

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



**CUIDADOS DE ENFERMERIA
A PACIENTE ADOLESCENTE CON RIESGO DE SUICIDIO-
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE - AÑO 2019
TRABAJO ACADEMICO**

**PRESENTADO POR:
LIC. DOMINGA LOPEZ VEGA**

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

ASESOR:
Mg. SOFIA DEL CARPIO FLOREZ

Lima, Perú
Año 2019

DEDICATORIA

A Dios por iluminarme en éste camino que elegí, de perseverancia, desconcierto, ganas de abandonarlo todo, sin embargo él está conmigo para poder continuar con el desarrollo del presente trabajo académico.

A mi familia por estar siempre presentes con su apoyo incondicional

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, por la oportunidad que me brinda en la culminación de mi trabajo académico para optar el título de especialista en salud mental y psiquiatría

A los docentes de la Especialidad por brindarme sus conocimientos, gracias por su paciencia y dedicación.

A mi asesora Mg. Sofía Del Carpio, por llevarme de la mano en la culminación del presente trabajo académico, demostrando interés, actitud amable, conocimientos y paciencia.

RESUMEN

El presente trabajo académico titulado como Cuidados de enfermería a paciente adolescente con riesgo de suicidio, se desarrolla en el Hospital Hipólito Unanue. El objetivo es educar y encaminar al paciente en su cuidado y tratamiento, logrando que el paciente encuentre apoyo en la familia, utilizando el proceso de atención de enfermería en sus distintas etapas como la Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

La evaluación del paciente fue realizada por la TAXONOMIA NANDA y la formulación de diagnósticos de enfermería y el plan de atención empleada NOC, NIC, se evidencio en el paciente adolescente con riesgo suicida un escaso apoyo de parte de la familia, varios días de espera para la intervención de la unidad de protección al adolescente y riesgo de fuga por la larga estancia hospitalaria.

A si mismo se logró identificar los dominios y clases afectadas para la planificación de los cuidados de enfermería, estableciendo las relaciones de acercamiento a NANDA, NIC y NOC permitió acercarnos a los diagnósticos formulados, y alcanzar los resultados esperados. El personal de enfermería juega un rol muy importante en la orientación, interpretación, educación y el cuidado que se brinda al paciente de forma humanística, holística con base científica.

Palabras clave: Riesgo, Conducta suicida, Proceso de Enfermería, Decisión voluntaria

ABSTRACT

This academic paper entitled as nursing care to adolescent patient with risk of suicide, takes place in the Hospital Hipolito Unanue. The goal is to educate and steer the patient in their care and treatment, achieving that the patient finds support in the family, using the nursing process in its various stages such as assessment, diagnosis, planning, implementation and Evaluation.

Evaluation, evaluation of the patient was performed by TAXONOMIA NANDA and the formulation of nursing diagnoses and NOC, NIC used care plan. She is evidence in the patient adolescents with suicidal risk a little support on the part of the family, waiting several days for the intervention of the protection unit to the teenager, risk of absconding by long hospital stay. If same was achieved to identify domains and classes affected nursing care planning, establishing relations of approach to...

KEY WORDS: Risk, suicidal behaviour, Nursing voluntary, Decision process

INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO.....	9
I. DESARROLLO CAPITULAR (PRESENTACIÓN DE UN CASO CLINICOAPLICACIÓN DEL PAE-EBE)	9
9	
1.1 VALORACIÓN SEGÚN DOMINIO.....	27
1.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	31
1.3 PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES.....	36
1.4 EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	36
II. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	36
2.1 CONCLUSIONES.....	56
2.2 RECOMENDACIONES.....	57
2.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
2.4 ANEXOS (FOTOGRAFÍAS, IMÁGENES, TABLAS, CUADROS, ETC.)..	60

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1976). Afirma que el suicidio es “Un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal y a través del cual pretende los cambios deseados”.

La OMS en su clasificación internacional de enfermedades la CIE 10, clasifica al suicidio al mismo nivel de las causas externas de mortalidad y homicidio(X60–X84).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS ,2018). unas 800 mil personas se suicidan cada año, lo que representa una tasa estimada de 11,4 muertes por cada 100 mil habitantes, y representa una muerte cada 40 minutos, el 75 % de los suicidios se producen en los países de ingresos bajos y medianos, siendo una segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad.

La mortalidad por suicidio es superior a la mortalidad total causada por la guerra y los homicidas alcanzando a un 75 %, los métodos habituales más empleados en el mundo son las plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego.

El suicidio puede prevenirse: restringiendo los medios utilizados, información responsable en los medios, identificación y tratamiento temprano, formación del personal sanitario, seguimiento y apoyo de la sociedad. El objetivo en el plan de acción de salud mental es reducir para el 2020 al 10% de los índices de suicidio.(OMS,2018)

Durante la experiencia profesional en esta institución del hospital Nacional Hipólito Unanue se ha observado casos de riesgo suicidio por 1ra vez, 2da vez hasta por quinta vez, por diferentes factores como es: demográficos, psicológicos, sociales, sin soporte familiar, en su mayoría son adolescentes

y para sus padres es muy complicado su entendimiento de lo que pasa emocionalmente con el adolescente.

Por lo que la fiscalía se encarga de notificar a los familiares con la finalidad de que sus hija/o vaya a un albergue. El equipo multidisciplinario está integrado de Médico psiquiatra, enfermera, psicólogo, asistente social, técnico de enfermería, realizando sus funciones propias de cada profesional.

Objetivo General. Aplicar el proceso de enfermería en sus distintas etapas (Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación), para identificar los problemas de salud mental en el paciente y su entorno familiar, para evitar los reingresos por factores de riesgo en el entorno familiar, mediante las acciones que favorezcan el bienestar de la paciente y su familia, cuyo propósito del trabajo es educar y encaminar al paciente en su cuidado y tratamiento, logrando que el adolescente encuentra apoyo en la familia.

Objetivo específico:

Valorar los factores de riesgo suicida en el paciente adolescente y su familia, con la finalidad de brindarle los cuidados del profesional de Enfermería en base a las necesidades del paciente.

El trabajo ha sido estructurado considerando en el **Capítulo I** revisión de la base teórica, teorías de enfermería, cuidados de enfermería y los estudios relacionados con el presente trabajo.

En el Capítulo II

Se presenta al PAE como método científico, teniendo en cuenta la taxonomía NANDA que comprende la valoración y el Diagnostico, la taxonomía NIC que comprende la planificación y la ejecución, la taxonomía NOC que comprende la evaluación. Se utilizara como métodos la observación, la entrevista, examen físico.

En el Capítulo III, se detallan las conclusiones y recomendaciones, a todo el personal de enfermería para mantenerse actualizados sobre las innovaciones en el área de la enfermería en salud mental y psiquiatría utilizando los diagnósticos de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursin Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification)

CAPITULO I

I. DESARROLLO CAPITULAR (PRESENTACIÓN DE UN CASO CLINICO APLICACIÓN DEL PAE-EBE)

BASES TEORICAS

Freud (1930) refiere que el ser humano no es un ser manso, amable, a lo sumo capaz de defenderse si lo atacan, sino que es lícito atribuir a su dotación pulsional una buena cuota de agresividad. En consecuencia el prójimo no es solamente un posible auxiliar y objeto sexual, sino la tentación para satisfacer en él la agresión, explotar su fuerza de trabajo sin resarcirlo, usarlo sexualmente sin su consentimiento, desposeerlo de su patrimonio, humillarlo, infringirle dolores, martirizarlo y asesinarlo (pag.108).

Freud(1976) afirma que la parte racional y consciente de la mente actúa como una barrera que oculta lo instintivo y es la mente inconsciente la que está en contacto con la dimensión "animal" del hombre. T

También afirma que los humanos están guiados por dos fuerzas: el eros o el instinto de vida y el tánatos o el instinto de muerte. El primero es el que apuesta por la conservación de la vida en todos sus facetas, mientras que el segundo expresa el impulso hacia la destrucción de la propia existencia. El ser humano carecería de instintos, y en su lugar tendría pulsiones, subdivididas en pulsión de vida y pulsión de muerte, los instintos de conservación y perpetuación son dos categorías fundamentales en la estructuración del hombre unamuniano. Prueba de ello es el hecho de que, siendo parte integrante del conato de persistencia, sean innatos a la propia

naturaleza humana ontológicamente estructurada en torno a esta pulsión vital (p.1-62)}

Spiller(se cito en Corpas,2011).”considera el suicidio como el acto consumado, intencional de finalizar con la propia vida. Incluye todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, quien es consciente de la meta que desea lograr".(p.20).

Nizama (2011) lo concibe como el acto auto infligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. Por otro lado, se entiende como “conducta suicida” a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad.

Henderson (1966). “La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”

Travelbee (1969). definió a la enfermería de la siguiente manera: “un proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o a afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, dar un sentido a estas experiencias”.

En las situaciones de enfermería la relación persona a persona constituye todo el medio por el que se cumple el objetivo de la enfermería. Esta relación se establece cuando la enfermera y el receptor de sus cuidados alcanzan una compenetración después de haber pasado por las fases de encuentro original, revelación de identidades, empatía y simpatía”.

Peplau (1990). “ Enfermería Psicodinámica” como “aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia “

Conducta Suicida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS., 2002) define “es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado”. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos.

Se considera a la conducta suicida como: autolesión o gesto suicida es la conducta potencialmente lesiva.

la conducta auto infligida. Es cuando la persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, mientras que la conducta suicida no determinada es cuando la conducta presenta un con grado indeterminado de intencionalidad que puede causar la muerte,

El intento de suicidio.- Es la conducta potencialmente lesiva auto infligida y sin resultado fatal y para lo cual existe evidencia, implícita o explícita de intencionalidad de provocarse la muerte, el suicidio es la muerte auto infligida con evidencia implícita o explícita de la persona tenía la intencionalidad de auto provocarse la muerte.

Comunicación suicida. Se transmite pensamientos deseos de acabar con su propia vida, pueden ser comunicaciones verbales y no verbales la comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida y la conducta suicida. Existen dos tipos de comunicación suicida, la amenaza

suicida **se** trata de un acto interpersonal, verbal o no que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro próximo con relación.

Plan suicida. Viene hacer la respuesta de un método con el que lleva a cabo una posible conducta suicida, el riesgo de suicidio, **es** el riesgo de lesión auto infligido que pone en peligro la vida de la persona.

Epidemiología.

OMS (2018) reporta que 800,000 personas se suicidan al año, el porcentaje de enfermedades mentales que se encuentran en los suicidios consumados es el siguiente: trastornos afectivos, **de** cada 100 pacientes con depresión mayor, 15 mueren por suicidio. Por alcoholismo, el riesgo de muerte por suicidio a lo largo de la vida es de aproximadamente entre el 10 y el 15%, los mecanismos por los que el consumo de alcohol pueden predisponer al suicidio son: enturbiamiento o disminución del juicio, alteraciones agudas y crónicas del estado del ánimo, aumento de la impulsividad, exacerbación de la patología psíquica presente, alteración de las relaciones interpersonales, entre el 10 y el 15% de los pacientes con este trastorno terminan su vida suicidándose, entre los pacientes con esquizofrenia el suicidio se da más frecuentemente en varones jóvenes (aproximadamente 31 años), en los primeros años de la enfermedad, Solteros y que viven solos, en internación o con alta reciente, con sintomatología depresiva, desesperanza o sensación de ineptitud, con educación universitaria, en pacientes con trastornos de ansiedad, de cada seis muertes en personas con trastornos de ansiedad, una es por suicidio (16,7%), el trastorno de pánico está relacionado con un aumento de la incidencia de suicidio, aumenta el riesgo de muerte para la persona si junto al trastorno de ansiedad se presentan : trastorno depresivo, abuso de sustancias, trastorno de la alimentación, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la personalidad, en pacientes con trastorno de personalidad, presentan conductas de tipo suicidas más frecuentemente son los trastornos bordelinde y antisocial de la personalidad, pero lo más habitual es que estas conductas sean repetitivas y no sean fatales, aun así, no hay que olvidar que el 10 % de todos los intentos suicidas terminan en muerte, por

otro lado, la tercera parte de los adolescentes suicidas presenta un trastorno de personalidad, delirium, demencia y otros trastornos cognitivos, cuatro a cinco de cada 100 personas que se suicidan presentan delirium, demencia o algún otro trastorno cognitivo, riesgo suicida en las enfermedades médicas no psiquiátricas es entre el 25 y el 75 % de los individuos que consuman el suicidio tienen alguna enfermedad médica, y el 5% una enfermedad

Coryell.(2019). Depresión mayor (trastorno unipolar)

En el aspecto físico de los pacientes se les observa, decaídos, con tendencia al llanto, con facie seria, con mirada esquiva, lenguaje poco fluido, tono de voz baja, en ciertos pacientes suelen no presentar llanto, percibiendo un escenario vacío, sin motivaciones. Los profesionales de la salud se debe de actuar de inmediato para identificar los síntomas y derivarlo al especialista.

Presentan fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada, capacidad disminuida para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio, o un plan específico para suicidarse.

Trastorno depresivo persistente (trastorno depresivo mayor crónico y trastorno distímico)

Los síntomas depresivos que persisten durante ≥ 2 años sin remisión. Los síntomas generalmente comienzan de forma insidiosa durante la adolescencia y pueden durar muchos años o décadas, se observan con muy pocas ganas de seguir con sus objetivos, prefieren estar solos, su lenguaje es pasiva así como también sus actitudes, las actividades de rutina mayormente no la pueden realizar, con descuido en su vestimenta, e higiene, con dificultad para tomar decisiones.

Manifestaciones adicionales durante un episodio depresivo:

Angustia con ansiedad : Los pacientes se sienten tensos e inusualmente inquietos; tienen dificultad para concentrarse porque se preocupan o tienen miedo de que algo terrible pueda suceder, o sienten que pueden perder el control de sí mismos.

Características mixtas: Los pacientes también tienen ≥ 3 síntomas maníacos o hipomaníacos (p. ej., estado de ánimo elevado, grandiosidad, mayor locuacidad de lo habitual, fuga de ideas, disminución del sueño).

Melancolía: Los pacientes han perdido el gusto en sus quehaceres de rutina, son poco sensibles a las noticias motivadoras o trágicas, sintiéndose solamente fracasados, con pérdida del control de sí mismos, muchas veces cambian el horario de dormir, la noche le convierten en día y el día en noche, hay tendencia a alterar su nutrición, alcanzando una delgadez o obesidad.

Psicótico: Los pacientes tienen delirios y/o alucinaciones. Las ideas delirantes suelen relacionarse con haber cometido actos impuros que no les perdonara Dios, pensamientos que solamente ellos lo tiene la enfermedad, pensamientos de persecución, también escuchan voces, ven personas u objetos alucinatorios.

Catatónica: Los pacientes presentan retraso psicomotor intenso, participan excesivamente en una actividad sin sentido y/o se retraen; algunos pacientes gesticulan o imitan el habla (ecolalia) o el movimiento (ecopraxia).

Tratamiento: Soporte, administración de medicamentos de acuerdo a la indicación del médico.

Cuando las características que presentan, van en disminución de ser perjudiciales, pueden seguir recibiendo educación como medida de prevención de la depresión, sin embargo en algunos casos pueden incrementarse estas características conllevando a un trabajo multidisciplinario, alcanzando días prolongados en su tratamiento, así también raras veces pueden necesitar terapia electroconvulsiva.

Entendiendo que los pacientes que por segunda vez presenten signos de depresión, entonces el tratamiento será mucho más prolongado.

Numerosos ensayos controlados han demostrado que la psicoterapia, en particular la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, es eficaz en pacientes con trastorno depresivo mayor, tanto para el tratamiento de los síntomas agudos como para disminuir la probabilidad de recaída. Los

pacientes con depresión leve tienden a tener mejor pronóstico que aquellos con depresión más grave, pero la magnitud de la mejora es mayor en las personas con depresión más grave.

- consuman el suicidio tienen alguna enfermedad médica, y el 5% una enfermedad terminal.

Estudio relacionado.

Según Lara. M. (2012). “Las acciones de atención que realizan los enfermeros a pacientes con intento de suicidio es asistencial dirigida a las lesiones y a suplir el estado de emergencia del momento”. El gremio de enfermería no efectúa una valoración específica, además de formular e iniciar planes terapéuticos desconoce la escala de valoración utilizada en el servicio por otros profesionales, no realiza valoración especializada de las potencialidades suicida y un bajo porcentaje se relaciona con la familia a los fines de establecer relación de cooperación. En consecuencia se puede concluir que las acciones de las enfermeras con estos pacientes son limitadas y se alejan del concepto de integralidad de los cuidados.

CAPITULO. II

Cuidados de enfermería en pacientes con conducta suicida.

Carmona y Pichardo(2012) Las emociones y las actitudes tienen peso en la actuación del profesional de enfermería, por ello se hace necesaria una exploración y replanteamiento de las mismas para lograr una actuación terapéutica hacia el paciente con conducta suicida. Simultáneamente, un mayor auto-conocimiento por los profesionales de enfermería de sus emociones posibilitaría la mejor gestión de las mismas y la disminución del estrés y ansiedad que estas provocan en el personal sanitario.

Una mayor efectividad en la gestión del paciente suicida repercutirá en la disminución de morbi-mortalidad por suicidio, y el elemento esencial para conseguirlo es la formación sobre el comportamiento suicida.

La creación de protocolos que sirvan de guía y establezcan criterios consensuados entre los profesionales sanitarios para la toma de decisiones y manejo del paciente suicida, tanto a nivel hospitalario como a nivel ambulatorio, mejoraría la captación e inclusión del paciente con conducta suicida en la red sanitaria y su seguimiento por los profesionales de la salud comunitarios con la finalidad de la prevención de nuevos intentos de suicidio.

APLICACIÓN DEL PAE-EB

2.- Datos de Filiación.

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| 2.1. Nombres y apellidos | : M.S.T |
| 2.2. Edad | : 16 años. |
| 2.3. Fecha de Nacimiento | : 15/03/2003 |
| 2.4. Sexo | : Femenino. |
| 2.5. Raza | : Mestiza |
| 2.6. Religión | : Católica. |
| 2.7. Grado de instrucción | : Cuarto de secundaria. |
| 2.8. Ocupación | : Estudiante. |
| 2.9. Estado civil | : Soltera. |
| 2.10. Lugar de Nacimiento | : Lima. |
| 2.11. Domicilio | : Jr. Próceres 145- El
agustino. |
| 2.12. Nombre del padre | : T.Z. |
| 2.1.13. Nombre de la Madre | : A.H.T |

Datos de hospitalización.

- | | |
|------------------|---|
| Establecimiento | : Hospital Nacional Hipólito
Unanue. |
| Procedencia | : Lima |
| Fecha de ingreso | : 05/02/2019. |
| Procedencia | : Emergencia . |
| Forma de Llegada | : En silla de ruedas |

DIAGNOSTICO MEDICO.

Intento de suicidio. d/ c trastorno de personalidad.

TRAMIENTO MEDICO

Clonazepan de 2 mg VO c/ 12 horas
Quetiapina de 100 mg VO c/ 12 horas
Control de funciones vitales.
Vigilancia de conducta.

ANTECEDENTES PERSONALES.

Prenatales.

N° de controles prenatal : 09
N° de hermanos : 03
N° de hijo : Primera
Embarazo deseado : si

Natales:

Tipo de parto : Eutócico.
Meses de gestación : 09 meses
Peso al nacer : 3,200 kg.
Complicaciones : Ninguna
Inmunizaciones : incompletas.
Lactancia materna : 2 Años

Crecimiento y Desarrollo:

Edad al caminar : 01 año 8 meses
Edad al hablar : 01 año 8 meses
Control de esfínteres : 3 años aprox.

Psicosexualidad :

Inicio de relaciones sexuales : no inicia
N° de parejas sexuales : varias
Método anticonceptivo : no usa

Pareja: No tiene.

Escolaridad: Secundaria incompleto, estudio en colegio José Carlos Mariátegui en Lima, "refiere fui alumna regular, hasta la primaria, ya en la

secundaria bajó mis notas, no hacía las tareas, no me interesaba, más estaba preocupada cual es la algunos días faltaba, por eso es que repitió el 4to de secundaria.

ANTECEDENTES LABORALES.

Ninguno no trabaja, a veces ayuda a su mama en labores de la casa.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS.

Eruptivas. : Niega.
Enfermedades : TBC, DM, HTA (NEGATIVO)
Hospitalizaciones : 03 hospitalizaciones por intento de suicidio.
Cirugías : Ninguno.
Transfusiones : Ninguno.
Alergias : Ninguno
Accidentes : Ninguno

Tratamiento medico 2019 :

Clonazepan de 2 mg c/12 hrs
Quetiapina de 100 mg VO c/ 12 horas
Control de funciones vitales.
Vigilancia de conducta

Hábitos Nocivos.

Alcohol : Los fines de semana
Trabajo : De vez en cuando.
Drogas : Si consume

Dinámica familiar.

M-S.T. Es la primera de 2 hermanos, siempre ha vivido con sus abuelitos, su madre vive con sus dos hermanos con su otro compromiso, con su madre

no puede estar porque siempre discuten, y ella quisiera estar con sus abuelitos.

Madre refiere que Mónica, no obedece a sus abuelitos, y sale con mucha frecuencia con sus amigos, se van a tomar y cuando ella lo llama la atención se molesta”

Situación problemática.

Paciente con iniciales M.S.T de 15 años de edad, de sexo femenino, conocida por la asistente social y fiscal, estudiante del 4to año de secundaria en el colegio José Carlos Mariátegui del Agustino.

Paciente reingresa al servicio de hospitalización de psiquiatría de haber dado de alta aproximadamente 15 días. Ingresaba en silla de ruedas en compañía de su hermana y cuñado, se observa orientada en tres esferas, despierta pálida, subida de peso, pintada con lápiz labial en los labios, con labilidad emocional, se cubre el rostro con la colcha, suspira, con movimientos de cabeza de un lado para otro, ligeramente desalineada, de contextura mediana, con ropa de calle en regular estado de higiene, acorde a su edad y temporada, olor corporal desagradable, de piel trigueña, con tatuaje en la espalda, postura ligeramente encorvada, por momentos levanta la cabeza,, realiza leve contacto visual, muecas al hablar, **mirada** triste, lenguaje poco fluido, tono de voz baja y lento, actitud muy amable, se observa preocupada por su entorno social, con sentimientos de culpa por su pareja que tiene una hija, que sabe que su pareja se va a dar cuenta que ella lo ama, con pensamientos de ir al albergue y no con su mamá. Consume alcohol con sus amigos los fines de semana, acude a fiestas, mantiene cercanía familiar con sus abuelos, mantiene recuerdos de la pareja que convivió tres meses. Con la madre discute con frecuencia. No toma sus medicamentos, desobedece a sus familiares, sale a la calle cuando está con cuidados en casa, no asiste a sus terapias, conducta manipuladora, con varios intentos de suicidio, se va de la casa, luego regresa a su familia.

A la entrevista, refiere “otra vez regrese al mismo lugar y a la misma cama, me acostumbro a aquí, quisiera vivir aquí, he tomado pastillas para morir porque no me dejaron estar en la fiesta de mi mejor amiga mi enamorado me saco y me llevo a mi casa a la fuerza”, “mi enamorado ya no está igual que antes, me dice que ya no quiere saber nada de mí, pero yo se que va ha cambiar, porque yo lo amo, he vivido 3 meses con el y mis padres pensaban que estaba en la calle, pero no es así, él tiene una hija, yo así lo conocí, me llevó muy bien con su hija, él tiene 25 años y no está con nadie más, solo conmigo, se que se va ha dar cuenta que yo si lo amo” “ señorita por favor ayúdeme, yo no me quiero ir con mi mama, quiero ir al albergue ayúdeme”, “salgo con mis amigos los fines de semana, a las fiestas y a tomar alcohol”, he tenido varios enamorados”

Madre “refiere que tenía una fiesta y ellos no permitían que se fuera porque estaba en tratamiento, y cuidados en casa, sin embargo ella se escapó y se fue con sus amigos, siempre es así señorita hace lo que quiere, ella vive con sus abuelitos y no les hace caso, por eso quiero llevarlo conmigo”.

Funciones Biológicas:

Apetito : Aumentado, se come las sopas de los demás pacientes.

Sed : Aumentado.

Sueño : Alterado, se mantiene despierta hasta las 12 de la noche

Orina : Normal

Deposición : Normal.

TERAPEUTICA A SU INGRESO.

Dieta blanda.

Vigilancia de conducta por riesgo de auto y eteroagresion.

Haloperidol 5 mg IM cada 12 horas

Biperideno 5m IM PRN distonía.

Clonazepan 2 mg en la noche.

EXAMEN MENTAL.

Apariencia y Actitud.- Paciente sentada en el borde de la cama, despierta, le mueve la cabeza de un lado para el otro, con cabello suelto, pintada los labios, no aparenta su edad cronológica, exceso de peso, escaso contacto visual, fastidiada , tono de voz baja, se queda callada se sonríe, colabora con la entrevista.

- Orientación: Orientada en tiempo, espacio y persona
- Memoria : presentes a corto, mediano y largo plazo
- Psicomotricidad : normal.
- Animo: triste.
- Percepción: no presenta seudo percepciones auditivas, visuales, táctiles gustativas.
- Lenguaje: coherente , tono de voz bajo .
- Pensamiento: presentan un curso y contenido coherente
- Juicio: identifica su Yo, diferencia el origen de los estímulos.
- Introspección: con leve conciencia de enfermedad mental
- Atención y Concentración: distraída, con leve concentración.

EXAMEN FÍSICO.

ESTADO GENERAL: Paciente pasiva, con facie pálida triste, fastidiada, con cierto desarreglo personal, con descuido en la higiene, con lenguaje coherente, fluido, realiza contacto visual, con ideas de manipulación, con sobre peso, sin conciencia de enfermedad,

ESTADO DE CONCIENCIA: Parcialmente desorientada en tiempo, espacio y espacio.

CABEZA: Normo cefálico

OJOS: Simétricos, conjuntivas rosadas, reactivas. A la luz establece contacto visual.

OÍDOS: Simétricos, 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. Frecuencia Respiratoria: 22 por minuto. Saturación de oxígeno: 98%

CORAZÓN: Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos. Presión Arterial: 100/60mmhg Frecuencia Cardiaca: 90 por minuto

ABDOMEN: Simétrico, ruidos hidroaéreos normales, blando depresible.

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

IMC : sobre peso de grado II (Peso : 65 kg, talla : 1.50cm IMC : 28.8)

2.1. VALORACION POR DOMINIOS.

<p>DOMINIO 1</p> <p>PROMOCION DE LA SALUD</p> <p>Clase 1</p> <p>Toma de conciencia de salud</p> <p>00099</p> <p>Mantenimiento inefectivo de la salud r/falta de conciencia de enfermedad e/p no permanece en casa.</p>	<p>Datos objetivos.</p> <p>se encuentra pálida, orientada en tres esferas, subida de peso, con maquillaje en los labios, con labilidad emocional, con movimientos de cabeza de un lado hacia otro lado, ligeramente desalineada, con ropa de calle en regular estado de higiene, olor corporal ligeramente desagradable, con vestimenta acorde a su edad y temporada, realiza leve contacto visual, realiza muecas al hablar, lenguaje poco fluido, tono de voz baja, y lento, postura ligeramente encorvada, por momentos levanta la cabeza, actitud amable, mirada triste.</p> <p>Datos subjetivos.</p> <p>refiere “ otra vez regrese al mismo lugar y a la misma cama , me acostumbro a aquí, quisiera vivir aquí, he tomado pastillas para morir porque no me dejaron estar en la fiesta, mi enamorado me sacó y me llevo a mi casa a la fuerza” “mi enamorado ya no está igual que antes, me dice que ya no quiere saber nada de mí, pero yo se que va ha cambiar, porque yo lo amo, he vivido 3 meses con el y mis padres pensaban que estaba en la calle, pero no es así, él tiene una hija, yo así lo conocí, me llevó muy bien con su hija, él tiene 25 años y no está con nadie más, solo conmigo, se que se va ha dar cuenta que yo si lo amo”</p>
<p>DOMINIO 2 NUTRICION</p> <p>Clase 1 Ingestión.</p>	<p>Datos objetivos.</p> <p>Apetito aumentado, se come las sopas de los demás pacientes.</p>

<p>00001 Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades</p>	<p>Se observa gordita, con relación a su talla y edad.</p> <p>Peso : 65 kg, talla : 1.50cm IMC : 28.8</p> <p>Con sobre peso de grado II., se come la comida de los pacientes.</p> <p>Datos subjetivos.</p> <p>“ Yo me acostumbro con la comida del hospital,” “tengo hambre, invitame tu sopa”</p>
<p>DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO. CLASE 1</p> <p>00095 alteración del patrón del sueño</p>	<p>Datos Objetivos.</p> <p>Se mantiene despierta hasta las 12 de la noche, cuando se despierta con tendencia al sueño.</p> <p>Datos subjetivos. “Srta. tiene una pastilla para dormir “</p>
<p>DOMINIO 6 AUTOCONCEPTO Y AUTOPERCECION</p> <p>Clase 1</p> <p>Auto concepto.</p> <p>Baja estima situacional cod 00120.</p>	<p>Datos objetivos</p> <p>Se observa preocupada por su entorno social, con sentimientos de culpa por su pareja que tiene una hija, que sabe que su pareja se va a dar cuenta que ella lo ama, con pensamientos de ir al albergue y no con su mamá.</p> <p>Datos subjetivos</p> <p>“ Srta quisiera ir al albergue, no quiero ir con mi mamá, he tomado pastillas porque quería llamar la atención, ya no voy a tomar alcohol porque es malo para mi salud, voy a terminar mis estudios”</p>

<p>DOMINIO 7</p> <p>ROL-RELACIONES</p> <p>Clase 0001 roles de cuidador.</p> <p>Procesos familiares disfuncionales</p> <p>00063: alcoholismo.</p>	<p>Datos objetivos.</p> <p>Mantiene relaciones familiares con sus abuelos, la madre le visita de vez en cuando porque tiene otra pareja.</p> <p>Datos subjetivos.</p> <p>vivo con mis abuelos, porque mi mamá tiene otra pareja, de vez en cuando viene a visitarnos.</p>
<p>DOMINIO 8</p> <p>SEXUALIDAD</p> <p>Clase 2</p> <p>00065 Patrón sexual precoz en la adolescente</p>	<p>Datos objetivos</p> <p>De apariencia física ligeramente desalineada, contextura gruesa, con el cabello suelto, observa hacia la puerta a cada momento, con pensamientos no acorde con la realidad, con labilidad emocional.</p> <p>Datos subjetivos.</p> <p>Paciente refiere” “mi enamorado ya no está igual que antes, me dice que ya no quiere saber nada de mí, pero yo se que va ha cambiar, porque yo lo amo, he vivido 3 meses con el y mis padres pensaban que estaba en la calle, pero no es así, él tiene una hija, yo así lo conocí, me llevó muy bien con su hija, él tiene 25 años y no está con nadie más, solo conmigo, se que se va ha dar cuenta que yo si lo amo”</p>
<p>DOMINIO 9</p> <p>AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS</p>	<p>Datos objetivos.</p> <p>Vive con sus abuelos, sale de la casa, no obedece a los abuelos, consume alcohol</p>

<p>Clase 1. Respuesta postraumática</p> <p>Afrontamiento familiar comprometido 00074.</p>	<p>con los amigos, madre lo visita muy raras veces, discute con su madre con frecuencia, no desea vivir con la madre.</p> <p>Datos subjetivos. Refiere “no me dejan que vaya a la fiesta, si es de mi mejor amiga, además no iba a tomar alcohol, estoy bien”</p>
<p>DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES Clase 1. Valores</p> <p>Incumplimiento al tratamiento. Cod. 00079</p>	<p>Datos objetivos. No toma sus medicamentos, desobedece a sus familiares, sale a la calle cuando está con cuidados en casa, no asiste a sus terapias.</p> <p>Datos subjetivos. Madre refiere “tenía una fiesta y ellos no permitían que se fuera porque estaba en tratamiento, y cuidados en casa, sin embargo ella se escapó y se fue con sus amigos, siempre es así señorita hace lo que quiere, ella vive con sus abuelitos y no les hace caso, por eso quiero llevarlo conmigo”.</p> <p>Paciente refiere “es de mi amiga íntima, y no iba a tomar alcohol”.</p>
<p>DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION Clase 1 RIESGO SUICIDIO.00150</p>	<p>Datos objetivos. Conducta manipuladora, con varios intentos de suicidio, se va de la casa, luego regresa miente a sus familiares.</p>

<p>DOMINIO 12 CONFORT CLASE 1</p> <p>0001 CONFOR FÍSICO. Aislamiento Social 00053</p>	<p>Datos objetivos. Sin apoyo de familiares, familia disfuncional, Pareja mayor que ella, amigos que consumen alcohol, madre que discute con frecuencia</p> <p>Datos subjetivos. Refiere mis amigas dicen que estar a la moda es cambiar de enamorado en cada fiesta”</p>

2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

DOMINIOS	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.
<p>DOMINIO 1 PROMOCION DE LA SALUD Clase 1 Toma de conciencia de salud</p>	<p>00099 Mantenimiento inefectivo de la salud r/falta de conciencia de enfermedad e/p refiere “ otra vez regrese al mismo lugar y a la misma cama , me acostumbro a aquí, quisiera vivir aquí, he tomado pastillas para morir porque no me dejaron estar en la fiesta, mi enamorado me saco y me llevo a mi casa a la fuerza” “mi enamorado ya no está igual que antes, me dice que ya no quiere saber nada de mí, pero yo se que va ha cambiar, porque yo lo amo, he vivido 3 meses con el y mis padres pensaban que estaba en la calle, pero no es así, él tiene una hija, yo así lo conocí,</p>

		<p>me llevó muy bien con su hija, él tiene 25 años y no está con nadie más, solo conmigo, se que se va ha dar cuenta que yo si lo amo”</p> <p>no permanece en casa.</p>
DOMINIO 2 NUTRICION Clase 1 Ingestión.		<p>00001 Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo e/p “ Yo me acostumbro con la comida del hospital,” “tengo hambre, invitame tu sopa”IMC 28.8 con sobre peso de grado II</p>
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO. CLASE 1 Reposo y sueño.	Y	<p>00095 alteración del patrón del sueño r/cambios de horario de sueño e/ “Srta. Tiene una pastilla para dormir”.</p>
DOMINIO 6 PERCEPCION Y COGNICION. AUTOCONCEPTO Y AUTOPERCECION Clase 1 Auto concepto. Baja estima situacional Cod. 00120.	Y	<p>00120 Auto concepto.</p> <p>Baja estima situacional r/ a su apariencia física e/ Srta quisiera ir al albergue, no quiero ir con mi mamá, he tomado pastillas porque quería llamar la atención, ya no voy a tomar alcohol porque es malo para mi salud, voy a terminar mis estudios” mirada triste, hombros caídos, posición encorvada.</p>
DOMINIO 7		

ROL-RELACIONES Clase 0001 roles de cuidador.	00063. Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo r/ disfunción familiar, entorno de amigos. e/p “vivo con mis abuelos, porque mi mamá tiene otra pareja, de vez en cuando viene a visitarnos.
DOMINIO 8 SEXUALIDAD Clase 2	00065 Patrón sexual precoz en adolescente r/c comportamiento e/ mi enamorado ya no está igual que antes, me dice que ya no quiere saber nada de mí, pero yo se que va ha cambiar, porque yo lo amo, he vivido 3 meses con el y mis padres pensaban que estaba en la calle, pero no es así, él tiene una hija, yo así lo conocí, me llevó muy bien con su hija, él tiene 25 años y no está con nadie más, solo conmigo, se que se va ha dar cuenta que yo si lo amo”
DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS Clase 1. Respuesta postraumática	00074 Afrontamiento familiar comprometido r/ c escaso soporte familiar, abuelos no comprometidos, madre que no dialoga e/p refiere “ siempre discuto con mi mamá.
DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES Clase 1. Valores	00079 Incumplimiento al tratamiento médico r/c ineficaz soporte familiar e/ p Madre refiere “tenía una fiesta y ellos no permitían que se fuera porque estaba en tratamiento, y cuidados en casa, sin embargo ella se escapó y se fue con sus amigos, siempre es así señorita hace lo que quiere, ella vive con sus abuelitos y no les hace caso, por eso quiero llevarlo conmigo”.

		Paciente refiere “ la fiesta era de mi mejor amiga íntima, y no iba a tomar alcohol”.
DOMINIO 11		00150 Riesgo de suicidio r/c ineficaz afrontamiento familiar
SEGURIDAD	Y	
PROTECCION		
Clase 1		
DOMINIO 12		00053 Aislamiento Social r/c conducta alterada e/ p refiere “mis amigas dicen que estar a la moda es estar en cada fiesta con un chico”
CONFORT	Y	
COMODIDAD		
CLASE 1.		

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PRIORIZADOS.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA	N° DE ORDEN	FUNDAMENTO
DIAGNOSTICO	N° ORDEN	FUNDAMENTO
00150 Riesgo de suicidio r/c ineficaz afrontamiento familiar.	1	Conducta potencialmente lesiva, autoinfligida, no habitual, deliberadamente realizada por el sujeto con evidencia implícita o explícita de intencionalidad de causarse daño o provocarse la muerte, que tiene un resultado final no letal, aunque puede ocasionar, lesiones o secuelas, independientemente de la letalidad del método utilizado. Engloba todos aquellos actos deliberados con diferente grado de intención de morir.
00065 Patrón sexual precoz en la adolescente r/c su comportamiento e/ "mi enamorado ya no está igual que antes"	2	"Entendemos la sexualidad precoz como la prematura conducta sexual sin estar mentalmente preparado, esto es un desajuste mente-cuerpo que lleva a una exagerada conducta pseudo adulta sexual",
0009 . Mantenimiento inefectivo de la salud r/falta de conciencia de	3	Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

enfermedad e/p no permanece en casa		
00095 alteración del patrón del sueño r/cambios de horario de sueño e/ "Srta. tiene una pastilla para dormir".	4	La falta de sueño puede afectar tu capacidad para conducir de manera segura y aumentar el riesgo de padecer otros problemas de salud.
00120 Autoconcepto. Baja estima situacional r/ a su apariencia física e/ mirada triste, con leve contacto visual, tono de voz baja, postura encorvada. Hombros caídos.	5	Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual"
00063. Procesos familiares disfuncionales r/ disfunción familiar, entorno de amigos. e/p refiere "solamente tomo alcohol con mis amigos, no me quiero ir con mi mamá prefiero el albergue".	6	Una familia disfuncional es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones.

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DOMINIO 11</p> <p>SEGURIDAD Y PROTECCION</p> <p>Clase 1</p> <p>RIESGO</p> <p>SUICIDIO.00150</p> <p>Datos objetivos. .</p> <p>Conducta manipuladora, con varios intentos de suicidio, se va de la casa, luego regresa miente a sus familiares</p>	<p>00150 Riesgo de suicidio r/c ineficaz afrontamiento familiar</p>	<p>Objetivo General</p> <p>La paciente evitara riesgo de suicidio con apoyo del equipo de salud.</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>La paciente aumentara la capacidad de afrontamiento familiar, mediante la adaptación a factores, estresantes, cambios o amenazas.</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 	<p>La paciente evita el riesgo de suicidio con el apoyo del equipo de salud.</p>

<p>Datos subjetivos</p> <p>Refiere” me quiero ir al albergue y no me quiero ir con mi mamá, tome las pastillas porque quería llamar la atención</p>			<p>manejo de problemas vitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 sentimientos de culpa y vergüenza. 	
--	--	--	--	--

			<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.- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser	
--	--	--	--	--

			<p>malinterpretados como amenazadores.</p> <ul style="list-style-type: none">- Valorar las necesidades / deseos del paciente de apoyo social.- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.- Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño.- Animar la implicación familiar, si procede.- Alentar a la familia a comunicar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none">- Disponer una preparación de habilidades sociales adecuadas.- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.- Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.- Instruir al paciente en técnicas de relajación, si resulta necesario.- Ayudar al paciente a que se queje y trabaje	
--	--	--	--	--

			<p>por las pérdidas de la enfermedad y/o discapacidad crónicas, si es el caso.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.	
--	--	--	--	--

<p>DOMINIO 8</p> <p>SEXUALIDAD</p> <p>Clase 2</p> <p>Datos objetivos</p> <p>De apariencia física ligeramente desalineada, contextura gruesa, con el cabello suelto, observa hacia la puerta a cada momento, con pensamientos no acorde con la realidad, con labilidad emocional.</p> <p>Datos subjetivos.</p> <p>Paciente refiere” “mi enamorado ya no está igual que antes, me dice que ya no quiere saber nada de mí, pero yo se que va ha cambiar,</p>	<p>00065 Patrón sexual precoz en adolescente r/c comportamiento de riesgo e/ mi enamorado ya no está igual que antes</p>	<p>Objetivo General.</p> <p>La adolescente conoce los riesgos en la sexualidad precoz</p> <p>Objetivo Específico.</p> <p>La adolescente evita comportamientos de riesgo.</p>	<p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto</p> <p>-informar a la persona que la sexualidad constituye una parte importante de la vida</p> <p>- Informar los riesgos en la sexualidad precoz.</p>	<p>La adolescente conoce los riesgos en la sexualidad precoz, mejora su comportamiento afectivo, refiere” me siento mejor”</p>
--	---	--	--	--

<p>porque yo lo amo, he vivido 3 meses con el y mis padres pensaban que estaba en la calle, pero no es así, él tiene una hija, yo así lo conocí, me llevó muy bien con su hija, él tiene 25 años y no está con nadie más, solo conmigo, se que se va ha dar cuenta que yo si lo amo”</p>				
--	--	--	--	--

<p>DOMINIO 1</p> <p>PROMOCION DE LA SALUD</p> <p>Clase 1</p> <p>Toma de conciencia de salud</p> <p>Datos objetivos.</p> <p>Paciente no le interesa en mejorar, continúan sus costumbres, no tiene conocimiento sobre enfermedad, acude a fiesta, consume alcohol</p> <p>Datos subjetivos.</p> <p>Refiere “ es mi amiga íntima, yo estoy mal, necesito ir al albergue”</p>	<p>00099</p> <p>Mantenimiento inefectivo de la salud r/falta de conciencia de enfermedad e/p no permanece en casa</p>	<p>O.GENERAL.</p> <p>La paciente lograra el mantenimiento efectivo de su salud con el apoyo del equipo de salud</p> <p>O.ESPECIFICO</p> <p>La paciente es consciente de enfermedad, siendo responsable de sus acciones para mantener el bienestar.</p>	<p>Se Establece comunicación con el paciente al principio de su ingreso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados. - Obtener el consentimiento válido, cuando se requiera. - Facilitar la toma de decisiones en colaboración. - Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro. - Respetar el derecho del 	<p>Paciente logra mantenimiento de la salud evidenciado, paciente permanece en casa durante el tratamiento.</p>
---	--	--	---	---

			<p>paciente a recibir, o no, información.</p> <ul style="list-style-type: none">- Proporcionar la información solicitada por el paciente.- Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.- Servir de enlace entre el paciente y la familia.- Servir de enlaces entre el paciente y otros profesionales sanitarios.-	
--	--	--	--	--

<p>DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO. CLASE 1</p> <p>00095 alteración del patrón del sueño</p> <p>Datos Objetivos.</p> <p>Se mantiene despierta hasta las 12 de la noche, cuando se despierta con tendencia al sueño.</p> <p>Datos subjetivos. “Srta. tiene una pastilla para dormir “</p>	<p>00095 alteración del patrón del sueño r/cambios de horario de sueño e/Srta. tiene una pastilla para dormir “</p>	<p>OBJETIVO GENERAL.</p> <p>Paciente, mejorara patrón del sueño</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO.</p> <p>Paciente lograra adoptar un horario de sueño en la noche.</p>	<p>INTERVENCION.</p> <p>185001 - Mejorar el sueño</p> <p>-Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.</p> <p>Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia..</p> <p>- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no</p>	<p>EVALUACION.</p> <p>Paciente mejora patrón de sueño, evidenciando no refiere pastilla para dormir.</p>
--	--	--	---	---

			<p>farmacológicas de inducción del sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponer / llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. - Fomentar el aumento de las horas de sueño si fuera necesario. - Disponer siestecillas durante el día, si se indica, para cumplir con las necesidades del sueño. <p>Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares;</p>	
--	--	--	--	--

			<p>permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño / vigilia del paciente.- Instruir al paciente y a los seres queridos acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales), que	
--	--	--	---	--

			<p>contribuyan a trastornar el esquema del sueño.</p> <ul style="list-style-type: none">- Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresores de la fase REM.- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales. <p>Comentar con el paciente y la familia, medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo.</p>	
--	--	--	--	--

<p>DOMINIO 7 ROL-RELACIONES Clase 0001 roles de cuidador.</p> <p>Procesos familiares disfuncionales 00063: alcoholismo.</p> <p>Datos objetivos. Mantiene relaciones familiares con sus abuelos, la madre le visita de vez en cuando porque tiene otra pareja. Datos subjetivos. vivo con mis abuelos, porque mi mamá tiene otra pareja, de vez en cuando viene a visitarnos.</p>	<p>00063. Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo r/ disfunción familiar, entorno de amigos. e/p “vivo con mis abuelos, porque mi mamá tiene otra pareja, de vez en cuando viene a visitarnos.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente mejorara la integración en los miembros de las familias disfuncionales.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente lograra integrarse con los miembros de la familia.</p>	<p>Respetar la intimidad individual de los miembros de la familia. - Disponer intimidad para la familia. - Informar a los miembros de la familia de que es segura y aceptable la utilización de expresiones típicas de afecto. - Facilitar la armonía dentro de y entre la familia. - Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del</p>	<p>Paciente se siente estimulada en la integración de los miembros de la familia. e/p “ paciente logra vivir con la madre y los demás miembros de la familia.</p>
--	---	---	--	---

			<p>paciente, de acuerdo con los deseos de éste.</p> <ul style="list-style-type: none">- Colaborar con la familia en la solución de problemas.- Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas.- Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.- Acordar la realización de los cuidados que han de prestarse al paciente por parte de la familia, si resulta oportuno.- Programar las visitas familiares.	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none">- Remitir a los familiares a grupos de apoyo de otras familias, que experimenten problemas similares.- Remitir a terapia familiar, si es preciso.	
--	--	--	--	--

<p>DOMINIO 6 AUTOCONCEPTO Y AUTOPERCECION Clase 1 Auto concepto. Baja estima situacional cod 00120. Datos objetivos</p> <p>Se observa preocupada por su entorno social, con sentimientos de culpa por su pareja que tiene una hija, que sabe que su pareja se va a dar cuenta que ella lo ama, con pensamientos de ir al albergue y no con su mamá.</p> <p>Datos subjetivos</p> <p>“ Srta quisiera ir al albergue, no quiero ir con</p>	<p>00120 Auto concepto.</p> <p>Baja estima situacional r/ a su apariencia física e/ Srta quisiera ir al albergue, no quiero ir con mi mamá, he tomado pastillas porque quería llamar la atención, ya no voy a tomar alcohol porque es malo para mi salud, voy a terminar mis estudios” mirada triste, hombros</p>	<p>OBJETIVO GENERAL.</p> <p>La paciente mejorar su autoestima con apoyo del equipo de salud</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>la paciente mejora su apariencia física, pensamientos, sentimientos.</p>	<p>INTERVENCIONES</p> <p>Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los 	<p>EVALUACION</p> <p>La paciente mejorar su autoestima con apoyo del equipo de salud evidenciado, estoy arrepentida por todo lo que hice, tengo que estudiar, obedecer a mi mamá, no volveré a tomar pastillas.</p>
--	---	--	--	--

<p>mi mamá, he tomado pastillas porque quería llamar la atención, ya no voy a tomar alcohol porque es malo para mi salud, voy a terminar mis estudios”.</p>	<p>caídos, posición encorvada.</p>		<p>periodos de más ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. - No exigir demasiado el funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado. - Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa 	
---	------------------------------------	--	--	--

CAP.III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES.

1. Se concluye que en los pacientes adolescentes con riesgo suicida tienen escaso apoyo de parte de la familia, de acuerdo al estudio que se realizó en el hospital Nacional Hipólito Unanue, en la unidad de Psiquiatría.
2. Los adolescentes esperan varios días para la entrevista en las unidades de protección al adolescente, de acuerdo al estudio que se realizó en el hospital Nacional Hipólito Unanue, en la unidad de Psiquiatría.
3. Manifiesta riesgo de fuga por la larga estancia hospitalaria. de acuerdo al estudio que se realizó en el hospital Nacional Hipólito Unanue, en la unidad de Psiquiatría.
4. Con los dominios y clases afectadas se planifica los cuidados de enfermería, estableciendo las relaciones de acercamiento a NANDA, NIC y NOC.
5. El personal de enfermería juega un rol muy importante y brinda cuidados humanizados, holísticos con base científica.

RECOMENDACIONES.

1. El profesional de enfermería del Hospital Hipólito Unanue debe trabajar con la familia sobre la importancia del soporte que debe tener la adolescente.
2. Los directivos del Hospital Hipólito Unanue debe implementar un programa de capacitaciones a las diferentes componentes del equipo de salud con la finalidad mejorar la entrevista con los adolescentes.
3. El personal de enfermería del área encargada debe coordinar con los diferentes servicios hospitalarios del establecimiento para la vigilancia permanente de las adolescentes.
4. El profesional de enfermería del Hospital Hipólito Unanue debe planificar el proceso del cuidado de enfermería - NANDA, NIC, NOC en casos de conducta suicida.
5. Concientizar al personal de enfermería, en el cuidado de pacientes con conducta suicida.

II. BIBLIOGRAFIA.

- Freud(se citó en Sierra, 2016).Psicoanálisis y educación: un dialogo de encuetros y desencuentros.Argentina:Teseopres.
Recuperado de <https://www.teseopress.com/psicoanalisisyeducacion/chapter/la-violencia-desde-el-psicoanalisis/>.
- Spiller(se cito en Corpas,2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. Gaseta de ampropología.27(2)art.33.Lebrija.Sevilla.
http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.pdf.
- Nizama, M (2011). Suicidio. Revista Peruana de Epidemiología, vol. 15, núm. 2, pp. 81-85 Lima, Perú.
- Henderson (se citó en Bellido 2010). PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON Y LOS LENGUAJES NNN. Jaén. España. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- Travelbee (Se citó en Gomes 2010). Estudio descriptivo a realizarse en las Unidades de Terapia Intensivas de la ciudad de Río III. Cordoba
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gomez_hugo_alberto.pdf

- Peplau (1990). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Artículo. Cuidarte. Colombia. recuperado <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
- Carmona y Pichardo (2012). Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.20 no.6. recuperado en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600019&script=sci_arttext&tlng=es
- Ministerio de salud.(OMS., 2004). Protocolo Integral para la atención de la conducta Suicida .Lima . Perú
- Organización mundial de la salud.(OMS., 2018). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Coryell. (2019). Trastornos depresivos. College of Medicine at University of Iowa <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
- Ariza .V.(2011). Inicio de la Sexualidad Precoz.

ANEXO

GUIA DE EXAMEN MENTAL

El propósito de este instrumento es permitir al estudiante realizar el examen mental del

paciente asignado, utilizando para ello las técnicas de observación y entrevista, es

necesario que el estudiante adquiera determinadas habilidades en la identificación de

signos y síntomas psiquiátricos.

I. VALORACION

Planeamiento:

1. Datos Generales

Nombre del evaluado

Nombre del evaluador

Fecha: Lugar:

Hora: Duración:

2. Área a evaluarse

3. Objetivos: (Los objetivos se formularan de acuerdo a las áreas mentales a evaluar)

Por ejemplo identificar las alteraciones más frecuentes en el área del pensamiento.

A.- VALORACION PROPIAMENTE DICHA

APARIENCIA GENERAL Y CONDUCTA

1. Apariencia General:

- Postura

Relajado () Oscilante () Tenso ()

Encorvado () Erguido () Inquieto () Torpe ()

- Contextura

Delgado () Obeso () Normal ()

- Estado de higiene

Aliñado () Desaliñado () Pulcro ()

Regular ()

- Vestimenta

Adecuada a la estación ()

No adecuada a la estación ()

2. Conductas:

Observe al paciente considerando las siguientes conductas:

Ansiedad:

Manos húmedas () Inquieto ()

Pupilas dilatadas () Diaforesis ()

Taquicardia ()

Agresiva:

Rostro rojo o claro púrpura ()

Venas de la frente dilatadas ()

Rostro pálido o lívido ()

Ventanas de la nariz dilatadas ()

Postura erguida o encorvada ()

Dientes apretados ()

Brazos levantados y haciendo puño ()

Fruncimiento de cejas muy pronunciadas ()

Depresión:

Postura inmóvil ()

Palidez facial ()

Ojos inexpresivos y con lágrimas ()

Cejas en posición oblicua ()

Extremos de la boca descenden ()

Respiración lenta y floja interrumpida por ()

suspiros profundos

2.1. Conducta Motora e Instintiva

A. CONACION:

Abulia () Hipoabulia ()

Hiperbulia o hiperactividad ()

Impulso () Compulsiones ()

Observación y preguntas sugeridas

¿Tiene interés e iniciativa para realizar actividades?

Ningún interés () poco interés ()

¿Presenta un aumento exagerado de la actividad motora?

Sí () No ()

¿Realiza actos repetitivos asociados a una idea obsesiva?

Sí () No ()

Descríbalo:

.....

.....

.

B. EJECUCION

Reacciones de eco ()

Flexibilidad cerea () Obediencia automática ()

Estereotipia ()

Negativismo ()

Tics () Realice las siguientes

observaciones:

- Presenta dificultad para realizar actividades que requieren cierto nivel de complejidad psicomotora. Por ejm: dificultad para vestirse y de realizar actividades gráficas,

- El paciente repite constantemente movimientos cuyo contenido carece de nexo con la vida actual del paciente.

- Presenta movimientos musculares locales rápidos espasmódicos, de forma involuntaria, aislado, inesperado, repetitivo, frecuente, sin propósito y a intervalos irregulares, en una o más partes del cuerpo.

Ejemplo: Movimientos de la cabeza, hacia un lado, estiramiento del cuello, torsión de la comisura de los labios y párpados.

C. ACTIVIDAD

Hiperactividad () Hipoactividad ()

Acatisia () Estupor ()

2.1.2. ALTERACIONES DEL APETITO

Anorexia () Hiporexia ()

Bulimia o Hiperorexia () Pica ()

Realice las siguientes observaciones:

- Presenta falta total del deseo de comer, se le observa muy delgada.
- Presenta poco deseo de alimentarse
- Presenta una tendencia exagerada de alimentarse en un periodo corto de tiempo.
- Ingiere sustancias que no son nutritivas. Ejemplo: papel, tierra, etc.

2.1.3. ALTERACIONES DEL SUEÑO

Insomnio () Hipersomnio ()

Somnolencia () Inversión del ritmo del sueño ()

Pesadilla ()

3. Actitud hacia el Examinador:

Cooperador () no cooperador () atento () hostil ()

Desconfiado () agresivo ()

Indiferente () evasivo ()

II. LENGUAJE

tartamudez () palilalia ()

bradilalia () ecolalia ()

disartria () incoherencia ()

neologismo () coprolalia () mutismo () verborrea ()

Realice las siguientes observaciones:

- Presenta un lenguaje rápido, no se deja interrumpir
- Presenta dificultad en el hablar, voz baja y articulación torpe.

III. ESTADO AFECTIVO

Realice las siguientes preguntas:

¿Cómo se encuentra usted en este momento?

Vigor () fatiga () Sensación de bienestar ()

sensación de ligereza () desasosiego ()

¿Cómo está su ánimo?

(Sentimiento que experimenta el paciente)

Alegría () pena ()

Confianza () temor ()

Tristeza () miedo ()

Malestar () desamparo ()

Nostalgia () desesperanza ()

Cólera () Ira () .

IV. PENSAMIENTO

CURSO:

Fuga de ideas () disgregación ()

Pensamiento inhibido () bloqueo ()

Circunstancial () taquipsia ()

Perseveración () incoherencia ()

Realice las siguientes observaciones:

- Presenta un discurso que varía continuamente de tema, es acelerado y el contenido de sus pensamientos está formado principalmente por asonancias.
- Presenta lentitud del curso del pensamiento y dificultad para asociar las ideas.
- Repite en forma automática y frecuente las mismas palabras o ideas y el contenido reproducido carece de sentido.
- Presenta un pensamiento fragmentado o desorganizado, con frases y palabras sueltas, que se unen unas a otras sin orden.
- La conversación se detiene bruscamente a la mitad de una frase, es

incapaz de explicar la causa de interrupción. Reanuda la conversación con otro tema.

CONTENIDO

Delirio de grandeza () Ideas de daño ()

Delirio de persecución () Ideas de poder ()

Ideas de referencia () Ideas místicas ()

Pensamiento mágico () Ideas homicidas

Ideas obsesivas () Delusión nihilística ()

Fobias () Creencia en el poder mágico ()

Eco del pensamiento ()

Ideación suicida () Enajenación del pensamiento ()

Sustracción del pensamiento () Publicación del pensamiento ()

V. PERCEPCIÓN

1. Ilusiones

Paciente interpreta erróneamente un estímulo real existente.

2. Pseudopercepciones

Auditiva () visuales () táctiles ()

Olfativas () cinestésicas () parestésicas ()

Preguntas sugeridas:

AUDITIVAS

- ¿Está Ud. escuchando voces en estos momentos?
- ¿Qué le están diciendo las voces?
- ¿Las voces que escucha viene de afuera o están dentro de su cabeza?
- ¿Ud. reconoce de quienes son las voces? Hombre o Mujer
- ¿Qué siente Ud. cuando escucha las voces?

VISUALES

- ¿Qué es lo que Ud. está viendo?
- ¿Qué forma tiene lo que Ud. está viendo?

TACTILES

- ¿Qué es lo que siente Ud. en la piel?
- ¿Con qué frecuencia le ocurre esta molestia?

OLFATORIAS

- ¿Cuál es la razón por la cual Ud. está con la nariz tapada con papel higiénico?

- ¿Siente olor desagradable? ¿Cuáles son?

GUSTATIVAS

- ¿Percibe sabores desagradables? ¿Cuáles son?

CINESTESICAS

- ¿Siente que una parte de su cuerpo se inmoviliza?

- ¿Siente la sensación de ser herido o quemado por algo o alguien?

VI. FUNCIONES SENSORIALES

1. SENSORIO

Lúcido () alerta () lúcido pero distraído ()

Letárgico () estuporoso ()

2. ORIENTACION

Tiempo: día () mes () año () día de la semana ()

Lugar: piso () ciudad () Provincia () departamento ()

3. MEMORIA INMEDIATA ()

Mencionar por ejemplo: mesa, jardín, carro y pedir que el paciente repita.

Preguntas sugeridas:

- ¿Qué desayunó Ud. hoy?

- ¿Qué hizo cuando se levantó de la cama?

- ¿Ayer que actividades realizó Ud.?

MEDIATA

Preguntas sugeridas:

- Dígame Ud. ¿Cómo empezó su enfermedad?

- ¿Dónde ha vivido los últimos 5 años?

- ¿Con quién vivía?

- ¿Con quién, trabajaba?

- ¿Qué eventos importantes han ocurrido en su vida en los últimos 5 años?

REMOTA

Preguntas sugeridas:

- ¿Cuénteme como fue su niñez?

- ¿Cuénteme como fue su adolescencia

- ¿Qué cosas le gustaba hacer más en la escuela?

- ¿En qué fecha es el cumpleaños de sus padres?

4. INFORMACION GENERAL

Preguntar al paciente por ejemplo:

- ¿Quién es Presidente actual y sus antecesores inmediatos?

- Mencione 5 ciudades importantes del Perú.

- ¿Qué actividades realizan en este hospital?

- ¿Qué acontecimiento estamos viviendo actualmente en el país y en el mundo?

5. CONCENTRACIÓN

Repetir dígitos: 5, 3,1,7,8,6

(el adulto como inteligencia normal repite 7 ú 8 dígitos)

6. ATENCION

Por ejemplo:

- Indicar al paciente que cada vez que escuche los números 4 y 5 levante la mano derecha.

- Indicar al paciente que repita la palabra MUNDO al revés (ODNUM)

7. GNOSIA (CONOCIMIENTO)

Función Lenguaje sí () no ()

- Mostrar dos objetos (cualquiera)

- Mostrar tres colores

- Mostrar tres dibujos

Función escrita sí () no ()

Pedir que el paciente escriba su nombre y su dirección

Orden Oral sí () no ()

Ejemplo: Tomar un papel con la mano derecha doblada a la mitad y colocarla en el piso (total tres órdenes

8. INSIHT (CAPACIDAD DE REFLEXION)

- Pedir al paciente que con sus propias palabras de su impresión acerca de su enfermedad.

- ¿Está consciente de ella? ¿o lo niega?

- ¿Se da cuenta de los errores cometidos?

- ¿Es responsable de su conducta?

