

Paciente con trastorno bipolar: proceso de enfermería.

María Jesús Muñoz Zorrilla, Francisco Javier González Mesa.

Diplomados en Enfermería.

Hospital de Día de Salud Mental. UGC de Salud Mental.

Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía.

Resumen: El trastorno bipolar es una enfermedad crónica que provoca cambios patológicos del estado de ánimo. Aunque se piensa que puede estar infradiagnosticado, se estima una prevalencia de entre el 1 y el 2,5%. Para su tratamiento existe un amplio arsenal farmacológico, no obstante es la combinación de medicación y psicoterapia la que consigue los mejores resultados.

A continuación, se expone el caso de AF, diagnosticado de trastorno bipolar hace más de 20 años a lo largo de los cuales ha requerido varios ingresos en la unidad de agudos de referencia. Este caso que sigue el curso típico de la enfermedad, ilustra a la perfección la complejidad de atención que requiere el paciente con trastorno mental grave.

Palabras clave: Trastorno bipolar, proceso de enfermería, trastorno mental grave.

Muñoz-Zorrilla MJ, González Mesa FJ .
Paciente con trastorno bipolar: Proceso de Enfermería. ENE. Revista de Enfermería.
Ago. 2012; 6(2): 81-88

Recibido: 09/nov/2011
Aceptado: 10/feb/2012

* Correspondencia:
fjaviergonzalezmesa@yahoo.es

Abstract: Bipolar disorder is a chronic disease that causes abnormal shifts in mood. Although it may be infra diagnosed, a prevalence of 1-2.5% is estimated. As treatment, there is a wide range of medicines but the bests goals are achieved with a mix of psicotherapy and medicines. The following is the case of AF, Who was diagnosed of bipolar disorder 20 years ago. Along this time, he has been amitted to hospital several times. This case runs the normal course

of bipolar disorder and shows that treating severe mental illness may be really complex.

Keywords: Bipolar disorder, nursing process, severe mental illness.

Introducción

El trastorno bipolar, es una enfermedad crónica e incapacitante que se caracteriza por provocar en la persona afectada cambios patológicos y recurrentes en el estado de ánimo, de tal modo que se van a alternar períodos de una profunda exaltación y un nivel de actividad exagerados (manía o hipomanía), con períodos de depresión. Generalmente suele producirse un retorno al estado previo de funcionamiento entre los diferentes episodios.

De forma habitual suele hablarse de trastorno bipolar, pero el tipo de síntomas junto a su duración y la forma en que los distintos períodos se suceden, muestran que en realidad estamos ante una variedad amplia de ellos(1). Así se hace patente por el hecho de que la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (OMS 1992)(2) contemple para el trastorno bipolar 10 categorías distintas (F31.0-F31.9) y el DSM-IV TR (American Psychiatric Association 2000)(3) distinga entre tipo I, tipo II o trastorno ciclotímico.

De forma general, se calcula que el trastorno bipolar representa aproximadamente el 20% de todos los trastornos del estado de ánimo(4) y aunque en la literatura especializada se reconoce que puede estar infradiagnosticado, se estima una prevalencia de entre el 1 y el 2,5% (5).

La edad de aparición se sitúa en el intervalo de 15-19 años, encontrándose en los inicios más precoces un claro factor hereditario. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto de la edad de comienzo.

Desde el punto de vista terapéutico, el amplio arsenal farmacológico disponible (desde antidepresivos hasta antagonistas del calcio pasando por anticomociales o antipsicóticos atípicos) es la principal intervención (7). Se estima que en Estados Unidos el tratamiento farmacológico ha ahorrado desde el año 1970 más de 13 mil millones de dólares en gastos terapéuticos directos y 27 mil millones en gastos indirectos. A pesar de ello, el empleo exclusivo de fármacos no es suficiente para controlar la enfermedad siendo la combinación de psicoterapia y medicamentos la responsable de que el 75-80% de los pacientes diagnosticados puedan hacer una vida normal(6).

Descripción del caso

A.F. paciente varón de 41 años diagnosticado en 1985 de trastorno bipolar. Desde entonces, sufre agudizaciones que ocasionalmente han requerido de hospitalización en la Unidad de agudos de referencia. El último, un mes antes de llegar a nuestro dispositivo fue secundario a abandono del tratamiento y a factor vital estresante (muerte de un familiar).

Es el menor de dos hermanos, permanece soltero y vive cerca de la madre. Huérfano de padre desde 1999. Posee estudios de grado medio. No presenta otros antecedentes médicos de interés.

Es remitido al Hospital de Día desde la Unidad de Salud Mental Comunitaria para estabilización y prevención de recaídas.

Valoración por necesidades

Nutrición.

Normopeso, apetito conservado. Come en casa de su madre. No sabe prepararse la comida.

Movilización.

Ambulante, escasa actividad física.

Vestirse/arreglarse.

Aunque sabe elegir bien la ropa, presenta aspecto descuidado.

Sueño/Reposo

Dificultad para conciliar el sueño. Bajo nivel de energía durante el día.

Higiene y protección de la piel.

Presenta un aspecto desaseado. Sin alteraciones en la integridad de la piel.

Seguridad

Fumador de 35 cigarrillos día. De momento no se plantea dejar el tabaco. No sigue el tratamiento farmacológico.

Comunicación.

Vive solo con escasa participación social. La madre ejerce de buen grado el rol de cuidadora aunque es incapaz de brindar apoyo efectivo. Son habituales los enfrentamientos verbales entre ambos. No mantiene ningún contacto con otros miembros de su familia. Tiene dificultad para comunicarse. Lenguaje verborreico.

Creencias y valores.

Pensamiento acelerado. Exaltación de su yo. No tiene conciencia de su enfermedad.

Trabajo y ocio.

Jubilado. No participa en actividades de ocio.

Aprendizaje.

Tanto el propio paciente como su madre tienen falta de información acerca de la medicación, enfermedad y sobre la forma efectiva de llevar a cabo los autocuidados.

Plan de cuidados**Problemas de interdependencia:**

Nanda 00055 Desempeño ineficaz de rol, secundario a trastorno bipolar manifestado por: Falta de habilidades para preparar alimentos.

- Falta de participación en actividades de ocio.
- Falta de participación en actividades sociales

Criterio de resultados

Noc 1501 Ejecución de rol.

1= inadecuado, 5= completamente adecuado.

150111 Ejecución de las expectativas de rol. Puntuación inicial 1. Puntuación final 4.

Intervenciones

Nic 4310 Terapia de actividad

- Colaborar con los terapeutas ocupacionales en la planificación y control de un programa de actividades.
- Ayudar al paciente a identificar las actividades significativas.
- Enseñar al paciente y la familia a realizar las actividades prescritas.
- Disponer de un refuerzo positivo en la participación de actividades.
- Observar la respuesta emocional, física y social a la actividad.

Nanda 00079 Incumplimiento secundario a falta de conciencia de la enfermedad manifestado por: Verbalizaciones.

Informes de la familia.

Reagudización de la enfermedad.

Criterio de resultados

Noc 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.

1= nunca demostrado, 5 Siempre demostrado.

160902 Cumple régimen terapéutico recomendado. Puntuación inicial 1, puntuación final 5.

Noc 1300 Aceptación estado de salud.

1= nunca demostrado, 5= siempre demostrado.

130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. Puntuación inicial 1, puntuación final 4.

Intervenciones

Nic 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados.

Nic 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.
- Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de cada medicamento.

Nic 5240 Asesoramiento

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores acerca de la situación.
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.
- Reforzar nuevas habilidades.

Nic 4700 Reestructuración cognitiva.

- Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual.
- Ayudar a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos.

Diagnósticos de independencia

Nanda(8) 00074 Afrontamiento familiar comprometido R/c prolongación de la enfermedad y por comprensión inadecuada de la información por parte de la

persona de referencia M/p resultados pocos efectivos al brindar apoyo.

Criterios de resultados:

Noc(9) 2204 Relación entre el cuidador principal y el paciente

1= Nunca positivo, 5= Siempre positivo.

220409 Aceptación mutua. Puntuación inicial 1, puntuación final 4.

220411 Solución de problemas en colaboración. Puntuación inicial 1, puntuación final 4.

1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.

1= Ningún conocimiento, 5= conocimiento extenso.

180306 Signos y síntomas de la enfermedad. Puntuación inicial 1, Puntuación final 4.

180316 Grupos de apoyos disponible. Puntuación inicial 1, puntuación final 5.

Intervenciones:

Nic(10) 7040 Apoyo al cuidador principal

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador principal.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador.
- Informar al cuidador sobre recursos sanitarios y comunitarios.

Nic 5240 Asesoramiento

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Proporcionar información objetiva según sea necesario.

Nic 5602 Enseñanza proceso de la enfermedad.

- Reforzar la información suministrada por otros miembros del equipo de cuidados si se considera oportuno.
- Instruir sobre los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador.
- Remitir a los centros/ grupos de apoyo comunitario si procede.

NANDA 00079 Incumplimiento

Criterios de resultados	Puntuación inicial	Puntuación final	Intervenciones
160902 Cumple régimen terapéutico recomendado	1	5	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
130008 Reconocimiento realidad situación de salud	1	4	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 5240 Asesoramiento 4700 Reestructuración cognitiva

NANDA 00055 Desempeño ineficaz de rol

Criterio de resultados	Puntuación inicial	Puntuación final	Intervenciones
150111 Ejecución de expectativas de rol	1	4	4310 Terapia de actividad

Tabla 1 Resumen de problemas de interdependencia.

NANDA 0074 Afrontamiento familiar comprometido			
Criterios de resultados	Puntuación inicial	Puntuación Final	Intervenciones
220409 Aceptación mutua.	1	4	7040 Apoyo al cuidador principal
	1	4	
220411 solución de problemas en colaboración.	1	4	5240 Asesoramiento
180306 Signos y síntomas de la enfermedad.	1	5	5602 Enseñanza proceso de la enfermedad
180316 Grupos de apoyo disponibles			

Tabla 2 Diagnósticos de Enfermería.

Evolución del caso

El ingreso de AF en nuestro dispositivo se prolongó durante más de 5 meses, consiguiendo finalmente la remisión de los síntomas, una buena adherencia terapéutica y una mejora importante en las áreas familiar y social. Esta última cristalizó tanto en una óptima relación con sus compañeros del Hospital de Día como en la integración y participación en Asociaciones de apoyo. Todo ello se logró a través de la inclusión de nuestro paciente en los programas de habilidades sociales, psicoeducación, relajación, ocio y tiempo libre, educación para la salud y grupos multifamiliar y psicodinámico.

Programa	Objetivo	Personal que participa
Programa de habilidades sociales	Relaciones sociales, promoción de autonomía personal	P. Terapia ocupacional
Programa de psicoeducación	Conocimiento de enfermedad	P. Enfermería, P. Facultativo
Taller de relajación	Afrontamiento de estrés	P. Terapia ocupacional, P. Enfermería
Programa de educación para la salud	Conocimiento enfermedad, promoción de autonomía personal	P. Enfermería
Grupo multifamiliar	Conocimiento enfermedad, relaciones familiares	P. Facultativo, P. Enfermería.
Grupo psicodinámico	Conocimiento de enfermedad	P. Facultativo
Taller ocio y tiempo libre	Participación actividades de ocio	P. Terapia ocupacional

Tabla 3 programas en los que participó nuestro paciente y personal que intervino.

Discusión

Como hemos comentado anteriormente, nuestro paciente lleva más de 20 años de evolución, y cuenta con un dilatado historial de reagudizaciones que en algunos casos han precisado de hospitalización. La última propiciada por un factor estresor reconocido como es la muerte de un familiar allegado(11).

Este acontecimiento provocó en primera instancia el abandono del tratamiento y en segundo lugar, trajo como consecuencia la exacerbación del cortejo sintomático.

Si bien el incumplimiento del tratamiento es común en la enfermedad crónica, una característica que la hace distintiva en la enfermedad mental, que estuvo presente en el caso de AF y que de forma habitual dificulta enormemente la consecución de una conducta de cumplimiento, es el hecho de que la no adherencia altera en la mayor parte de los casos la conciencia de estar enfermo, lo que otorga un plus de complejidad al caso.

Por otro lado, si al hecho de que la enfermedad hizo que nuestro paciente tuviese dificultad para manejarse de forma autónoma, careciera de red social de apoyo, no participase en actividades

de ocio y provocase un elevado sufrimiento familiar, le añadimos una duración de la enfermedad superior a dos años, aparte de poder hacernos una idea de la dificultad de abordaje y reforzar la necesidad de integrar fármacos y psicoterapia, cumple con todos los criterios necesarios para ser considerado como trastorno mental grave(12)(13),.

En línea con lo anterior, un último aspecto que no podemos pasar por alto es que desde la perspectiva que ofrece nuestro Hospital de Día, no se puede entender el abordaje del trastorno mental grave, y por tanto de éste caso clínico, al margen de un equipo multidisciplinar que está integrado por diferentes disciplinas (Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Terapia Ocupacional y Trabajo Social).

No obstante, a pesar de que ésta aproximación terapéutica es la que ofrece mayores posibilidades de éxito(6), exige para Enfermería la necesidad de actualizar el modelo de práctica profesional revisando conceptos tradicionalmente instalados en el proceso enfermero como son la noción de "problema de interdependencia" y de "Diagnóstico de Enfermería".

Bibliografía

1. Becoña, E., Lorenzo, C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*. 13(3):511-22.
2. World Health Organization. International Statistical Classification of diseases and related health problems: Tenth revision (2nd Ed). Consultado el 16 de Octubre de la World Wide Web: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
3. American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado. Edición española. Elsevier-Masson. Barcelona
4. Sierra San Miguel, P., Livianos Aldana, L., Rojo Moreno, L. (2002) Epidemiología del trastorno bipolar: Datos dispares. *Archivos de Psiquiatría*. 63(2):153-62.
5. Ortiz de Zárate San Agustín, A., Alonso Durana, I., Ubis González, A., Ruiz de Azúa Velasco, MA. (2011) Trastornos del estado de ánimo. 1ª edición. Elsevier. Madrid.
6. Justo LP, Soares BGO, Calil HM. Intervenciones familiares para el trastorno bipolar (Revisión Cochrane traducida). En: la Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Stuart G. (2006). Trastornos del estado de ánimo. En: Stuart G., Laraia M *Enfermería Psiquiátrica: Principios y Práctica* 8ª edición. Elsevier; p. 330-63.
8. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. (2010) Elsevier. Madrid.
9. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Swanson, E. (2009) Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª edición. Elsevier. Barcelona.
10. Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey, J. (2009) Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª edición. Elsevier España. Barcelona.
11. Ortiz de Zárate San Agustín A, Alonso Durana, I., Ubis González, A., Ruiz de Azúa Velasco, MA. (2010) Trastorno mental grave de larga evolución. Elsevier-Masson. Barcelona.
12. Vila Pilado, L., Area Carredo, R., Ferro Iglesias, V., González Domínguez-Viguera, L., Justo Alonso, A., Suárez Sueiro, MJ, et al. (2007) Trastorno mental severo. *TOG*. Feb;(5):52.