

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC. AYLIN CUELLAR ESTRADA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

ASESOR:

Mg. SOFIA DEL CARPIO FLOREZ

Lima, Perú

2017

DEDICATORIA

A mi querida madre quien fue mi fuente de inspiración y apoyo para poder llegar a ser cada día una mejor profesional en el campo de la salud.

A todos los pacientes y familiares del hospital Hipólito Unanue de Tacna servicio de psiquiatría, los cuales apoyaron en el desarrollo del presente trabajo académico

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme salud y las fuerzas necesarias para poder seguir adelante en la meta trazada.

A mi asesora y jurados para la culminación del presente trabajo académico.

A la prestigiosa casa de estudios Universidad Inca Garcilaso de la Vega por sus enseñanzas.

A mi paciente Cesar y su familia quienes siempre estuvieron prestos a apoyarme en el desarrollo del presente caso.

ÍNDICE

	Pag.
DEDICATORIA.....	02
AGRADECIMIENTO.....	03
RESUMEN.....	05
ABSTRACT.....	06
INTRODUCCIÓN.....	07
MARCO TEÓRICO.....	09
DESARROLLO CAPITULAR.....	09
VALORACIÓN DE ENFERMERIA.....	34
VALORACIÓN SEGÚN DOMINIO.....	42
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	45
PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES.....	46
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	46
EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	46
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	46
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

RESUMEN

En el presente trabajo académico se presenta el Caso Clínico de un paciente varón de 32 años de edad, el cual ingresa por presentar: alucinaciones, delirios de daño, desaliño personal, signos de auto y heteroagresión desde la última semana previa a su ingreso rompió los vidrios de su dormitorio, su televisor lo lanzó a la calle, paciente no acepta la medicación recrita se tornaba agresivo tras insistencia y/o lo tiraba al piso, por todo lo antes mencionado es llevado al servicio de emergencia y luego internado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unánue de Tacna con el Diagnóstico Médico: Esquizofrenia Paranoide. Teniendo como dominios alterados: Promoción de la Salud, Actividad y reposo, Percepción - cognición, Rol/ Relaciones, Seguridad y protección.

La aplicación del Proceso de Atención en Enfermería, se estableció para mejorar la calidad de atención que brindaría a mi paciente, haciendo referencia que este es un método científico que posibilita a la enfermera realizar planes de cuidados en forma directa e individualizada de manera racional, lógica y sistemática, con participación de la familia siendo el pilar fundamental en la rehabilitación de todo paciente con alteración mental; concluyendo dicha atención con la ejecución y cumplimiento de objetivos del Plan de Cuidados de Enfermería siguiendo la taxonomía NANDA, NIC, NOC. y enfocada a la realidad de mi ciudad.

PALABRAS CLAVE: Paciente, cuidados, familia, esquizofrenia, enfermería.

ABSTRACT

In the present academic work presents the clinical case of a male patient of 32 years of age, which enters to present: hallucinations, dilutions of damage, personal dedressing, signs of auto and heteroagresion from the last week before his entry broke the Glasses of his bedroom, his TV I throw him in the street, patient does not accept the prescribed medication he became aggressive after insistence and/or threw it to the floor, for all the aforementioned is taken to the service of emergency and then interned in the psychiatry service of the Hospital Hipólito Unánue of Tacna with the medical diagnosis: paranoid schizophrenia. Having as altered domains: promotion of health, activity and rest, perception-cognition, role/relationships, security and protection.

The application of the nursing care process was established to improve the quality of care that would be provided to my patient, making reference that this is a scientific method that enables the nurse to make care plans in a direct way and Rationally, logically and systematically, With the participation of the family being the fundamental pillar in the rehabilitation of every patient with mental alteration; Concluding this attention with the implementation and fulfillment of objectives of the Plan of nursing care following the taxonomy of NANDA, NIC, NOC. and focused on the reality of my city.

Key words: Patient, care, family, schizophrenia, nursing.

INTRODUCCIÓN

Según los reportes de la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia afecta aproximadamente a 24 millones de personas en el mundo el cual representa el 1% de la población mundial, es uno de los trastornos menos prevalentes pero de los que más afectan la vida propia y de la familia, generando un estigma social irreparable.¹² En el 2016 el número de personas con esquizofrenia en Pacífico Occidental es de 12.7 millones, Asia Sudoriental es de 11.9 millones, Europa es de 6.5 millones, África 4.5 millones, Mediterráneo Oriental 3.5 millones y en América es de 5.9 millones de personas aproximadamente.

El Ministerio de Salud informó que, en el Perú en el 2015, la Esquizofrenia es una de las 10 primeras causas de discapacidad por enfermedades. Se estima que existirían 280 mil personas en el Perú en Lima unos 32 mil sufren de este trastorno, y solo el 62% tiene diagnóstico definido y recibe tratamiento, mientras que el grupo restante no acude a los servicios de salud y/o no tiene acceso para ser tratado por un médico psiquiatra. Este mal suele iniciarse entre los 15 y 25 años de edad en varones, y entre los 25 y 35 años en las mujeres, sin embargo también puede comenzar en la infancia y la vejez, se ha calculado que cada año en el mundo hay dos millones de casos nuevos con grandes costos humanos y económicos.¹³

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y grave que va afectando cada vez a una mayor cantidad de personas tanto a nivel mundial como en el Perú, causando una gran discapacidad, y disminución de las habilidades personales, que merman su desempeño laboral, académico, familiar, social; ya sea de manera parcial o total.¹²

En Tacna al 2016, el 1% de la población tacneña padecería de trastornos psicóticos, la más común esquizofrenia paranoide, es decir cerca de 300 personas en la región sufrirían de Esquizofrenia.

El Proceso de Atención de Enfermería "es el método mediante el cual se aplica un amplio marco teórico a la práctica de enfermería. Es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requieren unas capacidades cognoscitivas, técnicas interpersonales, y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente/familia".

Por todo ello en el presente trabajo académico se expondrá el caso clínico con el plan de cuidados de enfermería en un paciente con Esquizofrenia Hebefrenica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna; el cual se presentara en la siguiente estructura:

En la primera parte se da a conocer el Marco Teórico; y en la segunda parte engloba en si la Presentación del Caso Clínico con aplicación del PAE dentro del cual se realizará: 1. Valoración por dominios; 2. Diagnósticos de Enfermería; 3. Planteamiento de Objetivos y prioridades; 4. Ejecución de las intervenciones y 5. Evaluación de los resultados; y como culminación del trabajo se presentaran las conclusiones y recomendaciones finales del presente trabajo académico.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA.

La esquizofrenia es un síndrome clínico en el cual se ve afectado la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento.

Es caracterizado por un grupo de trastornos de causa incierta con cuadros clínicos similares, que incluyen de modo variable perturbaciones de pensamiento en un sensorio claro y, con frecuencia, síntomas característicos como alucinaciones, delirios, conducta aberrante y deterioro en el nivel general de funcionamiento.¹³

La Organización Mundial de la Salud la define como " un grupo de psicosis en las que se presenta una deformación fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, una sensación de dominación por fuerzas extrañas, delirios y alteraciones de la percepción así como anomalías en la afectividad y autismo, manteniendo por contra, conciencia clara y capacidad intelectual intacta".

La esquizofrenia tiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres sin embargo aparece a una edad más temprana en hombres que en mujeres. Es una enfermedad crónica degenerativa de las funciones y capacidades humanas.

Existen otras definiciones de la esquizofrenia es así que la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) describe la

como un “trastorno que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de su misma”.¹³

1.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ESQUIZOFRENIA

El paciente esquizofrénico piensa y razona según reglas privadas y a menudo adquiridas. Al verse alterado el pensamiento también se ve alterada la comunicación, la cual se le conoce como descarrilamiento o vaguedad de asociaciones. Según los autores Oliver Freudereich y Stuart Schwartz el paciente esquizofrénico presentan las siguientes manifestaciones y/o alteraciones:

Alteraciones de la comunicación con mayor frecuencia:

- **Circunstancialidad:** desviaciones sin importancia del lenguaje
- **Tangencialidad:** digresión sostenida del lenguaje, de modo que la conversación no llega a la finalidad que se requiere
- **Pobreza del contenido del lenguaje:** puesto que es muy poca la información que se comunica, ya que emplean palabras hiperabstractas, vagas, sobreconcretas o estereotipadas.
- **Neologismo:** palabras nuevas creadas por el paciente esquizofrénico, el cual le da un significado propio.

Alteraciones en el contenido del pensamiento: El paciente con esquizofrenia piensa diferente a otras personas. Las alteraciones del pensamiento del esquizofrénico reflejan sus ideas, creencias e

interpretaciones de los estímulos, propiciando una conducta inapropiada. El delirio es una alteración del pensamiento, la cual es una creencia falsa, en la cual se distorsiona la realidad ya sean imágenes o sensaciones. Los delirios puede ser fijas, se mantiene consolidada en un tiempo prolongado, o temporal. Los delirios característicos del esquizofrénico se encuentran en que ellos creen que ciertos delirios pueden ser captados por otras personas, que un ser está introduciendo ideas dentro de ellos, o que un individuo o aparato está controlando la vida de ellos, esto últimos se conocen como delirios de influencia.¹⁵

Alteraciones de la percepción: Entre las alteraciones de la percepción encontramos a las alucinaciones, las cuales son percepciones falsas en ausencia de un estímulo externo. Pueden afectar a los cinco sentidos, sin embargo las auditivas son las más frecuentes, en donde el paciente escucha voces, las cuales pueden ser amenazadoras. Existen también alucinaciones cenestésicas, las cuales son sensaciones infundadas, de alteraciones en los órganos corporales, por ejemplo quemazón en el cerebro.

Alteraciones del afecto: En el caso de la esquizofrenia el paciente, el afecto (expresión externa de las emociones) puede estar alterado ya que no será compatible con el contexto en el que se sitúa el paciente. Puede variar desde lágrimas a carcajadas.

Alteraciones en el sentido de sí mismo: Los esquizofrénicos pueden perder contacto con los que ellos mismos son. Pueden tener dudas, preguntas y preocupaciones sobre la propia naturaleza de su identidad. Pueden sentir que el centro de su identidad está muerto, es vulnerable o está cambiando de alguna manera.

Alteración de la voluntad: Los pacientes esquizofrénicos poseen como característica una alteración en el inicio de manera voluntaria

de las actividades lo cual puede alterar gravemente en el trabajo o el funcionamiento en otras áreas

Alteración en la relación con el mundo externo: El paciente esquizofrénico tiende a evitar las relaciones con otras personas debido a que este está sumergido en sus ideas y fantasías egocéntricas e ilógicas.

Alteraciones del comportamiento: En cuanto al comportamiento o conducta agresiva, en los últimos años varios estudios demuestran que la mayoría de pacientes con esquizofrenia no son violentos, sin embargo la presencia de delirios referenciales o de perjuicio, en los que el paciente se siente amenazado o dañado, y de alucinaciones mandatorias, pueden predecir la aparición de violencia en algún momento a lo largo de su enfermedad pudiendo ser de gravedad infringiendo en muchos de los casos la ley.

Alteraciones de la personalidad: El paciente puede tener cierta dificultad para mantener su personalidad y puede abandonar su aseo corporal. También puede presentar una disminución en sus capacidades para realizar algunas conductas creativas y socialmente aceptadas. Debemos destacar también que a pesar de que estos síntomas puedan aparecer en los momentos más agudos de la enfermedad, el paciente si cumple adecuadamente con su tratamiento puede llevar una vida normal.

Alteración en la conducta motora: Estas alteraciones pueden variar en dos ámbitos. Uno de estos puede ser que el paciente reaccione hacia el ambiente de una manera disminuida hasta casi total de sus movimientos. Así como también puede adoptar una actividad espontánea, situación en la cual el sujeto actúa como un autómatas o puede adoptar posturas o movimientos extrañas.

También los signos y síntomas se clasifican en positivos y negativos:

Síntomas Positivos: Los síntomas positivos son comportamientos psicóticos que no se evidencian en personas sanas. Las personas con síntomas positivos frecuentemente "pierden contacto" con la realidad. Estos síntomas pueden aparecer y desaparecer, a veces son intensos y otras veces casi imperceptibles; dependiendo si el individuo está recibiendo tratamiento o no. Entre ellos tenemos:

- **Ideas delirantes:** Se trata de ideas falsas, como creer que alguien le está espiando que es un personaje famoso, o que algún desconocido que camina por la calle le está siguiendo.
- **Alucinaciones:** Consisten en ver, sentir escuchar, oler o saborear algo que realmente no existe. La experiencia más común consiste en escuchar voces imaginarias (alucinaciones auditivas) que dan órdenes o hacen comentario al individuo.

Síntomas Negativos: se asocian con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de este trastorno, ya que muchas veces se confunden con otros tipos de trastornos. Entre ellos tenemos:

- **Aplanamiento afectivo:** Expresión facial invariable, disminución de los movimientos espontáneos, escasa gestualización, contacto visual escaso, poca reactividad afectiva, afecto inapropiado, pérdida de entonación.

- **Alogia**; Término acuñado para referirse al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición, pobreza del lenguaje, pobreza del contenido del lenguaje, bloqueo (interrupción del curso del lenguaje).
- **Aislamiento social**: Anhedonia, abarca las dificultades del paciente esquizofrénico para experimentar interés i placer. Puede expresarse como una falta de interés vital por las actividades normalmente consideradas placenteras o como una falta de involucramiento en relaciones sociales de distintos tipos como interés y actividades recreativas y sexuales, en relación con amigos y compañeros.
- **Abulia** (falta de voluntad), apatía extrema, con gran desinterés: en el aseo e higiene, inconstancia en el trabajo o escuela, falta de energía.
- **Falta de atención**: la atención está a menudo alterada en la esquizofrenia. El paciente manifiesta problemas para concentrar su atención, o solo es capaz de concentrarse esporádica y erráticamente.

1.3. TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Con frecuencia se presentan cuadros mixtos, que pueden ser difíciles de clasificar. También se observa muchas veces que el cuadro de la enfermedad varía a lo largo del tiempo.¹⁵

Esquizofrenia Paranoide: Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.

Esquizofrenia Catatónica: Predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores. A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. Sin embargo en el interior del enfermo puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, que a menudo solo se manifiestan en una aceleración del pulso. También se dan repetición constantes del mismo movimiento (automatismos) y muecas. Los cuadros de extrema gravedad, en los que el enfermo por ejemplo se mantiene sobre una pierna durante unas semanas, solo se observa muy raras veces gracias a las posibilidades actuales del tratamiento. Sólo ocurren cuando nadie se ocupa del enfermo o cuando el tratamiento no es eficaz. El pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele ser malo.¹⁷

Esquizofrenia Desorganizada o Hebefrenica: Su inicio es aproximadamente en personas menores de 25 años. Este subtipo de esquizofrenia es caracterizada por una regresión hacia una conducta primitiva, infantil, desinhibido y desorganizada, así como también por la ausencia de los criterios que coinciden con el subtipo catatónico. Los pacientes afectados por este subtipo normalmente son activos pero de un modo desorientado y nada constructivo, presentan un trastorno del pensamiento significativo y su contacto con la realidad es mínimo. Frecuentemente se ríen sin ningún motivo aparente de una forma burlona y haciendo muecas incongruentes.

Predomina un afecto absurdo, no apropiado, se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos. Suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas. A menudo muestran falta de interés y de participación.

Hay casos en los que se manifiestan alucinaciones y delirios, aunque esto no es una condición ecuaníme en este tipo de esquizofrenia la mayoría de los casos los brotes no son claramente delimitables. Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad, por eso reciben el nombre de esquizofrenias juveniles e incluso hay casos en los que la enfermedad viene de la infancia (psicosis infantil). Los desarrollos hebéfnicos lentos y desapercibidos por presentar pocos síntomas se califican como esquizofrenia simple. Por la ausencia de síntomas es difícil de reconocerla, (los indicios suelen ser el descuido personal, conductas solitarias, entre otros). El pronóstico suele ser desfavorable en comparación con las otras esquizofrenias, debido a la personalidad inmadura del enfermo.

1.4. FISIOPATOLOGIA

Se ha podido demostrar, desde el punto de vista fisiopatológico, que la esquizofrenia más que un incremento generalizado de la actividad dopaminérgica es un trastorno caracterizado por una actividad asimétrica, alteración en los niveles de un Neurotransmisor conocido que es el responsable de los dos grupos de Síntomas más característicos de esta enfermedad: Los Síntomas Positivos y los Síntomas Negativos.

En el grupo de los Síntomas Positivos incluimos los Delirios, las Alucinaciones, la Desorganización del Pensamiento y la Conducta y las Percepciones Delirantes por citar los más representativos.

Los Síntomas Negativos, menos conocidos en general, son síntomas provocados por la pérdida de funciones psicológicas normales que dan lugar a apatía, dificultad para experimentar placer de las actividades cotidianas, falta de motivación, tendencia al aislamiento y aplanamiento afectivo.

En el Sistema Nervioso existen cuatro vías Dopaminérgicas (es decir, Neuronas que sintetizan y liberan Dopamina) relevantes para entender tanto la fisiopatología de la enfermedad como la respuesta a la medicación y la aparición de efectos secundarios.

Los Síntomas Positivos de la Esquizofrenia se relacionan con la vía Mesolímbica que es Hiperfuncionante (mucha Dopamina), y los Síntomas Negativos con la Vía Mesocortical que es Hipofuncionante (poca Dopamina). Que el mismo Neurotransmisor, en este caso la Dopamina, esté afectado en unas partes del Sistema Nervioso por exceso y en otras por defecto nos da pistas de las dificultades que van a surgir a la hora de tratar estos síntomas.

Existen otras dos vías Dopaminérgicas relevantes en este contexto que no se encuentran afectadas por la enfermedad, pero que lo harán al emplearse fármacos dirigidos al tratamiento de los Síntomas Positivos. La vía Nigroestriada, responsable del control fino de los movimientos, y la vía Tuberoinfundibular donde la Dopamina inhibe la secreción de una Hormona llamada Prolactina.

El Bloqueo Dopaminérgico característico de los antipsicóticos en la vía Nigroestriada (que en condiciones normales controla los movimientos) podrá dar lugar a Trastornos Motores similares a los que aparecen en la Enfermedad de Párkinson (cara inexpresiva, pérdida del braceo durante la marcha, enlentecimiento de los movimientos, rigidez, temblor cuando la mano se encuentra en reposo, etc.). A este tipo efectos secundarios los llamamos Síntomas Extrapiramidales.

Y por último, el Bloqueo Dopaminérgico en la Vía Tuberoinfundibular (que recordemos que de forma fisiológica inhibe la secreción de la Hormona Prolactina) puede dar lugar a una Hiperprolactinemia (aumento de esta Hormona) que se asocia a descenso de la Líbido, Ginecomastia (aumento de las Glándulas Mamarias), Mastodinia (dolor de las mamas) y Galactorrea (secreción espontánea de leche a través de los pezones fuera del periodo de lactancia).

Si bien todos estos efectos podrían llegar a aparecer con el empleo de casi todos los fármacos Antipsicóticos, que en la actualidad son muchos, el control racional de las dosis y el empleo de Antipsicóticos Atípicos, de más reciente comercialización, disminuye de manera notable la posibilidad de que aparezcan estos efectos secundarios indeseables

1.5. CURSO DE LA ENFERMEDAD

Cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo, se habla de un episodio esquizofrénico o

psicótico, en general después de estos episodios no quedan síntomas negativos.¹⁷

Se puede hablar de una esquizofrenia cuando ya en la primera ocasión que se presenta las manifestaciones de la enfermedad se mantienen durante un tiempo más o menos largo, cuando los síntomas vuelven a aparecer al cabo de algún tiempo y cuando la enfermedad desemboca en sintomatología negativa. Se pueden distinguir tres fases:

1ª Fase Prodrómica: Es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, rendimiento bajo. Pero no necesariamente tiene que ser así, hay casos en los que no se detecte ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia. Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil, otros cambios.

2ª Fase Activa: Es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del

pensamiento... es en la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días. En otros casos el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida.

El objetivo durante la crisis o fase aguda de la esquizofrenia es reducir los síntomas agudos y mejorar la función psicosocial: Prevenir posibles daños, control de los trastornos de conducta, control de los síntomas, establecimiento de una alianza terapéutica con el paciente y su familia y elaboración de un plan de curación individualizado, y la vigilancia de los medicamentos antipsicóticos. En esta fase de la enfermedad, es frecuente que la persona requiera una hospitalización para poder realizar un tratamiento de la esquizofrenia a nivel farmacológico más potente del tratamiento habitual. Debido a que las personas que están padeciendo un brote psicótico, si ya se muestran muy reticentes a tomarse su medicación habitual, se vuelve muy complicado realizar un aumento de esta medicación, si no es en un medio hospitalario. Posteriormente se podría reducir la dosis de fármacos administrados.

3° Fase de Estabilización (o postcrisis): Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).

Los objetivos son reducir al mínimo el estrés sufrido por el paciente y ofrecerle apoyo para reducir la posibilidad de recidiva, potenciando la adaptación del paciente a la vida en la comunidad y facilitando la reducción continuada de los síntomas y la consolidación de la remisión.

4° Fase Estable (o de mantenimiento): Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, circunstancialidad en vez de relajación, ilusiones en vez de alucinaciones, ideas sobrevaloradas en vez de delirios).

Los objetivos serán comprobar que se mantiene la remisión o el control de los síntomas, mantener o mejorar su nivel de funcionalidad y calidad de vida. Continuar la vigilancia de efectos adversos.

Es importante recordar que se considera estadio crónico partir de las últimas dos fases ya mencionadas.

1.6. CAUSAS

Los numerosos estudios que se han realizado hasta el momento no han podido atribuirle la aparición de la enfermedad a una causa en común se asume que es el resultado de un conjunto de factores que predisponen en mayor o menor medida al desarrollo de la patología, aunque las causas por las que la enfermedad se presenta o, por el contrario, no se manifiesta en determinados pacientes es todavía un misterio.

La esquizofrenia no está relacionada con situaciones de baja escolarización o traumas infantiles, y desde luego no existen culpables de su aparición.

Los principales factores implicados en la aparición y desarrollo de esta enfermedad son:

- **Predisposición genética:** la presencia de la enfermedad en los padres o familiares cercanos (tíos, primos, abuelos, etcétera) es un factor que incrementa la posibilidad de aparición en los hijos.
- **Alteraciones durante el embarazo o nacimiento:** anoxia (falta de oxígeno en el feto durante el embarazo o el parto), infecciones víricas, traumatismos, entre otros.
- **Alteraciones morfológicas, funcionales o bioquímicas en el cerebro:** en este apartado juega un papel fundamental el consumo habitual de sustancias tóxicas y la exposición a determinados tóxicos y estresantes ambientales. Están especialmente involucradas dos sustancias implicadas en la comunicación entre neuronas a nivel del cerebro. Se trata de la dopamina y la serotonina.
- **Incumplimiento del tratamiento una vez diagnosticada la enfermedad:** supone un alto riesgo de aparición de recaídas.

1.7. CRONICIDAD DE LA ENFERMEDAD

Es el progresivo deterioro de la personalidad del esquizofrénico o de la existencia de síntomas residuales que van a condicionar la vida del sujeto. La cronicidad puede ser sugerida por determinados diagnósticos, en cuya definición se da como criterio la larga duración de la enfermedad. Se impone una definición de la cronicidad basada en los siguientes criterios:

- **Diagnóstico:** La cronicidad puede ser sugerida por determinados diagnósticos, en cuya definición se da como criterio la larga duración de la enfermedad. Así, la clasificación

DSM-III-R introduce el aspecto temporal tanto en los trastornos de personalidad como en la psicosis esquizofrénica.

- **Duración:** Se define como "crónica" aquella enfermedad de larga duración o de frecuente recurrencia

1.8. ESTIGMA SOCIAL

El estigma es el prejuicio que predispone a actitudes negativas hacia la persona con trastorno mental. Implica un conjunto de creencias erróneas, actitudes de rechazo social, temor y acciones excluyentes que dificultan los procesos de recuperación y aumentan el riesgo de exclusión social y de discriminación. Esta actitud aparece también entre los familiares (que a su vez la sufren), los profesionales y los mismos afectados (autoestima). La tendencia a la negación de que se pueda padecer una enfermedad mental suele propiciar el rechazo a la petición de ayuda profesional y, en consecuencia, retraso en la detección, el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

1.9. TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

El tratamiento de los trastornos esquizofrénicos debe abordarse de modo global con una amplia variedad de recursos asistenciales.

Con un tratamiento adecuado, la persona con esquizofrenia puede tener una mejoría notable, principalmente de los síntomas psicóticos, no tanto de los síntomas negativos.

Tratamiento Farmacológico: Actualmente se sabe que la esquizofrenia es una enfermedad crónica, debido que no se puede curar. Sin embargo algunos síntomas de ésta pueden ser tratados. Estudios han mostrado que algunas personas que padecen esquizofrenia poseen una alteración en neurotransmisores. “La

dopamina está relacionada con el movimiento, las emociones y los sentimientos de placer. Forma parte de un sistema cerebral que juega un papel fundamental en la regulación de la vida emocional. Además la dopamina pertenece a la familia de la adrenalina, por lo que también está muy relacionada con el estrés y la alerta.

Sabemos que el exceso de dopamina está relacionado con los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento). Los antipsicóticos actúan sobre los neurotransmisores. Uno de sus efectos es disminuir el nivel de dopamina en el cerebro”, ayudando así reducir los síntomas positivos en el paciente.

Los antipsicóticos, neurolepticos o tranquilizantes mayores, constituyen el principal tratamiento de la esquizofrenia. Estos pueden clasificarse en dos grupos principales: los convencionales, de primera generación o antagonistas del receptor dopaminérgico, y los fármacos más nuevos, que se han denominados antipsicóticos de segunda generación, antipsicóticos atípicos o antagonistas de los receptores de serotonina y dopamina. Los fármacos empleados para la esquizofrenia presentan una gran variedad de propiedades farmacológicas, pero todos comparten la capacidad de ejercer un efecto antagonista de los receptores de dopamina post-sinápticos del cerebro.

Psicoterapia

Psicoterapia Individual: Incluye sesiones programadas con regularidad en las que el paciente conversa con su especialista. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos sentimientos o reacciones personales. El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas al

compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva. Psicoterapia familiar debido a que los pacientes suele recibir el alta en un estado de recuperación parcial, la familia del enfermo requiere de una sesión de psicoterapia familiar breve pero intensiva. Esta terapia debe centrarse en la situación inmediata, y debe incluir la identificación y la evitación de situaciones potencialmente problemáticas. Cuando surgen problemas con el paciente en el seno familiar, el objetivo del tratamiento debe ser la resolución rápida del problema.

En muchas ocasiones con el afán de querer ayudar al enfermo esquizofrénico la familia suele animar al paciente a que se reintegre en los quehaceres del hogar con demasiada rapidez, muchas veces por ignorancia o por falta de aceptación. Los psicoterapeutas deben ayudarles a comprender la esquizofrenia y aprender de esta. En primera instancia el psicoterapeuta debe alentar al familiar a que hable del episodio psicótico.

Los síntomas psicóticos con frecuencia asustan a los miembros de la familia, por lo que hablar abiertamente los tranquiliza. Después de un tiempo considerable, los psicoterapeutas deben centrar estrategias para la reintegración gradual en los quehaceres diarios.

Psicoterapia Familiar: Debido a que los pacientes suele recibir el alta en un estado de recuperación parcial, la familia del enfermo requiere de una sesión de psicoterapia familiar breve pero intensiva. Esta terapia debe centrarse en la situación inmediata, y debe incluir la identificación y la evitación de situaciones potencialmente problemáticas. Cuando surgen problemas con el paciente en el seno familiar, el objetivo del tratamiento debe ser la resolución rápida del problema.

En muchas ocasiones con el afán de querer ayudar al enfermo esquizofrénico la familia suele animar al paciente a que se reintegre en los quehaceres del hogar con demasiada rapidez, muchas veces por ignorancia o por falta de aceptación. Los psicoterapeutas deben ayudarles a comprender la esquizofrenia y aprender de esta. En primera instancia el psicoterapeuta debe alentar al familiar a que hable del episodio psicótico. Los síntomas psicóticos con frecuencia asustan a los miembros de la familia, por lo que hablar abiertamente los tranquiliza.

Intervenciones Psicosocial: El manejo óptimo de la persona con esquizofrenia requiere la integración del tratamiento médico con intervenciones psicosociales. La rehabilitación psicosocial es mucho más que un conjunto de técnicas, es una filosofía asistencial que ofrece una visión de la enfermedad mental en la cual la dimensión socio ambiental tiene tanta importancia como la visión biológica y donde la supervisión de la discapacidad y la minusvalía es tan importante como el tratamiento de los síntomas.

Las intervenciones psicosociales efectivas reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, disminuyen los síntomas, mejoran las habilidades sociales, aumentan la capacidad para funcionar independientemente y proveen de soporte a los familiares y cuidadores. Con ella se pretende reducir la vulnerabilidad de la persona que padece esquizofrenia ante las situaciones de estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social, y procurando conseguir la mejor calidad de vida posible.

1.10. LA FAMILIA Y LA ENFERMEDAD MENTAL

Las personas que sufren una enfermedad mental mantienen unas relaciones familiares mínimas. Las familias se convierten en una

pieza clave para evitar la institucionalización. Pero las familias que conviven con un enfermo mental, tienen unas necesidades específicas que no se pueden olvidar sino que quiere poner en peligro a todo el núcleo familiar.

Un enfermo mental implica repercusiones en la familia, tanto respecto a las interacciones emocionales como en cuanto a ocio, actividades domésticas y situación económica.

Impacto en la familia ante un integrante con una enfermedad mental

Como todo trastorno mental, la esquizofrenia no afecta solamente a la persona enferma, sino que también involucra a familiares, amigos y cuidadores.

Una familia es un conjunto de personas unidas por lazos de parentesco siendo los lazos principales los de tipo: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta a cada uno de sus miembros.

Para adaptarse a esta nueva situación la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, de tal manera que se producen cambios en las interacciones familiares que tiene un propósito específico,

consciente e inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente sea etiquetado como diferente, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, entre otros. que afectan al tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos. Esta relación puede evolucionar hasta el deterioro irreversible.

Aceptar que un familiar tiene una enfermedad grave, del tipo que sea, es siempre una experiencia dura y difícil. Para un padre o una madre ver a su hijo, joven y en apariencia con buena salud física, consumirse en un mundo psicótico de difícil comprensión es muy amargo y destructivo. Las cosas se complican aún más por la carga de prejuicios y estigma social que conllevan las enfermedades mentales.

De hecho, la sociedad parece más sensibilizada ante enfermedades y discapacidades físicas que ante enfermedades mentales. Las familias de personas con esquizofrenia deben enfrentar diversas dificultades asociadas a esta enfermedad; ellos deben sortear las complejidades del sistema de salud, del educacional, del social y del económico.

En la actualidad, la mayoría de las personas que portan esta enfermedad vive con sus familias, por no disponer de otra alternativa y porque las actuales tendencias de rehabilitación así lo aconsejan.

1.11. CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

Una vez alcanzado el tratamiento debe ser enérgico y permanente, trabajando sobre el paciente y su medio familiar y social.

Los objetivos son:

- a) Evitar o retardar el progreso de la enfermedad.
- b) Garantizar que el nivel cognitivo se mantenga.
- c) Disminuir los síntomas del humor.
- d) Permitir la reinserción del paciente a la sociedad.
- e) Garantizar adecuada comprensión y contención para las familias de pacientes esquizofrénicos.
- f) Reducir al mínimo el abandono del tratamiento.

El equipo de profesionales de la salud cumple la indelegable obligación de sostenimiento del tratamiento del paciente y la familia, así como la denodada lucha de estigmatización de la enfermedad mental.

Dentro de las actividades de rehabilitación en un enfermo con trastorno mental tenemos:

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar
- Rehabilitación cognoscitiva
- Actividades psicofísicas
- Manejo de estres
- Grupos de apoyo a familiares
- Psicoeducación individual
- Psicoeducación familiar
- Talleres de ergoterapia
- Talleres de actividades de la vida diaria

- Adherencia al tratamiento
- Talleres de actividades socio productivas

La familia, tiene un valor de refugio afectivo y de aprendizaje social. Es la primera y la más importante de las escuelas: en ella nacemos, por ella sufrimos, con ella disfrutamos y en ella descubrimos lo hermoso de sentir que gracias a ella alguien siempre te espera, que tu llegada da alegría, que amas y eres amado. La familia es, por lo tanto, un valor muy significativo.

La importancia de la familia es fundamental en todo el desarrollo de la enfermedad, y el apoyo hacia un enfermo resulta muy importante para su recuperación.

Entre los cuidados que debemos de reforzar a las familias para la rehabilitación del paciente tenemos:

- **Cuidados en sus Necesidades Básicas.** (Alimentación, Higiene y vestimenta, Realización de ejercicios y actividades recreativas, Vivienda)
- **Apoyo Psicosocial** (Brindar afecto:, Conversar con el paciente, Escucha activa:)
- **Cuidado en su control terapéutico** (Citas médicas, toma de medicación)
- **Cuidado durante las crisis**

1.12. TEORÍAS DE ENFERMERÍA: MODELO DE JOYCE TRAVELBEE “RELACIÓN PERSONA A PERSONA”

Este modelo aborda como tal el concepto de enfermería Psiquiátrica y en el que establece así mismo que la enfermería es también un arte y lo comprende como el uso consciente de la propia persona en la práctica del cuidar, ayudando y

acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales.

El propósito de la enfermera es comprender la situación que vive la persona, familia o grupo y a partir de esa comprensión establecer una relación de ayuda.

- **Conceptos**

Enfermería Psiquiátrica: Un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera profesional ayuda a una persona familia o comunidad con el objeto de promover la salud Mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y si es necesario contribuye a descubrir un sentido en esas experiencias.

Concepto de Salud Mental: No es algo que la persona posee sino es algo que la persona es...en una época y medio ambiente sociocultural y físico determinados.

Para analizar el concepto de Salud Mental, Travelbee propone algunas actitudes que para ella son capacidades humanas universales que distinguen lo humano y desde esta perspectiva, fundamenta la salud y la salud Mental: Aptitud para Amar, Capacidad para enfrentar la realidad y para descubrir un propósito o sentido en la vida. La mayor premisa de la teoría de Travelbee es que la relación enfermera-paciente se establece después de cuatro fases que se enlazan: el encuentro original, identidades emergentes, la empatía y la simpatía. Todas ellas culminan en el rapport o el establecimiento de la relación.

- **Fases de La Relación de Ayuda Según Travelbee**

Joyce Travelbee identifica las siguientes fases de la relación enfermera-persona:

Fase del encuentro original: Cuando la enfermera tiene un primer encuentro con el paciente, los sentimientos emergen en la interacción como resultado de las percepciones desarrolladas. La observación es el paso más importante en el proceso de enfermería. Estas percepciones son importantes porque lo que se ve y se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimientos, tienden a determinar los comportamientos y reacciones hacia él.

La observación, las percepciones, al ser valoradas o juzgadas, son la base del subsiguiente patrón de interacción.

Fase de identidades Emergentes: Durante esta fase ambos, enfermera y paciente, empiezan a establecer un enlace y a ver al otro menos como una categoría y más como un ser humano único. El paciente empieza a percibir a la enfermera como diferente, y no como la personificación de todas las enfermeras.

Fase de empatía: La unicidad de cada individuo se percibe más claramente; en cuanto a la empatía, no es un asunto continuo, la enfermera puede interactuar muchas veces con el paciente pero solo "empatiza" una o varias veces. Una vez ocurra la empatía, el patrón de interacción cambia. Otro de los requisitos para desarrollar empatía es el deseo de comprender o entender a la otra persona, que puede estar motivado por el deseo de ayudarlo y la curiosidad.

Fase de simpatía: La habilidad de simpatizar emerge y resulta del proceso empático. Es un paso más allá de la empatía y surge del deseo base de aliviarle el estrés. Es la capacidad de entrar en o compartir los sentimientos o intereses de otro. La

simpatía implica una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda. El objetivo de la simpatía es transmitir al otro que su preocupación es también la nuestra y que deseamos poder ayudarlo a solucionarla. Ambas, la empatía y la simpatía, requieren una apertura perceptual a la experiencia y a la libertad mental que me permitirán hacer uso de la experiencia personal para entender y apreciar la experiencia de los otros.

Fase de Termino: Es un proceso, una experiencia o serie de experiencias. Es una interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro. La experiencia del rapport es experimentada por ambos, de manera diferente de acuerdo con sus antecedentes personales. Esta relación se caracteriza porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos.

En la profesión de enfermera, hay dos maneras de enfocar los cuidados enfermería, dos abordajes fundamentales:

Abordaje subjetivo científico: Bien reconocido, utilizado y valorizado por todos. En él la enfermera da cuidados “del mundo exterior”, utiliza un plan, un protocolo preciso e identifica lo más objetivamente posible los signos, síntomas, los problemas y las necesidades del "paciente".

Abordaje inter-subjetivo: Más global y profundo, ya que la enfermera debe integrar relación, proceso de cuidados y modelo de enfermería. Esta integración es un proceso largo y exige una implicación profesional y personal. Este proceso no es cuantificable, y no es registrado.

- **Características de la relación de ayuda en Enfermería**

- Es una relación deliberada y consciente entre una persona que necesita ayuda y otra que está capacitada para proporcionarla.
- Es un proceso que evoluciona por etapas dinámicas que se van sucediendo a medida que transcurre la relación.
- Es una relación que provoca cambios en ambos participantes del proceso.
- Trabaja sobre experiencias del presente.
- Es una experiencia de encuentro interpersonal que se va construyendo.
- La persona que ayuda tiene que haber desarrollado capacidad interpersonal.
- Debe tener conocimiento, para utilizarlo a favor del consultante.
- Paciencia y tolerancia para buscar soluciones
- Abrirse y permitir el acercamiento
- Es temporal claramente delimitada en el tiempo
- Se reconoce al otro como persona.

Si bien el concepto de integralidad y cuidado comprensivo está muy de moda y figura en muchos textos de enfermería, se ha convertido en un mito. En la realidad se ha percibido el temor de los profesionales de enfermería a enfrentar la intimidad con enfermos y sobre todo con los familiares, en lugar de considerarlos como foco de atención principal, hacen todo lo posible por alejarse y evitar evidenciar la necesidad de ayuda manifestado por las personas con sufrimiento psíquico.

Cuando hay inconvenientes en la interacción, trae como consecuencia una inadecuada utilización del yo, y esto requiere introspección, comprensión de uno mismo, entendimiento de la dinámica de la conducta humana, capacidad para interpretar aptitudes propias y las de los demás

y habilidades para intervenir con eficacia en las situaciones de enfermería.

II. CASO CLÍNICO – APLICACIÓN DE PAE

2.1. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

ANAMNESIS

DATOS FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : C.P.M.C.
- Edad : 32 años
- Fecha de Nacimiento : 18/10/1984
- Sexo : Masculino
- Raza : Mestiza.
- Religión : Católica
- Grado de Instrucción : Primaria Incompleta (3° Primaria)
- Ocupación Actual : Desempleado
- Ocupaciones Anteriores : Desempleado
- Estado Civil : Soltero
- Lugar de Nacimiento : Ilo
- Procedencia : Ilo
- Domicilio : Alto Ilo San Pedro O-1
- Nombre del Padre : Adrian Machaca.
- Nombre de La Madre : Josefina Coaquira.
- Fecha de Ingreso : 06/03/17.
- Procedencia : Emergencia
- Forma de Llegada : Silla de ruedas
- Fecha de Elaboración HC : 10/03/2017
- Fecha de Evaluación : 13/03/2017
- Informantes : Paciente : 40 minutos (poco confiable)
Madre : 80 minutos (confiable)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente tiene un tiempo de enfermedad de 19 años aproximadamente, durante la última semana antes de su hospitalización el paciente rechazaba la medicación la tiraba al piso y además presentaba signos de auto agresividad y heteroagresividad, ideas delirantes de referencia y daño, alucinaciones auditivas y visuales; por lo cual los padres al no poder controlarlo por su grado de agresividad lo traen al hospital por emergencia para ser hospitalizado en el Servicio de Psiquiatría.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de Enfermedad : 19 años aproximadamente.

Episodio Actual : Una semana aproximadamente.

Síntomas Principales :

Irritabilidad, agresividad, ideas delirantes de referencia y daño, alucinaciones auditivas y visuales, descuido de aliño y cuidado personal, insomnio.

Historia de la Enfermedad :

- Inicio : Insidioso.
- Curso : Progresivo.

Paciente inicia su enfermedad hace 19 años (13 años de edad), saliendo del colegio manifestó dolor de cabeza, empezó a decir que le “perseguía a alguien” y que “alguien lo miraba”, durante todo el día, además miraba sombras que se movían de un lugar a otro y dejó de comer sus alimentos, no tenía apetito, bajó de peso, por tal motivo lo llevaron para su atención y se hospitalizó en el Hospital Honorio Delgado, se quedó hospitalizado por tres meses, le dieron medicamentos en su alta: haloperidol 10mg, biperideno 2mg, olanzapina 10mg, saliendo del alta tomó las pastillas como se indicó pero pasando los días no quería tomarlas “ya que estaba harto” de tanta pastilla, hacía referencia “que no mejoraba” y que lo lleven a otro sitio para mejorar su salud, por tal motivo lo llevan a la ciudad de Tacna. Después de 05 años dejó de tomar la medicación indicada, se puso agresivo y no hacia

bien sus actividades que se le encargaban, orinaba en otro sitio que no era el baño, quería destrozar las cosas de su alrededor, salía a la calle sin rumbo llegando tarde el mismo día, no dormía en las noches, deambulaba de un lugar a otro.

A los 23 años de edad lo internaron en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna por un mes (no recuerda medicación), salió de alta y tomaba medicamentos sin interrumpir, todo bien en el transcurso del tratamiento, e incluso iba a sus controles psicológicos y psiquiátricos en la ciudad de Arequipa, posteriormente dejó de tomar porque “le molesta la cabeza y estómago”, se asocia que se “le metía el diablo a su cuerpo” y “controlaba su cabeza”, le decía que “haga cosas malas”, que “pegue a las personas que hablaban mal de él”, que “tire al piso la comida” porque le decía “que estaba podrida” y por lo tanto no comía sus alimentos.

A los 27 años de edad lo internaron en la ciudad de Arequipa en el Hospital Honorio Delgado (por un mes), le indicaron como tratamiento el inyectable haldol decanoas 50 mg, la madre del paciente refiere que empezó otro tratamiento y empeoró con la medicación, por tal motivo lo dejó de tomar, a raíz de eso empezó a romper su propia ropa “de la nada” decía estar poseído por el diablo, quería agredirse “porque le da nervios” y se quejaba de dolor de abdomen, se reía y conversaba solo por momentos, rompía y tiraba las cosas que agarraba de su dormitorio, por tal motivo lo llevaron a evaluación por psiquiatra de la ciudad de Arequipa, refiere madre del paciente que le indicaron: olanzapina 10mg y sertralina 50mg, el medicamento ayudó a mejorar su comportamiento agresivo pero como no tomaba la medicación, porque nadie lo vigilaba, y la madre se dio cuenta que las pastillas estaban tiradas debajo de su cama, recaer siendo más agresivo y pegaba a sus familiares y entorno.

Actualmente (hace una semana), el paciente rompió los vidrios de su dormitorio, cuyo televisor lo lanzó a la calle, sus risas sin motivo muy a menudo, refiere: “el diablo me sigue para que se meta a mi cuerpo y me

ordena que haga sus cosas”, refiere “ese diablo tiene la culpa”, “golpea a la gente de tu alrededor, como también a tu madre y padre eso me dice”, no recibe por ninguna forma la medicación se ponía agresivo tras insistencia, si recibía medicación lo tiraba al piso, por tal motivo los padres lo llevan para su hospitalización a este nosocomio.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Prenatales:

- N° controles prenatales : 09
- N° de hermanos : 03 hermanos.
- N° de hijo : 2do hijo.
- Embarazo deseado :Si

Natales:

- Tipo de parto : Eutócico
- Meses de gestación : 09 meses
- Peso al nacer : 4,200 aproximadamente.
- Complicaciones :Al nacer no lloro, en alojamiento conjunto, “lo encontraron morado”, lo estimularon y recién lloro.
- Inmunizaciones :Completas
- Lactancia materna :02 años

Crecimiento y Desarrollo:

- Edad caminar :01 año y 2 ms aproximadamente
- Edad hablar :02 años aproximadamente
- Control de esfínteres :03 años aproximadamente

Psicosexualidad:

- IRS :No da referencia.
- N° P.S. :No da referencia.
- Masturbación :No da referencia.
- Método Anticonceptivo :No da referencia.

- Se identifica como :Hombre.
- Preferencia Sexual :Mujer
- Pareja :No tiene

Escolaridad: Nivel inicial estudio en un colegio de la ciudad de Ilo, renegaba por no aprender rápido, en nivel primario estudió en un colegio de varones de Alto Ilo (1ro hasta el 3ro de primaria), repitió dos años (2do grado y 3ro de primaria), no quería ir al colegio y no hacer las tareas, por lo que sus padres lo apoyaron.

Servicio Militar : .No realizó.

Antecedentes Laborales : Apoyaba en labores de la panadería de sus padres cuando estaba controlada su enfermedad.

Antecedentes Patológicos:

- Eruptivas : Niega
- Enfermedades : TBC (-), DM (-), HTA (-)
- Hospitalizaciones : 02 hospitalizaciones en Hospital Honorio Delgado (1997- 2011), en HHUT (2007 con Dx: F20.0)
- Cirugías : Ninguna
- Transfusiones : Ninguna
- Alergias : Ninguna
- Accidente : Madre refiere que a los 02 años y 05 meses de edad se cae del 2do piso por escaleras y lo llevaron a hospital de la ciudad de Ilo, “perdió el habla” y que estuvo en tratamiento que no lo cumplieron por tiempo.
- Tratamiento 2015 : Olanzapina10mg 1M-1N, Berideno2mg, 1M-1T-1N, Ac. Valproico500mg 1M-1N (que no tomo) cuyo tratamiento no fue supervisado por familia.

Hábitos Nocivos:

- Alcohol : Niega

- Tabaco : Niega
- Drogas : Niega
- Drogas : Niega.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Niega antecedentes familiares.

CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA:

- **Vivienda** : Vive en casa de material noble cuenta con todos sus servicios.
- **Dependencia Económica:** Depende económicamente de su papá y mamá.
- **Crianza de Animales:** No

DINÁMICA FAMILIAR:

En su niñez el paciente vivía con los dos padres, vivenciaba discusiones diarias, su padre era mujeriego y había problemas con su mamá, se gastaba el dinero y no se preocupaba para la educación, alimentación y vestido, el padre del paciente tomaba licor los fines de semana, discutían y agredía verbal y físicamente a su madre, su hermano mayor lo pegaba porque no hacía caso cuando le indicaban hacer sus actividades, los dos padres del paciente se iban a trabajar en su panadería, por tal motivo se quedaban los tres hermanos solos y el hermano mayor “lo maltrataba ocasionalmente”. Pero cuando se enfermó en la adolescencia lo cuidaban con mucho cariño y le limitaban sus actividades para que no se haga daño.

EXAMEN MENTAL

- **Apariencia y Actitud:** Decúbito dorsal activo, despierto, aparenta mayor edad a la referida, con desalineo personal, no fija la mirada, indiferente en su entorno, agresivo, hostil, poco colaborador con el interrogatorio.

- **Orientación:** Orientado en persona, desorientado en espacio y tiempo.
- **Memoria:** Anterógrada y retrógrada alterada.
- **Atención y Concentración:** Hipoprosexia.
- **Cálculo y Abstracción:** Cálculo simple y complejo alterado,
- **Ánimo:** Hipotímico.
- **Percepción:** Alucinaciones auditivas y visuales, alteraciones senso-perceptivas.
- **Lenguaje:** Muy pobre, poco coherente, lento, tono bajo, no fluido.
- **Pensamiento:** Con ideas delusivas de referencia y daño.
- **Juicio:** Alterado
- **Introspección:** Sin conciencia de enfermedad

EXAMEN FÍSICO

ESTADO GENERAL: Paciente comprometido mentalmente, con marcado desaliño personal, tendencia a la autoagresión y heteroagresión, alucinaciones visuales y auditivas, ideas delusivas de referencia y daño, no conciencia de enfermedad.	
ESTADO DE CONCIENCIA:	Desorientado en lugar, tiempo, y espacio.
CABEZA:	Forma cónica
OJOS:	Simétricos, conjuntivas rosadas, reactivas. A la luz, no fija la mirada.
OÍDOS:	Asimetría, permeable.
NARIZ:	Simétrica,
BOCA:	Simetría en comisura, mucosa oral permeable, paladar sin alteraciones.
CUELLO Y CLAVÍCULA:	Centrado, sin signos de fractura, ni ganglios inflamados.
TÓRAX Y PULMONES:	No presencia de ruidos agregados en pulmones. FR: 20 X' Sat. O ₂ : 97%

CORAZÓN:	Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos. P.A : 100/60mmhg F.C: 92X´
ABDOMEN:	Simétrico, ruidos hidroaereos normales, blando depresible, poco colaborador en delusiones.
OMBLIGO:	Plano, sin alteraciones
ANO:	Permeable.
EXTREMIDADES:	Extremidades superiores e inferiores simétricos, adopta en la mayoría del tiempo posición decúbito dorsal activo.
COLUMNA:	Curvatura aparentemente normal.
NEUROLÓGICO:	No signos meníngeos ni de focalización. Con alucinaciones visuales y auditivas. (pseudopercepciones)

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

- Apetito : Normal
- Sed : Aumentada
- Sueño : Alterado
- Orinas : Normal
- Deposiciones : Normal.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- Esquizofrenia Paranoide (F20.0)

TERAPÉUTICA A SU INGRESO:

- Dieta Completa
- Observación permanente
- Control de funciones vitales por turno
- Evaluación psicológica y psicoterapia cognitiva
- Evaluación social y psicoevaluacion
- Haloperidol 5mg 2amp. C/ 8 horas I.M.

- Midazolam 5mg 1 amp. C/ 8 horas E.V.
- Biperideno 2 mg. 1Ttab. C/ 8 horas V.O.
- Levomepromazina 100mg. 1 Tab. C/ 8 horas V.O.
- Risperidona 2mg. 1 Tab C/ 8 horas V.O.
- Diazepam 10 mg. 3 amp condicional a excitación psicomotriz

1. VALORACIÓN POR DOMINIOS:

Los datos valorados se presentan según dominios alterados:

DOMINIO	DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS
DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	No tiene conciencia de la enfermedad, incumplimiento de régimen terapéutico, ejercicios disminuidos por su hospitalización, no ingiere alcohol, ni fuma tabaco.
DOMINIO 2 NUTRICION	No presenta cambios de peso durante los últimos 6 meses, no dificultad para deglutir, no vómitos, ni pirosis, abdomen: normal, ruidos hidroaereos: presente, hidratación de piel y mucosas: turgente, talla: 1,64 mts, peso: 50 Kg IMC: 18.59 (Normal), apetito: conservado, dieta indicada: régimen completa.
DOMINIO 3 ELIMINACION INTERCAMBIO	No presenta problemas al orinar, Incontinencia urinaria: No, Incontinencia fecal: No, Hábito intestinal: 1 a 2 veces por día
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO	Presenta dificultad de realizarse la higiene, requiere de apoyo de personal., insomnio intermedio aun con medicamentos, esto afecta su estado de ánimo y a la vez lo conduce a un estado de cansancio, irritabilidad, somnolencia, y dificultad para realizar actividades de día, actividad circulatoria normal, actividad respiratoria normal, no participa en actividades recreativas, presenta conducta desorganizada.

DOMINIO 5 PERCEPCIÓN COGNICIÓN	Y	Desorientado en espacio y tiempo, paciente evasivo, poco colaborador, con actitud de desconfianza, dificultad para expresar emociones, se comunica con habla incoherente, ideas delusivas de referencia y daño, alucinaciones visuales y auditivas.
DOMINIO 6 AUTOPERCEPCIÓN		Postura encorvada, con aliño personal deficiente.
DOMINIO 7 ROL/RELACIONES		Paciente con dificultad para relacionarse con los demás por conducta hostil, se aísla de grupo, se muestra desconfiado, estado civil: soltero, situación laboral: actualmente no trabaja, padres comprometidos con el cuidado del paciente, madre refiere "...señorita quiero que mi hijo se recupere y ayudarlo pero no sé cómo hacerlo.....ya estoy cansada...."
DOMINIO 8 SEXUALIDAD		No problemas de identidad sexual, se identifica como hombre, con preferencia sexual a las mujeres, no pareja en la actualidad, no usa anticonceptivos.
DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRES		Familiar niega ingesta de sustancias adictivas, con tendencia al aislamiento,
DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES		Familia de religión católica.
DOMINIO 11 SEGURIDAD PROTECCIÓN	Y	Estado de enfermedad no controlada, paciente presenta riesgo de autoagresión y heteroagresión.
DOMINIO 12 CONFORT		Paciente no refiere dolor, ni molestias, no fobias.
DOMINIO 13 CRECIMIENTO DESARROLLO	Y	Crecimiento: Normal Desarrollo: Alterado por enfermedad presente hace años.

SITUACION PROBLEMÁTICA

Paciente adulto varón de 32 años de edad, es remitido del servicio de emergencia en compañía de sus padres con el Diagnostico Medico: Esquizofrenia Paranoide.

A la observación el paciente se encuentra decúbito dorsal con desalineo personal, actitud negativa, hostil, presenta alucinaciones visuales y auditivas; según referencia de madre paciente no toma medicación desde meses atrás porque nadie lo controlaba, días antes de su ingreso se tornó agresivo hacia sí mismo y agrediendo a los demás familiares, no conciliaba sueño,

A la entrevista paciente no mantiene contacto visual se encuentra desorientado en lugar, tiempo y espacio, sin conciencia de enfermedad, no obedece indicaciones, no colabora con la entrevista. Presenta ideas delusivas de referencia y daño, se aísla de grupo, se evidencia riesgo de autoagresión y heteroagresion. A la entrevista con la madre del paciente, ella refiere sentir temor e impotencia por evolución de la enfermedad, con lágrimas refiere "...señorita quiero que mi hijo se recupere y ayudarlo pero no sé cómo hacerlo.....ya estoy cansada..."

Al examen físico aparenta regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, mucosas orales húmedas, conjuntivas palpebrales rosadas, piel tibia. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaereos normales. Neurológico: no signos meníngeos, ni de focalización. Constantes vitales dentro de rangos normales Presión Arterial: 100/60 mmHg, Frecuencia Cardiaca: 92 latidos por minuto, frecuencia Respiratoria: 20 respiraciones por minuto, Temperatura: 36.8.0 °C

2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

DOMINIOS	DIAGNÓSTICOS
DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	00099 Mantenimiento ineficaz de la salud R/C deterioro perceptivo E/P rechazo al cumplimiento del régimen terapéutico.
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO	00108 Déficit de autocuidado: baño R/C deterioro cognitivo E/P dificultad para realizarse la higiene, requiere de apoyo de personal. 00095 Insomnio R/C agente farmacológico E/P sueño interrumpido, somnolencia, irritabilidad y dificultad para realizar actividades de día.
DOMINIO 5 PERCEPTIVO/COGNITIVO	00129 Confusión crónica R/C alteración de los componentes bioquímicos E/P ideas delusivas de referencia y daño, habla incoherencias.
DOMINIO 7 ROL/RELACIONES	00052 Deterioro de la interacción social R/C alteración de los procesos del pensamiento E/P se aísla del grupo, se muestra desconfiado. 00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador R/C inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados
DOMINIO 11 SEGURIDAD PROTECCIÓN	Y 00140 Riesgo de violencia auto dirigida R/C trastorno mental 00140 Riesgo de violencia dirigida hacia otros R/C trastorno mental

3. PLANTEAMIENTO, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	NIC	EVALUACIÓN
Mantenimiento ineficaz de la salud R/C deterioro perceptivo E/P rechazo al cumplimiento del régimen terapéutico.	1813 Conducta de cumplimiento Toma la medicación a intervalos prescritos Nunca demostrado (5)	<ul style="list-style-type: none"> - Se identificó los factores causales que impiden el cumplimiento eficaz del tratamiento. - Se enseñó al paciente como colaborar durante el tratamiento. - Se ayudó al paciente a identificar los problemas que no puedan ser directamente controlados por él. - Se educó y se hizo partícipe a la familia en cuanto a la importancia del apoyo continuo de la terapéutica del paciente y sus beneficios. - Se indicó al paciente que ante cualquier duda el personal estará disponible. 	Paciente logra tomar su medicación a horas indicadas, según Escala de Evaluación Diana siempre demostrado (1)
00108 Déficit de autocuidado: baño R/C deterioro cognitivo E/P dificultad de realizarse la higiene, requiere de apoyo de personal.	0305 Autocuidado: higiene Mantiene la higiene corporal Gravemente comprometido (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Se consideró la cultura de la paciente al fomentar las actividades de autocuidado. - Se evaluó la capacidad por parte del paciente para ejercer autocuidados de manera independiente. - Se proporcionó un ambiente terapéutico garantizando su individualidad. 	Paciente mantiene su higiene corporal adecuada, según Escala de Evaluación Diana se encuentra levemente

		<ul style="list-style-type: none"> - Se estableció en el paciente de manera coherente una rutina de autocuidado. - Se alentó la independencia del paciente pero se intervino si el paciente no podía realizar la acción indicada. - Se proporcionó ayuda hasta que el paciente fue capaz de asumir su autocuidado. 	comprometido (4)
00095 Insomnio R/C agente farmacológico E/P sueño interrumpido, somnolencia, irritabilidad y dificultad para realizar actividades de día.	0004 Sueño Mejorar el sueño Sustancialmente comprometido (2)	<ul style="list-style-type: none"> - Se determinó los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño. - Se estableció una rutina a la hora de irse a la cama, para facilitar la transición del estado de vigilia del sueño. - Se favoreció el sueño mediante ejercicios de relajación y juegos de mesa. - Se reguló los estímulos ambientales como: luz, ruidos, para mantener los ciclos día – noche. - Se administró tratamiento indicado: <ul style="list-style-type: none"> • Levomepromazina 100mgr. Vía Oral cada 8 hrs • Midazolán 5 mg cada 8 hrs Intramuscular - Se evitó la ingesta de alimentos (hipercalóricos) y 	Paciente logra recuperar las horas completas de sueño durante la noche, despertando tranquilo, según Escala de Evaluación Diana el sueño no se encuentra comprometido (5)

	0002 Conservación de la energía Manejo de la energía Raramente demostrado (2)	<p>bebidas (energizantes) antes de ir a dormir para que no interfieran ni entorpezcan el sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se logró determinar el tipo de actividad a realizar y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia. - Se logró con el paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena. - Se ayudó al paciente a identificar las preferencias de actividades. 	Paciente con deseos de participar en actividades del día, según Escala de Evaluación Diana frecuentemente Demostrado (5)
00129 Confusión crónica R/C alteración de los componentes bioquímicos E/P desorientado, ideas delusivas de referencia y daño, alucinaciones visuales y auditivas	0900 Cognición Orientación de la realidad Gravemente comprometido (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizó el acercamiento al paciente de forma calmada, sin prisa al interactuar con el paciente. - Se realizó diariamente la orientación de lugar y tiempo mediante la actualización del fichero. - Se realizó actividades recreativas que requieren de atención y habilidad. 	Paciente se encuentra orientado participa de actividades programadas, según Escala de medición Diana Orientación de la realidad Levemente comprometido (4)

	<p>1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado</p> <p>No responde a las alucinaciones e ideas delusivas.</p> <p>Nunca demostrado (1)</p> <p>Verbaliza frecuencia de alucinaciones e ideas delusivas.</p> <p>Nunca demostrado (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se administró tratamiento según indicación médica: Haloperidol 5mg 2amp. C/ 8 horas I.M y Risperidona 2mg. 1 Tab C/ 8 horas V.O - Se promovió la disminución los estímulos ambientales excesivos. - Se evitó reforzar las ideas delirantes y no discutir sobre creencias falsas del paciente. - Se ayudó a la paciente a distinguir pensamiento alucinatorio y realidad. - Se realizó diariamente la escucha activa y análisis de noticieros, radio y periódicos locales e internacionales. - Se exploró la expresión de pensamientos y sentimientos (positivos y negativos). - Se retiró estímulos ambientales como TV, cuadros en la pared previo observación rutinaria del entorno. 	<p>Paciente controla pensamiento y expresa ideas delusivas, verbalizando frecuencia de las alucinaciones, Escala Diana Frecuentemente demostrado (4)</p>
<p>00052 Deterioro de la interacción social R/C alteración de los procesos del pensamiento E/P se aísla</p>	<p>1502 Habilidades de interacción social Relaciones con los demás Nunca demostrado (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se fomentó la participación en grupo. - Se incluyó al paciente en la planificación de actividades socializadoras. - Se realizó actividades recreativas grupales (terapia física y juegos lúdicos). 	<p>Paciente interactúa y participa de talleres de grupo con los demás compañeros de servicio, según</p>

<p>del grupo, se muestra desconfiado.</p>	<p>1504 Soporte social Refiere ayuda ofrecida por los demás Inadecuado (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se alentó de forma positiva al paciente cuando establecía el contacto con los demás compañeros. - Se respondió de manera positiva cuando el paciente realizó una mejora del cuidado del aspecto personal. - Se fomentó el apoyo de los compañeros de servicio hacia el paciente en la ejecución diferentes actividades. 	<p>Evaluación Diana la relación con los demás es frecuentemente demostrado (4)</p> <p>Paciente acepta apoyo de compañeros en la realización de algunas actividades asignadas, según Evaluación Diana paciente acepta la ayuda de los demás Moderadamente adecuado (3)</p>
<p>00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador R/C inestabilidad de la salud del receptor de los</p>	<p>2208 Factores estresantes del cuidador familiar. Factores estresantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se determinó la aceptación del cuidador de su rol. - Se logró establecer una relación terapéutica basada en la confianza y respeto. - Se interiorizó con la madre la cual identificó las inquietudes, sentimientos y preguntas, 	<p>Madre del paciente se evidencia más tranquila, colabora con la terapia del paciente, manifiesta su</p>

<p>cuidados</p>	<p>referidos por el cuidador es Intenso(1)</p> <p>2205 Rendimiento del cuidador principal :cuidados directos Ayuda al receptor de cuidados de la vida diaria (Inadecuado 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se logró reforzar junto con el familiar los puntos fuertes y débiles. - Se indicó el horario de entrevista médica para que le proporcionen información de evolución de familiar para evitar temores e inquietudes. - Se animó a la madre a participar en grupos de apoyo y terapia de Psicoeducación familiar. - Se enseñó y aplico con el paciente terapias de manejo de estrés para luego ella practicarla individualmente cuando sea necesario. - Se determinó los recursos físicos, emocionales y educativos de la madre quien será el cuidador principal. - Se fortaleció a la madre en acciones tomadas por iniciativa. - Se identificó la percepción de los familiares acerca de situación, evolución y tratamiento de paciente. - Se animó a los demás integrantes de la familia recalcándoles la importancia de su participación en la 	<p>compromiso en el cuidado del mismo, según Evaluación Diana factores estresantes son de nivel moderado (3)</p> <p>Madre del paciente realiza adecuadamente cuidados directos con el paciente, se la evidencia segura en realizarlo, según Evaluación Diana el receptor recibirá una ayuda moderada (3)</p>
-----------------	---	--	---

		<p>rehabilitación de su familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se logró animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente - Se mencionó a los familiares la importancia del apoyo al cuidador principal en el aprovechamiento de oportunidades de servicios de relevo. 	
00140 Riesgo de violencia auto dirigida R/C trastorno mental	1405 Autocontrol de los impulsos Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas. Nunca demostrado (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Se estableció relación de confianza básica con el paciente. - Se determinó las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, de acuerdo a su nivel cognitivo. - Se logró que paciente identifique las situaciones que precipitan sus impulsos negativos y se requiera una acción inmediata. - Se le limitó el acceso a situaciones estresantes hasta que paciente sea capaz de adaptarse. - Se determinó si la paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo a través de la observación, - Se permaneció con el paciente en situaciones de 	Paciente identifica y expresa autocontrol de impulsivos según Escala evaluación Diana paciente identifica frecuentemente conductas que conducen a actos impulsivos (4)

		<p>interacción inicial para fomentar su seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se logró participación de la familia en detección de signos que conlleven a situaciones estresantes durante la visita. - Se indicó a la madre evitar producir situaciones emocionales intensas. 	
00140 Riesgo de violencia dirigida hacia otros R/C trastorno mental	1401 Autocontrol de la agresión Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas. (Nunca demostrado 1)	<ul style="list-style-type: none"> - Se estableció relación de confianza básica con el paciente, con un lenguaje sencillo, congruente y exacto de acuerdo a su nivel cognitivo. - Se logró que el paciente identifique el problema o situación que requiera una acción inmediata. - Se vigiló la función cognitiva (capacidad de concentración, atención, memoria, habilidad para procesar información y toma de decisiones). - Se identificó mediante la vigilancia continua los riesgos para la seguridad del paciente y de los demás. - Se ubicó a paciente en el ambiente situado frente a la estación de enfermería para una vigilancia 	Paciente identifica situaciones que lo conducen a la acciones impulsivas, según Escala de evaluación Diana paciente identifica frecuentemente conducta de autocontrol de la agresión (4))

		<p>permanente.</p> <ul style="list-style-type: none">- Se tomó precauciones necesarias para brindar un ambiente seguro para integridad del paciente y los demás evitando riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia).- Se administró la medicación condicional según indicaciones médicas en dos oportunidades: Diazepam 10 mgr. 2 ampollas STAT- Se ayudó al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia/sueño, técnicas de relajación.	
--	--	--	--

CONCLUSIONES

- ▶ La Enfermería no es solo una profesión que presta cuidados, sino mediante el modelo de enfermería basada en la evidencia, enfermería se convierte en un cuerpo de conocimientos que nos hacen ser autónomas y a la vez parte esencial del equipo de salud en este caso en el área de Salud Mental y Psiquiatría, teniendo implicancia muy importante en: adherencia al tratamiento, programas de intervención familiar, rehabilitación cognoscitiva, y programas psicoeducativos tanto en de forma individual como familiar, dichas actividades se realizan mediante la ejecución de un plan de cuidados de enfermería, el cual es individualizado para cada paciente y su contexto familiar
- ▶ La aplicación del PAE en el presente trabajo académico partió desde la valoración y aplicación de un planteamiento organizado para alcanzar los objetivos, logrando hacerse dinámico (respondió a cambios continuos); se actuó de forma interactiva, basándome en la teoría de Joyce Trabelbe la teoría de persona a persona donde las relaciones recíprocas se establecen entre la enfermera - el paciente y su familia, evidenciándose en un afrontamiento adecuado, mediante la experiencia de la enfermedad logrando así la aceptación y disposición a recuperar su integridad y mejorar su salud; promover un estilo de vida con calidad y evitar así reingresos.
- ▶ La aplicación del NOC mediante el uso de los indicadores de Escala Diana en el proceso de atención en enfermería juega un papel muy importante para la evaluación de los objetivos trazados y las atenciones realizadas por el profesional de enfermería.

RECOMENDACIONES

- ▶ Se recomienda la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como parte de nuestra labor diaria en el área de Salud Mental y Psiquiatría porque permite organizar y brindar los cuidados de forma sistemática en el área cognitivo - conductual durante las distintas fases de atención: hospitalización – rehabilitación.
- ▶ Se recomienda la participación de la familia como base en el proceso de atención al paciente con trastorno mental mediante las consejerías de enfermería, psi coeducación familiar.
- ▶ Se recomienda que las instituciones formadoras del personal de enfermería, presten mayor atención al área de salud mental ya que implica un gran compromiso social.
- ▶ Se sugiere mejorar la dotación de personal de enfermería en el primer y segundo nivel de atención de salud, a fin de garantizar mayor cobertura en la promoción y prevención de enfermedades mentales a nivel local.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nanda - I Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2012-2014 Nanda internacional 2012 Madrid España
2. Guanilo Mesías, J. y Seclen Ubillús, Y. Relación que existe entre el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad mental y el nivel de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos de consultorios externo Hospital Honorio Delgado. Arequipa; 2013.
3. Masa S. Tesis doctoral sobre los conceptos de Esquizofrenia y Teoría de la Mente (TOM) y por los trabajos más representativos existentes que estudian la afectación de TOM en las personas que sufren esta patología. España; 2013.
4. Nanda - I Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones. 2015-1017 Nanda internacional
5. OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD. Atención Comunitaria A Personas Con Trastornos Psicóticos. México: Editores Jm.Calda; 2014.
6. San Emeterio M, y Otros. Guía de práctica clínica para la atención del paciente esquizofrénico. Barcelona; 2013.
7. Cárdenas E, Adrianzen C y Mazzotti G. "costos y calidad de vida en esquizofrenia" .1997.Rev. Neuropsiquiatría. UPCH. 60 (supl I): S81-S93.
8. Merison M. "Fundamentos de la Psiquiatría en Salud Mental y la Familia". 1999. España Ed. Harcout brece.
9. Enfermeras del Instituto enseñan cuidado y manejo del paciente para evitar recaídas y abandono del tratamiento. [Consulta 30 de abril de 2017]. Disponible en: el <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16093>
10. Nolasco Villa, M. J. Lima. 2015. "Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH". UNMSM. Para optar título profesional de enfermería. Lima.2015.
11. Fornés, V.J. "Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría". 2015. Médica Panamericana.
12. Llanos M y Marilú E. Lima. 2010. "Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad, Hospital Hermilio Valdizán". Para optar título profesional de enfermería. UNMSM.

13. Aparicio Delgado A. M. Lima. 2010. "Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Hermilio Valdizán". UNMSM.
14. Treviño G. E. México. 2015. "Actitud hacia la enfermedad mental en familiares de pacientes con esquizofrenia y su relación con la severidad sintomática".