

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA  
CRUZ ROJA MEXICANA  
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ  
CLAVE INCORPORACIÓN 8715/12**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN  
PACIENTE CON ALTERACION PATRÓN TOLERANCIA AL  
ESTRÉS VALORADO DE ACUERDO A LOS PATRONES  
FUNCIONALES MARJORY GORDON, NANDA, NIC Y NOC.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA  
ANA CRISTINA JUÁREZ CRUZ  
CUENTA 412508855**

**ASESORA  
DRA.GANDHY PONCE GÓMEZ  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**SAN LUIS POTOSÍ, MAYO 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"HAY UNA FUERZA MOTRIZ MAS PODEROSA QUE EL VAPOR, LA ELECTRICIDAD Y LA ENERGIA ATOMICA: LA VOLUNTAD"

### AGRADECIMIENTOS

*Agradezco infinitamente a mi Dios*

*Tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites  
Sonreír antes todos mis logros que son resultados de  
Tu ayuda y cuando caigo, me pones aprueba, por guiarme y  
Hacerme de mí una persona muy fuerte, gracias a tí  
Confío en mí y mis logros.*

*A mi querida madre que gracias a ella  
He logrado mis objetivos por ser parte esencial  
En mi vida por permitirme ser tu cuando más te necesito  
Por nunca dejarme sola y orientarme y darme fuerzas cuando  
Siento que todo se derrumba.*

*A mi querido padre que gracias a sus consejos  
Sus sabias palabras, por su amor infinito por  
Tener las palabras exactas cuando las necesito  
Por ser parte importante en mi carrera, los sacrificios  
Que haces por mí son valorados infinitamente.*

*A mis hermanos Daniel, Janeth, Jesus y Uriel  
Son importantes en mi vida, su apoyo incondicional,  
Es lo mas importantes en mi vida, los amo con*

*Todo mí ser.*

*A mí esposo Israel por ser esa otra mitad en mí  
Por apoyarme en todo momento, por los desvelos,  
Las ganas que pones ante tu familia, te agradezco  
Infinítamente y sabes que te amo con todo mí corazón*

*A mis amadas y queridas Hijas Renata y Marina  
Mí apoyo, mí motor, mis ganas de seguir adelante  
Son ustedes a quien agradezco infinitamente  
Son ustedes quien me motiva día a día a seguir adelante  
Las amo con todo mí ser son y serán lo más importante  
En mí vida mis amadas princesas.*

*A mí Escuela de Enfermería Cruz Roja Mexicana  
Por lograr formarme y orientarme en todo proceso  
A lo largo de mi carrera profesional como enfermera  
Por orientarme y ser de mí una gran profesionista,  
A mis queridos maestras y mis compañeros  
que estuvieron a lo largo de mi carrera.*

*Un agradecimiento a mi Querida profesora Doctora Gandhi Ponce  
Porque sin aún conocerme, creyó en mí y mis conocimientos  
Por su lealtad, sus conocimientos, su sabiduría  
Su paciencia y ser una gran líder y una gran profesora  
A lo largo de mi proyecto, tiene la admiración y gran respeto  
Estaré eternamente agradecida con usted.*

## DEDICATORIA

Este Trabajo es dedicado a todas aquellas personas que creyeron y creen en mí, sin importar las circunstancias o los desafíos que se me atravesaron durante el período de mi preparación como enfermera.

A mis amados padres que con su apoyo incondicional estuvieron conmigo en los momentos más difíciles, creyeron en mí en toda circunstancia y obstáculo que se puso enfrente de mí, por ayudarme en todo momento, por orientarme y darme su amor y apoyo incondicional.

A mis amadas Hijas Marina y Renata que son mi motivación día con día para poder superarme y esforzarme constantemente, y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados, que sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas, y ayudarme a ser una mejor persona

A mis hermanos, sobrinos y demás familia en general por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de mi carrera universitaria .

## Contenido

I.	INTRODUCCIÓN .....	1
II.	JUSTIFICACIÓN .....	3
III.	OBJETIVO .....	4
	3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	4
IV.	<b>METODOLOGÍA</b> .....	5
V.	MARCO TEÓRICO .....	6
	5.1 CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO EN ENFERMERIA .....	6
	5.2 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA Y SUS ETAPAS .....	8
	5.2. MARJORY GORDON .....	10
	5.3. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON .....	11
	5.4. ESQUIZOFRENIA.....	13
	EPIDEMIOLOGÍA .....	14
	5.5. ANATOMÍA Y FISILOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL .....	14
	5.6. FISIOPATOLOGIA .....	17
	5.7 ETIOLOGIA .....	18
	5.8. FACTORES DE RIESGO .....	20
VI.	<b>PRESENTACIÓN DEL CASO</b> .....	23
	6.1 VALORACIÓN FISICA .....	24
VII.	<b>VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONES DE MARJORY GORDON</b> .....	26
	7.1 PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD .....	26
	7.2 PATRÓN NUTRICIONAL METABOLICO .....	26
	7.3 PATRÓN DE ELIMINACIÓN .....	26
	7.4 PATRÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO .....	26
	7.5 PATRÓN SUEÑO Y DESCANZO.....	27
	7.6 PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL .....	27
	7.7 PATRÓN AUTOPERCEPCION – AUTO CONCEPTO .....	27
	7.8 PATRÓN ROL-RELACIONES.....	27
	7.9 PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCION .....	27
	7.10 PATRÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS .....	28
	7.11 PATRÓN VALORES - CREENCIAS.....	28
VIII.	<b>PLAN DE ATENCIÓN</b> .....	29
	8.1 ANSIEDAD (00146).....	29
	8.2 DUELO COMPLICADO .....	30
IX.	<b>PLAN DE ALTA</b> .....	31

X. CONCLUSIONES .....	33
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

## I. INTRODUCCIÓN

La enfermería es, hoy, una disciplina compleja del área de salud, con un gran impacto social que, constantemente, aumenta sus funciones para satisfacer las necesidades que impone el cuidado de la salud en un mundo en cambio. Como tal ciencia cuenta con principios propios, pero por su carácter de profesión vinculante debe nutrirse de los conocimientos alcanzados por las ciencias médicas, a su vez sustentadas por avances en biología, sociología y psicología. De esta forma, el enfermero se caracteriza por poseer una sólida formación teórico y práctica que le permite un desempeño altamente cualificado en sus funciones asistencial, docente, gestora e investigadora.

La esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento. Es la forma más frecuente de trastorno mental severo y afecta a una persona de cada 100. Es poco frecuente antes de la pubertad y más probable que comience entre los 15 y los 35 años. Esta enfermedad con frecuencia dura toda la vida.

Tiende a aparecer en familias. Un niño que tiene un padre con esquizofrenia tiene una probabilidad entre 10 de desarrollar esquizofrenia. Las infecciones virales durante el embarazo, complicaciones en el parto, crecer en el centro de grandes ciudades y el uso de drogas también parecen jugar un papel en el desarrollo de esta enfermedad. La estructura y química del cerebro pueden estar afectadas, pero no existe una prueba simple para su diagnóstico hasta el momento.

Para hacer frente a las necesidades en el ámbito de la enfermería para un desarrollo profesional se nos brinda varias teorías sobre el actuar de enfermería y sus aplicaciones, una de ellas es la teoría en patrones funcionales de Marjory Gordon.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

El profesional de enfermería se caracteriza por ser capaz de interpretar el medio en el que se desenvuelve, realizando la integración de los componentes biopsicosociales en el ser humano y su entorno, lo cual proviene de haber adquirido una amplia formación académica, constructivista, social, humanística, científica, técnica y sólidos principios ético-morales.

El presente trabajo se aborda de esquizofrenia, y cómo influye en una vida cotidiana de una persona y todos los que la rodean en su entorno. La constancia del trabajo y la disciplina son muy importantes. La elaboración de un plan de cuidados acerca de esquizofrenia, una patología que afecta desde adolescentes hasta la gente adulta. La causa más común son los delirios o las ideas delirantes.

Los Objetivos principales es capacitar y/u orientar para eliminar mitos sobre el padecimiento, identificar oportunamente a las personas con esquizofrenia para un tratamiento adecuado, conocer los signos y síntomas de la enfermedad, informar correctamente sobre todo lo relacionado sobre esta enfermedad; además de los objetivos específicos y generales se logrará ejecutar dicho proceso, así como metodología de valoración del caso y el modelo teórico realizado.

El personal de enfermería debe brindar al paciente y familiar la orientación adecuada para evitar complicaciones o problemas al futuro.

Se incluye conclusiones sobre el caso, así como sugerencias y bibliografías.

## II. JUSTIFICACIÓN

El proceso de atención de enfermería, también denominado Proceso de Enfermería (PE) o Proceso de Atención de enfermería (PAE), es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

El presente PAE se implementó en la Institución “EVERARDO NEUMAN “en sala “c” de hombres a una persona de sexo masculino de 51 años de edad; implantando los cuidados de enfermería para el mejoramiento de su estado de salud físico y emocional del paciente.

Así como una pronta recuperación para la prevención de complicaciones dentro de la clínica psiquiátrica.

### III. OBJETIVO

Aplicar los conocimientos teóricos, por medio del proceso cuidado enfermero al paciente, en sala "C" en la clínica psiquiátrica "Everardo Neumann" a una persona con Alteración del Patrón Tolerancia al estrés ; de acuerdo a los fundamentos Marjory Gordon.

#### 3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Valorar al Paciente con esquizofrenia mediante la valoración de Marjory Gordon.
2. Utilizar la metodología de la investigación en enfermería como herramienta de conocimiento para describir y explicar los fenómenos relacionados con el cuidado de la salud
3. Brindar una atención de calidad eficaz y eficiente que permite al paciente reintegrarse lo más pronto posible a su entorno

## IV. METODOLOGÍA

El presente caso clínico dio inicio el día 23 de marzo del 2015 en la sala “c” de hombres, la forma en que se realizó el siguiente caso clínico fue por medio de patrones funcionales, valoración focalizada y un pequeño test de ansiedad, enfocándose en las necesidades del paciente físico, biológicas, y emocionales que presentaba.

Se le dio un seguimiento desde su el momento de su recibimiento, al paciente en la unidad de consulta realizando el protocolo indicado, además de recibirlo en el momento en que llego a consulta.

Se realizó una investigación de su padecimiento actual, así como un diagnóstico médico para realizar nuestra valoración y complementación de conocimientos.

Se mantiene en estancia durante tres días con un familiar, para poder llevar acabo las recaídas, y así dar seguimiento e indicarle una sala.

## V. MARCO TEÓRICO

### 5.1 CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO EN ENFERMERIA

El primer desarrollo teórico de los cuidados de enfermería como tal, se lo debemos a Florence Nightingale. La fundadora de la enfermería profesional es una exponente apasionada de las teorías de medicina social y epidemiología, en las que recoge las mejores tradiciones del pensamiento científico en salud de su época, y las combina con esta corriente ancestral de cuidados femeninos, dando alas primeras enfermeras profesionales un prestigio y un aura de intangibilidad irreprochable <sup>1</sup>

Nightingale considera a la persona según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad su responsabilidad para cambiar la situación existente Esta visión de los cuidados de enfermería, implica una capacitación formal, ya que es a la vez un arte y una ciencia <sup>2</sup>

A medida que los hospitales y las técnicas médicas van complejizándose a la par de los descubrimientos científicos, los cuidados de salud se van centrando cada vez más en la patología, circunscribiéndose a la intervención clínica, orientada específicamente al órgano, al tejido, y se pierde el valor de la visión holística, de la cual la enfermería y sus cuidados originalmente hacen eje. La formación de las enfermeras se va subsumiendo cada vez más al rol de auxiliar médico. El rol autónomo de la profesión va quedando así relegado a un segundo plano, tanto hacia dentro del colectivo profesional como de cara a la sociedad. <sup>4</sup> La producción de aportes teóricos y avances en el estudio de los cuidados enfermeros queda desplazada por las investigaciones y desarrollos centrados en la visión y en las necesidades y requisitos de los procedimientos médicos. <sup>5</sup>

Predomina lo que se conoce como Paradigma de la Categorización, cuyas características principales son el predominio metodológico del positivismo empirista, una visión reduccionista del ser como “suma de las partes” que produce una fragmentación del conocimiento, dando lugar a “especialistas” cada vez más ignorantes.

Surge así una revalorización de la persona como sujeto de los cuidados enfermeros, entendida como ser multidimensional, que presenta aspectos tanto físicos, como mentales y sociales. Este cambio de paradigma, que se llamara de Integración, permitirá orientar los desarrollos teóricos de los cuidados enfermeros no solo hacia el análisis de las distintas partes que componen a la persona y sus relaciones entre sí, sino que incorporara el contexto como un factor determinante para planificar y evaluar las intervenciones de enfermería. La búsqueda de relaciones causales se transforma de una visión lineal a una interpretación circular de la interacción

Se abre entonces el campo para desentrañar el aporte original de la disciplina enfermera al conjunto de la ciencia, en toda su complejidad ontológica: el cuidado humano, que involucra al “ser cuidador”, al “ser cuidado” y al “proceso de cuidar”<sup>1</sup> Ahora la colaboración interdisciplinaria es posible, demarcando a su vez y reforzando la propia identidad científica en la complejizarían y enriquecimiento del objeto de estudio propio. El paciente ya no se visualiza como objeto pasivo de la práctica, sino que se afirma en su individualidad y se valoriza sus vivencias particulares, esperándose de la colaboración en el tratamiento.

Desde este paradigma es posible abordar el objeto de estudio de la enfermería, los cuidados humanos, desde una perspectiva compleja, ligando el todo a las partes y las partes al todo, y las relaciones de las partes entre sí. Conectando lo separado y reconociendo lo singular. Este cambio de paradigma recibe las influencias de la Física Quántica y el pensamiento Posmoderno, para intentar superar la fragmentación desconocimiento producida por el pensamiento hegemónico, aceptando la incertidumbre, el desorden y la ambigüedad como características necesarias del contexto entramado del fenómeno social, que posibilitan su comprensión para transformarlo.

Esto requiere un pensamiento poli céntrico, es decir un pensamiento capaz de apuntar a una universalidad de conceptos, pero no desde la abstracción, sino incorporando la conciencia de la unidad/diversidad que tiene hoy la problemática de

la condición humana, alimentada de las culturas del mundo. Lograr este análisis poli céntrico es la finalidad de la investigación científica del futuro, para lograr construir una identidad y conciencia de ser ciudadanos terrestres.

## 5.2 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA Y SUS ETAPAS

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo 6

### **EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ES:**

- *Sistemático.* Como el método de solución de problemas, consta de cinco fases que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.
- *Dinámico.* A medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre las distintas fases del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final. Por ejemplo, las enfermeras principiantes con frecuencia necesitan valorar metódicamente a un usuario antes de llegar a formular un diagnóstico, mientras que las enfermeras expertas con frecuencia sospechan de inmediato la presencia de un determinado diagnóstico y luego valoran más estrechamente a la persona para determinar si es correcto o no. 6
- *Humanístico.* Porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad. Como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, ver el ser humano de una manera holística. Nos esforzaremos por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria 6.

Centrado en los objetivos (resultados). Las fases del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos más específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar 7

El proceso enfermero proporciona la base para los exámenes para la provisión de plazas en el sistema público de salud, por lo que necesita estar familiarizada con él para poder responder a las preguntas. Cada vez dependemos más de los planes de cuidados estandarizados y computarizados; para poder usar esta información de manera segura, debe dominar los principios que rigen el proceso enfermero. Sólo cuando sea una enfermera que se rige por la reflexión, en vez de una enfermera centrada en las tareas, estará en el mundo actual. Sólo entonces será capaz de pensar críticamente sobre cómo lograr los objetivos finales enfermeros para:

- Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (en las enfermedades terminales para controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte).
- Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.
- Hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario al administrarle cuidados de salud.

## FASES DEL PROCESO ENFERMERO

1. Valoración. Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal de riesgo que pueden generar problemas de salud (por ej. Tabaquismo). También puede buscar evidencias de los recursos con que cuenta el cliente.
2. Diagnóstico (identificación de los problemas). Analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.
3. Planificación. Aquí hay que realizar cuatro cosas clave, que son:
  - Determinar las prioridades inmediatas. ¿Qué problemas requieren una atención inmediata? ¿Cuáles pueden esperar? ¿En cuáles debe centrarse la enfermera? ¿Cuáles puede delegar o referir a otros? ¿Cuáles requieren un enfoque multidisciplinar?
  - Fijar los objetivos (resultados) esperados. Exactamente, ¿Cómo se beneficiará la persona de los cuidados enfermeros? ¿Qué podrá hacer el usuario y cuándo?
  - Determinar las intervenciones. ¿Qué intervenciones, acciones enfermeras, prescribirá para prevenir o tratar los problemas y lograr los objetivos?
  - Anotar o individualizar el plan de cuidados. ¿Escribirá su propio plan o adaptará un plan estándar o computarizado para responder a la situación específica del usuario?
5. Ejecución. Puesta en práctica del plan –pero no solo actuar-. Piense y reflexione sobre lo que está haciendo.
6. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Continúe con su planeación o modifíquela si es necesario.

### 5.2. MARJORY GORDON

Fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon. Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA. Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en 2009.

La doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts. fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College.

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes.

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. <sup>8</sup>

Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts (USA).

### 5.3. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero. Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982). Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una

manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independiente. 9

Toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

- ✓ **PATRÓN 1: Percepción - manejo de la salud:** Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.
- ✓ **PATRÓN 2: Nutricional -Metabólico:** Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta
- ✓ **PATRÓN 3: Eliminación** Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.
- ✓ **PATRÓN 4: Actividad -Ejercicio:** Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.
- ✓ **PATRÓN 5: Sueño – Descanso:** Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

- ✓ **PATRÓN 6: Cognitivo- Perceptual:** En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección
- ✓ **PATRÓN 7: Autopercepción -Auto concepto:** Describe el patrón de auto concepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal
- ✓ **PATRÓN 8: Rol-Relaciones:** Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.
- ✓ **PATRÓN 9 Sexualidad – Reproducción:** Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.
- ✓ **PATRÓN 10: Adaptación -Tolerancia al estrés:** Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.
- ✓ **PATRÓN 11: Valores -Creencias:** Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

#### 5.4. ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento. Es la forma más frecuente de trastorno mental

severo y afecta a una persona de cada 100. Es poco frecuente antes de la pubertad y más probable que comience entre los 15 y los 35 años. Esta enfermedad con frecuencia dura toda la vida. <sup>10</sup>

## EPIDEMIOLOGÍA

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios.

En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas. <sup>11</sup>

Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos.

La facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral son medidas eficaces de apoyo a las personas que padecen esquizofrenia.

## 5.5. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

### Estructura y función del sistema nervioso

#### **I. Estructuras**

El sistema neurológico se compone de dos divisiones principales, el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico.

El sistema nervioso autónomo (SNA) se compone de dos elementos centrales y periféricos.

**El SNC** está compuesto por el cerebro y la médula espinal.

**El SNP** se compone de los 12 pares de los nervios craneales y los 31 pares de los nervios espinales.

**Las ANS** está compuesto por eferente visceral y el aferente visceral núcleos en el cerebro y la médula espinal.

**División periférica** se compone de eferente visceral y fibras nerviosas aferentes, así como los ganglios autónomos y sensorial.

La duramadre es una estructura de tejido fibroso, conectivo que contiene varios vasos sanguíneos.

**La aracnoides** es una membrana serosa delicada.

**La pía madre** es una membrana vascular.

**Médula espinal** se extiende desde el bulbo raquídeo hasta el borde inferior de la primera vértebra lumbar.

Contiene millones de fibras nerviosas, y se compone de 31 – 8 nervios cervicales, 12 torácicos, 5 lumbares, sacro y 5.

Fluidos D. cefalorraquídeo (LCR) formas en los ventrículos laterales en el plexo coroideo de la pía madre.

Fluye a través del foramen de Monro en el tercer ventrículo, a continuación, a través del acueducto de Silvio con el cuarto ventrículo. CSF sale del cuarto ventrículo por el foramen de Magendie y los dos forámenes de Lusk.

Se pasa entonces a la magna la cisterna, y, finalmente, que circula en el espacio subaracnoideo de la médula espinal, bañando el cerebro y la médula espinal. <sup>12</sup>

El fluido es absorbido por la membrana aracnoide.

#### FISIOLOGIA

La dopamina es un mensajero químico (neurotransmisor) del sistema nervioso central. Activa 5 tipos de receptores celulares de dopamina, del D1 al D5.

Esta sustancia, aunque es producida en diferentes partes del cerebro encuentra su fábrica principal en la sustancia negra .Pero así mismo también es una hormona que puede ser liberada por el hipotálamo, pero en este caso más como función de inhibir la producción de prolactina de la hipófisis.

La dopamina no puede atravesar la barrera hematoencefálica por lo que su administración como droga no afecta al sistema nervioso central. La L-, el precursor sintético de la dopamina, en cambio si la cruza. <sup>13</sup>

La dopamina es precursor de la norepinefrina y la epinefrina. La dopamina se ve modulada por la serotonina. Cuando la dopamina disminuye también lo hacen las endorfinas

La mayor abundancia de neuronas dopaminérgicas la encontramos en el área tegmen tal ventral , la sustancia negra y el hipotálamo. Los axones de las neuronas de estas áreas utilizan 4 vías para comunicarse con el resto del cerebro:

La vía mesocortical: Transporta la dopamina desde el VTA hasta la corteza frontal.

La vía mesolímbica: Transporta la dopamina desde el área ventral tegmental (VTA) hasta el núcleo accumbens.

La vía nigrostriatal: Transporta la dopamina desde la sustancia negra hasta el cuerpo estriado. Asociada sobre todo al sistema motor.

La vía tuberoinfundibular: Transporta la dopamina desde el hipotálamo hasta la glándula hipófisis

Entre las funciones más conocidas de la dopamina encontramos: Aumento de la frecuencia y presión cardíaca, regula el sueño, la atención y la actividad motora.

En el lóbulo frontal regula funciones como la memoria, la atención y la solución de problemas. Es también vital en la regulación del humor.

Se considera a la dopamina el centro del placer, ya que regula la motivación y el deseo y hace que repitamos conductas que nos proporcionan beneficios o placer. Se libera tanto con estímulos agradable como con desagradables, haciendo que

nos aproximemos o conseguir más o que los evitemos si el resultado es desagradable.

Uno de los papeles más importantes de la dopamina es la regulación del aprendizaje, concretamente el aprendizaje por condicionamiento. Las neuronas dopaminérgicas responden cuando se les presenta una recompensa inesperada, con apareamientos repetidos esta respuesta se traslada al inicio del estímulo. Cuando la recompensa esperada se omite las neuronas se deprimen. Este sistema es clave en nuestro aprendizaje. <sup>14</sup>

## 5.6. FISIOPATOLOGÍA

La esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento.

La esquizofrenia afecta a diferentes personas de forma diferente. Existen dos formas de grupos: “positivos” y “negativos”. Las personas que sufren la enfermedad normalmente tienen una mezcla de los dos.

### **Síntomas positivos:**

Delirios. Esto significa mantener creencias que no sólo no son ciertas, sino que pueden parecer incluso bastante extrañas. Si intentas discutir estas creencias, encontrarás que el que las tiene las mantendrá a pesar de que exista mucha evidencia en su contra. Trastorno del pensamiento. Esto es una dificultad para pensar con claridad. Será difícil entenderlos porque sus frases parecen no tener sentido: pueden saltar de una idea a otra, perdiendo el tema del que están intentando hablar. Alucinaciones. Estas son cuando ves, oyes, hueles o sientes algo que no está ahí. Por ejemplo, la alucinación más común que la gente experimenta es la de oír voces. Estas voces parecen absolutamente reales, pueden asustar y hacer creer que la gente te está observando, escuchando o molestando. La gente

joven que tiene estas experiencias puede parecer suspicaz y actuar de una forma extraña. Por ejemplo, hablar o reír para sí misma como si estuviera hablando con alguien que no está. Esto es bastante diferente del habla o las risas de los niños pequeños cuando están realizando un juego imaginativo o en su mundo imaginario

#### **. Síntomas negativos:**

Las personas jóvenes que padecen esquizofrenia puede volverse muy inactivas, solitarias y parecer desmotivadas. Parecen perder interés y motivación y pueden dejar de lavarse regularmente o cuidarse de una forma apropiada. Normalmente no pueden concentrarse en un trabajo o en el estudio. Generalmente los síntomas son de una gravedad suficiente como para causar preocupación, tanto en casa como en la escuela. Los síntomas positivos o negativos por sí solos no necesariamente causan esquizofrenia. Síntomas parecidos pueden ocurrir en otras enfermedades, como en una depresiva o como parte de una reacción severa al estrés. . 15

### 5.7 ETIOLOGIA

Las causas de la esquizofrenia han sido objeto de mucho debate, con diversos factores propuestos, resultando algunos favorables y otros modificados o descartados a través de los años. La investigación científica sugiere que la genética, el desarrollo prenatal, el medio ambiente en la vida temprana del individuo, la neurobiología y teorías psicológicas y los procesos sociales, son algunos de los factores más importantes. La investigación actual psiquiátrica en el desarrollo de este trastorno a menudo se basa en un modelo centrado en el desarrollo neurológico.

Aunque no se ha identificado una causa común de la esquizofrenia para todas las personas diagnosticadas con la enfermedad, actualmente la mayoría de los investigadores y los clínicos sugieren que los resultados favorecen una combinación de ambas vulnerabilidades cerebrales (ya sea congénita o adquirida) junto con acontecimientos vitales de la persona después de nacer. Está ampliamente adoptado el método que se conoce como modelo de "vulnerabilidad al estrés",<sup>1</sup> y el debate científico se centra ahora en gran parte sobre la contribución real de cada uno de estos factores al desarrollo y mantenimiento de la esquizofrenia. La

esquizofrenia es más comúnmente diagnosticada por primera vez durante la adolescencia tardía o adultez temprana, lo que sugiere a menudo que es el proceso final de la niñez y la adolescencia. Hay en promedio un inicio un poco antes para los hombres que para mujeres, con la posible influencia de la hormona femenina estrógeno encabezando las hipótesis de la causa de la diferencia de aparición en los dos sexos, y la influencia sociocultural también jugando un papel que aún no se precisa del todo. <sup>16</sup>

## **Genética**

Las evidencias de las investigaciones sobre esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos sugieren que la vulnerabilidad genética y ciertos factores ambientales pueden actuar en conjunto sobre un individuo para dar lugar a un diagnóstico de esquizofrenia. Se ha sugerido que tal vulnerabilidad genética a la esquizofrenia es multifactorial, causada por la interacción de varios genes.

Tanto los estudios de gemelos individuales y los metanálisis de los estudios de gemelos estiman que el riesgo de heredabilidad de la esquizofrenia, es del 80%. Esta estadística se refiere a la proporción de la variación entre individuos de una población que ha sido influenciado por factores genéticos y no al grado de determinación genética de individuos en riesgo. Las tasas de concordancia entre gemelos monocigóticos se acerca al 50%, mientras que los gemelos dicigóticos suele estar en un 17%<sup>16</sup>

## **Prenatales**

Está bien documentado que las complicaciones obstetricas están asociadas con un incremento en la posibilidad de un desarrollo posterior de esquizofrenia en el niño, aunque en su totalidad constituyen un factor de riesgo no específico con un efecto relativamente bajo. Complicaciones obstetricas ocurren en aproximadamente entre el 25 y el 30% de la población y la gran mayoría no desarrolla esquizofrenia, e igualmente la mayoría de los individuos con esquizofrenia no tuvieron problemas obstetricas detectables. Sin embargo, el riesgo promedio aumenta, y tales eventos pueden moderar los efectos de los factores de riesgo genéticos y ambientales. Las

complicaciones específicas o eventos más relacionados a la esquizofrenia, y sus mecanismos de efecto, siguen siendo examinados. 16

## 5.8. FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición.

Es posible desarrollar esquizofrenia con o sin los factores de riesgo listados a continuación. Sin embargo, mientras más factores de riesgo tenga, será mayor su probabilidad de desarrollar esquizofrenia. 17

### Historia Familiar

La esquizofrenia tiene un componente genético. Las personas que tienen un pariente cercano con esquizofrenia son más propensas a desarrollar el trastorno que las personas sin parientes con la enfermedad. Un gemelo monocigótico (idéntico) de una persona con esquizofrenia tiene el riesgo más alto (40%-50%) de desarrollar la enfermedad. Un hijo cuyo padre tiene esquizofrenia tiene una probabilidad del 10% aproximadamente. El riesgo de esquizofrenia en la población general es sólo del 1%.

### Anormalidades Cerebrales

Muchos estudios de personas con esquizofrenia han encontrado anomalías en:

#### Estructura cerebral:

Agrandamiento de las cavidades llenas de líquido, llamadas ventrículos, en el interior del cerebro

Tamaño reducido de ciertas regiones cerebrales

#### Función cerebral:

Actividad metabólica reducida en ciertas regiones cerebrales

Estas anomalías son bastante sutiles y no son características de todas las personas con esquizofrenia. Éstas no ocurren sólo en personas con esta enfermedad. Estudios microscópicos de tejido cerebral después de la muerte también han mostrado pequeños cambios en ciertas células cerebrales en personas con esquizofrenia. Parece que muchos de estos cambios están presentes antes que se enferme una persona. La esquizofrenia puede ser, en parte, un trastorno en el desarrollo cerebral. 17

### Factores Ambientales

La esquizofrenia es más común entre personas que viven en la ciudad, aquellos que viven en el hemisferio norte, y aquellos que nacen durante meses de invierno.

#### Complicaciones Durante el Embarazo o Parto

Las complicaciones durante el embarazo o parto podrían incrementar las probabilidades de que una persona desarrolle esquizofrenia posteriormente en la vida, aunque ninguno de los siguientes factores ha probado ser concluyente. Tales complicaciones incluyen:

Falta de oxígeno durante el embarazo

Sangrado durante el embarazo

Desnutrición materna

Infecciones durante el embarazo

Labor de parto prolongada

Prematuridad

Bajo peso al nacer

#### Pérdida de Padre Durante la Infancia

La pérdida paterna temprana, ya sea por muerte o separación, podría incrementar el riesgo de esquizofrenia (así como otros trastornos psiquiátricos).

#### Factores Socioeconómicos y Culturales

La esquizofrenia es mucho más prevalente en clases socioeconómicas más bajas, posiblemente como resultado de estrés incrementado y mala nutrición. Una explicación alternativa es que las personas que sufren de esquizofrenia descienden a una clase social más baja. <sup>17</sup>

### SIGNOS Y SINTOMAS

#### Síntomas positivos

Ideas delirantes

Alucinaciones

Lenguaje desorganizado

Comportamiento desorganizado

#### Síntomas negativos

Aplanamiento afectivo

Disminución de la fluidez y del pensamiento

Síntomas cognitivos

Los síntomas cognitivos constituyen una merma en la atención, memoria y ciertas funciones ejecutivas que incluyen dificultades de concentración y memoria, tales como falta de atención, lentitud de pensamiento y falta de percepción (comprensión y aceptación) de la enfermedad.

Los pacientes con esquizofrenia pueden sufrir un deterioro de su capacidad en una o varias áreas importantes para la vida, como son las relaciones interpersonales, el trabajo o la formación, la vida familiar, la comunicación y los autocuidados. **18**

## COMPLICACIONES DE ESQUIZOFRENIA

Tener esquizofrenia incrementa su riesgo de:

Desarrollar un problema con el alcohol o las drogas, lo cual se denomina problema de abuso de sustancias. El consumo de alcohol u otras drogas aumenta el riesgo de reaparición de los síntomas.

**19**

Enfermedad física: las personas con esquizofrenia pueden resultar físicamente enfermos, debido a un estilo de vida inactivo y efectos secundarios de los medicamentos. Una enfermedad física puede que no se detecte debido al poco acceso a la atención médica y a las dificultades para comunicarse con los médicos.

Suicidio. **19**

## VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una persona de sexo masculino de 51 años de edad por lo cual acude a la clínica psiquiátrica a área de consulta por presentar alucinaciones y agresividad con su familia, acompañado de una familia por lo cual dice ser su cuñado.

Se le cuestiona sobre su estado actual, para saber el motivo de su agresividad, menciona el cuñado que no ha estado tomando correctamente su tratamiento.

Por lo cual el medico indica toma de laboratorios y se pasarlo en área de observación.

### **Antecedentes Personales:**

- **Patológicos**

Paciente del sexo masculino de 51 años de edad lo cual menciona no tener ninguna otra enfermedad.

- **Antecedentes alérgicos**

Alérgico a los mariscos.

- **Antecedentes quirúrgicos o traumáticos**

No ha presentado ninguna intervención quirúrgica, ni transfusiones sanguíneas.

- **No patológicos**

Paciente presenta una alimentación de 3 comidas al día, consumo de carne 2 veces por semana el consumo de agua es de 2 litros diarios, no acostumbra a tomar refresco, mantiene un adecuado índice de higiene, ya que se baña diario 7 x 7, presenta una buena técnica bucal, tiene una ingesta de alcohol cada fin de semana por lo regular consume tequila y cerveza, no tiene motivo aparente para consumir alcohol, que simplemente lo hace para sobre llevar el fin de semana, no consume tabaco, tiene la tendencia de consumir marihuana todos los días en una cantidad de un cigarrillo, comenzó su consumo a la edad de 17 años, dejo de consumir un largo tiempo y lo retomo a los 40 años, le gusta mantenerse en forma por lo regular

le gusta realizar lagartijas acompañadas de sentadillas y un poco de abdominales, por lo regular trata de realizarlo diariamente, tiene la mayoría de las vacunas en orden.

### **Heredo familiares**

El paciente refiere que su madre vive, con una edad aproximada de 80 años, presentando enfermedades congénitas como diabetes e hipertensión, presenta toxicomanías como lo es el tabaquismo, con enfermedad oncológica de Ca de mama.

El padre vive, con una edad de 85 años, sin enfermedades congénitas, toxicomanías negadas. Refiere que son 11 hermanos, 10 vivos y 1 muerto, evita explicación de la muerte, explica que una de sus hermanas presenta enfermedad mental específicamente esquizofrenia, con toxicomanías presentes como alcohol y tabaquismo.

## 6.1 VALORACIÓN FÍSICA

Se trata de una persona del sexo masculino de 51 año de edad con diagnóstico de esquizofrenia.

Ingresa al servicio de consulta para poder ser llevada a la sala de observación y para poder ser trasladada a una sala correspondiente.

### **• VALORACIÓN CEFALOCAUDAL**

Paciente consiente orientado en sus tres esferas , cráneo normal , cuero cabelludo bien implantado , en algunas partes de presencia de alopecia , cabello con aparentemente frágil , y canoso , ojos simétricos , no se observa alguna secreción o infección , párpados aparentemente sin lesiones aparentes , pupilas normo creativas a la luz , con mirada hacia el suelo , tabique centrado , fosas nasales permeables sin secreciones con vellosidades, orejas simétricas , pabellón auricular bien implantado sin secreciones , labios simétricos y rosados , lengua rosada sin

presencia de halitosis , faltan algunas piezas dentales , tórax se procede a la auscultación y palpación , simétrico , columna con alineación vertical , abdomen globoso , con ritmos cardiacos normales , con vello abundante , con presencia de tatuajes en brazo izquierdo y antebrazo , sin presencia de heridas , dedos sin lesiones visibles , uñas cortadas sin presencia de micosis u alteraciones , genitales no valorables.

Peso :104.5 Kg

Talla: 1.87 cm

FC: 88x

FR: 18x

T/A 130/80

T°: 36.6 °

## VII. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONES DE MARJORY GORDON

### 7.1 PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD

Paciente masculino de 51 años de edad ingresa a la clínica psiquiátrica por el área de consultas para ser valorado por presentar agresividad y alucinaciones, mamá con hipertensión y diabetes, con enfermedad oncológica cáncer de mama, su estado de salud es estable, procedente San Luis Potosí. Con diagnóstico de esquizofrenia sus condiciones de vivienda son buenas ya que habita en una zona urbana con todos los servicios intradomiciliarios.

Toxicomanías positivas se encuentra en valoración en la sala de consulta no ha recibido transfusión sanguínea, ni nunca ha sido intervenido quirúrgicamente. Su medicación actual es Haloperidol 0.5 mg y Clorpromazida 75 mg.

### 7.2 PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

Paciente que refiere ingerir alientos de 3 a 4 veces al día por vía oral, mucosa oral hidratada sin lesiones aparentes, faltantes de algunas piezas dentales con regular higiene .

### 7.3 PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Paciente refiere evacuar 2 veces al día, y miccionar entre 4 o 5 veces, no refiere dolor ni estreñimiento.

### 7.4 PATRÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Paciente presenta actitud física con signos vitales FR 18x FC 88x T/A 130 /80 , por el momento no pertenece a ningún club deportivo y solo realiza ejercicio por su cuenta , no se ha sometido a ninguna cirugía previa , presenta un llenado capilar de 2 seg , respiración adecuadas, en su tiempo libre se dedica a leer , y escuchar música .

## 7.5 PATRÓN SUEÑO Y DESCANSO

Paciente menciona referir que no puede conciliar el sueño ya que se duerme en lapsos de tiempo, menciona despertar en la madrugada como a las 1 am y no dormir después de que despierta, no toma ningún medicamento para el sueño ni realiza alguna actividad para conciliarlo después.

## 7.6 PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL

Paciente cooperador orientado en sus 3 esferas tiempo, lugar y espacio. No uso de gafas ni de algún aparato auditivo. En ocasiones fijaba la vista hacia abajo.

## 7.7 PATRÓN AUTOPERCEPCION – AUTO CONCEPTO

Al momento de ser valorado se negaba a dirigir algunas cosas, ya que menciona que eso es pregunta de niños de preescolar, presenta inquietud y ansiedad , le gusta leer y escribir eso lo mantiene tranquilo ,menciona haber cambios en su enfermedad ya que él se considera violento y agresivo cuando no sigue su tratamiento cuando es indicado .

## 7.8 PATRÓN ROL-RELACIONES

Paciente menciona ser el segundo hijo de su familia, menciona estar separado de su mujer, tiene una hija de 24 años. Es empleado de la empresa “granito “, ya que con su sueldo se mantiene.

## 7.9 PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Paciente menciona no tener relaciones sexuales, ya que no tiene una pareja estable, menciona tener una hija de 24 años, y no hace algún otro comentario.

#### 7.10 PATRÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente se muestra estresado, intolerante, con ansiedad, ya que menciona estar cansado. Se encuentra deprimido por algo sucesivo que cometió que no quiso mencionar. Se trata de la pérdida de un hijo que el mismo provocó su muerte.

#### 7.11 PATRÓN VALORES - CREENCIAS

Paciente refiere no practicar ninguna religión y no pertenece a ningún club social, practica por su cuenta el deporte.

## VIII.PLAN DE ATENCIÓN

### 8.1 ANSIEDAD (00146)

Dominio 9: Afrontamiento a tolerancia al estrés

Clase 2: Respuesta al afrontamiento

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática , sentimiento de aprensión causado por anticipación de un peligro .Es una señal de alerta que advierte un peligro inminente y permite al individuo tomar medida para afrontarlo . 20

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Paciente masculino de 51 años de edad a la exploración se encuentra con ansioso durante su llegada a la clínica. T/A 130/80 FC 88 FR 18 T° 36.6	Ansiedad F/R expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales M/P cambios del estado de salud y entorno	Llegar a disminuir su ansiedad para que no vuelva a recaer	Administración de medicamento  Escucha activa  Fomento de ejercicio	Ayudar al paciente a tomar su medicación o proporcionarle algún método alternativo  Mostrar interés en el paciente  Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del paciente	Se le logro que el paciente retomara su medicación  Se le brindó apoyo en todo momento para que se sintiera estable  Se le brindo y recibió una respuesta positiva al momento de tomar su medicación

## 8.2 DUELO COMPLICADO

Dominio 9: Afrontamiento a tolerancia al estrés

Clase 2: Respuesta al afrontamiento

Definición Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa en el que la experiencia de sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional. <sup>20</sup>

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
<p>Paciente masculino de 51 años a la observación refiere sentir culpabilidad de una perdida mu cercana a él sin embargo el no comenta nada su familiar comenta sobre la perdida T/A 130/80 FC 88 FR 18 T° 36.6</p>	<p>Duelo Complicado F/R Inestabilidad emocional, muerte de una persona significativa M/P Expresa ansiedad Expresa sentimientos de fatiga Disminución de los roles vitales</p>	<p>Dirigirnos con confianza para que el pueda decirnos y nos platique del suceso que el ocasiono</p>	<p>Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la perdida</p> <p>Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial de la perdida</p>	<p>Establecer una relajación terapéutica con el paciente dejar que se sienta cómodo y con confianza</p> <p>Platicar sobre su duelo, sin juzgarlo</p>	<p>El paciente se estuvo en confianza aunque solo comento que era por la perdida de su hijo que el ocasiono</p> <p>Aunque no dirigió un total del 100 % de su duelo comento el cómo se sentía respecto a ese suceso</p>

## IX. PLAN DE ALTA

Se le brinda a la persona y familiar datos de alarma y se dan a conocer los signos y síntomas más comunes, así como las complicaciones más frecuentes. Se le explica que el tratamiento es de suma importancia, así como porque de cada medicamento y toma de estos en horarios correctos.

Se le pedí apoyo al familiar del paciente que este pendiente de que lleve un buen control en su medicación para y así puede llegar una pronta recuperación y no vuelva a recaer.

### **CUIDADOS ESPECÍFICOS POST-HOSPITALARIOS**

Se le explica la importancia el porque debe de llevar una adecuado control de su medicación ya que por ello son las recaídas , se le indica que debe tener una rica alimentación , tomar abundantes líquidos , y su es posible disminuir la ingesta de alcohol, buscar algún remedio de entretenimiento , para que pueda disminuir o dejar de fumar marihuana.

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA**

- Ansiedad
- Inquietud
- Agresividad
- Alucinaciones
- Falta de apetito
- Falta de interés
- Delirios
- Cefalea intensa
- Insomnio

### **MEDICAMENTOS**

- Haloperidol 0.5 mg 1 Tableta cada 12 horas
- Clorpromazida 75 mg cada 24 horas

### **MANEJO DE ESTRÉS**

- Buscar actividades con familiares o amigo y/o terapias de relajación, ya que esto favorece la disminución del estrés
- Se informa y se platica con los familiares para que vigilen el estado emocional de la paciente y que si observan un aumento del estrés o ansiedad esto se puede asociar con un problema de depresión, esto aumenta la morbi-mortalidad entre un 15% a 45%
- Se sugiere que si se detectan altos niveles de estrés, ansiedad o depresión, solicitar intervención psicológica o psiquiátrica
- Grupos de apoyo, podrá socializar con otras personas que estén pasando por la misma situación

## X. CONCLUSIONES

El tratamiento de la esquizofrenia engloba la farmacoterapia, la psicoterapia y las intervenciones sociales. Hoy en día, los sanitarios tenemos el objetivo no solo de estabilizar al enfermo, sino de ayudarlo a mejorar su calidad de vida, a huir de su desestructurada vida, a su inclusión social, defendiendo siempre autonomía y capacidad para llevar una vida normal.

-Un plan de cuidados de enfermería ha de estar bien elaborado y trabajado de manera interdisciplinar con otros profesionales, ha de ser individualizado para cada paciente y a su contexto familiar y debe incluir la rehabilitación y la integración del enfermo en la sociedad.

Enfermería no es solo una profesión que presta cuidados, se convierte en un cuerpo de conocimientos que le hacen ser autónoma y a la vez parte del equipo de salud.

Gracias a este trabajo he podido adquirir nuevos conocimientos sobre la esquizofrenia; sobre todo he aprendido después de las prácticas y de realizar el trabajo, a conocer e identificar los efectos adversos de la medicación psiquiátrica, un aspecto importante y que es competencia de enfermería la valoración del mismo. pero una vez realizado y terminado me siento orgullosa de haberlo elegido. Me ha servido para aprender la importancia del tratamiento bio –psico-social que debe darse al paciente.

Por otra parte, también como antes ya se ha nombrado, enfermería no solo somos cuidadoras, sino que estamos luchando para poder tomar decisiones propias y poder actuar de forma autónoma, el concepto de enfermera está cambiando, aunque aún queda un largo camino para luchar.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jara NMI. (2000 NOV). ETICA DE LA SALUD COMO ETICA DE LA VIDA. En Gerencia y Políticas de la Salud (86-102). ESPAÑA: HARCOUT.
2. NIGHTINGALE F. (1996). NOTAS SOBRE ENFERMERIA: QUE ES Y QUE NO ES ES. MADRID, ESPAÑA: Salvat.
3. HERNANDEZ CJ. (1998). HISTORIA DE LA ENFERMERIA: UN ANALISI HISTORICO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA. MADRID: INTERAMERICANA.
4. Maria Cecilia Puntel de Almadia. (junio 2015). Cuidado como el objeto de estudio. Educare 21, 5, 45.
5. Jessica Araiza. (6 agosto del 2015). El Cuidado como objeto d estudio. 6 agosto del 2015, de Prezi Sitio web: <https://prezi.com/rqu4rjrp8p4s/el-cuidado-como-objeto-de-estudio-antecedentes-del-cuidado/>
6. Alfaro Levefevre R. (2003). Fomentar el cuidado de colaboración. En Aplicación del proceso enfermero (4). Barcelona: Elsevier doyma.
7. Leininger M. (1994). Conceptos, teorías y prácticas. En La enfermería Transcultural (532). Barcelona: Greyden.
8. Nancy Perez. (15 de noviembre del 2017). Marjory Gordon. 2012, de Prezi Sitio web: <https://prezi.com/ji0fyb9zhqsh/marjory-gordon/>
9. Marjory Gordon. (2003). Manual de diagnósticos enfermeros. España: Eslevier
10. Antonio Ramos Bernal. (2010). Diario de una Enfermedad Mental (esquizofrenia). México: Manantial.
11. Jorge Rodriguez, Roberto Konh. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y caribe. Washington: OPS.
12. Julio C., Martin Garcia-Sancho, . (junio 2009). Tratamientos de la esquizofrenia. Barcelona: AETRM.
13. Arnedo J.Mamah D.. (2015). Relacionan el tipo de esquizofrenia con la anatomía cerebral. 17/11/2015, de Neurologia.com Sitio web: <https://www.neurologia.com/noticia/5420/noticia> .

14. R. Ivan Lerma Carrillo. (4 febrero 2013). Esquizofrenia, Dopamina , Antipsicóticos . 2013, de Doctoralia Sitio web: <https://ivanlerma.com/tag/fisiopatologia-esquizofrenia/>
15. Rodrigo Paz H.. (agosto 2005). Modelos fisiopatológicos de la esquizofrenia; de dopamina a glutamato, de glutamato a GABA. Noviembre 2015, de Sonepsyn Sitio web: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v43n4/art06.pdf>
16. Jordi E. Obiols<sup>1</sup> y Jordi Vicens-Vilanova. 23 Octubre 2003. Etiología y Signos de Riesgo en la Esquizofrenia. End International Journal of Psychology and Psychological Therapy (Nº2, 235-250) Barcelona, España: sychol. Ther.
17. Cristóbal Gasto. (2007). Esquizofrenia y trastornos afectivos. España: Panamericana.
18. Fonseca Pedrero, Eduardo Paino, Lemos Giraldez. (08/10/2015). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Villahermosa: Síntesis S.A de C.V.
19. Dr. Jerónimo Saiz y Dr. Julio Bobes. (31 MAY, 2013). Impacto social de la esquizofrenia. Madrid: Glosa.
20. T. Heather Herdman PhN, Rn, Chair , Crystal Heath , MSN ,RN,Margaret Lunney , PhD,Rn, FAAN , Leann Scroggins , MN, RN,CCRNA-A , APRNBC, Bárbara Vasallo ,EdD, RN,,CS, ANPC. (2010). Nanda Internacional, Diagnósticos Enfermeros 2009-2011 definición y clasificación. Barcelona España: ELSEVIER.