. Los padres refieren que pasa semanas encerrado en su habitación, donde come, no se asea... Todo esto comenzó a raíz de empezar a consumir drogas.

Consulta de urgencias

El paciente presenta discurso incoherente y se muestra poco colaborador.

Reconoce el consumo de hachís, marihuana, cannabis, etc.

En el examen toxicológico, los resultados son positivos para cannabis. Se realiza **interconsulta a psiquiatría**.

Hábitos tóxicos

Consumo de cannabis desde hace cinco años y otros tóxicos que no especifica. Había consumido cannabis el mismo día de la consulta. Fuma 1 paquete de tabaco al día, y bebe alcohol de manera esporádica.

Antecedentes psiquiátricos personales

Seguimiento desde hace dos meses aproximadamente con psiquiatría en el ámbito privado con diagnóstico de «brote psicótico». No aportan informes.

Situación sociofamiliar

Vive con sus padres y tres hermanos (de 20, 15 y 14 años), siendo el segundo de la fratría. No ha terminado los estudios de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

Tratamiento farmacológico (cumplimentación errática)

Haloperidol en gotas (7-0-7). Olanzapina (2,5 mg 1-0-1).

Enfermedad actual

El paciente se muestra poco colaborador, verbaliza que escucha voces y le piden que «haga cosas malas», pero «él habla con Dios y consigue que le bendiga». Insomnio nocturno.

Exploración psicopatológica

Vigil, orientado en las tres esferas y no colaborador. Contacto psicótico. Discurso limitado en palabras. Actitud desconfiada. Ideas delirantes de perjuicio de contenido sexual. Alteraciones sensorio-perceptivas (a explorar). Insomnio en relación con la clínica psicótica referida. Picos de ansiedad referida (no se objetiva en consulta).

Se realiza entrevista a solas con los padres, quienes comentan que desde que el paciente comenzó a consumir han objetivado cambios de personalidad, pero nunca esta clínica que refieren de dos meses de evolución, soliloquios de manera frecuente, risas y llan-

tos inmotivados e ideación delirante de perjuicio en relación con que sus familiares «le han violado», dice que entra gente en su casa para abusar de él sexualmente. En el contexto de estos pensamientos, el paciente se muestra desconfiado, llevando a cabo gestos de autoprotección ante estas creencias.

VALORACIÓN GENERAL

La valoración de enfermería se llevó a cabo durante la primera semana de ingreso, mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon⁵, utilizando como herramientas la observación, las mediciones biofisiológicas y la entrevista semiestructurada tanto al paciente como a la familia (tabla 1).

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Se utilizó la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁶ para la formulación

Tabla 1. Valoración de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrones funcionales	Valoración
Percepción/manejo de la salud	Aspecto general descuidado e higiene no adecuada. No tiene consciencia de enfermedad, aunque, al mismo tiempo, refiere tener «un trauma» que le impide salir de casa y relacionarse con los demás porque «me violan». Mala adherencia al tratamiento; considera que tiene que irse de alta. Autónomo para la toma de medicación, pero necesita supervisión y control.
Nutricional/metabólico	Normopeso. Muestra saciedad e inapetencia. Se objetivan ingestas adecuadas, aunque han disminuido en comparación con las ingestas en el domicilio. Impasible frente a la comida.
Eliminación	Eliminación intestinal y urinaria regular.
Actividad/ejercicio	No presenta alteraciones de la movilidad ni inquietud psicomotriz. Tendencia a la clinofilia. Actualmente, no presenta deseos de realización de actividades de consumo de energía ni realiza ejercicio físico.

Continúa

Tabla 1. Valoración de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon (continuación)

Patrones funcionales	Valoración
Sueño/descanso	Presenta insomnio de conciliación. Se muestra intranquilo frente a la idea de dormir compartiendo habitación, permanece un largo período de tiempo en el pasillo de la unidad, se reconduce en varias ocasiones explicando la necesidad de su descanso. Se enfrenta a nivel verbal, pero, finalmente, accede. Se presencia episodio de heteroagresividad durante el descanso nocturno. Sueño conservado con tratamiento pautado y habitación individual.
Cognitivo/perceptivo	Vigil. Orientado en las tres esferas (espacio, tiempo y persona). Parcialmente colaborador. Expresión facial tensa. Actitud suspicaz. No mantiene la mirada en su totalidad. Presenta ideas delirantes de perjuicio hacia su padre y de contenido sexual hacia el género masculino. Impresiona de alteraciones cenestésicas, refiere «tengo la boca pastosa y eso es señal de que me han violado». Manifiesta alteraciones sensorio-perceptivas de tipo auditivo, comenta escuchar voces que le indican «que haga cosas malas», «pero hablo con Dios y consigo que me bendiga». Discurso parco en palabras.
Auto percepción/ autoconcepto	Contacto psicótico. Tonalidad afectiva agradable. Sintonía emocional. Sentimientos con respecto a sí mismo y sus capacidades: inferioridad, inutilidad, tristeza e insatisfacción. Se autodescribe como «una persona que no recibe apoyo ninguno, con muchos problemas desde pequeño». No presenta conductas autoagresivas. Los familiares refieren que presenta conductas heteroagresivas en el domicilio. En la unidad, las ha presentado en varias ocasiones, relacionadas con su delirio. No presenta conducta autolítica.
Rol/relaciones	Relación familiar disfuncional. Refiere violencia en su domicilio, comenta «toda mi familia tiene miedo a mi padre, mi padre se porta mal con nosotros, abusa de mi madre y de mí». El sentimiento respecto a dicha relación es de ansiedad, rabia, impotencia y miedo. Él considera que su apoyo principal es su madre. Las relaciones sociales son escasas, pues le parecen una «pérdida de tiempo». No participa en actividades culturales ni de ocio y tiempo libre. Abandonó los estudios. No se encuentra activo laboralmente.
Sexualidad/ reproducción	Patrón no valorable debido a la temática de la sintomatología delirante del paciente.
Adaptación/ tolerancia al estrés	Ansiedad flotante. Desencadenantes de estrés: delirio de perjuicio en relación con contenido sexual ligado a sentimiento de miedo e intranquilidad hacia los demás. Dificultad de adaptación en el ámbito familiar y social. En la Unidad de Hospitalización Breve, se encuentra en una habitación individual. No manifiesta mecanismos de control y adaptación.
Valores/creencias	Fuerte creencia en Dios. Proviene de una familia muy creyente; nos solicitan, basándose en sus creencias, que no participe en ningún taller que tenga que ver con el yoga; petición realizada en presencia del paciente, que este valida.

de los diagnósticos de enfermería, la clasificación de resultados NOC (Nursing Outcomes Classification)⁷ y la clasificación de intervenciones NIC (Nursing

Intervention Classification)⁸ para fijar objetivos, intervenciones y actividades de enfermería (tabla 2).

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería

Dominio 5: percepción/cognición	Clase 4: cognición	[00128] Confusión aguda r/c uso inadecuado de sustancias m/p alucinaciones y percepción errónea.
NOC	[0916] Nivel de delirio: • [091608] Dificultad para interpretar estímulos del entorno. • [091616] Agitación. • [091620] Alucinaciones. • [091621] Delirios. [1403] Autocontrol de pensamientos distorsionados: • [140301] Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes. • [140307] Solicita la ratificación de la realidad. • [140309] Interacciona con los demás de forma apropiada. [0900] Cognición: • [090013] Comprende el significado de situaciones. • [090011] Toma decisiones adecuadas.	Pl: 2; PD: 5; PA: 3 Pl: 2; PD: 5; PA: 4 Pl: 1; PD: 5; PA: 5 Pl: 1; PD: 5; PA: 3 Pl: 1; PD: 4; PA: 2 Pl: 2; PD: 5; PA: 4 Pl: 2; PD: 5; PA: 4 Pl: 2; PD: 5; PA: 3 Pl: 1; PD: 4; PA: 4
	[6440] Manejo del delirio: • Identificar los factores etiológicos que causan delirio. • Reconocer los miedos y sentimientos del paciente. • Proporcionar una seguridad optimista, pero realista. • Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede y lo que puede esperar en un futuro. • Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, excreción, hidratación e higiene personal. • Mantener un ambiente libre de peligros. • Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas, si es necesario. • No validar las percepciones incorrectas o las interpretaciones imprecisas de la realidad. [6487] Manejo ambiental: prevención de la violencia: • Controlar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligro. • Asignar habitación individual. • Reservar una zona de seguridad establecida en la cual colocar al paciente cuando se ponga violento. [4820] Orientación de la realidad: • Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente. • Hacer las preguntas y dar órdenes de una en una.	

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Dominio 5: percepción/cognición	Clase 4: cognición	[00128] Confusión aguda r/c uso inadecuado de sustancias m/p alucinaciones y percepción errónea.
NIC	• Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad. • Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo. • Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente. • Preparar al paciente para los cambios que se avecinen en la rutina y ambiente habitual antes de que se produzcan. • Modular los estímulos sensoriales humanos y ambientales. [5270] Apoyo emocional: • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.	
Dominio 12: confort	Clase 3: confort social	[00053] Aislamiento social r/c percepción negativa del sistema de apoyo m/p retiro social, informar de sentirse inseguro en público y expresar insatisfacción con el apoyo social.
NOC	[1504] Soporte social: • [150408] Evidencia voluntad para buscar ayuda en otras personas. • [150410] Refiere contactos sociales de soporte adecuados. [1503] Implicación social: • [150318] Asiste a actividades grupales. • [150317] Establece nuevas relaciones. [1216] Nivel de ansiedad social: • [121604] Anticipación ansiosa de situaciones sociales. • [121609] Miedo a ser observado por los demás. • [121617] Interferencias en las relaciones. [0902] Comunicación: • [090210] Interpretación exacta de los mensajes recibidos. • [090207] Dirige el mensaje de forma apropiada. • [090208] Intercambia mensajes con los demás.	PI: 1; PD: 3; PA: 3 PI: 1; PD: 3; PA: 2 PI: 1; PD: 3; PA: 3 PI: 1; PD: 3; PA: 2 PI: 1; PD: 3; PA: 4 PI: 1; PD: 3; PA: 3 PI: 1; PD: 3; PA: 4 PI: 1; PD: 3; PA: 4 PI: 2; PD: 4; PA: 4 PI: 2; PD: 4; PA: 3

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Dominio 12: confort	Clase 3: confort social	[00053] Aislamiento social r/c percepción negativa del sistema de apoyo m/p retiro social, informar de sentirse inseguro en público y expresar insatisfacción con el apoyo social.
NIC	[5100] Potencialización de la socialización: • Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias. • Fomentar el compartir los problemas comunes con los demás. • Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente. • Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás. • Facilitar la participación del paciente en grupos para contar historias. [5270] Apoyo emocional: • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimiento de seguridad durante los períodos de más ansiedad. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. • Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza. [4390] Terapia con el entorno: • Identificar los factores ambientales que contribuyan a la conducta del paciente. • Proporcionar los recursos necesarios para el autocuidado. • Facilitar una comunicación abierta entre el paciente, los cuidadores y las demás personas. • No ser ni demasiado rígido ni demasiado flexible con las reglas. • Reconocer y reforzar nuevos comportamientos adaptables. • Asegurar la presencia y supervisión del personal. • Vigilar la conducta individual que pueda interrumpir o perjudicar el bienestar global de los demás. [5820] Disminución de la ansiedad: • Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Proporcionar objetos que simbolizen seguridad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad. • Instruir al paciente sobre técnicas de relajación.	

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Dominio 1: promoción de la salud	Clase 2: gestión de la salud	[00276] Autogestión ineficaz de la salud r/c preferencias de estilo de vida contradictorias y uso inadecuado de sustancias m/p decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud y por expresar insatisfacción con la calidad de vida.
NOC	[2002] Bienestar personal: • [200201] Realización de las actividades de la vida diaria. • [200202] Salud psicológica. • [200203] Relaciones sociales. • [200207] Capacidad de afrontamiento. [1603] Conducta de búsqueda de salud: • [160306] Describe estrategias para eliminar una conducta poco saludable. • [160308] Realiza conductas de salud por iniciativa propia. • [160316] Busca ayuda cuando es necesario. [1623] Conducta de cumplimiento: medicación prescrita: • [162304] Toma toda la medicación a los intervalos prescritos. • [162305] Toma la dosis correcta. • [162316] Notifica la respuesta terapéutica al profesional sanitario. [1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad: • [180303] Causas o factores contribuyentes. • [180304] Factores de riesgo. • [180315] Beneficios del control de la enfermedad. [1630] Conducta de abandono del consumo de drogas: • [163001] Expresa el deseo de dejar de consumir drogas. • [163003] Identifica los beneficios de eliminar el uso perjudicial de las drogas. • [163008] Se compromete con la estrategia para la eliminación de drogas.	PI: 2; PD: 4; PA: 3 PI: 1; PD: 3; PA: 3 PI: 1; PD: 3; PA: 3 PI: 1; PD: 3; PA: 3 PI: 1; PD: 3; PA: 3 PI: 1; PD: 4; PA: 3 PI: 1; PD: 4; PA: 3 PI: 2; PD: 4; PA: 4 PI: 2; PD: 5; PA: 5 PI: 1; PD: 3; PA: 4 PI: 1; PD: 3; PA: 2 PI: 1; PD: 3; PA: 2 PI: 1; PD: 3; PA: 2 PI: 1; PD: 4; PA: 4 PI: 1; PD: 4; PA: 4 PI: 1; PD: 4; PA: 4
NIC	[5602] Enseñanza del proceso de enfermedad: • Describir el proceso de enfermedad. • Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. • Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. • Comentar las opciones de terapia/tratamiento. • Describir las posibles complicaciones crónicas. • Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados.	

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Dominio 1: promoción de la salud	Clase 2: gestión de la salud	[00276] Autogestión ineficaz de la salud r/c preferencias de estilo de vida contradictorias y uso inadecuado de sustancias m/p decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud y por expresar insatisfacción con la calidad de vida.
NIC	[5510] Educación para la salud: • Identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. • Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas. • Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicios... • Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud. [5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento: • Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. • Explicar el procedimiento/tratamiento. • Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación. • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes. • Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento. [4360] Modificación de la conducta: • Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta. • Mantener una conducta coherente por parte del personal. • Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta. • Animar al paciente a que examine su propia conducta. • Establecer objetivos de conducta por escrito. • Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas de modelado. [4410] Establecimiento de objetivos comunes: • Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema. • Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas y asequibles. • Explicar al paciente que solo se deben modificar los comportamientos de uno en uno. • Construir y utilizar una escala de consecución de objetivos, según proceda. • Fomentar la aceptación del logro de objetivos parciales.	

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

Dominio 1: promoción de la salud	Clase 2: gestión de la salud	[00276] Autogestión ineficaz de la salud r/c preferencias de estilo de vida contradictorias y uso inadecuado de sustancias m/p decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud y por expresar insatisfacción con la calidad de vida.
NIC	[4480] Facilitar la autorresponsabilidad: • Considerar responsable al paciente de su propia conducta. • Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud. • Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. • Brindar oportunidades para la autoevaluación y la autorreflexión.	

m/p: manifestado por; NIC: intervenciones enfermeras (Nursing Interventions Classification); NOC: criterios de resultados de enfermería (Nursing Outcomes Classification); PA: puntuación actual; PD: puntuación deseada; PI: puntuación inicial; r/c: relacionado con.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

Durante la primera semana de ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve, el paciente se mantiene aislado, con tendencia a la clinofilia. Se muestra poco comunicativo, bastante suspicaz y temeroso al contacto, realizando gesto de autoprotección en todo momento. Las intervenciones que se realizan durante esta semana se llevan a cabo en su habitación. Se decide por parte del equipo terapéutico proporcionar al paciente una habitación individual. Se niega a salir de la habitación. Solo sale de la habitación para realizar el aseo diario, pero asegurándose de que sus compañeros (sobre todo, los del género masculino) no se encuentran por el pasillo. La ducha la realiza sin quitarse la ropa interior. Se llevan a cabo varios abordajes verbales con el paciente, escuchando y aportando acompañamiento, protección y apoyo emocional sin reforzar las percepciones incorrectas o las interpretaciones impre-

cisas de la realidad. Su único objetivo la primera semana es mantenerse aislado del resto y buscar la forma para poder salir de la unidad. Coloca un sillón detrás de la puerta con la intención de que nadie pueda abrirla.

No acata las normas de la unidad, fuma en su habitación, se le informa de las repercusiones que pueden tener y se le facilita información acerca de los recursos de la unidad para poder llevar mejor la abstinencia.

En las entrevistas individuales llevadas a cabo, él mantiene la idea de que ha sido violado en la unidad, pues refiere «tener una sustancia en la boca que indica que ha sucedido». No confía en nadie y mantiene las ideas de perjuicio hacia el padre; intenta ser convincente para que le «ayudemos a salir de la unidad». Se le informa de la seguridad que hay en la planta, diciéndole que está videovigilada y enseñándole las cámaras, se ayuda en la toma de decisiones adecuadas y se llevan a cabo pactos con él.

En la segunda y tercera semanas, se objetiva que el paciente está algo más tranquilo; mejor contacto. Se ducha sin la ropa interior, pero mantiene lo de ser el último en ducharse. Realiza las comidas en el comedor. Se dirige al control de enfermería identificando su ansiedad y solicitando ayuda. Hace crítica parcial sobre sus ideas de violación, aunque continúa pidiendo una prueba de realidad, implorando que comprobemos las cámaras. Mantiene el sillón detrás de la puerta solo algunas noches. Ha disminuido las veces que realiza el gesto de autoprotección. Demanda acompañamiento constante en su habitación a los profesionales. A finales de la tercera semana, se consigue que asista al grupo de terapia cognitivo-conductual (espacio diario de una hora, implantado en la unidad como una dinámica terapéutica y guiada por enfermera especialista en salud mental y psicólogo clínico); no participa, pero se mantiene. Se insiste en la importancia de relacionarse con los demás y compartir espacios comunes. En tres ocasiones, se dirige hacia la biblioteca y juega al ajedrez.

A lo largo de la cuarta y quinta semanas, el paciente continúa manifestando verbalmente su delirio, aunque en menor medida. No realiza el gesto de autoprotección, se percibe una expresión relajada, deambula por el pasillo de la unidad, comparte espacios comunes, ve películas en el comedor con algún que otro paciente. Asiste a los grupos de terapia cognitivo-conductual y participa en varias ocasiones. Permanece en el pasillo con los demás pacientes durante la hora de la ducha e inicia alguna conversación, aunque escasa. Sonríe ante bromas que se hayan realizado delante de él. Comienza a compartir habitación, sin incidencias.

El paciente comienza a disponer de pases para ver su relación con el entorno más próximo en su día a día y se le marcan unos límites de horarios, cumplimiento de medicación (neurolépticos y benzo-

diacepinas) y unas actividades. El primer pase no se acomete adecuadamente por parte de los familiares, ya que deciden que el padre no se encuentre en casa para no ocasionar ningún problema. Los horarios no los respetan, llegando más tarde de lo acordado. Se aborda de nuevo este tema con los familiares y se vuelve a informar de la importancia que tiene que se lleve a cabo bajo las pautas recomendadas para una mejor adherencia y poder constatar la conducta que tiene con el padre, dado que tiene ideas de perjuicio hacia él. Los siguientes pases se realizan de manera adecuada, con buenos resultados.

Finalmente, antes del alta, se otorga un pase de cuatro días. Refieren que su trato ha sido afable, no presentando alteraciones conductuales y realizando actividades fuera de casa con su familia. Ha dejado entrar a sus familiares en la habitación con previo aviso, no ha consumido y ha cumplimentado la medicación prescrita (neurolépticos y benzodiacepinas).

A continuación de este pase, el paciente es dado de alta, con seguimiento por parte del equipo de salud mental comunitaria, manteniendo su delirio, aunque le permite funcionar tanto para las actividades básicas de la vida diaria como para las instrumentales. Se han podido llevar a cabo casi en su totalidad las actividades expuestas en el plan de cuidados, logrando los objetivos marcados, ya que la puntuación alcanzada en los indicadores de dichos objetivos es muy similar a la puntuación diana. El paciente está comprometido con su proceso de salud. Al alta, es diagnosticado como «trastorno psicótico no especificado», pues no cumple todos los criterios establecidos para poder especificar el tipo de trastorno psicótico que padece el paciente. Se deriva al paciente al equipo de salud mental comunitaria, a la vez que se le informa de los distintos recursos disponibles para deshabituación toxicológica, incidiendo en la importancia de una buena adhesión terapéutica.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

El uso de modelos y metodología enfermera para elaborar planes de cuidados individualizados nos posibilita un cuidado integral, atendiendo a las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales de la persona. También mejora la comunicación entre los profesionales, aportando homogeneidad en el trabajo, además de promover la necesidad de medir los resultados obtenidos, favoreciendo, así, la garantía de calidad y continuidad de cuidados.

En la situación clínica del paciente, se detectaron tres problemas prioritarios:

1. Confusión aguda relacionada con el uso inadecuado de sustancias, manifestada por alucinaciones y percepciones erróneas.
2. Aislamiento social relacionado con percepción negativa del sistema de apoyo, manifestado por retiro social, por informar de sentirse inseguro en público y por expresar insatisfacción con el apoyo social.
3. Autogestión ineficaz de la salud relacionado con preferencias de estilo de vida contradictorias y uso inadecuado de sustancias, manifestada por decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud y por expresar insatisfacción con la calidad de vida.

Estos tres problemas prioritarios fueron abordados, aunque tuvimos la dificultad de que el paciente mantenía su delirio, pero en menor medida. Ciertas intervenciones no se pudieron llevar a cabo en su totalidad: enseñanza del proceso de enfermedad, potenciación de la socialización y orientación de la realidad, entre otras. Se lograron los objetivos marcados, ya que la puntuación alcanzada en los indicadores de dichos objetivos fue muy similar a la puntuación diana. El paciente al alta fue diagnosticado

como «trastorno psicótico no especificado», pues no cumplía todos los criterios establecidos para poder especificar el tipo de trastorno psicótico que padecía.

Se realizó derivación a su equipo de salud mental comunitario para realizar seguimiento, a la vez que se le informó de los distintos recursos disponibles para deshabituación toxicológica. El paciente se encuentra comprometido con su problema de salud.

Es indudable la utilidad que tienen los planes de cuidados para la disciplina enfermera, pues es la aplicación del método científico en la práctica asistencial para prestar los cuidados que demanda el paciente, la familia y la comunidad de una forma homogénea, estructurada, sistemática y lógica. En este sentido, con la presentación de este plan de cuidados, se pretende ofrecer una serie de perspectivas que aporten beneficios tanto al profesional como al paciente:

- Observar situaciones reales en la práctica enfermera.
- Realizar planteamientos de intervenciones y estrategias para el cuidado del paciente con sintomatología psicótica.
- Ofrecer una respuesta individualizada del paciente, ya que hemos atendido a sus necesidades, incrementando los beneficios.
- Contribuir a la formación continua de los profesionales sanitarios y aumentar el cuerpo de conocimiento en los trastornos psicóticos no especificados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Actualización en psicosis secundarias. Intramed.net. 2014. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenido=84393>

2. Psicosis (síndrome psicótico). En: Zubirán S (ed.). Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias. 6.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Education; 2011. McGraw-Hill Access Medicine. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1479&ionid=99182212>
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. 5.ª ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2014.
4. Valdepérez Toledo A, Ruiz Simón E, . Primers episodis psicòtics i consum de tòxics. SOM Salut Mental 360. 2021. Disponible en: <https://psicosis.som360.org/ca/article/primers-episodis-psicotics-consum-toxics>
5. Observatorio de Metodología Enfermera. OME. Disponible en: https://guiadiagnostica.fuden.es/05_desa.cfm?id=564
6. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. 12.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
7. Moorhead, Johnson M, Maas, ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
8. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.