

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE – PERCEPCIÓN DE LA
FAMILIA - 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO
PRESENTADO POR:**

LIC. RODOLFO AMADO AREVALO MARCOS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

**ASESORA:
DRA. ESIVIA CONSUELO TORNERO TASAYCO**

**LIMA – PERÚ
2019**

DEDICATORIA

A Dios siempre me ilumina y guía mi caminar, me brinda sabiduría, fortaleza para continuar y no caer en el fracaso.

A mi madre Yriz Marcos Chávez, mi mentora Dra. Elizabeth Alvarado Chávez que siempre me han apoyado en mi carrera profesional moralmente con sus consejos y comprensión.

AGRADECIMIENTO

A Dios que es muy importante en mi vida que siempre me ha acompañado en los momentos difíciles de mi carrera profesional.

A mi madre por brindarme una carrera profesional y trasmitirme buenos principios morales.

A la Mg. AIDA MAYTA FLORES, por la orientación y enseñanzas durante la especialidad.

ÍNDICE

Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	vii

CAPÍTULO I: MARCO TEORICO

Bases Teóricas	8
Teoría de Enfermería	19
Cuidados De Enfermería	19
Estudios Relacionados	22

CAPÍTULO II: APLICACIÓN DEL PAE-EBE

Valoración De Enfermería	24
Ejecución De Intervenciones	36
Evaluación De Los Resultados	57

CAPÍTULO III

Conclusiones	62
Recomendaciones	63
Referencias Bibliográficas	64
Anexos	67

RESUMEN

En el caso clínico de este trabajo se realizó una evaluación mística al paciente la esquizofrenia es una enfermedad que afecta a muchos usuarios en el caso de la paciente muestra pensamientos y emociones negativas la cual hace cometer actos de auto violencia dirigida. Este trabajo de investigación también pretende dar las intervenciones de Enfermería en un marco científico utilizando el proceso atención de Enfermería. En este caso el paciente, se mostró con un nivel de conciencia adecuada y con capacidad intelectual aparente, aunque con el paso de las horas en la evaluación mostro conductas agresivas y déficits cognitivo. Los pacientes muchas veces creen que sus aptos, pensamientos y sentimientos son parte de el mismo ya que por el déficit del proceso del pensamiento no están en la capacidad de procesar y entender su situación real. Esto a su vez afecta a la familia ya que es el principal cuidador y se afronta a nuevos cambios. Es importante trabajar con un enfoque multidisciplinario y hacer participar a la familia en el cuidado del paciente.

Para la priorización e identificación de los diagnósticos de enfermeros se realizó la valoración mediante los 11 patrones funcionales de Marjori Gordon, en la cual tiene un enfoque holístico y transversales con los 13 dominios de NANDA Internacional y tienen una correlación directa con Intervenciones Nic y los resultados Noc. A su vez se inició con una valoración física céfalo – caudal y recogida de datos de estudios de laboratorios, que se interpretaron para así poder realizar una confrontación de datos, determinar los diagnósticos de enfermería darle prioridad a cada uno de ellos y poder realizar las intervenciones de enfermería, donde se obtuvieron diagnósticos centrados en problemas, vulnerabilidad. El resultado del estudio permitió precisar cuidados idóneos de calidad e intervenciones que favorecieron a la familiar y al paciente en un marco holístico y humanizado.

PALABRAS CLAVE: Cuidados de Enfermería, Esquizofrenia, Emociones, Déficit cognoscitivos

ABSTRAC

In the clinical case of this work, a mystical evaluation was performed in the patient. Schizophrenia is a disease that is given to users in the case of the patient. This is the research work. In this case, the patient has shown a level of consciousness, capacity and intellectual capacity, but with the passage of hours in the evaluation of aggressive behaviors and cognitive deficits. Patients often believe that their thoughts, feelings and feelings are part of the same as the process deficit. This is, in turn, the family and the primary caregiver and refers to the new changes. It is important to work with a multidisciplinary approach and involve the family in patient care.

For the prioritization and identification of nursing diagnoses, the assessment was carried out through the 11 Marjori Gordon functional patterns, in which a holistic and transversal approach is taken with the 13 NANDA International domains and has a direct correlation with Nic interventions and the results Noc. At the same time, it began with a cephalocaudal physical assessment and collection of data from laboratory studies, which is interpreted in order to perform a data comparison, determine the nursing diagnoses, give priority to each of them and be able to perform the tests. Nursing, where diagnoses focused on problems, vulnerability were obtained. The result of the study is precise.

KEYWORDS: Nursing care, Ezquizophrenia, Emotions, Cognitive deficits

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia una enfermedad muchas veces genética, que afecta a la mayoría de las personas y que a su vez enfrenta a la familia a toma de decisiones también como es un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento del ser humano. Es muy poco frecuente antes de la pubertad y más probable que aparezca entre los 18 y los 40 años. Esta enfermedad es irreversible. Aparece en familias con un factor predisponente es , también hay estudios que indican que el consumo excesivo de drogas durante el embarazo puede causan esquizofrenia. Se procedió aplicar los instrumentos de recolección de datos como entrevistas, de donde se obtuvieron los datos subjetivos y se enfocaron en las esferas mentales de evaluación de la salud mental del paciente.

El usuario con esquizofrenia, tiene respuestas múltiples de manera desorganizada por el trastorno mental por el cual pasa, para el profesional de enfermería es un reto ya que los cuidados son más especializados y tienden hacer más afectivos y siempre se inicia con la contención emocional para poder brindarle la confianza al usuario, ya que por el hecho de cambiar de ambiente donde residen, alteran su bienestar y son agresivos ya que de esa manera buscan protegerse.

Siguiendo las etapas del proceso atención de enfermería, se midió los resultados mediante la fase de evaluación, la cual permitió interrelacionar con el usuario y así poder brindar un cuidado humanizado no solo a él sino también a la familia.

En el Capítulo I se habla del Marco Teórico de la patología.

En el Capítulo II se aplica el proceso de atención de enfermería.

En el Capítulo III se llega a las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

1.1 Bases Teóricas

La esquizofrenia mental que compromete la psiquis y se presenta de forma muy agresiva. Los síndromes de esta enfermedad muchas veces se presentan en conjunto que afectan el proceso mental, las alucinaciones, las ideas, delirios y los procesos del pensamiento, las emociones, sentimientos la concentración, juicio. Las manifestaciones de la esquizofrenia son diversos, las características psicológicas y conductuales se presenta con mayor frecuencia. No todos los síntomas de la esquizofrenia se producen con las mismas características. Para la cual según Julio C. Martín García definió la sintomatología de la esquizofrenia en categorías de síntomas positivos y síntomas negativos a su vez añadió la desorganización. (Julio C. Martín García-Sancho. 2018 Pág. 1)

La esquizofrenia es un trastorno grave que afecta de manera contundente la forma de pensar, expresar y actuar de los pacientes diagnosticados. La esquizofrenia no suele aparecer de manera constante dentro de la clasificación de los trastornos mentales. De cada 7 u 8 personas de cada mil desarrollan esquizofrenia en su vida, las sintomatologías más frecuentes en este trastorno son: escuchar voces, visualizar cosas no existentes, con pensamiento abstractos en la cual tienden a sentir que leen sus mentes y contralan sus pensamientos o piensan en conspirar para hacerles daño. Esto atemorizan y convierten en personas retraídos y extremadamente, escuchan voces y hablan solas, tienden estar muchas horas sentados y es difícil mantener una conversación coherente.

La familia es la más afectada por este trastorno. Las personas con esquizofrenia tienen dificultad para mantener un trabajo o cuidarse por si solo, no tienen la oportunidad que tienen las demás personas, se estigmatiza al paciente con esquizofrenia como paciente mal llamado "loco". (Institución Nacional de Salud Mental 2015 Pág. 2)

Los pacientes con este trastorno mental escuchan voces y tienen conductas agresivas. A esta sintomatología se le llaman alucinaciones y pseudopercepciones, estos también referidos como delirios paranoides, se presentan por síntomas de grandeza, dificultad para pensar y concentrarse. Las experiencias como las descritas también lo afrontan los familiares. Las pacientes con estos trastornos son distraídas o preocupadas y tienden a estar constantemente estresados. Hablan solos contestan a las voces que les hablan. A esto se le llama trastorno del pensamiento. Todas las personas estamos en el borde de padecer un trastorno mental, la esquizofrenia muestra síndromes específicos como mostrarse inexpresivas, introvertidas, aletargadas, apáticas o desmotivadas. La medicación tiende a tener al paciente con sialorrea, temblores, hipertensión ortostática. A estos se les conocen como síntomas negativos del mismo trastorno. Sin embargo, a menudo puede ser el resultado de un sentimiento de estar sobrepasado por las experiencias o los intentos de encararlas, o pueden surgir de sentimientos de impotencia o depresión. También pueden ser los efectos adversos de medicamentos que se prescriben frecuentemente a las personas. (Anne Cooke. 2014 pág. 27)

El término psicosis se ha utilizado en los trastornos Psiquiátricos con concepto muy diferentes. Estos llevan a que mucho de los pacientes no tengan una conexión con su realidad, denominadas también psicosis orgánicas a los trastornos mentales demencias y al delirium. Muchos prefieren utilizar la expresión de episodio psicótico para darle una categoría a los tipos de síntomas de la esquizofrenia como son los delirios, alucinaciones, que aparecen en la mayoría de consultas con la psiquiatría en la cual la familia busca de alguna manera disminuirlas.

Muchas veces las ideas y creencias impuestas por la sociedad, ver a los usuarios como seres extraterrestres, o ver a estos pacientes como locos con delirios en el cual viven con ideas anormales. (José Carlos Mingote 2014 Pág. 5)

La interpretación de estos delirios, que el paciente experimenta distorsiona a los sentidos para lo cual se adapta como parte de la enfermedad y nos conlleva a una ideación en el paciente delirante.

Este diagnóstico diferenciado del delirio tiende a tener ideas erróneas, con ideas de sobrevaloración e ideas obsesivas. Estas ideas no correctas muchas veces se deben al estado anímico del paciente la cual conduce a creencias erróneas y se presenta cuando el paciente está ansioso ya sea por qué el hecho de escuchar voces o por la excesiva sobrevaloración por lo tanto estas ideas son irreversibles y regularmente tiende a presentarse con mayor frecuencias ideas de sobrevaloración que influyen en el comportamiento como por ejemplo las ideas políticas o religiosas.

Estas ideas obsesivas se inician repentinamente en el paciente con trastorno y son de forma involuntaria y se da de manera repetitiva, suelen ser improbables y absurdas el paciente con esquizofrenia reconoce muchas veces se da cuenta que esto nace de su propia mente y lucha para poder eliminar este tipo de pensamientos estos pensamientos son los que conducen sus emociones y modifican su comportamiento vuelven así al paciente ansioso.

No hay correlación entre la sintomatología entre el delirium y el trastorno mental que genera. El delirium que mayormente se presenta son el de persecución o de perjuicio y se presentan en trastornos psiquiátricos graves. Los pacientes con un desequilibrio cognitivo grave como la demencia delirium poseen una estructura interna muy pobre. La depresión es una de las primeras sintomatologías que presenta este tipo de pacientes y se presentan delirios de sentirse arruinados, enfermos y culpabilidad. Estos tipos de delirios influyen en el control del pensamiento y de movientes en los pacientes que presentan esquizofrenia típicos.

La percepción se ve alterada por las alucinaciones, esta afecta al estímulo externo, y con frecuencia se presentan las pseudopercepciones auditivas, y se manifiestan en todas las modalidades sensoriales. Las alucinaciones visuales

tienen un origen orgánico debido al delirium y tóxicos, también afectan a las olfativas y gustativas y se relacionan con la alteración en el lóbulo temporal. Y esto se puede agravar ya que no reconocen el fenómeno por el que pasan.

Las imaginaciones sensoriales, se clasifican como alucinaciones, en la cual se predetermina por un elemento superficial se distorsiona por muchos causales, mucho tiene que ver el estado de ánimo este origina un gran cambio en la forma de percibir las cosas, como los niveles de conciencia, el cansancio en la que se da percepción y que pueden incluir a errores y afectar la salud mental. El inicio de las alucinaciones y delirios nos indica un trastorno grave, ambas sintomatologías son muy incómodas para el paciente y muchas veces el mismo paciente muestra agresividad a comunicar como se sienten.

Frecuentemente el paciente oculta sus ideas delirantes y alucinaciones, cuando se realiza la entrevista se debe realizar con mucho cuidado para así evitar la negación al hablar, por ello es importante también la participación de la familia para que puedan describir el comportamiento del paciente y poder tener una buena evaluación del paciente psicótico.

La duración de los episodios psicóticos afecta el equilibrio del funcionamiento mental y tiene hacer más grave cuando las intensidades de estos síntomas aumentan. El trastorno mental psicótico, al inicio son agudos y transitorios si tiene como duración de un mes, con recuperación completa a un nivel de funcionamiento psíquico remórbido, es en este momento que inician los factores estresantes psicosociales. (José Carlos Mingote 2014 pág. 3)

El trastorno esquizofrénico tiene características muy importantes y se identifican en alteraciones del pensamiento y de la persecución, en la fase aguda se mantiene la lucidez espontánea la capacidad intelectual conforme se vaya haciendo crónica hay deficiencias intelectuales. Estos fenómenos psicopatológicos más importantes se identifican con el pensamiento con eco, la difusión inserción o el robo del pensamiento con eco, la difusión, inserción, o lo volátil del pensamiento, percepción delirante, delirios de control, de influencia de

pasividad, pseudopercepciones auditivas y visuales que se puede dar con la misma familia o con los cuidadores. (Zaytseva Y, Burova V, Garakh Z, et al. 2014 pág. 29)

La esquizofrenia no solo afecta al individuo como tal, sino también a la familia incapacitando a su vez al cuidado familiar, ya que de por vida muchas veces se dedica al paciente y que regularmente son los padres de familia solo que sufren el cansancio del rol del cuidador, por ser una enfermedad que se presenta de manera brusco y de manera agresiva, y es quien tras las etapas de crisis entran en un tema de ansiedad y descontrol. El 50 % del paciente se hospitalizan ya que en la etapa aguda sufren grandes cambios ya que evoluciona de manera rápidamente y altera todas las capacidades, lo que requiere inmediatamente la atención medica especialista. (Nuñez Copo AC, Frometa Montoya C, Hechevarria Estenoz D 2014 pág. 141)

La sintomatología clínica de la esquizofrenia y de los trastornos esquizofreniformes y cambian con el tiempo de evolución de la enfermedad y debe ser evaluada contantemente por el especialista. (Aviles Castellano 2014 Pag. 21)

Tipos de Esquizofrenia

Según De Mezquita (2015) los tipos de esquizofrenia son:

- 1) Esquizofrenia Paranoide:** En esta tipología es predominante la sintomatología como las ideas delirantes y pseudopersepciones auditivas y visuales frecuentes.
- 2) Esquizofrenia Desorganizada o Hebefrenia:** En este signo se caracteriza por comportamiento infantil, incoherencia en la forma de hablar.
- 3) Esquizofrenia Catatónica:** En esta sintomatología el paciente presenta la conciencia despierta, presenta poco movimiento que se hace más notables en su inmovilidad e inexpressivo, no se percibe ningún

movimiento interior e incluso a fuertes estímulos del dolor, no provocan estímulo alguno. En los más graves no hablan, no se alimentan, se deshidratan y ello pone en peligro su vida.

La clasificación de la sintomatología de este trastorno mental se categoriza en 3 grupos:

1) Síntomas positivos: Regularmente se presentan en la parte crónica de la esquizofrenia, pierden contacto con la realidad, de manera intermitente o intensa y los pacientes son totalmente dependientes del cuidador y depende de qué tipo de terapéutica tengo el paciente dentro de los síntomas positivos tenemos los síntomas que lo determinan:

- a) **Alucinaciones:** en el cual los pacientes, escuchan, ven y sienten cosas que nadie más puede ver, escuchar y poder sentir en la gran mayoría escuchan voces y afectan de manera directa al paciente.
- b) **Delirios:** Los pacientes tienen creencias abstractas y se mantienen firmes en sus pensamientos y forman parte de su vida diaria, y se mantienen en el paciente a pesar de demostrar lo contrario, y terminan en delirio paranoico la cual se vuelve más grave con el delirium de persecución.
- c) **Trastorno del pensamiento:** Este tipo de síntoma el paciente adquiere una manera disfuncional de pensar, indiciando con neologismos, además de desequilibrio y desorganización del pensamiento afectando la forma de hablar que se vuelve difícil de poder entender, con ello hay un bloqueo del pensamiento donde el paciente de manera súbita deja de hablar.
- d) **Trastorno del movimiento:** Presentan movimiento agitados y son de manera repetitiva llegando a la catatonía aquí el paciente no habla ni se mueve con los demás. (Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid R, Locke BZ, Goodwin FK 2014 pág. 20)

2. Síntomas negativos:

Los síntomas negativos siempre interrumpen las emociones y los comportamientos normales del paciente, son difícil de identificar y se confunden con la depresión u otros trastornos psiquiátricos. Los pacientes son dependientes y tienen dificultad para su labor diaria y descuidan su higiene personal los síntomas que presenta con mayor continuidad son:

- a) Afecto plano: inexpresivo y no mueve el rostro.
- b) Falta de satisfacción en la vida: su vida lo fastidia se siente incómodo.
- c) Falta de habilidad en sus actividades: muestra desorganización en su forma de vestir y es dependiente en actividades básicas.
- d) Falta de comunicación: no lleva una conversación coherente.
(Tomas J, Gastaminza 2015 Pag. 26)

3. Síntomas cognitivos: Presentan angustia emocional con datos difíciles de reconocer por su incapacidad de relacionarse con grupos sociales.

Los síntomas cognitivos son:

- a) el aprendizaje del paciente es un problema ya que no puede concentrarse, no presentan atención, presentan severos problemas de memoria, para la cual no cuenta con la habilidad a utilizar la información inmediatamente después de haberlo aprendido.
- b) existe una disminución razonable, las personas con el trastorno de esquizofrenia y no logra comprender la información y así poder utilizarla para la toma de decisiones.
(Sociedad BC Schizophrenis 2014)

Los tipos tradicionales de esquizofrenia son cinco, dentro de los cuales están:

1. **Esquizofrenia paranoide:** hay presencia de delirios y el más común el de persecución, alucinaciones auditivas violencia, ansiedad e ira. Con un comportamiento desorganizado, no hay afectos se presentan síntomas positivos, cognoscitivos y negativos no evolucionan.
2. **Esquizofrenia desorganizada:** el paciente con esquizofrenia muestra un comportamiento y lenguaje desorganizado con ideas delirantes con temas incoherentes, diferentes al de tipo paranoide, su afectividad es aplanada, tienden a presentar hipotensión ortostática, paciente tiende estar decaído.
3. **Esquizofrenia catatónica:** Se presenta por alteraciones psicomotoras visibles, con disminución o pérdida del movimiento del sujeto, no interactúa con los demás y es negativo en todo, en algunas cosas copia y habla lo que la otra persona refiere.
Esquizofrenia simple: presenta la peculiaridad de no presentar delirios, alucinaciones, pero si hay pérdida de las capacidades en el aprendizaje y comunicación.
4. **Esquizofrenia hebefrénica:** lo más significativo es que se presenta en una edad temprana entre los 12 y 13 años, el cual tiende a confundir el diagnóstico médico ya que lo tienden a relacionar con retraso mental y tiene una grave alteración de su propia conducta. (Alberdi J, Castro C, Vázquez C. 2014 pág. 4)

1.2 Teoría de Enfermería

La teoría psicodinámica de Peplau, tiene como primer impacto la ser capaz de entender la propia conducta con la cual se identifica y se inicia con la aplicación del cuidado humanizado ya que esta problemática nace de la experiencia del paciente con trastorno mental e incluso a los familiares mismos. La autora indica que es importante la relación enfermera paciente, orientando al usuario, ya que este individuo tiene una necesidad de apoyo emocional y no solo él también la familia quien es su entorno a su vez realizar una exploración del estado mental del usuario. El enfermero tiene que ver al usuario como un ser que busca sus

necesidades y satisfacerlas. La familia cumple un rol importante para el proceso de recuperación del usuario.

1.3 Cuidados de enfermería

- Interactuar con el paciente, Se da con la finalidad de fortalecer la confianza entre el usuario y el personal de salud.
- Bioseguridad, es el Conjunto de medidas y normas preventivas, y esta destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos.
- Disminuir la conducta inhibida, nos permitirá que el usuario se sienta seguro a verbalizar sus pensamientos.
- Aumentar la autoestima del usuario, nos permitirá que el usuario pueda tomar decisiones y mejorar su aspecto
- Brindar orientación al usuario en la realidad (tiempo-espacio-persona), permite que el usuario tome conciencia de sí mismo y disminuya la ansiedad.
- Incrementar la capacidad del usuario diferenciando el concepto de sí mismo y el medio externo, nos permite que el usuario distinga lo real de lo que no es
- Brindar apoyo al paciente sobre los límites del yo, nos permitirá disminuir el miedo del usuario
- Administrar psicofármacos, permitirá seguir con el régimen terapéutico y disminuir la sintomatología del paciente

- Brindar un ambiente seguro al usuario, permitirá que el usuario se sienta cómodo y disminuya su inseguridad.
- Brindar el apoyo a usuario a disminuir agresividad, Lograremos que el usuario mantenga su equilibrio y pueda realizar actividades
- Realizar el registro de enfermería, es el registro de las observaciones, cuidados, procedimientos y medicamentos administrados al paciente.

1.4 Estudios Relacionados

Según, Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P. en el 2015, España, en su estudio denominado "Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia, este estudio tuvo por objetivo determinar los factores determinantes en la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia; la investigación es transversal y analítica, se obtuvo de una muestra de 67 paciente con trastornó de esquizofrenia. Llegaron a la conclusión: que la sobrecarga del cuidado del paciente con esquizofrenia en el hogar demanda mucho tiempo y está directamente relacionada con los signos y síntomas que presenta el paciente y también por el grado de dependencias y discapacidad de la esquizofrenia. Este tipo de trastorno genera mayor carga familiar.

Según el autor Leal M, Sales R, Ibáñez E, Giner J, Leal C. 2014, España, en su estudio: Valoración de la Sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo, su objetivo fue analizar la influencia de un programa psicoeducativo sobre los signos y síntomas de la sobrecarga del cuidador en paciente con trastornó ,mental de esquizofrenia , el estudio es analítico, llego a la conclusión: es importante las sesiones educativas a la familia y a los mismo pacientes con trastorno mental, al obtener una sobrecarga en el grupo ingresado en un programa educativo. Los resultados fueron que del 100 % de una n=30 con sobrecarga mayor a 47 puntos antes del programa psicoeducativa y después los resultados fueron de 13.3% de una n=4 con no sobrecarga menor a 47 puntos y 86.7 de un n=26 con sobrecarga, el intervalo de confianza fue de 9.4613+/- 7.50 y un p menos a 0.001.

Grandón P, Jenaro C, Lemos S, 2014, Chile, en su estudio denominado: los cuidadores principales de los pacientes ambulatorios con esquizofrenia en sus variables carga y predicción, el cual el objetivo fue analizar los niveles de carga que experimentan los cuidadores primarios de paciente esquizofrénicos ambulatorios, el tipo de estudio fue descriptivo y de corte transversal, obtuvo los resultados de una muestra de 106 paciente con trastornó de esquizofrenia, atendidos en consultorios externos, para llegar a los resultados se utilizó la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva, llegando a las conclusiones, que la mayor frecuencias de recaídas en el síndrome positvos del paciente con esquizofrenia, disminuye los intereses sociales y menos apoyo de afecto que esto aumenta el nivel de carga.

CAPITULO II:

APLICACIÓN DEL PAE – EBE

2.1 Valoración

2.1.1.- Datos de Filiación:

- **Nombre del Paciente** : M.C.V
- **Servicio** : Psiquiatría damas
- **No de /cama** : 577- A
- **H. Clínica** : 00000
- **Fecha de Ingreso** : 24/11/18

2.1.2.- Datos Generales:

- **Edad** : 22 años
- **Estado civil** : soltera
- **Sexo** : Femenino
- **Peso** : 54 Kg
- **Talla** : 1.65 cm
- **Ocupación** : ama de casa
- **Raza** : Mestiza
- **Lugar de nacimiento** : Lima
- **Lugar de procedencia** : Lima
- **Domicilio** : La victoria
- **Religión** : Cristiana
- **Grado de instrucción** : Secundaria incompleta.
- **Persona Responsable** : **M.M (Mama)**

MOTIVO DE INGRESO:

El paciente ingresa al servicio de psiquiatría, presentando agresividad contra familiares, conducta agresiva, alucinaciones auditivas y visuales, insomnio, abandono de TTO hace 15 días.

2.1.3.- Antecedentes Patológicas:

- G3 P1021
- A los 15 años es ingresada a reclusorio de menores por conducta sexual de riesgo y alcoholismo.

- Adicción a la marihuana desde los 14 años.

2.1.4.- Antecedentes Psiquiátricos:

- A los 15 años intento de suicidio (consumo de valprax en 3 oportunidades)
- Dx F 31 internada en Hospital Rebagleategui.
- Dx F 60.3 Y F20 Internada en Hospital Almenara.

2.1.5.- Datos de la familia:

Composición familiar:

Relaciones familiares inarmónicas, rechazo por padres, pareja actual. Paciente procede de familia incompleta, no cuenta con vivienda, Madre ayuda a cuidar a su hijo de 3 meses.

2.1.6.- Examen Mental:

Impresión porte: Paciente muestra una postura de relajación, mostrando indiferencia a la entrevista, pero cooperador en sus respuestas.

2.1.7.- Explorando Orientación:

AFECTO

- **Expresión Facial:** Muestra fascia de indiferencia hacia el entrevistador.
- **Postura y movimiento:** Paciente se muestra relajado a la entrevista.
- **Relación con el entrevistador:** Presencia de lenguaje productivo (cooperador) pero algunas preguntas muestra denota presencia de alucinaciones.

LENGUAJE

- **Claridad:** Utiliza muchos detalles para expresar una idea, mezcla lo superficial con lo esencial.
- **Velocidad:** Presenta un lenguaje activo.
- **Tono:** Presenta un lenguaje muy productivo y en tono bajo.

PENSAMIENTO:

- **Curso:** Presenta un pensamiento organizado, con frases y palabras por momentos coherentes.
- **Contenido:** Presencia de pensamiento afectivo hacia hijo de 3 meses y rencor, odio hacia familia y pareja actual.

APETITO: Paciente refiere tener ansiedad de comer.

PERCEPCION

- Pseudopercepciones auditivas – visuales.

2.1.8.- SITUACION PROBLEMÁTICA:

Paciente Adulto joven de 22 años, de iniciales M.C.V de sexo natural de Lima, soltera con 1 hijo 3 meses . Ingresa por emergencias del Hospital Almenara por presentar agresividad contra familiares, conducta inadecuada, alucinaciones auditivas y visuales, insomnio, abandono de TTO hace 15 días.

A la entrevista usuario refiere: “ dr. Yo no tengo nada”,” vine aquí por que discutí mucho con mi mama”,”aca me tienen dopada”, “mi mama cuida a mi hija”, “ mi esposo se fue y ya no lo quiero ver”,” yo no tomaba mi medicinas son feos yo los votaba”, ” yo consumía drogas como la mariguana”, “ a veces siento que me quiero quedar aquí siempre”,” y mi hija debe estar llorando”, “ dios la castigo a mi mama por que es mala ella me quiere quitar a mi hija”,oigo voces que me la quieren quitar “ por eso la quize enterrar en un hueco por que ella es mala” “dr, hoy es 31 de agosto del 2014 verdad”, “ ya se acerca el cumpleaños de mi esposo”, “ dr, porque me da mucha hambre”, “ algunas veces por la noche no duermo” “ por momentos escucho voces que no me dejan dormir, “ dr. quiero que me den un cuarto aparte aca ay puros locos no quiero estar con nadie me gusta estar sola”, “me duele la barriga no hago el dos casi 4 dias”, “ me han dicho que tengo anemia”, “ dra tengo sueño voy a dormir un rato”. “me quiero ir a mi casa ver a mi hijita”, “ no me interesa mejorar mi salud”, ella no la quiere cuidar a mi

hija la quiere dar a la familia eso fue lo que me dijo”. “ yo me quería matar por que mi esposo no me hacia caso”, “el quiere que yo me muera”, “ mi madre no se preocupa por mi aveces ni me da las pastillas ella aveces dice para que tomas mucho medicamentos”
“ Cuando me siento sola en mi casa salgo con mis amigos ellos me quiero mucho, me dan mucho cariño después se van y me quedo sola, camino por la calle, y busco más amigos”

A la evaluación: Usuario en posición Semi Fowler 45°, AREG; AREH; OTEP tranquila, somnolienta, ojerosa, cansada, aislada del grupo de aspecto desaliñado adecuada para la estación, siguiendo al tratamiento con presencia de cabello corto seco con buena distribución, ojos simétricos, sin secreciones oculares, presencia de ojeras, pabellón auricular simétricos, fosas nasales permeables respirando al ambiente, labios secos con dentadura incompleta, se encuentra presente en las actividades pero no participa, no muestra interés (Hipobulia).

Al examen mental, muestra dificultad para la concentración, su lenguaje es productivo y coherente, de tono de voz bajo, pensamiento afectivo hacia hija de 3 meses y no afectivo hacia madre y pareja actual.

2.1.9.- EXPLORACION FISICA:

1. **CRANEO:** mesaticefalia, se observa cabello de color negro de buena implantación..
 - **OJOS:** Simétricos, isocóricos, fotoreactivas
 - **NARIZ:** Con fosas nasales permeables.
 - **BOCA:** Lengua seca, saburral con dientes incompletos.
 - **OIDOS:** Pabellones auriculares simétricos con cerumen.
2. **CUELLO:** de forma largo cilíndrico no se evidencia nódulos, deformaciones, tumoraciones, edemas, en posición central, con movilidad de cuello flexo extensión, rotación, lateralización.
3. **TORAX:** Normal, cilíndrico y simétrico, no presencia de ruidos sobre agregados en ACP.

4. **ABDOMEN:** blando, depresible, no se palpan viceromegalias, con ruidos aéreos presentes.
 - **Inspección:** distendido, ombligo con cicatriz umbilical de forma plana normal
5. **MIEMBROS SUPERIORES:** Con fuerza y tono muscular conservados.
6. **ESPALDA:** Columna vertebral en posición normal.
7. **AREA PERINEAL:** Bellos pubianos en forma de triangulo, con presencia menstruación.
8. **ANO; orificio anal conservado.**
9. **MIEMBROS INFERIORES:** fuerza disminuida, tono y movilidad conservadas.

2.1.10.- Diagnostico Medico actual: F20 Esquizofrenia

- Tiempo de enfermedad: +/- 7 años
- Forma de inicio : Incidioso
- Curso : Progresivo
- Episodio actual : Hace 2 semanas

2.1.11.- Tratamiento Médico actual:

- Haloperidol 5mg 02 Amp via IM
- Diazepan 10mg 01 tab via oral (M-T-N)
- Olanzapina 10mg 01 tab via oral (T-N)
- Valproalo 500mg 01 tab via oral (M-T-N)
- Quetiapina 200mg 01 tab via oral (N)

2.1.12.- Exámenes Auxiliares:

- **Rangos referenciales**
- **Hemoglobina: 7 ,50 mg/dl** **Varones: 13 a 18 gr/**
Mujeres: 12 a 16 gr/100ml
70 – 110 gr/dl
- **Glucosa: 81 mg/dl**

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| • Examen completo de orina | Negativo |
| • Sodio: 141 gr/dl | 135 – 148 gr/dl |
| • Potasio: 3,7 gr/dl | 3,50 – 5,50 gr/dl |
| • Cloro: 112 gr/dl | 98 – 107 mol/ L |

2.1.13.- VALORACIÓN PATRONES FUNCIONALES

2.1.13.1 Patrón I: Percepción Control de la Salud.

Paciente en regular estado de higiene (cabello, uñas largas), sin referir antecedentes familiares.

Refiere que toma diariamente una tableta de pastilla para dormir pero desconoce nombre del medicamento. refiere: “,” yo no tomaba mi medicinas son feos yo los votaba”, ” yo consumía drogas como la mariguana”

2.1.13.2 Patrón II: Nutricional - Metabólico

Paciente con: T°: 39.5 C°, Peso: 80Kg, talla: 1.60cm, IMC: 21.52 Kg/m
Hemoglobina: 7.5 gr/dl

Piel seca, con palidez marcada, tibia al tacto, intacta; Cavidad oral hidratada con piezas dentarias completas, Lengua seca, saburral con dientes incompletos.

2.1.13.3 Patrón III: Eliminación

Paciente refiere “me duele la barriga no hago el dos casi 4 dias”

2.1.13.4 Patrón IV: Actividad-Ejercicio

Paciente presenta FR: 22 X' y PA: 110/70mmHg. FC: 90x'
Presenta cansancio.

Actividad circulatoria:

Paciente no presenta edema en miembros inferiores, ni en miembros superiores
hemoglobina 7.5 g/dl.

2.1.13.5 Patrón V Sueño - Descanso

Paciente presenta problemas para dormir, duerme entre dos a tres horas.

Refiere: “ algunas veces por la noche no duermo” “ por momentos escucho voces que no me dejan dormir, “ dr. quiero que me den un cuarto aparte aca ay puros locos no quiero estar con nadie me gusta estar sola”, “ dra tengo sueño voy a dormir un rato”.

2.1.13.6 Patrón VI: Perceptivo-Cognitivo

Paciente al momento de evaluación no se encuentra orientada en tiempo espacio y persona.

Evaluación Esferas Mentales

AFECTO:

- **Expresión Facial:** Muestra fascia de indiferencia hacia el entrevistador.
- **Postura y movimiento:** Paciente se muestra relajado a la entrevista.
- **Relación con el entrevistador:** Presencia de lenguaje productivo (cooperador) pero algunas preguntas muestra denota presencia de alucinaciones.

LENGUAJE:

- **Claridad:** Utiliza muchos detalles para expresar una idea, mezcla lo superficial con lo esencial.
- **Velocidad:** Presenta un lenguaje activo.
- **Tono:** Presenta un lenguaje muy productivo y en tono bajo.

PENSAMIENTO:

- **Curso:** Presenta un pensamiento organizado, con frases y palabras por momentos coherentes.
- **Contenido:** Presencia de pensamiento afectivo hacia hijo de 3 meses y rencor, odio hacia familia y pareja actual.

APETITO: Paciente refiere tener ansiedad de comer.

PERCEPCION: Pseudopercepciones auditivas – visuales.

2.1.13.7 Patrón VII: Autopercepción –Autoconcepto

Paciente irritada por su estado de salud actual., en regular estado de higiene (cabello, uñas largas y sucias).Siente que su cuerpo esta hinchandose. Se muestra temerosa a la reacción de su esposo

Refiere; “Me sanare”, “, me voy a morir “, “que será de mi hijo ”

2.1.13.8 Patrón VIII: Relaciones-Rol

Paciente de estado civil soltera, ama de casa.

Paciente refiere no mantener buenas relaciones con la pareja, vive con su familia y cuenta con apoyo de su mama.

2.1.13.9 Patrón IX: Sexualidad –Reproducción

Paciente refiere haber presentado Menarquia a los 13 años, primera relación sexual a los 19 años, informa haber tenido dos parejas sexuales, refiere relaciones sexuales Contranatura.

2.1.13.10 Patrón X: Adaptación – Tolerancia al estrés

Paciente con estado emocional de ansiedad y temor.

Refiere: “ no me interesa mejorar mi salud”, ella no la quiere cuidar a mi hija la quiere dar a la familia eso fue lo que me dijo”. “ yo me quería matar por que mi esposo no me hacia caso”, “el quiere que yo me muera”,

2.1.13.11 Patrón XI: Valores Creencias

Paciente refiere profesar la fe católica, no presenta restricción religiosa, solicita visita de un pastor.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA	N° DE ORDEN	FUNDAMENTO
Trastornó del proceso del pensamiento R/C Capacidad disminuida para interpretar la realidad E/V Intento de esconder al bebe.Paciente manifiesta “escuchar voces por la noches que le dicen que se llevaran a su hija”	1	El pensamiento presenta una marcada rapidez de los procesos asociativos y una abundante producción de ideas que se suceden sin fijarse en contenidos específicos. El pensamiento se vuelve ineficaz desde el punto de vista comunicativo.
Mantenimiento ineficaz de la salud R/c Desinterés, desconocimiento, Complejidad E/v Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud. Abandono del tratamiento por parte de la paciente y familia.	2	Mantener un estado óptimo de salud en nuestro organismo va a depender de que cuidados le demos y que nos indican para salir del proceso que nos aqueja en muchos de nuestros pacientes psiquiátricos en el caso de esquizofrenia.
Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar R/C Conflicto familiar Complejidad del régimen terapéutico E/V Falta de atención por parte de la madre de la enfermedad. Actividad inadecuada para alcanzar objetivos de la salud.	3	En la integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad es importante que la familia de apoyo y de seguimiento al cumplimiento del régimen del tto para que así la así la eficacia del tratamiento sea óptimo y cumpla con su objetivos específicos de salud.
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud R/C Ingesta excesiva de alcohol., ctitud negativa hacia los cuidados de salud, Promiscuidad E/V Madre política(madrasta) “refiere que sale y mantiene relaciones sexuales con cualquier persona, consume alcohol excesivo”.	4	El estado salud – enfermedad, como experiencia subjetiva, puede ser reconocido intuitivamente a nivel personal como una experiencia de bienestar, de equilibrio dinámico entre aspecto físico y psicológico del organismo La salud en términos físicos, forma parte de uno de los pilares de la calidad de vida, bienestar y en definitiva de la Así mismo

Riesgo de violencia autodirigida
R/C Problemas de salud mental,
Aislamiento social., Falta de
respuesta afectiva familiar.

5

Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio.

2.2 Ejecución de Intervenciones

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>PACIENTE REFIERE:</p> <p>” yo no tomaba mi medicinas son feos yo los votaba” “ no me interesa mejorar mi salud”</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud. Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo prácticas de su salud.</p>	<p>2.2.1 Trastornó del proceso del pensamiento R/C Capacidad disminuida para interpretar la realidad E/V Intento de esconder al bebe. Paciente manifiesta “escuchar voces por la noches que le dicen que se llevaran a su hija”</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Usuario mantendrá una relación interpersonal de confianza con el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO:</p> <p>Usuario disminuirá alucinaciones visuales y auditivas durante el turno.</p> <p>Usuario mantendrá apoyo emocional durante el turno.</p>	<p>1. APOYO EMOCIONAL (5270) Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo - Apoyar el uso de mecanismos de defensas adecuadas. - Escuchar las expresiones de sentimientos de ansiedad. - Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. <p>2. APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES (5250) Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer comunicación con el 	<p>Paciente queda en unidad estables con un proceso de pensamiento equilibrado.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>PACIENTE REFIERE:</p> <p>“Por momentos escucho voces” “yo no tomaba mi medicinas son feos y yo los votaba” “ no me interesa mejorar mi salud”</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Paciente manifiesta escuchar voces por la noches</p>	<p>2.2.3 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con Ingesta excesiva de alcohol, Actitud negativa hacia los cuidados de salud, Promiscuidad manifestado por Madre política(madrasta) “refiere que sale y mantiene relaciones sexuales con cualquier persona, consume alcohol excesivo”.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Usuario disminuirá conductas inadecuadas que afecten su salud durante el turno.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO:</p> <p>Se mantendrá comunicaciones constantes con familiares durante estancia hospitalaria</p> <p>Familia mantendrá orientación a identificar conductas de riesgo del paciente.</p>	<p>paciente al principio de su ingreso.</p> <p>1. APOYO EMOCIONAL (5270) Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remitir a grupos de según - Servir de enlace entre el paciente y la familia. - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo profesionales. - Apoyar el uso de mecanismos de defensas adecuadas. <p>3. CONTROL DEL ESTADO DE ANIMO (5330) Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escuchar las expresiones de sentimientos de ansiedad. - Administrar cuestionarios auto cumplimentados (escalas de estado funcional) para el paciente. - Ayudar con el autocuidado. <p>2. APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES (5250) Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el estado físico del paciente. - Establecer comunicación con el paciente. - Ayudar al paciente a mantener un ciclo de su ingreso. 	<p>Paciente muestra conductas adecuadas en su salud.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Realizar vigilar grupos de apoyo, según 4. MEJORAR EL APROXIMAMIENTO (5230) - Servir de enlace entre el paciente y la familia. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. 3. CONTROL DEL ESTADO DE ANIMO (5330) - Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador. - Actividades: un - Administrar de aceptatorios auto - Facilitar salidas (es decir, la estabilidad). - Ayudar con el 5. POTENCIACION DE LA AUTOCONCIENCIA (5390) - Determinar si el paciente supone la seguridad de si mismo y de los demás. - Actividades: - Vigilar el estado físico del paciente. - Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de si mismo. - Compartir de sueño/vigilia. o pensamientos sobre la 	
--	--	--	--	--

			<p>4. MEJORAR LA RESPUESTA AFRONTAMIENTO (5290)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar las conductas que sean autodestructivas. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. <p>6. POTENCIACION DE LA AUTOESTIMA (5400)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir un enfoque de reforzamiento. - Orientar un proceso de orientación. - Facilitar las salidas constructivas a la actividad. - Determinar el locus de control. <p>5. POTENCIACION DE LA AUTOCONCIENCIA (5390)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los sentimientos de culpa. - Ayudar al paciente a explorar con los sentimientos la necesidad de control. - Identificar los hábitos que tiene de si mismo. <p>7. DISMINUCION DE LA ANSIEDAD (5820)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir observaciones y sentimientos sobre la respuesta del paciente. 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar al paciente que se sienta seguro que le dé seguridad que sean seguras. - Estudiar las estructuras atentamente. <p>6. POTENCIACION DE LA AUTOESTIMA (5400)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. <p>8. TERAPIA DE RELAJACION (6040)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el locus de control del paciente. - Considerar de realizar críticas negativas de la conducta del paciente para permitir los sentimientos de culpa. - Experiencias pasadas con el paciente para decidir de seleccionar una estrategia de <p>7. DISMINUCION DE LA ANSIEDAD (5820)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar y practicar la técnica de relajación por parte del paciente. - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Estaban tono suave, dicitando las palabras lentamente. - Crear rítmicamente un ambiente que facilite la comunicación. <p>9. APOYO A LA FAMILIA (7140)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar a la familia que al paciente se le brindará los mejores cuidados. <p>8. TERAPIA DE RELACION (6040)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener en cuenta la enfermedad del paciente y la capacidad de la persona para la terapia. - Determinar la carga psicológica que la familia tiene, sus experiencias pasadas y ayudar a la familia a adquirir de seleccionar una estrategia de relación necesarios para apoyar su decisión y practicar los cuidados del paciente. - Remite de psicología a familia para terapia. - Tomar un tono suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. 	
--	--	--	--	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION LA	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>PACIENTE REFIERE:</p> <p>“ Dr. quiero que me den un cuarto aparte aca ay puros locos no quiero estar con nadie me gusta estar sola”</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraimiento • Mutismo. • Hipoactividad 	<p>2.2.2 Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con Desinterés, Desconocimiento Complejidad manifestado por Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud. Abandono del tto por parte de la paciente y familia”</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Usuario mantendrá su salud en óptimas condiciones de eficacia de su salud durante su estancia hospitalaria durante las 24 horas del día.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO:</p> <p>Usuario disminuirá ansiedad y aumentará interés por su propia salud durante el turno.</p> <p>Usuario mantendrá información de su salud.</p>	<p>FAMILIA (7140)</p> <p>1. Actividades de modificación de sí mismo (4470)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar a la familia que al paciente se le brinden los mejores cuidados posibles. - Examinar los valores y creencias emocionales de la familia frente a la enfermedad del paciente. - Valorar la reacción emocional de la familia. - Determinar la carga psicológica para la familia que tiene que cambiar. - Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente. - Remitir a psicología a la familia para terapia. <p>2. Apoyo en la toma de decisiones (5250)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer comunicación con los familiares al inicio del 	<p>Paciente con mantenimiento de su salud eficaz, muestra deseos de superación.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>PACIENTE REFIERE:</p> <p>“ mi madre no se preocupa por mí a veces ni me da las pastillas ella a veces dice para que tomas mucho medicamentos”</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de atención por parte de la madre de la enfermedad. Actividad inadecuada para alcanzar objetivos de la salud. 	<p>2.2.4 Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar R/C Conflicto familiar Complejidad del régimen terapéutico E/V Negación de la enfermedad por parte de la madre, actividad inadecuada para alcanzar objetivos de la salud.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Usuario recuperara una gestión eficaz del régimen terapéutico con apoyo de la familia y el personal de enfermería en un tiempo de 12 horas.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO:</p> <p>Familia disminuirá conflictos familiares durante el turno con apoyo del personal de enfermería.</p> <p>Familia lograra mejorar el conocimiento del régimen terapéutico.</p>	<p>tratamiento del paciente</p> <p>1. MODIFICACION DE LA CONDUCTA (4360)</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar el grado de motivación al cambio de hábitos. Ayudar a la familia a identificar su fortaleza y reforzarla. Determinar la conveniencia con la sustitución de hábitos indeseables por deseables por el paciente Determinar el grado de apoyo familiar Determinar el grado de apoyo económico de la familia. Observar la situación familiar actual. Mantener una conducta coherente por parte del personal. Reforzar las decisiones constructivas respecto a los demás en la que pueden ayudar. <p>3. Aumentar los sistemas de apoyo (5440)</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la experiencia. Observar la situación familiar actual. Mantener una conducta coherente por parte del personal. Reforzar las decisiones constructivas respecto a los demás en la que pueden ayudar. <p>2. AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO (5230)</p>	<p>Paciente y familia muestran deseos de realizar una buena gestión en su régimen terapéutico.</p>

			<ul style="list-style-type: none">- Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad.- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.- Ayudara al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.- Fomentar la identificación de valores vitales específicos.- Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales.- Presentar a la familia que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.	
--	--	--	---	--

			<p>- Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza.</p> <p>3. FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA (2602)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a la familia - Apoyo de hermanos - Asesoramiento - Estimulación de la integridad familiar - Fomento de la implicación familiar - Fomento de la normalización familiar - Guías del sistema sanitario - Mantenimiento en procesos familiares - Movilización familiar - Terapia familiar 	
--	--	--	---	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
------------	-------------	---------------	--------------	------------

<p>Datos subjetivos:</p> <p>PACIENTE REFIERE:</p> <p>“ yo me quería matar por que mi esposo no me hacia caso”, “el quiere que yo me muera”</p>	<p>2.2.5 Riesgo de violencia autodirigida R/C</p> <p>Problemas de salud mental</p> <p>Falta de respuesta afectiva familiar.”</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Usuario mantendrá una relación interpersonal de confianza con el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO:</p> <p>Usuario disminuirá alucinaciones visuales y auditivas durante el turno.</p> <p>Familia identificara posibles riesgos de violencia en el paciente.</p>	<p>Aumentar el afrontamiento (5230)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad. - Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. - Ayudara al paciente a identificar respuestas positivas de los demás. - Fomentar la identificación de valores vitales específicos. - Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales. - Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. - Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Tratar las consecuencias de comportarse con 	<p>Paciente no muestra violencia autodirigida .</p>
--	---	---	---	---

			<p>sentimientos de culpa y vergüenza.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente al identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. - Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo. - Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables. - Ayudar al paciente a examinar fuentes disponibles para cumplir con los objetivos. <p>Facilitar la autorresponsabilidad (4480)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar responsable al paciente de sus propias conductas. - Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual. - Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de 	
--	--	--	--	--

			<p>la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. - Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente. - Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada. - Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias. - Fomentar la admisión de perversiones, si procede. - Establecer límites sobre las conductas manipuladoras. - Abstenerse de discutir o regatear sobre los límites establecidos con el paciente. - Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados 	
--	--	--	--	--

			<p>como sea posible.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ayudar a los padres a identificar las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse el niño, si procede.- Animar a los padres a comunicar claramente las expectativas de conducta responsable del niño, si es el caso.- Animar a los padres a realizar un seguimiento de la conducta responsable del niño, si procede.	
--	--	--	---	--

2.3 Evaluación de los resultados

TRASTORNÓ DEL PROCESO DEL PENSAMIENTO R/C CAPACIDAD DISMINUIDA PARA INTERPRETAR LA REALIDAD E/V INTENTO DE ESCONDER AL BEBE.PACIENTE MANIFIESTA “ESCUCHAR VOCES POR LA NOCHES QUE LE DICEN QUE SE LLEVARAN A SU HIJA”

RESULTADO ESPERADO	JUICIO CLINICO	INFORME
<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Usuario mantendrá una relación interpersonal de confianza con el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <p>Usuario disminuirá alucinaciones visuales y auditivas durante el turno.</p>	<p>OBJETIVO EN PROCESO</p>	<p>Paciente queda en unidad aun presenta alucinaciones y escucha voces mayormente por la noche.</p>

MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD R/C DESINTERÉS, DESCONOCIMIENTO, COMPLEJIDAD E/V FALTA DE EXPRESIÓN DE INTERÉS POR MEJORAR LAS CONDUCTAS DE SALUD, ABANDONO DEL TRATAMIENTO POR PARTE DE LA PACIENTE Y FAMILIA

RESULTADO ESPERADO	JUICIO CLINICO	INFORME
<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Usuario mantendrá su salud en óptimas condiciones de eficacia de su salud durante su estancia hospitalaria durante las 24 horas del día.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <p>Usuario disminuirá ansiedad y aumentara interés por su propia salud durante el turno</p>	<p>OBJETIVO ALCANZADO</p>	<p>Paciente mantiene óptimas condiciones de su salud con tto indicado con ayuda del personal de enfermería.</p>

GESTIÓN INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO FAMILIAR R/C CONFLICTO FAMILIAR COMPLEJIDAD DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO E/V FALTA DE ATENCIÓN POR PARTE DE LA MADRE DE LA ENFERMEDAD.

RESULTADO ESPERADO	JUICIO CLINICO	INFORME
<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Usuario recuperara una gestión eficaz del régimen terapéutico con apoyo de la familia y el personal de enfermería en un tiempo de 12 horas.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <p>Familia disminuirá conflictos familiares durante el turno con apoyo del personal de enfermería</p>	<p>OBJETIVO EN PROCESO</p>	<p>Madre política (madrasta) muestra interés para un régimen terapéutico eficaz.</p>

**TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD R/C INGESTA EXCESIVA DE ALCOHOL.,
 CTITUD NEGATIVA HACIA LOS CUIDADOS DE SALUD, PROMISCUIDAD E/V MADRE POLÍTICA(MADRASTA)
 “REFIERE QUE SALE Y MANTIENE RELACIONES SEXUALES CON CUALQUIER PERSONA, CONSUME ALCOHOL
 EXCESIVO”.**

RESULTADO ESPERADO	JUICIO CLINICO	INFORME
<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Usuario disminuirá conductas inadecuadas que afecten su salud durante el turno.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <p>Se mantendrá comunicaciones constantes con familiares durante estancia hospitalaria</p>	<p>OBJETIVO PARCIALMENTE ALCANZADO</p>	<p>Paciente aun presenta conductas inadecuadas que ponen en riesgo su vida.</p>

RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA R/C PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, AISLAMIENTO SOCIAL, FALTA DE RESPUESTA AFECTIVA FAMILIAR.

RESULTADO ESPERADO	JUICIO CLINICO	INFORME
<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Usuario disminuirá autolesionarse durante su hospitalaria</p>	<p>OBJETIVO ALCANZADO</p>	<p>Paciente se mantiene en un entorno seguro, no muestra tendencia auto suicidarse.</p>

CAPÍTULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Es importante el desenvolvimiento de la enfermera especialista en psiquiatría y salud mental para abordar al paciente con esquizofrenia aguda es importante trabajar con la familia ya que son el apoyo fundamental del paciente con trastorno mental estos cuidados independientes del profesional de enfermería ayuda a disminuir y reinsertar al paciente a un estado holístico.
2. Se logró identificar las necesidades del paciente con la valoración de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon eje transversal para el uso de la taxonomía II NANDA NIC (intervenciones) y NOC (logro, meta resultados) lo que permitió medir los resultados en las escalas de Likert y diana dando resultados favorables en el paciente.
3. Se debe considerar la teoría de enfermería para realizar los cuidados y brindar atención del usuario de forma holística y con cuidado humanizado.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la jefatura del departamento de enfermería realizar estudios de metaanálisis y sistemáticos sobre sintomatología de los pacientes con esquizofrenia aguda, implementar en el servicio de enfermería guías de práctica clínica sobre el manejo del paciente con esquizofrenia aguda, para así poder determinar nuevos enfoques y nuevas intervenciones de enfermería.
2. Se recomienda al personal de enfermería especialista en psiquiatría y salud mental que oriente sus cuidados a la metodología del proceso atención de enfermería con enfoques holísticos utilizando diagnósticos centrado en problemas y promoción de la salud y dirigidos también a intervenir a la familia.
3. Se recomienda utilizar una teoría para los cuidados que se den de manera holística y humanísticas para así evitar la monotonía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Julio C. Martín García-Sancho. (2018). GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA . 2018, de Subdirección de Salud Mental Servicio Murciano de Salud Sitio web: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf

Institución Nacional de Salud Mental . (2015). ¿ Que Es La Esquizofrenia?. En La Esquizofrenia (2). Estados Unidos : National Institute of Mental Health.

Anne Cooke. (2014). Comprender la Psicosis y la Esquizofrenia. 2015, de The British Psychological Society Sitio web: <http://www.infocop.es/pdf/comprenderpsicosis.pdf>

Pablo del pino, José Carlos Mingote (2014) el paciente que padece de un trastorno psicótico en su centro laboral; diagnóstico y tratamiento. Scielo 53, 208

Zaytseva Y, Burova V, Garakh Z, et al. Attributional style in first episode of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders with and without paranoid ideation. Psychiatric Danub. 2014 Sep 25;(Suppl 2):S329-31.

Núñez Copo AC, Frometa Montoya C, Hechevarria Estenoz D. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud "28 de septiembre". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 [citado 01 Oct 2016];29(2):141-50. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v29n2/mgi05213.pdf>

Aviles Castellano GA. Caracterización de pacientes con esquizofrenia. Medisan [Internet]. 2014 [citado 01 Nov 2016];18(5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_5_14/san02514.htm

De Mesquita Dumar, A. (2015) Salud mental y exclusión social: una análisis a partir de la esquizofrenia. Disponible en http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33960/1/TD_alinedemesquita.pdf

Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid R, Locke BZ, Goodwin FK. Esquizofrenia. Instituto de la Salud Mental. Biblioteca Nacional de Medicina.(Libro en línea). 1^{era} edición. Boston. Estados Unidos. Septiembre

2011; 11, 1: 1-20. URL disponible en <http://www.nih.gov/esquizofrenia>. Fecha de acceso: 14 de Julio de 2014.

Tomas J, Gastaminza X. Esquizofrenia Clínica y clasificación. Centro de Psiquiatría de Londres. Londres. Inglaterra. Noviembre 2015; 59, 1:1-26. URL disponible en <http://www.centrelondres94.com/psiquiatría> Fecha de acceso: 14 de Julio de 2015.

Sociedad BC Schizophrenis. La Esquizofrenia. Sociedad de esquizofrenia de Columbia Britania. Toronto. Canadá. Mayo 2014; 1, 1: 1-30. URL disponible en <http://www.bcscs.org/esquizofrenia>.

Alberdi J, Castro C, Vázquez C. Esquizofrenia. Guías Clínicas. Madrid. España. Junio 2005; 5, 28: 1-4. URL disponible en <http://www.duplicadiz.es>. Fecha de acceso: 14 de Julio de 2014.

Lebowitz D. La Esquizofrenia. NAMI. California. Estados Unidos. Julio 2015; 1,1: 1-5. URL disponible en <http://www.nami.org/esquizofrenia>. Fecha de acceso: 14 de Julio de 2016.

Subdirección de Salud Mental Servicio Murciano de Salud. Guía De Práctica Clínica Para El Tratamiento De La Esquizofrenia En Centros De Salud Mental, June 2014. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf.

Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. Anales del Sistema Sanitario de Navarra; 23 (1). 2014.

Algora M. El cuidador del paciente esquizofrénico: sobrecarga y estado de salud. Asociación Nacional De Enfermería De Salud Mental. [Internet]. [Consultado 2014 Diciembre 8]. España. Disponible en: <http://www.anesm.net/descargas/1%20El%20cuidador%20del%20enfermo%20esquizofrenicosobrecarga%20y%20estado%20de%20salud..pdf>.

Leal M, Sales R, Ibáñez E, Giner J, Leal C. Valoración de la Sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. Actas Esp Psiquiatr [Revista en internet] 2014 [Acceso 2014 Diciembre 24]; 36 (2): 63-69. Disponible en: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/50/ESP/9-50-ESP-63-69-502702.pdf>

ANEXOS



