

Treball Final de Grau

GRAU D'INFERMERÍA

Escola Universitària d'Infermeria Universitat de Barcelona

Disseny d'un procés de cures dirigit a una persona amb esquizofrènia.

Aitor Gómez Mellado

Tutora: M^a Teresa Lluch Canut

Àmbit docent: Infermeria psicosocial i Salut Mental

Curs acadèmic 2014/2015

Agraïments

M'agradaria agrair aquest treball d'una manera molt especial a tot l'equip de subaguts de l'Hospital Benito Menni CASM de Sant Boi de Llobregat, auxiliars d'infermeria, infermeres, metges i treballadors socials, pels coneixements que m'han transmès sobre les seves funcions i valors com a professionals. Però m'agradaria agrair particularment a l'infermer Àngel Àvila que hagi estat al meu costat durant el curs del treball. En tot moment m'ha ajudat i m'ha nodrit dels seus coneixements que m'han permès entendre millor els principis de l'equip d'infermeria de salut mental.

Per altra banda, no podria permetre'm concloure sense donar fortament les gràcies a la meva tutora M. Teresa Luch Canut, que des del primer moment ha estat pendent de mi i m'ha prestat ajuda sempre que l'he necessitat: primerament a comprendre el model de Virginia Henderson i posteriorment a dissenyar un procés de cures d'una forma clara i explícita.

Per últim, donar les gràcies a tothom que m'ha donat suport, forces i ànims mentre duia a terme aquest treball, tals com els meus pares, amics i familiars.

Gràcies a tots.

Resum

El professional infermer, a través dels dissenys de plans de cures, orienten i duen a terme la seva pràctica professional de forma ordenada i sistemàtica. En aquest treball, basant-se en el model de Virginia Henderson, es realitza un pla de cures individualitzat a partir de la valoració de la satisfacció de les necessitats d'un pacient que pateix esquizofrènia i que roman ingresat a la unitat de subaguts d'un hospital de salut mental. Es detectaran les complicacions potencials que puguin existir i els diagnòstics infermers amb objectius i activitats realistes pel pacient. Ajudarem a preservar al màxim les activitats de la vida diària, així com ajudar-lo a superar les idees delirants, controlar els impulsos i disminuir el seu IMC, que presenta, en ordre de prioritats, amb la renovació del seu procés de cures.

La contribució de l'infermera en aquest aspecte serà fonamental no només per evaluar el canvi del seu estat, sino que també intervindrà a partir d'activitats en la millora de la simptomatologia actual del Juan (el pacient).

Paraules clau

Pla de cures / Infermeria salut mental / Esquizofrènia / Necessitats

Abstract

The nursing professional, designing care plans to guide and carry out his professional practice in an orderly and systematic. This essay shows the model of Virginia Henderson, and perform individualize care plan give an assessment the needs of a patient with schizophrenia that remains admitted to an subacute unit of a mental health hospital. We will detect potential complications that might exist and nursing diagnosis with realistic objectives and activities for the patient. We will help to preserve of the daily living activities and help the patient to overcome delusions, control his impulses and lower his BMI, prioritizing in addition to the renewal of its care plan.

The contribution of the nurse in this aspect is fundamental not only to evaluate the change of state , but also take part in activities based on the improvement of current symptoms of Juan (our patient).

Key Words

Care plan / nursing mental health / schizophrenia / needs

Índex

1. Introducció.....	1
1.1. Argumentació de la elecció del model	6
2. Objectius	7
3. Disseny del pla de cures	7
3.1. Valoració.....	7
3.1.1. Dades Generals	8
3.1.2. Medicació Actual	9
3.1.3. Antecedents patològics	9
3.1.4. Antecedents personals.....	9
3.1.5. Valoració física inicial.....	10
3.1.6. Valoració psicopatològica inicial.....	10
3.1.7. Organització i classificació de dades seguint el model de Virginia Henderson.....	11
3.2. Diagnòstica.....	14
3.2.1. Anàlisi de les dades	14
3.2.2. Anàlisi i síntesi de les dades	17
3.2.3. Diagnòstics Infermers (DxI).....	18
3.2.4. Problemes de col·laboració (PC)	19
3.3. Planificació	20
3.3.1. Fixació de prioritats	20
3.3.2. Formulació d'objectius, intervencions i activitats infermeres	20
4. Pressa de decisió	27
5. Pla de difusió.....	28
6. Bibliografia.....	28
7. Annexes.....	31
Annex 1: Grups d'aliments i equilibri nutricional/Consells al Juan...	31
Annex 2: Marc teòric esquizofrènia.....	34

1.Introducció

Un model conceptual infermer pot definir-se com a un conjunt de conceptes i proposicions generals i abstractes que estan integrades entre si de forma sistemàtica i que proporcionen una estructura significativa per a l'idea que representen. La seva proposta del prototip que es desitja assolir ofereix una orientació específica de les cures, no només per a les infermeres, a qui proporciona un marc per al exercici professional, sinó també per la societat en general, ja que identifica el propòsit i àmbit de l'infermeria com a professió. [1]

El model escollit per a realitzar aquest pla de cures és el de Virginia Henderson, que, influenciat per la corrent de pensament de la integració o totalitat home/entorn, s'inclou dintre de la escola de les necessitats, segons Meleis (1997). Les teoritzadores d'aquesta escola comparteixen dos característiques: la primera es la de basar-se en teories sobre les necessitats i el desenvolupament humà (A.Maslow, H. Erikson, J. Piaget) per conceptualitzar a la persona, y la segona característica comú es que, el que els impulsa a desenvolupar els seus models va ser el desig de clarificar la funció propia de les infermeres. Amb el seu treball van intentar respondre a la pregunta "que fan les infermeres" i determinar en que es diferencia la seva aportació de les de altres professions de la salut, amb el doble objectiu de delimitar el paper que deuen assumir en els equips multidisciplinars i de dissenyar un currículum acadèmic que els permeti respondre a aquestes expectatives. [1]

Per a clarificar aquest model revisarem els *conceptes nuclears* des de la perspectiva específica d'aquesta autora:

- La *persona* es un ser integral amb components biològics, psicològics, socioculturals i espirituals que interactuan entre si.
- L'*entorn* es dinàmic , és a dir, evoluciona amb el pas del temps, reconeixent la seva influencia positiva o negativa sobre l'usuari i recomanant a la infermera que el modifiqui de tal forma que promogui la salut.

-El *rol professional* es un servei d'ajuda a la persona en la satisfacció de les seves necessitats bàsiques. Orienta específicament a suplir quan aquesta no pot fer-ho o a ajudar a desenvolupar el que li falta (força, coneixement o voluntat) per que aconsegueixi la seva independència i la satisfagi per si mateixa.

-La *salut* s'equipara amb la satisfacció adequada de les 14 necessitats bàsiques, ja sigui mitjançant accions realitzades per la persona o, quan això no es possible, mitjançant accions realitzades per altres.

Pel que fa a les *assumpcions científiques* o postulades són tres i es refereixen únicament al concepte de persona:

- La persona es un tot complex amb 14 necessitats bàsiques.
- La persona vol la independència i s'esforça per aconseguir-la.
- Quan una necessitat no està satisfeta la persona no és un tot.

En el cas de les *assumpcions filosòfiques* o valors també són tres però fent referència exclusivament al *rol professional de l'infermera*, separant les àrees de competència mèdica i infermera:

- La infermera té una funció pròpia, tot i que comparteix activitats amb altres professionals.
- Quan l'infermera assumeix el paper del metge, abandona la seva funció pròpia.
- La societat espera un servei de l'infermera (la seva funció pròpia) que cap altre professional pot donar-li.

Els elements fonamentals per dirigir les actuacions de infermeria són:

- L'*objectiu de les cures*, ajudar a les persones a satisfer les 14 necessitats bàsiques.
- L'*usuari del servei*, que és la persona que presenta una manca real o potencial en la satisfacció de les seves 14 necessitats bàsiques o que, sense tenir-la, podria desenvolupar-la.
- El paper de la infermera o *rol professional*, té com objectiu suplir

l'autonomia (fer per la persona), o ajudar-la a assolir la independència (fer amb la persona).

-La *font de dificultat*, que en aquest model es denomina àrea de dependència i està relacionada amb la força (física i psíquica), els coneixements i la voluntat de la persona en satisfer les seves necessitats bàsiques:

a) *Coneixements*: és saber quines accions són les millors per a la seva salut, (que fer i com fer-ho). S'entén com a *falta de coneixements* quan la persona té capacitat per percebre, recordar i processar la informació però no té els coneixements necessaris per manejar les seves cures o desconeix els recursos i com utilitzar-los.

b) *Força*: que es divideix en força física i força psíquica.

La força física relacionada amb el poder fer. Inclou els aspectes de la força, la musculatura i la psicomotricitat. La *falta de força física* ens indica que la persona no té l'habilitat psicomotriu, de força i muscular per realitzar les activitats. I la força psíquica relacionada amb el perquè i per a què. Inclou els aspectes de valors i actituds i requereix tenir la capacitat per interrelacionar els coneixements sobre la seva salut, per poder arribar a extraure conclusions i prendre una decisió que impliquin un canvi. Es pot dir llavors que la *falta de força psíquica* ens indica que la persona, sabent què ha de fer i com fer-ho ignora els beneficis d'aquestes activitats, no les relaciona amb la seva salut, no té la capacitat per prendre decisions o quan les pren no són gens adequades.

c) *Voluntat*: relacionada amb el voler fer, es a dir, ser constant amb la decisió presa per satisfer les necessitats bàsiques durant un temps amb freqüència i intensitat adequada. La *falta de voluntat*, és doncs, que la persona sap què fer, com, per què i per a què fer-ho, pot i vol fer-ho, però no vol amb la suficient intensitat o durant el temps necessari.

La intervenció de l'infermeria inclou dos elements: *el centre de l'intervenció* i la *forma de l'intervenció*. El *centre d'intervenció* serà les fonts de dificultats o àrees de dependència de la persona. Si la persona no té els coneixements (saber què fer i com fer-lo), la força (per què i per a què fer-lo i poder fer-lo), o la voluntat

(voler fer-lo durant el temps i amb la intensitat requerida) aquestes intervencions aniran centrades a augmentar, completar, reforçar o substituir els coneixements, la força o la voluntat, tenint en compte que no totes *les formes d'intervenció* són aplicables a totes les àrees de dependència.

La *conseqüència de la intervenció* infermera és la satisfacció de les 14 necessitats bàsiques, suplint l'autonomia o ajudant a desenvolupar els coneixements, la força i la voluntat per que la persona satisfaci adequadament les necessitats bàsiques.

Finalment, recordarem aquests *conceptes* que ens guiaran en el nostre procés:

1. *Necessitat bàsica*: En el model, no seria una mancança, problema o carència, sinó un requisit. Algunes necessitats són essencials per a la supervivència però es consideren a totes fonamentals i indispensables per a mantenir la integritat. La satisfacció de les necessitats està condicionada per aspectes biològics, psicològics, socioculturals i espirituals de la persona. Segons Virginia Henderson són:

- 1) Necessitat de respirar normalment.
- 2) Necessitat de beure i menjar de forma adequada.
- 3) Necessitat d'eliminar per totes les vies corporals.
- 4) Necessitat de moure's i mantenir una bona postura.
- 5) Necessitat de dormir i descansar.
- 6) Necessitat d'escollir roba adequada: vestir-se i desvestir-se.
- 7) Necessitat de mantenir la temperatura corporal dins dels límits normals.
- 8) Necessitat de mantenir la higiene corporal i la integritat de la pell.
- 9) Necessitat d'evitar els perills ambientals i lesionar a altres persones.
- 10) Necessitat de comunicar-se: expressar emocions, necessitats, temors u opinions.
- 11) Necessitat de viure segons les seves creences i els seus valors.
- 12) Necessitat d'ocupar-se en alguna cosa de tal forma que el treball tingui un sentit de realització personal.
- 13) Necessitat de participar en activitats recreatives.

14)Necessitat d'aprendre, descobrir o satisfer la curiositat que condueix a un desenvolupament normal i utilitzar els recursos disponibles.

2. *Cures bàsiques*: Conjunt de intervencions terapèutiques, reflexionades i amb voluntat per fer-les, que es basen en un judici professional i que volen aconseguir la satisfacció de les necessitats bàsiques mitjançant la suplència de l'autonomia quan la persona ho necessiti o ajudant-la a desenvolupar els coneixements, la força o la voluntat de manera adequada perquè assoleixi la independència.

3. *Independència*: És el nivell òptim de desenvolupament del potencial de la persona per satisfer les necessitats bàsiques. Aquests nivells poden variar segons la etapa vital i son determinats per les característiques de la pròpia persona i per la manera que té de satisfer les seves necessitats influïdes per les experiències viscudes.

4. *Dependència*: Desenvolupament insuficient de les capacitats de la persona per falta dels coneixements, força o voluntat per a la realització d'activitats adequades i suficients per la satisfacció de les 14 necessitats bàsiques.

5. *Autonomia*: És la capacitat per a satisfer un mateix les necessitats bàsiques. Cal distingir entre la falta de força i la falta d'autonomia. En la primera, la persona no pot fer alguna cosa en aquell moment, però té capacitats que poden desenvolupar-se. En la segona, la falta d'autonomia, la persona no té les capacitats ni pot desenvolupar-les per dos motius principalment: En primer terme per l'edat i l'etapa de desenvolupament, perquè la persona té poques facultats per a realitzar per sí mateixa les activitats necessàries per ser autònoma, i en segon terme, quan la persona a perdut temporal o definitivament, la capacitat per realitzar activitats necessàries per satisfer les seves necessitats. (Ex: Persona que necessita ser ajudada uns dies o persona que pel seu procés d'envelliment o procés patològic requereix ser ajudt per allò que ha perdut).

6. *Manifestacions d'independència*: Conductes o indicadors de conductes (dades objectives i subjectives) adequades i suficients per satisfer les necessitats bàsiques.

7. *Manifestacions de dependència*: Conductes i indicadors de conductes (dades objectives i subjectives) errònies, inadequades o insuficients per a satisfer les necessitats bàsiques, causades per una falta de força, coneixements o voluntat.

8. *Dades a considerar*: Conductes errònies o inadequades que no estan relacionades amb una àrea de dependència (coneixements, força i voluntat) sinó per tipus de impediments econòmics, geogràfics, socials, gustos i preferències o el idioma: dades que no són conductes però que són rellevants per a la planificació de les cures, perquè poden incidir en la satisfacció de aquestes necessitats. [2],[3].

1.1. Argumentació de la elecció del model

Les raons que em porten a adoptar aquest model són:

-El model és coherent en la nostra cultura actual i utilitza termes fàcils de comprendre per descriure els conceptes.

-És el model conceptual que més s'utilitza, que més conec i que hem adoptat durant tot el procés d'aprenentatge a la Universitat. A més, la definició d'infermeria que va formular Henderson està adoptada de en el Consell Internacional de Infermeria (CIE).

-Inclou un paper de col·laboració amb altres professionals. El model de Virginia Henderson no només delimita el pla d'actuació pròpia de la infermera sinó que també permet l'ajuda a la persona durant el procés terapèutic proposat per el metge, per tant s'assembla a la nostra realitat assistencial actual.

-Unifica la imatge de persona i considera l'esser humà com un tot, com ésser integral amb aspectes biològics, psicològics, socioculturals i espirituals.

-Identifica a la persona i a la família com agents de les pròpies cures orientades a assolir la independència en la satisfacció de les 14 necessitats bàsiques.

-Permet la utilització de taxonomies infermeres de diagnòstics (*North American Nursing Diagnosis Assotiation, NANDA-I*), de resultats (NOC) i de intervencions (NIC), sempre tenint en compte que no totes automàticament siguin apropiades i puguin utilitzar-se, en tots els casos. [1]

2.Objectius

L'objectiu principal d'aquest treball és la realització d'un procés de cures a un pacient ingressat a una unitat de subaguts d'un hospital de salut mental, diagnosticat d'esquizofrènia paranoide. Des de l'infermera especialitzada en salut mental, es realitzarà aquest procés de cures adoptant el model de Virginia Henderson, amb la valoració de les 14 necessitats bàsiques i identificant els diagnòstics infermers i formulant objectius i activitats realistes per la persona i sempre tenint en compte que aquest procés de cures es realitzarà per un període de 6 mesos, on s'estudiarà l'estil de vida més recomenable per a la persona amb esquizofrènia i afavorir l'expressió de sentiments i emocions negatius derivats de la vivència de la patologia i treballar sobre ells.

3.Disseny del pla de cures

3.1 Valoració

La valoració infermera constitueix la primera presa de contacte amb la persona , on a través de la informació que s'observa o es recull a través de la persona o persones properes d'aquesta, organitzada segons els criteris del model de V. Henderson , es comencen a detectar problemes o àrees que poden millorar-se i que estan dins de les competències infermeres, així com també s'identificaran les necessitats que estan favorablement cobertes i que per tant, constitueixen punts forts a mantenir.

La valoració seguint aquest model es basa en recollir dades objectives i subjectives que fan referència als sentiments, els pensaments i a les conductes de la persona , per determinar el grau d'independència i autonomia d'aquesta i valorar si aquestes conductes són adequades i suficients per a la satisfacció de

les necessitats bàsiques .

La valoració consta de dos passos : el primer és la recollida de dades i el segon la validació , organització i registre de les dades. En la recollida de les dades es recullen les conductes referents a la satisfacció de les necessitats bàsiques , mentre que en la validació , organització i registre de les dades primer es valora la fiabilitat de la informació proporcionada i posteriorment s'organitza i classifica aquesta informació en manifestacions d'independència , manifestacions de dependència i dades a considerar. [3]

3.1.1 Dades generals

Nom: Juan B.A. *Sexe:* Home.

Data: 24/11/2014

Edat: 40 anys.

Persona amb qui conviu: Actualment ingresat amb modalitat involuntaria a una unitat de subaguts d'un hospital de salut mental de Barcelona.

Qui proporciona la informació en la visita: Acudeix a la visita que és fa al despatx d'infermeria de l'unitat per la revisió del seu procés de cures acompanyat del seu referent tutelar i entre els dos proporcionen la informació.

Professió i situació laboral: Estudis inacabats. Refereix no tenir historia de vida laboral.

Infermer responsable: A.A.

Metge responsable: E.H.M.

Diagnòstic Mèdic actual: Esquizofrènia tipus paranoide.

Malaltia actual: En els últims anys important paranoidisme amb els seus referents tutelars, presenta episodis de heteroagresivitat verbal sostinguda, derivada de les seves dificultats per l'acceptació de límits, així com en context d'ideació delirant. Després de l'alta de l'últim ingrés el pacient ha residit a una pensió, on ha protagonitzat episodis d'heteroagresivitat contra objectes per baixa tolerància a la frustració. També altercats a la via pública. A més presenta deteriorament dels seus hàbits d'higiene i activitats de la vida diària.

Al·lèrgies: No al·lèrgies medicamentoses conegudes.

3.1.2. Medicació Actual

Omeprazol 20 mg VO cada 12 hores.

Domperidona 5mg/5ml 10 ml VO 15 minuts avans dels dinars, dues presses diaries, abans de dinar i sopar.

Levofloxacino 500 mg VO cada 24 hores.

Zuclopentixol DEPOT 200mg/ml Ampolla d'1ml 400g IM cada 3 setmanes.

Liti Carbonat 400mg Comprimet, 600mg VO cada 12 hores.

(PRN) Haloperidol 5mg/ml Ampolla d'1ml 5 mg IM si precisa per agitació.

(PRN) Lormetazepam 1 mg VO cada 24 hores (nit) si precisa per insomni.

(PRN) Paracetamol 1g VO cada 8 hores si dolor.

(PRN) Clorazepato Dipotasic 50 mg comprimit VO si precisa per ansietat elevada.

3.1.3. Antecedents patològics

Esquizofrènia paranoide diagnosticada i en tractament farmacològic.

Data: No disponible.

Hèrnia d'hiat.

Data: 3 de gener 2009.

Fumador des de els 18 anys, actualment fuma 1 paquet diari.

Data: 24 de novembre de 2014

3.1.4. Antecedents personals

Psiquiàtrics: Diagnosticat d'esquizofrènia paranoide d'inici a l'adolescència. Ha requerit al llarg de la seva malaltia múltiples ingressos hospitalaris. Després de la mort dels seus pares es tutelat per una fundació i ha requerit nous ingressos en unitats de curta i mitja estada hospitalària. També a passat per dos residències per trastorns mentals severs. Actualment es ingressat com a UAPE (Programa del departament de benestar per a persones que necessiten una atenció especialitzada per tenir una alta dependència psiquiàtrica).

Psicobiogràfics: Té 4 germans amb els que no té relació. Els pares van morir a l'any 2000. Incapacitat legalmente, el tutela la FMMC.

Socio/econòmics: Incapacitat totalment des de 1998 cobra pensió d'orfandat i prestació familiar que administren els seus tutors legals (FMMC), escassa xarxa social, centrada en els residents del centre on vivia.

3.1.5. Valoració física inicial

Signes Vitals:

Tensió Arterial (TA): 139 / 82.

Freqüència Cardíaca (FC): 77 batecs per minut.

Temperatura axil·lar (T): 36°C.

Saturació Oxigen (SAT): 98% Basal.

Freqüència Respiratòria (FR): 16 per minut.

Exploració física:

Pes de 78 Kg.

Alçada de 1,71 m.

Índex de Massa Corporal (IMC): 26,67. Sobrepès.

3.1.6. Valoració psicopatològica inicial

17/07/2012 Dra. E.H.M.

Conscient i orientat. Parcialment abordable i col·laborador. Discurs reiteratiu, concret i centrat en les seves demandes (escollir menú, sortides al poble, etc) i amb nul insight de la seva situació personal actual. No s'objectiva clínica delirant aguda en aquests moments, ja que des de l'últim ingrés aquesta s'ha estabilitzat a períodes. Si persisteix simptomatologia negativa amb tendència a la anhedonia, apatia marcada i irritabilitat. Ingressa com a UAPE (Programa del departament de benestar per a persones que necessiten una atenció especialitzada per tenir una alta dependència psiquiàtrica).

3.1.7. Organització i classificació de dades seguint el model de Virginia Henderson.

Dades més rellevants identificades que valorem a partir de les 14 Necessitats durant l'entrevista de revisió del procés de cures. [2]

I. Necessitat de Respirar normalment: Realitza una respiració principalment bucal. Li agrada oxigenar-se amb la frescor del matí. Fumador de 1 paquet diari fa 22 anys.

II. Necessitat de Menjar i Beure adequadament: En la ingesta diària, pren el menú basal de l'hospital, tot i que quan surt de permís li agrada menjar un donut per berenar i un refresc de cola. Beu sempre aigua, 1,5 L aproximadament. No beu res d'alcohol.

Segueix normalment les mateixes hores per els àpats, marcats per l'horari de l'Hospital.

Com a gust personal diu que li agrada molt el peix i els plats sempre són abundants. Te un IMC de 26,67, està una mica gras i sap que ha de disminuir l'aportació de la ingesta. Sap que ha de baixar una mica de pes. Menja de tot i diu que li agrada picar entre hores (pastes i dolços) però que sap que no deuria fer-lo, sobretot si vol baixar pes. Fa uns 4 àpats al dia normalment.

Dieta estàndard:

Esmorzar (8:30 – 9:00 hores): 1 got de cafè amb llet amb 1 cullerada petita de sucre. Petit entrepà amb tomàquet i oli d'oliva amb formatge semi. A mig matí a vegades pren una peça de fruita però d'altres menja una pasta com croissant o semblants.

Dinar (13: 00 – 14:00 hores): 1er plat: Pasta amb un rajolinet d'oli d'oliva i a vegades amb una salsa de tomàquet. 2n plat: bròcoli al vapor amb 1 hamburguesa cuinada a la planxa amb oli d'oliva i pa.

Berenar (17:00 hores): Menja una pasta com croissant o semblants amb un refresc de cola.

Sopar (20:30 – 21:00 hores): Arròs al vapor amb una amanida variada amb ceba, tomàquet i pebrot. Amb oli d'oliva i vinagre. Peix blanc normalment a la planxa sense oli. Peça de fruita.

III.Necessitat d' Eliminar per totes les vies corporals: Ritme deposicional diari. Amb consistència normal tova i color marró. Orina de color groc, quantitat similar a la ingerida. Li suen molt les mans i pateix sialorrea almenys un cop a la setmana (per la medicació).

IV.Necessitat de Moure's i Mantenir una bona postura: Bona alineació corporal amb bona postura, deambula sense cap problema. Practica activitat física lleu regularment, li agrada passejar pel poble cada dia quan surt de permís. Presenta espasmes linguals (discinèsia), alteracions psicomotrius deguts a la medicació.

V.Necessitat de Dormir i Reposar: No pot dormir, es sent cansat, en un estat nerviós i d'intranquil·litat constant. Només descansa quan pren la medicació "per dormir" que pren durant el sopar. A vegades sent que els somnis li són implantats a la seva ment (Deliri d'inserció).

VI.Necessitat d'escollir roba adequada: vestir-se i desvestir-se: Habitualment vesteix amb roba folgada, utilitza un bon calçat. No té dificultats per escollir la roba o per vestir-se o despullar-se. Comenta que es posa pantalons llargs sempre. Manté el seu armari i llit endreçat, sempre deixant-li el seu temps pactat amb anterioritat amb l'equip d'infermeria que és més extens que el d'altres usuaris.

VII.Necessitat de mantenir la Temperatura corporal dins dels límits normals: No té dificultats de adaptar-se a les diferents estacions de l'any.

VIII.Necessitat de mantenir la higiene corporal i la integritat de la pell: El pacient a de ser insistit diàriament pel seu auxiliar d'infermeria referent per mantenir l'hàbit higiènic diari durant l'inici del dia, tot i que un cop s'aixeca del llit ho fa sense cap tipus d'ajuda i a la perfecció, es dutxa cada dia, sempre deixant-li el seu temps pactat amb anterioritat amb l'equip d'infermeria. Li falten algunes

peces dentals, genives rosades i es renta les dents cada dia. Ungles normals (rosades), ben tallades, pel seu auxiliar de referència.

IX.Necessitat d'evitar els Perills ambientals i lesionar altres persones: En quan a l'estat d'ànim, té una autoestima devaluada degut a l'autopercepció de la situació actual al portar molt de temps ingressat a l'unitat i voler marxar a viure en un pis tutelat o residència adaptada. Té una bona adherència al tractament i és preocupat per que no li falti cap comprimit durant la repartició de la medicació. Després de l'entrevista el seu referent tutelar ens comenta que té dificultat per tolerar la frustració explicant l'únic episodi d'heteroagressivitat que ha patit durant aquest últim ingrés, on fa 4 mesos per una equivocació per part de la fundació és va quedar sense tabac un matí i a la tarda quan van intentar solucionar el problema, al mateix referent tutelar que li portava el tabac, el va empenyer i amb tó de veu amenaçant li va dir "como me que de otro día sin tabaco tendrás problemas", després de la contenció verbal i marcar límits per part del personal sanitari el Juan va disculpar-se el dia següent quan el referent tutelar el va trucar per telefon, per preguntar-li si estava més tranquil.

X.Necessitat de Comunicar-se: Mostra un tó de veu baix i discordant entre l'expressió verbal i la no verbal. Fa algun comentari referent a éssers que el vigilen, mostren deliris místics de persecució i control. També mostra idees autoreferencials referides a comentaris com "en la tele cuando todo el mundo veía el telenoticias yo me fije atentamente y después de esa noticia sobre el ayuntamiento de Barcelona hablaron sobre mi". La expressió es lineal pel que fa a l'emoció/afectació de l'evolució de la seva patologia.

XI.Necessitat de viure segons les Creences i els Valors: Catòlic no practicant. Diu que la religió no li afecta a la manera que té de ser o actuar ell mateix en la vida diària.

XII.Necessitat d'ocupar-se en alguna cosa de tal forma que el treball tingui un sentit de realització personal: No té bona relació amb els seus germans. No treballa ni mostra interès per treballar.

XIII.Necessitat de participar en activitats Recreatives: Té una pensió suficient, que li tutela la fundació i amb aquests diners pot anar a prendre algo durant els permisos diaris al “bar Catellanos”, indret on és relaciona amb algú altre paciente al exterior de l'hospital. També participa durant l'activitat grupal del mig dia a la unitat.

XIV.Necessitat d'aprendre, descobrir o satisfer la curiositat que condueix a un desenvolupament normal i utilitzar els recursos disponibles: Expressa dificultat per concentrar-se, tot i que diu que si es interessant s'esforça per aprendre.

3.2. Diagnòstica

3.2.1. Anàlisi de les dades.

Taula 1: Taula d'anàlisi i d'identificació de problemes.

NECESSITAT (N)	MANIFESTACIOS DE INDEPENDÈNCIA	MANIFESTACIONS DE DEPENDÈNCIA	DADES CONSIDERAR A
1.N. DE RESPIRAR NORMALMENT	Li agrada oxigenar-se amb la frescor del matí.	Realitza una respiració principalment bucal.	Fumador de 1 paquet diari fa 22 anys.
2. N. DE MENJAR I BEURE ADEQUADAMENT	En la ingesta diària, pren el menú basal de l'Hospital. Beu sempre aigua, 1,5 L aproximadament. No beu res d'alcohol. Segueix normalment les mateixes hores per els àpats, marcats per l'horari de l'Hospital. Fa uns 4 àpats al dia normalment.	Te un IMC de 26,67, està una mica gras i sap que ha de disminuir l'aportació de la ingesta. Sap que ha de baixar una mica de pes. Menja de tot i diu que li agrada picar entre hores (pastes i dolços) però que sap que no deuria fer-lo, sobretot si vol baixar pes.	Com a gust personal diu que li agrada molt el peix i els plats sempre són abundants.
3. N. D'ELIMINAR PER TOTES LES VIES CORPORALS	Ritme deposicional diari. Amb consistència normal tova i color marró. Orina de color groc, quantitat similar a l'ingerida.	Li suen molt les mans i pateix sialorrea almenys un cop a la setmana (per la medicació).	No s'observen dades.
4. N. DE MOURE'S I MANTENIR UNA BONA POSTURA	Bona alineació corporal amb bona postura, deambula sense cap problema.	Practica activitat física lleu regularment. Presenta espasmes linguals (alteracions psicomotrius) deguts a la medicació.	Li agrada passejar pel poble cada dia quan surt de permís.
5. N. DE DORMIR I	No s'observen dades.	No pot dormir, es sent	No s'observen dades.

REPOSAR		cansat, en un estat nervios i d'intranquiitat constant. Només descansa quan pren la medicació "per dormir" que pren durant el sopar. A vegades sent que els somnis li són implantats a la seva ment (Deliri d'inserció).	
6. N. DE ESCOLLIR LA ROBA ADEQUADA: VESTIR-SE I DESVESTIR-SE.	Habitualment vesteix amb roba folgada, utilitza un bon calçat. No té dificultats per escollir la roba o per vestir-se o despullar-se. Manté el seu armari i llit endreçat, sempre deixant-li el seu temps pactat amb anterioritat amb l'equip d'infermeria que és més extens que el d'altres usuaris.	No s'observen dades.	Comenta que es posa pantalons llargs sempre.
7. N. DE MANTENIR LA TEMPERATURA	No te dificultats de adaptar-se a les diferents estacions de l'any.	No s'observen dades.	No s'observen dades.
8. N. DE MANTENIR LA HIGIENE I LA INTEGRITAT DE LA PELL.	El pacient a de ser insistit diàriament pel seu auxiliar d'infermeria referent per mantenir l'hàbit higiènic diari durant l'inici del dia, tot i que un cop s'aixeca del llit ho fa sense cap tipus d'ajuda i a la perfecció, es dutxa cada dia, sempre deixant-li el seu temps pactat amb anterioritat amb l'equip d'infermeria.	No s'observen dades.	Es renta les dents cada dia. Li falten algunes peces dentals, genives rosades. Ungles normals (rosades), ben tallades, pel seu auxiliar de referència.
9 N. D'EVITAR PERILLS AMBIENTALS I LESIONAR ALTRES PERSONES	Té una bona adherència al tractament i és preocupat per que no li falti cap comprimit durant la repartició de la medicació.	En quan a l'estat d'ànim, té una autoestima devaluada degut a l'autopercepció de la situació actual al portar molt de temps ingressat a l'unitat i voler marxar a viure en un pis tutelat o residència adaptada.	No s'observen dades.

		<p>Després de l'entrevista el seu referent tutelar ens comenta que té dificultat per tolerar la frustració explicant l'únic episodi d'heteroagresivitat que ha patit durant aquest últim ingrés, on fa 4 mesos per una equivocació per part de la fundació és va quedar sense tabac un matí i a la tarda quan van intentar solucionar el problema, al mateix referent tutelar que li portava el tabac, el va empenyer i amb tó de veu amenaçant li va dir "como me quede otro día sin tabaco tendrás problemas", després de la contenció verbal i marcar límits per part del personal sanitari Juan va disculpar-se el dia següent quan el referent tutelar el va trucar per telefon, per preguntar-li si estava més tranquil.</p>	
<p>10 N. DE COMUNICAR-SE: EXPRESSAR EMOCIONS, NECESSITATS, TEMORS OPINIONS U</p>	<p>No s'observen dades.</p>	<p>Mostra un tó de veu baix i discordant entre l'expressió verbal i la no verbal. Fa algún comentari referent a éssers que el vigilen, mostren deliris místics de persecució i control. També mostra idees autoreferencials referides a comentaris com "en la tele cuando todo el mundo veía el telenoticias yo me fije atentamente y después de esa noticia sobre el ayuntamiento de Barcelona hablaron sobre mi". La expressió es lineal pel que fa a l'emoció/afectació de l'evolució de la seva patologia.</p>	<p>No s'observen dades.</p>

<p>11. N. DE VIURE SEGONS LES CREENCES I ELS VALORS</p>	<p>No s'observen dades.</p>	<p>No s'observen dades.</p>	<p>Catòlic no practicant. Diu que la religió no li afecta a la manera que té de ser o actuar ell mateix en la vida diària.</p>
<p>12 N. D'OCUPAR-SE EN ALGUNA COSA DE TAL FORMA QUE EL TREBALL TINGUI UN SENTIT DE REALITZACIÓ PERSONAL</p>	<p>No s'observen dades.</p>	<p>No treballa ni mostra interès per treballar.</p>	<p>No té bona relació amb els seus germans.</p>
<p>13. N. DE PARTICIPAR EN ACTIVITATS RECREATIVES</p>	<p>Té una pensió suficient, que li tutela la fundació i amb aquests diners pot anar a prendre algo durant els permisos diaris al "bar Catellanos", indret on és relaciona amb algún altre paciente al exterior de l'hospital. També participa durant l'activitat grupal del mig dia.</p>	<p>No s'observen dades.</p>	<p>No s'observen dades.</p>
<p>14. N. D'APRENDRE, DESCOBRIR O SATISFER LA CURIOSITAT QUE CONDUEIX A UN DESENVOLUPAMENT NORMAL I UTILITZAR ELS RECURSOS DISPONIBLES</p>	<p>Expressa dificultat per concentrar-se, tot i que diu que si es interessant s'esforça per aprendre.</p>	<p>No s'observen dades.</p>	<p>No s'observen dades.</p>

3.2.2. Anàlisi i síntesi de les dades

Home de 40 anys que va ingressar com a UAPE (Programa del departament de benestar per a persones que necessiten una atenció especialitzada per tenir una alta dependència psiquiàtrica) el 17/07/2012 a la unitat de subaguts d'un hospital de salut mental de Barcelona, de forma involuntària procedent de pensió per problemes de maneig per intolerància a límits i dificultats en la relació amb la seva fundació tutelar. És fa una revisió del seu procés de cures 6 mesos més

tard de l'última procedint a realitzar una entrevista conjunta amb el seu referent tutelar.

Durant aquesta el Juan explica que no presenta al·lèrgies medicamentoses conegudes, que és fumador de 20 cigarretes al dia i que realitza una dieta basal equilibrada feta per la cuina de l'Hospital, fa 4 àpats diaris, beu 1,5L. d'aigua i no beu res d'alcohol, està una mica gras, tot i que practica activitat física lleu regularment, té un IMC de 26,67 i li agrada picar entre hores principalment productes de pastisseria i refrescos.

Durant la nit, no pot dormir, es sent cansat, en un estat nerviós i d'intranquil·litat constant. Només descansa quan pren la medicació "per dormir" que pren durant el sopar. A vegades sent que els somnis li són implantats a la seva ment (Deliri d'inserció).

Té una autoestima devaluada degut a l'autopercepció de la situació actual al portar molt de temps ingressat a la unitat i voler marxar a viure en un pis tutelat o residència adaptada. El seu referent tutelar ens explica l'única situació d'heteroagressivitat que ha viscut el pacient durant l'ingrés i comenta que li costa controlar els impulsos.

Mostra un to de veu baix i discordant entre l'expressió verbal i la no verbal amb deliris místics i idees autoreferencials. No té bona relació amb els seus germans i no treballa ni mostra interès per treballar. El que més li agrada és sortir de pase diari (permís) i trobar-se amb altres pacients al "bar castellanos" per prendre algo i parlar.

Li suen les mans, pateix sialorrea i presenta espasmes linguals (alteracions psicomotrius) deguts a la medicació, tot i que té una bona adherència al tractament i és preocupat per que no li falti cap comprimit durant la repartició de la medicació.

3.2.3. Diagnòstics Infermers (Dxl) [4]

Dxl: (00128) Confusió aguda en relació amb interpretació incorrecte dels estímuls interns manifestat per al·lucinacions i idees delirants.

Dxl: (00222) Control dels impulsos ineficaç en relació amb reaccions ràpides i sense planejar davant estímuls externs o interns manifestat per episodis d'heteroagresivitat.

Dxl: (00001) Desequilibri nutricional: ingesta superior a les necessitats relacionat amb aport excessiu en relació amb les necessitats metabòliques i poca activitat física (coneixements i força psíquica) manifestat per Índex de Massa Corporal (IMC) de 26,67.

3.2.4. Problemes de col·laboració (PC) [17]

Els problemes de col·laboració es tracten de problemes de salut reals o potencials, els quals la persona requereix que la infermera realitzi per ella les activitats de tractament i control prescrits per el metge. [2]

Real:

Efectes secundaris, extrapiramidals i alteracions psicomotrius (discinèsia, sialorrea i hiperhidrosis a les mans) S/A Tractament farmacològic actual (Antipsicòtics com el DEPOT o l'haloperidol PRN).

Potencial:

Síndrome neurolèptica maligna S/A Tractament farmacològic actual (Antipsicòtics com el DEPOT o l'haloperidol PRN).

Activitats:

Ambdós problemes de col·laboració tenen les activitats de control i prevenció en comú que a continuació es descriuran.

-Control de tensió arterial c/24 hores (el torn de matí ho ha de fer i registrar a les notes d'evolució).

-Control de freqüència cardíaca c/24 hores (el torn de matí ho ha de fer i registrar a les notes d'evolució).

-Control de temperatura axil·lar c/24 hores (el torn de matí ho ha de fer i registrar a les notes d'evolució).

- Valoració de hiperhidrosis c/7 hores (cada torn ho ha de fer i registrar a les notes d'evolució).
- Valoració de la rigidesa muscular c/7 hores (cada torn ho ha de fer i registrar a les notes d'evolució).
- Valoració de la consciència escala de Glasgow c/7hores (cada torn ho ha de fer i registrar a les notes d'evolució).

3.3. Planificació

3.3.1. Fixació de prioritats

Principalment treballarem el diagnòstic de confusió aguda, ja que, actualment és el que més problemes li crea durant el transcurs del seu ingrés hospitalari i és important per l'evolució de la seva patologia el control d'aquestes al·lucinacions i d'aquestes idees delirants.

Després, insistirem en el control dels impulsos a partir del diagnòstic control dels impulsos ineficaç, per intentar evitar episodis com el viscut amb el tabac pel referent tutelar, diagnòstic que és treballarà separat de la confusió aguda i no com un objectiu o intervenció del mateix, ja que no és provocat ni pel deliri ni per les al·lucinacions, sinó per la seva conducta.

Per últim començarem a treballar el sobrepès a partir del diagnòstic desequilibri nutricional: ingesta superior a les necessitats relacionat amb aport excessiu, que, de mantenir-se, compromet la seva salut actual i futura.

3.3.2. Formulació d'objectius, intervencions i activitats infermeres. [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13] [14]

Dxl: (00128) Confusió aguda en relació amb interpretació incorrecte dels estímuls interns manifestat per al·lucinacions i idees delirants.

Criteri de resultat (NOC): (1403) Autocontrol del pensament distorsionat.

Objectiu final: Mentre duri la situació actual, durant l'ingrés el senyor Juan serà capaç de controlar les al·lucinacions i les idees delirants evidenciat per:

(140301) Reconeix que té al·lucinacions o idees delirants.

(140304) Verbalitza la freqüència de les al·lucinacions o idees delirants.

(140305) Descric el contingut de les al·lucinacions o idees delirants.

(140307) Sol·licita la ratificació de la realitat.

Objectius específics:

1.El Juan centrarà el debat en el com és sent i no en el contingut de les al·lucinacions i les idees delirants durant les 2 pròximes entrevistes programades.

2.Durant l'última entrevista el Juan mostrarà que és sent segur dintre de l'ambient hospitalari.

Intervenció (NIC): (6510) Maneig de les al·lucinacions

Activitats:

Es realitzaran dos entrevistes mensuals, que aniran repetint-se correlativament durant els 6 mesos que dura el procés de cures fins a la nova revisió:

Primera entrevista 08/01/2015, 05/02/2015, 05/03/2015, 09/04/2015, 07/05/2015, 11/06/2015 a les 11:00h fins les 11:30h:

-Establir una relació interpersonal de confiança amb el Juan per facilitar la comunicació.

-Proporcionar seguretat i comoditat al Juan respecte al personal sanitari per afavorir la confiança d'ell envers l'equip d'infermeria.

-Donar l'oportunitat al Juan d'explicar les seves al·lucinacions sempre centren el debat en els sentiments subjacents, i no en el contingut de les al·lucinacions.

-Mostar al Juan les conductes del pacient registrades amb anterioritat que han indicat al·lucinacions.

-Evitar discutir amb el Juan la validesa de les al·lucinacions ni tampoc reforçar-les.

Segona entrevista 29/01/2015, 26/02/2015, 26/03/2015, 30/04/2015, 28/05/2015, 29/06/2015 a les 11:00h fins les 11:30h:

- Preguntar al Juan sobre el sentiment de seguretat i comoditat dins l'unitat i en conjunt amb el personal sanitari, creant un debat de reforç sobre l'objectiu de l'equip d'infermeria: el seu benestar personal pel que fa a la seva seguretat.
- Comprovar el desenvolupament del registre d'al·lucinacions que fa 15 dies vam repassar amb el Juan i parlar sobre aquest amb ell.
- Explicar els efectes dels antipsicòtics al Joan i els possibles efectes secundaris.
- Si el Juan pregunta si sentim les mateixes al·lucinacions que ell, negar-ho, introduint a l'usuari en un marc de realitat.

Intervenció (NIC): (6450) Maneig de les idees delirants

Activitats:

Es realitzaran dos entrevistes mensuals, que aniran repetint-se correlativament durant els 6 mesos que dura el procés de cures fins a la nova revisió:

Primera entrevista 08/01/2015, 05/02/2015, 05/03/2015, 09/04/2015, 07/05/2015, 11/06/2015 a les 11:30h fins les 12:00h:

- Establir una relació interpersonal de confiança amb el Juan per facilitar la comunicació.
- Proporcionar seguretat i comoditat al Joan respecte al personal sanitari per afavorir la confiança d'ell envers l'equip d'infermeria.
- Donar l'oportunitat al Juan d'explicar les seves idees delirants sempre centren el debat en els sentiments subjacents, i no en el contingut de les idees delirants.
- Mostar al Juan les conductes del pacient registrades amb anterioritat que han indicat idees delirants.
- Evitar discutir amb el Juan la validesa de les idees delirants ni tampoc reforçar-les.
- Preguntar al Juan si hi ha algun factor estressant dins de la unitat que pugui facilitar aquestes idees delirants, si és així intentar evitar o modificar el mateix i registrar el factor en un paper, per a entregar la pròxima entrevista.

Segona entrevista 29/01/2015, 26/02/2015, 26/03/2015, 30/04/2015, 28/05/2015, 29/06/2015 a les 11:30h fins les 12:00h:

- Preguntar al Juan sobre el sentiment de seguretat i comoditat dins la unitat i en conjunt amb el personal sanitari, creant un debat de reforç sobre l'objectiu de l'equip d'infermeria: el seu benestar personal pel que fa a la seva seguretat. .
- Comprovar el desenvolupament del registre d'idees delirants que fa 15 dies vam repassar amb el Juan i parlar sobre aquest amb ell.
- Explicar els efectes dels antipsicòtics al Joan i els possibles efectes secundaris.
- Si el Juan pregunta si sentim les mateixes idees delirants que ell, negar-ho, introduint a l'usuari en un marc de realitat.
- Preguntar sobre el factor estressant que ajudava a l'aparició d'aquestes idees delirants i comprovar el registre del mateix fent una petita evolució del seu desenvolupament davant d'ell.

Criteri de resultat (NOC): (0916) Nivell de deliri.

Objectiu final: Durant l'ingrés del senyor Joan es controlarà l'alteració del nivell de consciència i de cognició evidenciat per:

- (91617) Trastorns del patró son/vigília.
- (91609) Dificultat per mantenir l'atenció.
- (91614) Reducció del raonament abstracte.

Objectiu específic:

1. Ensenyar al Juan a controlar els patrons del son.

Intervenció (NIC): (1850) Millorar el son:

Activitats:

Es realitzarà una entrevista mensual durant els 6 mesos que dura el procés de cures fins a la nova revisió:

Entrevista 22/01/2015, 19/02/2015, 19/03/2015, 23/04/2015, 21/05/2015, 18/06/2015 a les 12:00h fins les 12:30h:

- Explicarem els efectes que te la medicació del Juan sobre el patró del son, aconsellant evitar dormir durant el dia.
- Acompanyarem al Juan a la seva habitació per ajustar el matalàs i el llit perquè estigui més còmode i l'informarem sobre el funcionament de la finestra i de la persiana per ajustar-la abans de dormir.

-Farem un breu curset individualitzat pel Juan de 20 minuts sobre relaxació muscular on ensenyarem a induir al son a través de la respiració.

Dxl: (00222) Control dels impulsos ineficaç en relació amb reaccions ràpides i sense planejar davant estímuls externs/interns manifestat per un episodi d'heteroagresivitat viscut durant l'ingrés.

Criteri de resultat (NOC): (1405) Autocontrol dels impulsos.

Objectiu final: Durant l'ingrés el senyor Juan serà capaç de controlar els seus impulsos evidenciat per:

(140502) Identifica sentiments que condueixen a accions impulsives.

(140503) Identifica conductes que condueixen a accions impulsives.

(140507) Verbalitza control dels impulsos.

Objectiu específic:

1. Conseguir un augment de tolerància a la frustració del Juan, bastant baixa a l'actualitat.

Intervenció (NIC): (4370) Entrenament per controlar els impulsos:

Activitats:

Es realitzaran dos entrevistes bimensuals, que aniran repetint-se correlativament durant els 6 mesos que dura el procés de cures fins a la nova revisió:

Primera entrevista 05/02/2015, 02/04/2015, 04/06/2015 a les 11:00h fins les 11:30h:

-Posar d'exemple al Juan una situació comú dins de la unitat on el nivell de frustració envers ell sigui alt, com per exemple la pèrdua d'un encenedor seu per part del personal sanitari i preguntar quina seria la seva reacció, corregint qualsevol mostra d'heteroagresivitat, sempre donant la solució al problema amb frases com: "el que jo faria es", "jo actuaria d'aquesta forma", etc. Posant-nos d'exemple i mai culpabilitzant amb frases com: "malament Juan així no aprendras mai".

-Tornar a ficar una situació d'exemple on el nivell de frustració envers ell sigui una mica més elevat que l'anterior i dir que té una setmana fins la pròxima

entrevista per pensar com a de reaccionar, ja que durant la següent entrevista haurà de descriure la resolució d'aquest exemple.

-Ensenyar al Juan a partir d'altres exemples a <<parar i pensar>> abans de comportar-se de forma impulsiva.

-Proposar l'estratègia de contar fins a tres davant situacions estressants que poden afavorir el reaccionar impulsivament.

Segona entrevista 12/02/2015, 8/04/2015, 10/06/2015 a les 11:00h fins les 11:30h:

-Preguntar i avaluar la situació proposada durant l'última entrevista i corregir amb la mateixa metodologia que l'altre situació, mostrant la resolució com si nosaltres estiguéssim a la seva situació.

-Preguntar si ha utilitzat l'estratègia del contar fins a tres durant aquesta setmana en situacions reals dins la unitat.

-Proporcionar un reforç positiu (alabar i recompensar) si els resultats de l'exemple o les situacions reals són satisfactoris.

Dxl: (00001) Desequilibri nutricional: ingesta superior a les necessitats relacionat amb aport excessiu en relació amb les necessitats metabòliques i poca activitat física (coneixements i força psíquica) manifestat per Índex de Massa Corporal (IMC) de 26,67.

Criteri de resultat (NOC): (1627) Conducta de pèrdua de pes.

Objectiu final: En el termini de 6 mesos, el senyor Juan recuperarà l'equilibri nutricional evidenciat per un IMC de 25 o menor evidenciat per:

(162701) Obté informació d'un professional sanitari sobre estratègies per perdre pes.

(162703) Es compromet amb un pla per menjar de forma saludable.

(162704) Selecciona aliments i líquids nutritius.

(162710) Identifica situacions socials que afecten a la ingesta d'aliments i líquids.

(162722) Controla el pes corporal.

Objectius específics:

1. En el termini de 6 mesos, compararà les avantatges i els inconvenients de realitzar una dieta adequada a les necessitats metabòliques.
2. En el termini de 6 mesos, identificarà la importància de cada un dels grups de aliments.
3. En el termini de 6 mesos, es comprometrà a reduir durant 6 mesos la ingesta de pastas i refrescos entre àpats.

Intervenció (NIC): (5246) Assessorament nutricional

Activitats:

Es realitzaran dos entrevistes bimensuals, que aniran repetint-se correlativament durant els 6 mesos que dura el procés de cures fins a la nova revisió:

1a entrevista: 19/12/2014 de 11 a 11:30 hores.

Discutir amb el senyor Joan:

- Els beneficis que comporta la realització de una dieta adequada i activitat física de forma regular.
- Les principals complicacions associades a la obesitat.
- Pactar no picar entre àpats ni pastisseria ni refresc i poder suplir per un petit entrepà i un refresc sense sucre.

2a entrevista: 10/03/2015 de 11 a 11:30 hores.

Comprovar amb el Juan si el pacte de no picar entre àpats es compleix. Si no és així introduir un nou pacte adequat a la situació.

3a entrevista: 07/05/2015 de 11 a 11:30 hores.

Explicar al senyor Joan:

- La importància que té cada grup d'aliments.
- La diferència de cadascun del grup d'aliments.
- L'aportació necessària de cada grup nutricional per fer una dieta equilibrada. (Veure Annex 1) Discutir conjuntament els aliments més desaconsellats i els permesos.

Comprovar amb el Juan l'evolució dels pactes realitzats anteriorment.

4. Pressa de decisió

Al fer el pla de curés és va prioritzar primerament l'estabilització de les al·lucinacions i les idees delirants que patia en el moment de l'entrevista el Joan, ja que les altres necessitats alterades millorarien i és podrien treballar millor com és el cas del són. És va pactar amb el Juan dos entrevistes mensuals per assolir un nivell de confiança amb ell per que és sentís segur dins de la unitat i millorés l'estat de confusió.

En segon terme, es va prioritzar el control dels impulsos, i és va decidir treballar de forma separada al diagnòstic de confusió aguda, pel fet de ser conductual i no provenir del estat general de confusió que patia el Juan en aquell moment, tot i que aquest l'empitjorava, era un problema que ja succeïa en períodes on no patia aquesta clínica delirant com és va comprovar quan el tutelar referent explicava la situació, i deia que el dia anterior el va visitar la doctora *E.H.M.* sense cap evidència d'aquesta clínica. La forma de treball va ser establint dos cites bimensuals per entrevistar-me amb el Juan per explicar tècniques i estratègies, i avaluar les mateixes a partir d'exemples, per evitar actuar de forma impulsiva i evitar les complicacions per fer-ho.

Després vaig començar a treballar el sobrepès que, de mantenir-se, comprometia la seva salut actual i futura.

Finalment vaig formular uns objectius i vaig escollir unes intervencions i activitats de cadascun dels diagnòstics seleccionats, que eren adequades i s'ajustaven a solucionar les dificultats i els problemes que tindria el Juan.

Durant el període d'ingrés, en relació al diagnòstic de confusió aguda el Juan tindria com a objectiu l'autocontrol del pensament distorsionat així com les intervencions i activitats del maneig de les al·lucinacions i el maneig de les idees delirants. També tindria com a objectiu el control del nivell del deliri amb l'intervenció i activitats de la millora del son.

A continuació, pel que fa al diagnòstic del control dels impulsos ineficaç es tindria com a objectiu l'autocontrol dels impulsos amb l'intervenció i activitats de l'entrenament per controlar els impulsos.

En relació al diagnòstic de desequilibri nutricional, per el sobrepès que tenia el Juan, tenia com a objectiu la conducta de pèrdua del pes corporal així com la

intervenció de assessorament nutricional amb les activitats encaminades a la pressa de un bon control dietètic.

5. Pla de difusió

La elaboració de un Pla de cures es individualitzat per al pacient, es difícil, doncs que un treball així obtingui una difusió molt extensa, si no es que sigui el tema que tracta el pla de cures, el centre d'interès per aprofundir, es a dir, que serveixi per aprendre i per debatre.

Tot i així, he pensat en propostes adequades per afavorir la difusió del meu Procés de Cures relacionat amb les persones que pateixen esquizofrènia. Les opcions que puc tenir per donar a conèixer el meu treball són:

1. Realitzar un pòster i presentar-lo en les Jornades Estatals d'Estudiants d'Infermeria. La nova seu serà Córdoba i les dates aproximades 23, 24 i 25 d'abril de 2015.
2. Realitzar un pòster i presentar-lo al XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. La nova seu serà Burgos i les dates 27, 28 i 29 de maig de 2015.
3. Publicació en la revista de infermeria: Metas de Infermeria – Infermeria 21 del grup Paradigma.

6. Bibliografia

El treball esta referenciat bibliogràficament amb estil o model Vancouver, segons ordre d'aparició en el text, entre parèntesis.

[1] Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C. Capítulo 3: Los modelos conceptuales enfermeros. En: Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV, coordinadoras. De la teoría a la práctica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3a ed. Barcelona. Masson. 2005. p. 27-31.

[2] Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C. Capítulo 4: El modelo de Virginia Henderson. En: Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV, coordinadoras. De la teoría a la práctica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3a ed. Barcelona. Masson. 2005. p. 33-38.

- [3] Benavent Garcés MA, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. 2a ed. Madrid. Difusión Avances de Enfermería (DAE).2009.
- [4] Heather Herdman T, Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona. Elsevier España, S.L. 2010.
- [5] Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4a ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
- [6] Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JMc, editoras. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5a ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
- [7] Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8a ed. Barcelona: Elsevier/Masson; 2008.
- [8] Elsevier. (2013). Consulta NANDA NIC NOC. Recuperat de: <http://www.nnnconsult.com.sire.ub.edu/index>
- [9] Rigol A. Capítulo 19: Trastornos esquizofrénicos. En: Rigol A, Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. 2a ed. Barcelona. Masson. 2003. p.289-305.
- [10] Servicio Murciano de Salud. Guía de práctica clínica para el tratamiento.[Internet] Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2009 [consulta el 13 de gener de 2015] Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
- [11] Escalada Hernández P, Feria Raposo I, González Fraile E, González Vargas J.A, Muñoz Hermoso, Santos B, et al. A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. Rev Applied Nursing Research: ANR. [Internet] 2014 [consulta el 6 de enero de 2015]. Disponible en:
10.1016/j.apnr.2014.05.006
- [12] Khankeh H, Rahgozar M, Ranjbar M. The effects of nursing discharge plan (post-discharge education and follow-up) on self-care ability in patients with chronic schizophrenia hospitalized in Razi psychiatric Center. PubMed. 2011; 16(2): 162-8.
- [13] Ramos Pichardo, D. Efectividad de una intervención enfermera a domicilio para mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria y la carga familiar en adultos con esquizofrenia. Enfermería Clínica 2013; 85 (2): 350-8

[14] Álvarez Tejero M, Castaño Escudero A, Cruz Martos A, Cruz Martos E, Fernández Aguado C, González Díaz L, et al. Guía de actuación en situaciones de sobrepeso. 2a ed. Madrid: Pixel; 2009.

[15] González de Rivera J. L, Rodríguez Pulido J. La investigación epidemiológica de la esquizofrenia: Algunos problemas metodológicos. En: González de Rivera J. L, Rodríguez Pulido J, Sierra López A. El método epidemiológico en salud mental. 2ª ed. Barcelona. Masson. 2003. p.271-281.

[16] Gómez Ayala A. Esquizofrenia: manejo farmacológico. 1ª ed. Masson. 2007. p.26-86.

[17] Sanidad del gobierno de Canarias. Efectos secundarios de los psicofármacos neurolépticos y estabilizadores del ánimo..[Internet] Tenerife: Sanidad del gobierno de Canarias; 2013 [consulta el 25 de gener de 2015] Disponible en:

http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/2e4cef1c-f89a-11df-8010-c5c56db520fc/9_Efectos%20secundarios%20de%20los%20f%C3%A1rmacos%20neurol%C3%A9pticos%20y%20estabilizadores%20del%20%C3%A1nimo.pdf

7. Annexes

Annex 1

Grups d'aliments i equilibri nutricional

Composició dels diferents grups d'aliments.

Per dur a terme una dieta equilibrada cal tenir en compte la varietat dels grups d'aliments:

- Carns: Són una font important d'aminoàcids essencials, vitamines del grup B, ferro, zinc, sodi i fòsfor, també aporten quantitats destacables de greixos saturats i colesterol, per la qual cosa ha de consumir-se moderadament seleccionant aquells talls amb menys quantitat de greix.
- Peixos: Són una bona font de proteïnes i iode. Convé alternar el seu consum amb el de la carn, i usar preparacions culinàries que requereixin menors quantitats de greix.
- Ous: El seu major contingut gras està en la gemma. Es recomana consumir-los en totes les edats i en circumstàncies fisiològiques especials com a embaràs, lactància i vellesa. No està demostrat que pugin el colesterol en sang.
- Llet i derivats: Proporcionen nutrients d'alt valor biològic, com a proteïnes, lactosa, vitamines i calci. Es recomana prendre de 2 a 4 racions diàries, segons edat i estat fisiològic. Fins al cap de l'edat escolar no s'han de prendre productes descremats.
- Llegums: Els seus beneficis nutricionals s'obtenen pel midó, la fibra i l'àcid linoleic que redueix els nivells de colesterol. Les seves proteïnes són d'alt valor biològic.
- Cereals i patates: Han de ser la base fonamental d'una dieta sana i equilibrada. Les farines integrals són més riques en fibra, vitamines i minerals.
- Fruites, verdures i hortalisses: Són una font molt important de vitamines, minerals, fibra i antioxidants.
- Fruita seca: Aporten gran quantitat d'energia (5.3-6.6 Kcal/g) pel seu alt contingut en lípids, els quals són majoritàriament àcids grassos insaturats. El seu consum ha de ser moderat. També contenen gran quantitat de fibra, principalment insoluble i són una bona font de proteïnes d'origen vegetal.

- Dolços i begudes ensucrades: El seu consum a l'excés pot incrementar el risc de càries dental, obesitat o desplaçar la ingesta d'altres aliments de major interès nutricional. S'ha de limitar el seu consum.

Consells al Juan

Per al manteniment de l'equilibri entre l'energia que s'aporta a l'organisme i la que aquest consumeix, cal establir, com una de les mesures principals, uns patrons dietètics apropiats per evitar els guanys de pes, però al mateix temps, per mantenir un funcionament òptim de l'organisme. Es podria considerar que la dieta és la pedra angular del tractament de l'obesitat, entenent per dieta una orientació nutricional diferent segons cada pacient. Així és important, la forma de menjar, la quantitat i el tipus d'aliments a consumir, la manera de distribuir-los al llarg del dia... Donat l'important paper que té l'alimentació per aconseguir una pèrdua de pes, o almenys per evitar guanys del mateix, es podrien suggerir alguns consells dietètics pràctics, útils i més o menys fàcils de dur a terme a l'hora tant de prevenir com de tractar el sobrepès.

Consells nutricionals

1. Triar aliments amb poc greix.
2. Moderar el consum de carns vermelles i augmentar el de peix i carn blanca.
3. Consumir fruites (1 peça de cítric), verdures i hortalisses en abundància.
4. Beure aigua, entre 1,5 i 2 litres diaris.
5. Limitar el consum d'aliments fregits, arrebossats... Conscienciar-se que el mètode de preparació dels menjars també afecta al total de calories i el contingut gras. Seran d'elecció els aliments cuits o a la planxa.
6. Limitar les salses de les amanides amb gran contingut gras.

Consells conductuals

1. Repartir l'alimentació en 5 menjars: desdèjuni, mig matí, menjar, berenar i sopar.
2. Menjar a poc a poc i mastegar molt bé els aliments.
3. Menjar assegut i en companyia.
4. Mai s'ha de saltar el desdèjuni, ja que un desdèjuni perllongat afavoreix l'activació de mecanismes d'emmagatzematge de greix.

5. No s'ha de picar entre hores. Si escau, quan es tingui gana, s'ha de disposar d'aliments de baix contingut calòric (per exemple, una poma), o realitzar alguna activitat que ocupi temps i atenció dissipant així la idea de menjar.
6. Indicarem que deurà controlar les racions de menjar, i deurà reduir la ingesta en quantitat.

Annex 2

Marc Teòric Esquizofrènia

Introducció:

El nombre de persones que pateixen problemes psiquiàtrics i les seves conseqüències està augmentant de forma alarmant al món, segons l'Informe Mundial sobre Salut Mental de l'Organització Mundial de la Salut, a causa "l'envelliment de la població, l'agudització dels problemes socials i els desordres públics".

L'1% de la població mundial pateix esquizofrènia i es calcula que a Espanya pateixen la patologia unes 400.000 persones. S'estima que la prevalença de l'esquizofrènia al llarg de la vida està entre el 0,7 i el 1,5%.

La prevalença estimada és de 3 per 1000 habitants per any per als homes i 2,86 per 1000 per a les dones. L'edat mitjana de començament de la malaltia és de 24 anys per als homes i de 27 per a les dones. La incidència per sexes, 0,84 per 10.000 per als homes i 0,79 per 10.000 per a les dones.

El perfil sociodemogràfic d'un pacient amb esquizofrènia a Espanya és el d'un home, amb una edat mitjana de 37,6 anys, solter, amb baix nivell d'estudis, que viu a l'entorn familiar, inactiu causa de la seva malaltia i amb un seguiment del seu patologia únicament en consulta psiquiàtrica.

L'atenció d'infermeria a les persones que pateixen esquizofrènia i altres trastorns mentals greus segueix sent un objectiu prioritari per als serveis públics de salut mental, alhora que constitueixen el grup de persones amb malaltia mental més vulnerable, exposat als riscos del desarrelament i la marginalitat; i que requereixen xarxes de serveis sanitaris i socials ben coordinades, professionals ben formats i compromesos, a més de la implementació de programes d'intervenció eficaços.

L'esquizofrènia és un trastorn psicòtic greu. Les seves manifestacions bàsiques són una barreja de signes i símptomes característics. Els símptomes afecten diversos processos psicològics, com la percepció (al·lucinacions), ideació, comprovació de la realitat (deliris), processos de pensament (associacions laxes), llenguatge (llenguatge desorganitzat), sentiments (afecte "pla", afecte inapropiat), comportament, atenció, concentració, motivació i judici. Val a dir que

no tots els símptomes descrits estan presents en cadascun dels pacients diagnosticats d'esquizofrènia.

Els símptomes característics d'aquest trastorn s'han classificat en dues categories: símptomes positius i negatius, als quals s'ha afegit una tercera, la de desorganització, o símptomes cognitius. [15]

Símptomes positius: Són comportaments psicòtics que no s'observen en persones sanes. Les persones amb símptomes positius freqüentment perden contacte amb la realitat. Els símptomes positius inclouen:

- *Les al·lucinacions:* Les veus són el tipus d'al·lucinació més comú relacionat amb l'esquizofrènia. Aquestes veus poden parlar sobre el seu comportament, ordenar fer alguna cosa o advertir-d'algun perill. Altres al·lucinacions freqüents poden ser veure objectes que realment no existeixen, olorar aromes, o sentir que algú aliè a ells els toca.

- *Els deliris:* Són creences falses que no formen part de la cultura de la persona i es mantenen fermes. Ells no creuen a les persones que els diuen que aquestes creences són falses, pensen que tenen la veritat. Aquestes persones també poden tenir deliris paranoics i creure que els altres intenten fer-los mal. Aquestes creences es denominen deliris de persecució.

- *Els trastorns del pensament:* són maneres inusuals de pensar. Una forma d'aquest trastorn és el pensament desorganitzat, que es dona quan una persona té dificultat per organitzar els seus pensaments o connectar-los en una seqüència lògica. En aquests casos, de vegades parlen d'una manera confusa que és difícil de comprendre. Una altra forma és el bloqueig del pensament, que es dona quan una persona deixa de parlar sobtadament enmig d'una idea. També poden inventar paraules noves o neologismes.

- *Els trastorns del moviment* es poden manifestar com moviments agitats del cos. Una persona amb aquest tipus de trastorn pot repetir certs moviments una i altra vegada. A l'altre extrem, una persona pot tornar catatònica.

Símptomes negatius: Els símptomes negatius s'associen amb la interrupció de les emocions i els comportaments normals. Aquests símptomes són més difícils de reconèixer com a part d'aquest trastorn, ja que moltes vegades es confonen amb els de la depressió o altres condicions. Aquests símptomes inclouen:

- *Afecte pla*: la persona no mou la cara o parla amb una veu desanimada i monòtona.

- Manca de satisfacció en la vida diària

- Falta d'habilitat per iniciar i mantenir activitats planificades - Manca de comunicació.

Síntomes cognitius: són més subtils. Igual que els símptomes negatius, aquests símptomes són difícils de reconèixer com a part d'aquest trastorn. Sovint, només es detecten quan es realitzen proves per altres raons.

Aquests símptomes inclouen:

- Dificultat per a comprendre informació i utilitzar-la per prendre decisions.

- Problemes per concentrar-se o prestar atenció.

- Problemes per utilitzar informació immediatament després d'haver-après. En general, els símptomes cognitius fan que sigui difícil portar una vida normal. A més, poden causar gran angoixa emocional. [9] [10] [15]

Subtipus d'esquizofrènia:

Tipus paranoide: Presència de deliris sistematitzats. Aquestes idees, sistemes, percepcions i ocurrencies delirants poden ser de diferents tipus:

a. Tipus persecutori: per organitzacions o grups coneguts (més o menys importants) o desconeguts com governs, policia, etc.

b. Tipus grandios: Creença de posseir capacitats com predir el futur, descobriment de coses, etc.

c. Tipus somàtic: idees delirants sobre el cos.

d. Tipus religiós-místic: Idees relacionades amb Déu, el diable, etc.

i. Tipus sexual: Idees delirants de naturalesa sexual.

f. Tipus nihilista: Creu que ni el món ni el que hi ha al existeix, o que tot és mentida. Aquestes idees delirants s'acompanyen freqüentment de pseudoalucinacions auditives i tots els símptomes són típicament positius amb poca tendència a símptomes negatius. En general aquest subtipus clínic té un començament més tardà (20-25 anys), amb una personalitat més madura i mantinguda, que és més estable i permet que el deliri es mantingui durant molt temps o canviï molt poc després de instal·lar-se. Es dona moltes vegades la

doble comptabilitat com una alteració de la unitat del jo, on el subjecte pot viure el món real, i al mateix temps sense que prengui contacte algun, pot viure el món delirant. Aquest tipus d'esquizofrènia pot arribar a ser tan greu que constitueixi per si mateix un trastorn delirant.

Tipus hebefrènic o desorganitzat: És un quadre que comença més tardanament (14- 16 anys), per tant, la personalitat del subjecte comença a estar formada i el pronòstic és més greu. Els pacients fan comentaris inadequats i desubicats, amb una conducta desinhibida. Hi ha fortes alteracions de la volició amb pèrdua del sentit de la vida i solen tenir períodes d'inactivitat laboral i social.¹⁰ Els pacients tenen alteracions significatives del curs del pensament més que del contingut com el esquizofrènic paranoide, i ràpidament arriben a disgregar. A més s'associa a una afectivitat fortament alterada, inapropiada, plana i fins i tot autista, amb poc contacte amb les persones i amb si mateix. L'aspecte general freqüentment és desmanegat i brut.

Tipus catatònic: Aquest tipus d'esquizofrènia es descriu com una esquizofrènia caracteritzada per, almenys, dues de les següents característiques:

1. Immobilitat motora evidenciada per catalèpsia.
2. Agitació motora.
3. Negativisme o mutisme extrem.
4. Peculiaritats en els moviments voluntaris (moviments estereotipats, ganyotes, així com l'adopció de postures estranyes).
5. Ecolàlia o ecopràxia. És una pertorbació del llenguatge en què el subjecte repeteix involuntàriament una paraula o frase que acaba de pronunciar una altra persona en la seva presència, a manera d'eco.

Tipus indiferenciat: No es pot adscriure el quadre clínic a cap dels subtipus descrits, ja que presenta una barreja més o menys dels diferents tipus d'esquizofrènia. [10] [15]

Fases de la malaltia

Fase aguda (o crisi). Durant aquesta fase, els pacients presenten símptomes psicòtics greus, com deliris i / o al·lucinacions, i un pensament greument desorganitzat; i, generalment, no són capaços de cuidar de si mateixos de forma apropiada. Sovint, els símptomes negatius passen a ser també més intensos.

Fase d'estabilització (o post crisi). Durant aquesta fase, es redueix la intensitat dels símptomes psicòtics aguts. La durada de la fase pot ser de 6 mesos o més després de l'inici d'un episodi agut (o crisi).

Fase estable (o de manteniment). Els símptomes són relativament estables i, en el cas que n'hi hagi, gairebé sempre són menys greus que a la fase aguda. Els pacients poden estar asimptomàtics; altres poden presentar símptomes no psicòtics, com tensió, ansietat, depressió o insomni. Quan persisteixen els símptomes negatius i / o positius, com deliris, al·lucinacions o trastorns del pensament, sovint estan presents en formes atenuades no psicòtiques (per exemple, circumstancialitat en lloc de relaxació, il·lusions en lloc d'al·lucinacions, idees sobrevalorades en comptes de deliris).

Abans que un pacient que es troba en la fase estable presenti una recidiva, habitualment es produeix un període prodròmic en el qual poden haver símptomes disfòrics no psicòtics, formes atenuades de símptomes positius. Aquest període prodròmic dura entre diversos dies i unes setmanes, però en ocasions pot persistir durant diversos mesos. La major part dels estudis longitudinals de l'esquizofrènia suggereixen que el seu curs és variable; en alguns pacients no es presenten nous episodis, en la majoria es produeixen exacerbacions i remissions, i en una petita part persisteix un estat psicòtic greu de forma crònica. La remissió completa no és freqüent en aquesta malaltia. En la fase inicial de la malaltia, poden predominar els símptomes negatius i manifestar fonamentalment en prodròmiques. Posteriorment, apareixen els símptomes positius. Atès que aquests símptomes positius responen especialment bé al tractament, és característic que disminueixin; però, persisteixen els símptomes negatius. S'ha suggerit que els símptomes negatius poden intensificar-se en alguns individus durant el curs de la malaltia. [10]

Tractament farmacològic:

El tractament farmacològic de l'esquizofrènia ha evolucionat al llarg de la segona meitat del segle passat, principalment gràcies al desenvolupament dels fàrmacs antipsicòtics.

Les estratègies i formes de tractament de l'esquizofrènia varien en funció de la fase i la severitat de la malaltia.

El tractament farmacològic del pacient esquizofrènic es basa en l'ocupació dels antipsicòtics o neuroleptics, que en virtut de les seves característiques es classifiquen en típics i atípics;

Antipsicòtics típics:

Aquests fàrmacs es van introduir en la seva majoria durant les dècades dels anys cinquanta i setanta. S'inclouen aquí els compostos següents: amisulprida, Clorpromazina, flufenazina, Haloperidol, levomepromazina, Loxapina, perfenazina, Periciazina, Pimozida, Pipotiazina, Sulpirida, tiaprida, Tioproperazina, Trifluoperazina i zuclopentixol.

La major part d'ells són útils en el tractament del brot psicòtic agut. La seva mecanisme d'acció comuna es basa en el bloqueig postsinàptic dels receptors dopaminèrgics D2, el que justifica la seva utilitat en el tractament dels símptomes positius de la malaltia. L'ús continuat d'aquests compostos condueix a un descens en el recanvi de dopamina, la qual cosa ha permès postular una disminució de la seva eficàcia antipsicòtica amb el temps d'ús.

Pot produir efectes secundaris:

- Efectes extrapiramidals aguts: distonia, discinèsia, acatísia, parkinsonisme.
- Efectes extrapiramidals tardans: Discinèsia, distonia.
- Alteracions en l'EEG: Síndrome neuroleptica maligna, crisis convulsives, confusió.
- Efectes cardiovascular: Hipotensió ortostàtica, alteracions en l'ECG, taquicàrdia, taquiarítmia.
- Efectes sobre el sistema nerviós autònom, com sequedat de boca, restrenyiment i sialorrea.
- Reaccions al·lèrgiques.

Antipsicòtics atípics:

Com ara la Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, i Zomaril.

Aquests fàrmacs constitueixen una autèntica revolució en el tractament de la esquizofrènia. Presenten un bloqueig dopaminèrgic selectiu, que mustificarà seva eficàcia sobre els símptomes positius amb menor producció de símptomes extrapiramidals; a la vegada també produeixen un bloqueig serotoninèrgic, que explicaria la seva eficàcia sobre els símptomes negatius i els trastorns anímics.

Els efectes secundaris que poden produir són: augment de pes, canvis hormonal, disfunció sexual, i disminució de la pressió arterial.

De vegades s'utilitzen altres fàrmacs en el tractament de l'esquizofrènia per potenciar l'eficàcia terapèutica dels antipsicòtics i per tractar els símptomes residuals, com ara:

Benzodiazepines: S'administren dosis elevades per intentar disminuir l'agitació i l'ansietat.

Betabloquejants: Una de les seves accions és l'augment dels nivells plasmàtics de els antipsicòtics.

Liti: S'ha utilitzat per intentar reduir les conductes impulsives i agressives, la hiperactivitat o l'excitació, així com per estabilitzar l'estat d'ànim.

Anticonvulsions: Utilitzat per les crisis comicials.

Antidepressius: Els antidepressius també s'han utilitzat, principalment en aquells pacients que han desenvolupat una depressió greu. Tot i que tots els tractaments farmacològics existents tenen limitacions en quant a la seva eficàcia i estan relacionats amb efectes adversos indesitjables, és un fet demostrat que els antipsicòtics poden millorar els símptomes psicòtics de la esquizofrènia i prevenir les recidives.

Durada del tractament farmacològic: Els pacients que cursen amb primer episodi, o bé amb recurrència però que arriben a la remissió dels seus símptomes, el temps de presa de medicaments ha de ser de 12 a 24 mesos. Els pacients que han presentat diversos episodis o no arriben a la remissió, l'ús del medicament és per a una major quantitat de temps, o de per vida. [16] [17]