

Escuela de Enfermería Cruz Roja Mexicana
Delegación San Luis Potosí, S.L.P.

Incorporada a la UNAM

Clave 8715/12



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO
A UNA PERSONA CON TRASTORNO PSÍQUICO EMOCIONAL CON
BASE EN LA VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE
MARJORY GORDON

PARA OBTENER TÍTULO DE:
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
MENDEZ MARCELEÑO JOSE OSWALDO
CUENTA: 412509034

ASESORA: DRA. SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ

SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P. MAYO DEL 2019



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.

Dedicatoria

A mis padres

Este trabajo se lo dedico a mis padres ya que gracias a ellos que siempre estuvieron apoyándome incondicionalmente con recursos financieros. Se los dedico a ellos porque me han enseñado a desafiar los retos y a alcanzar mis metas. Mis padres me han motivado es por esa razón que hoy me encuentro dedicándoles este proyecto.

A mi hermana y mi sobrina.

De alguna u otra forma ellas han influido en mi vida con el tiempo, experiencias y confianza que tienen hacia mí, es por eso que se lo dedico a ellas.

A mi novia **kassandra**, que por 5 años que hemos compartido juntos, me ha acompañado durante mi carrera apoyándome en cualquier situación.

A Dios

Por qué a él le debo todo lo que tengo y todo lo que soy, gracias a el que me regala sabiduría, entendimiento y conocimiento día con día: gracias a el que me fortalece y e lleva de oportunidades cada mañana. Y por qué no dedicárselo si gracias a el yo tengo el privilegio de presentar este proyecto tan importante sobre mi vida.

Agradecimiento

A la escuela de enfermería cruz roja mexicana por mi formación profesional para convertirme en un enfermero al así poder brindarle una excelente atención y cuidado a los pacientes,

A mis profesores por ayudarme a adquirir el conocimiento teórico y las enseñanzas en la zona hospitalaria, al igual a mis compañeros por su buena compañía y el trabajo en equipo que se realizó.

A la Dra. Gandhi Ponce Gómez y la Dra. Sandra M. Sotomayor Sánchez por su buena atención, dedicación y orientación que se nos brindó.

INDICE

	<u>Pag.</u>
1. Introducción.....	7
2. Justificación.....	8
3. Objetivos.....	9
-Objetivo General.....	9
-Objetivo Especifico.....	9
4. Marco Teórico.....	9
4.1 Concepto de enfermería como ciencia.....	9
4.2 El Cuidado como un Objeto de Estudio.....	10
4.2.1 Concepto del Cuidado.....	10
4.2.2 Antecedentes del Cuidado.....	11
4.2.3 Tipos de Cuidado.....	11
4.3 La Teoría de Enfermería.....	12
4.3.1 Concepto.....	12
4.3.2 Ventajas de utilizar la Teoría.....	12
4.3.3 Clasificación de las Teorías.....	13
4.3.4 Objetivo.....	13
4.3.5 Teoría de Margory Gordon.....	14
4.4 Patrones Funcionales.....	14
4.4.1 Percepción de la Salud.....	14
4.4.2 Nutrición y Metabolismo.....	15
4.4.3 Eliminación.....	15
4.4.4 Actividad y Ejercicio.....	15

4.4.5 Sueño y Descanso.....	16
4.4.6 Cognición y Percepción.....	16
4.4.7 Autopercepción y Autoconcepto.....	16
4.4.8 Rol y Relaciones.....	17
4.4.9 Sexualidad y Reproducción.....	17
4.4.10 Tolerancia al Estrés.....	17
4.4.11 Valores y Creencias.....	18
4.5 Proceso de Atención a Enfermería.....	18
4.5.1 Concepto.....	18
4.5.2 Objetivo.....	18
4.5.3 Antecedentes.....	19
4.5.4 Ventajas.....	19
4.5.5 Características.....	20
4.5.6 Descripción etapas del PAE.....	(20-21)
4.6 Enfermedades Crónicas Degenerativas en el Adulto.....	22
4.6.1 Definición de ECD.....	23
4.7 Esquizofrenia (f20).....	23
4.7.1 Concepto.....	23
4.7.2 La esquizofrenia Paranoide.....	24
4.7.3 Esquizofrenia desorganizada.....	24
4.7.4 Esquizofrenia Catatónica.....	24
4.7.5 Esquizofrenia (f-20).....	25
- Epidemiología.....	25
- Signos y Síntomas.....	26
- Tratamiento.....	26
- Intervención Psicosociales.....	27
- Terapia Cognitiva Conductual.....	27

- Intervención Familiar.....	27
- Rehabilitación Cognitiva.....	28
- Terapia Electroconvulsiva.....	28
- Manifestaciones Clínicas.....	29
- Prevención de las recaídas.....	29
- Evolución del Trastorno.....	29
- Pronóstico.....	29
- Afrontar la Esquizofrenia.....	30
5. Aplicación de las etapas del PAE a una persona Esquizofrénica.....	31
5.1 Presentación del Caso Clínico.....	31
- Ficha de Identificación.....	31
- Datos Bibliográficos.....	31
- Antecedentes Heredofamiliares.....	32
- Antecedentes Personales No Patológicos.....	32
- Antecedentes Patológicos.....	32
- Padecimiento Actual.....	32
- Examen Mental.....	32
- Indicación Médicas Actuales.....	33
- Evolución.....	33
5.2 Valoración por Patrones de Salud (Marjory Gordon).....	33
- Percepción - Manejo de Salud.....	33
- Nutrición Metabólica.....	34
- Eliminación.....	34
- Actividad - Ejercicio.....	34
- Sueño - Descanso.....	34
- Cognitivo - Perceptivo.....	34

- Autoimagen - Autoconcepto.....	35
- Rol - Relaciones.....	35
- Sexualidad - Reproducción.....	35
- Afrontamiento - Tolerancia al Estrés.....	35
- Valores - Creencias.....	35
5.3 Desarrollo Diagnósticos de Enfermería Planeación Ejecución y Evaluación.....	36
Plan de Alta.....	39
6. Conclusión.....	40
Bibliografía	

1. INTRODUCCION

El Proceso de Atención de enfermería (PAE) es un método sistemático, racional e individualizado para brindar cuidados humanistas, centrado en el logro de objetivos, posibilita innovar dentro de los cuidados además de la consideración de alternativas en las acciones a seguir. Proporcionando información necesaria para intervenir con cuidado de enfermería de manera independiente.

Cabe enfatizar que el PAE se constituye en un medio eficaz de comunicación donde pueda ser analizado y reflexionado la condición de salud o enfermedad de la persona cuidada; así mismo posibilita al profesional de enfermería a crear una base de datos que permita la identificación de los problemas potenciales, estableciendo prioridades en las intervenciones, definiendo las responsabilidades específicas favoreciendo y fundamentando la planificación y organización de los cuidados.

Sin embargo, cabe enfatizar que para que lo anterior pueda darse de manera fundamentada se requiere del conocimiento y aplicación de un marco teórico. Por lo que el presente Proceso se fundamenta en Marjory Gordon quién hace una propuesta de valoración de patrones funcionales de la persona, lo cual posibilita y guía no solo la valoración, sino todo el PAE.

El presente PAE fue aplicado a una persona con alteración psíquico emocional como lo es la esquizofrenia (F20), la cual se caracteriza por pensamientos o experiencias que parecen estar desconectadas de la realidad, comportamientos desorganizados y disminución de la participación de las actividades cotidianas, pueden presentar dificultad en la concentración y en la memoria, por lo que la aplicación del PAE en esta persona va orientado a conseguir una mayor calidad de vida, la cual se puede traducir en una mayor supervivencia y buena percepción por parte de la persona sobre su estado de salud .

2. JUSTIFICACIÓN

El PAE constituye una metodología de cuidado importante ya que tiene una finalidad y se dirige a un objetivo, siendo un proceso sistemático, que implica partir de un planeamiento organizado y fundamentado, que permite al profesional del cuidado, una actuación asertiva e interactiva con la persona cuidada, basada en las relaciones recíprocas. Al elaborar el proceso atención enfermería (PAE) se pretende detectar los factores de riesgo que existen en el paciente y así fomentar el autocuidado, la promoción de la salud, prevención de recaídas, mejorando la calidad y modificando el estilo de vida del paciente.

El *PAE* como método de cuidado y como instrumento ineludible en la práctica profesional, basado en un modelo teórico conceptual, se constituye en una herramienta que organiza toda la información recopilada, marca la filosofía y establece líneas de acción, al mismo tiempo, permite interactuar con la persona en sus esferas biológica, psicológica, espiritual y social.

Con el Proceso de Enfermería el profesional de enfermería reflexiona sobre el cuidado y la relación de ayuda al individuo, familia o comunidad, le permite intervenir en prevención de riesgos detectando oportunamente los factores de riesgos que son modificables.

Cabe señalar que la realización del PAE, representa una modalidad de titulación, esta metodología permite al estudiante de la Licenciatura en Enfermería sistema de escuelas incorporadas evaluar la atención que se brinda a la persona de manera oportuna y científica, haciendo énfasis en prevenir y limitar complicaciones. el proceso.

3. OBJETIVOS

-OBJETIVO GENERAL

Desarrollar y Aplicar el PAE a un hombre con alteraciones psíquico emocionales con base al enfoque de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, con la finalidad de atender sus necesidades de manera humanística y con calidad.

-OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Realizar la valoración del paciente recolectando datos, mediante la entrevista, observaciones y el examen físico, identificando los problemas de salud que presente el paciente.
- Identificar precozmente las necesidades o problemas reales y potenciales para formular los diagnósticos del paciente.
- Priorizar las necesidades encontradas para brindar los cuidados.
- Ejecutar las intervenciones planificadas de manera segura y correcta con la finalidad de disminuir los problemas que se presentan en el paciente.
- Evaluar los resultados y objetivos esperados durando el proceso de atención.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Concepto de enfermería como ciencia

Es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, evaluados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria a través de su descripción, predicción y control de los fenómenos.

La ciencia en la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el proceso de atención en enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opciones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona la familia o la comunidad, Roger en 1967 planteo: sin la ciencia de la enfermería no puede existir la práctica profesional. (Granate, E. 2006)

4.2 El cuidado como un objeto de estudio

El cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de enfermería. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es objetivo del conocimiento de enfermería y criterio fundamental para distinguirla del campo de la salud. La literatura indica que el término cuidado ha ido usándose de manera creciente desde el decenio 1960-69 hasta nuestros días.

La enfermería es un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos que se caracteriza por poseer un objeto de estudio o de conocimiento, que le permite delimitar un campo de estudio que lo define o caracteriza, de tal forma que quienes lo conforman la comunidad científica compartan ese mismo objeto de estudio en un lenguaje común; es así que en la actualidad es universalmente aceptado que el cuidado es el objetivo de estudio de enfermería.

El acto de salvaguardar la integridad física del individuo es el resultado de la naturaleza misma del ser humano, con eso podemos decir que cuidar es un acto inherente en el individuo. El cuidado como objetivo de estudio logra una relevancia muy significativa en la sociedad. La enfermería como disciplina que es debe tener una amplia visión preestablecida relacionada con el cuidado profesional, debido reconocer a otros profesionales y al gremio como seres activos y trascendentes, considerando a la persona como un ser holístico, implementando la investigación con un abordaje cualitativo y cuantitativo capaz de retroalimentar la práctica de enfermería basada en el cuidado.

4.2.1 Concepto del cuidado

El término cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde sus inicios, Florencia Nightingale hace mención de él, utilizándolo para representar la ayuda que se prestaba para a las personas para vivir o sobrevivir en sus habientes físicos o naturales en su relación con la limpieza, en aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio.

Según Colliere cuidar es, ante todo un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que este continúe y se reproduzca. (Colliere ,1989)

4.2.2 Antecedentes del cuidado

Etimológicamente el término de enfermería se genera a partir del término anglosajón nurse, el cual se deriva de la palabra en latín nutriré (alimentar) y nutrir (mujer de cría): sin embargo, el término fue evolucionando conforme al cambio de la dinámica social, hasta la aparición de la palabra enfermería, la cual es coetánea del término enfermedad, lo que de alguna manera determina que la actividad cuidar se vea restringida casi exclusivamente a la enfermedad.

La actividad de cuidar es tan antigua como el hombre mismo, ya que esta ha sido una condición indispensable para la conservación y preservación de la especie. En este sentido la significación histórica de los cuidados es tan genuina como la propia existencia del hombre, con tiempo de larga duración y estructuras profundas y estables.

La evolución del cuidado a través de la historia está determinada por el cambio y la dinámica de factores políticos, económicos y sociodemográficos de la sociedad que se origina, ya que el cuidado en todos los tiempos y en todas las culturas ha representado una actividad indispensable para asegurar la continuidad de la vida, de ahí que tome características u orientaciones diferentes que lo definen y determinen a lo largo de su práctica. (Balderas P,M.2012).

4.2.3 Tipos de cuidados

Cuidados genéricos: son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación ofrecidos a individuos o grupos con necesidades evidentes y se orientan al mejoramiento y le desarrollo de la condición humana.

Cuidados profesionales: son las acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos cognitiva y culturalmente que permiten a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.

Cuidados profesionales enfermeros: son todas aquellas formas humanísticas y científicas, aprendidas en formas cognitiva, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida o muerte. (Puntel M. 2015).

4.3 La teoría de enfermería

Se pueden identificar varios tipos de definición de teoría de enfermería:

Por su estructura: la teoría se define como “un conjunto de hipótesis relacionadas” esta definición incorpora a la investigación como una parte significativa en el proceso teórico, descartando en su concepto el proceso mental.

Por sus metas: en las cuales se basa la teoría, definiéndola como “un sistema conceptual o marco de referencia inventando como un propósito definitivo” dicho propósito está dirigido a prescribir y dirigir acciones de enfermería.

Su naturaleza: definiéndola como una declaración que tiene como propósito explicar y caracterizar un fenómeno, agregando que la esencia de enfermería no es lo que es, si no lo que se debe de ser.

Integrativa: enfoca en integrar las tres anteriores, por lo que define a la teoría como un grupo de conceptos, definiciones y propósitos que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designándoles relaciones específicas.

4.3.1 Concepto

Es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos, con el fin de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

4.3.2 Ventajas de utilizar la teoría

Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica.

En relación con la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios, los programas y actividades de enseñanza-aprendizaje.

En la administración, proveen una estructura sistemática para observar y e interpretar la situación administrativa del cuidado de enfermería de manera muy particular.

En práctica clínica, proveen guías generales para la practica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo teórico conceptual y en el enmarcar, que los modelos y teorías de enfermería debe apoyan y fundamentan al método del cuidado de trabajo de enfermería PAE.

En relación a la investigación, las teorías y modelos de enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología, instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación.

4.3.3 Clasificación de las teorías

- Según el enfoque.
 - Teoría de necesidades: se enfocan en lo que las enfermeras hacen. Sus principales exponentes son Dorotea Orem, Abdellah y col.; y Virginia Henderson
 - Teoría de interacción: se dirige a ver como la enfermera realiza o conduce el cuidado. Sus principales exponentes son Imogene King, Paterson y Zedral.
 - Teoría de resultados se centra en los resultados del cuidado y en la naturaleza del receptor del cuidado. Sus principales exponentes son Doroty Jonson, Levine, Martha Rogers, Sor Calixto Roy.
- Según la visión de ser.
- Organicista: aquellas teorías que buscan la persistencia y son representadas por un enfoque centrado en sistemas.
- Mecanicista: teorías que están ubicadas en la búsqueda de cambio, dinamismo y totalidad, representadas por el enfoque de interacción.
- Según su complejidad y nivel de abstracción.
- Filosofías: son amplias y abstractas, difíciles de ser demostrables y generalizables en la práctica, pues especifican las definiciones de los conceptos de meta paradigma en todos los modelos conceptuales de enfermería. (Gómez, 2009).

4.3.4 Objetivo

La teoría es o debe ser inherente a la práctica, ya que esta apoya y fundamenta al proceso de enfermería, debido a que ayuda a la enfermera a ubicar y organizar los datos en la etapa de valoración y diagnóstico de enfermería, apoyando también a una interpretación y análisis comprensivo, delimitado y propio de los mismos. Establece también las condiciones necesarias para la toma de decisiones sobre las intervenciones de cuidado de enfermería, posibilitando así la predicción de los resultados de cuidado de enfermería, posibilitando así la predicción de los resultados de cuidado esperado a la persona. (Leininger M. 1994).

4.3.5 Teoría de Marjory Gordon

Fue una profesora y teórica estadounidense que creó una técnica de valoración para enfermería conocida como los patrones funcionales de Gordon. Esta guía servía para ayudar a los enfermeros a hacer un reconocimiento completo de sus pacientes de forma más completa.

Gordon fue la primera presidenta de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), una asociación cuya principal misión era estandarizar el diagnóstico en el campo de la enfermería. Fue especialmente conocida por crear el modelo diagnóstico para enfermería conocido como patrones funcionales. Consiste en una lista de actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas. Para examinar a los pacientes se usan tanto preguntas y cuestionarios como datos objetivos, extraídos de la observación por parte del enfermero. Distinguió once patrones funcionales de conducta en sus trabajos. (Pérez N. 2017).

4.4 Patrones funcionales

4.4.1 Percepción de la salud

Este primer patrón busca determinar con unas pocas preguntas el grado de preocupación de la salud por parte del paciente, además de investigar sobre sus hábitos y su nivel actual de bienestar. Las preguntas tratan de indagar sobre la salud general del paciente, como por ejemplo, las veces que ha estado enfermo durante los últimos años. Además, se busca investigar sobre los posibles hábitos nocivos y beneficiosos de la persona, como el uso de alcohol o tabaco, la comida basura, el nivel de ejercicio habitual y otros datos.

Para comprobar también el grado de autoconsciencia que tiene el paciente sobre sus propios hábitos de salud, se le suele preguntar sobre por qué cree que se le ha producido su enfermedad actual, sobre si ha tratado de hacer algo para mejorar su salud o sobre si suele seguir las recomendaciones de su médico.

4.4.2 Nutrición y metabolismo

Este patrón se centra en examinar la cantidad de nutrientes y calorías que el paciente ingiere y su relación con las cantidades diarias que necesita. Por ello, algunas preguntas típicas son lo que come y bebe en un día, si ha perdido o ganado peso recientemente o si sigue alguna dieta específica. También podría preguntársele sobre el uso de suplementos o vitaminas, o sobre si ha tenido algún problema con el apetito recientemente.

4.4.3 Eliminación

El tercer patrón investiga el correcto funcionamiento del aparato excretor del cuerpo; es decir, de la orina, el sudor y las funciones del intestino. Gracias al uso de este patrón el enfermero puede descubrir la calidad, la cantidad y la regularidad de las deposiciones del paciente.

4.4.4 Actividad y Ejercicio

Este patrón se centra en investigar el nivel de actividad física del paciente, tanto en el ejercicio que hace conscientemente como durante sus tareas diarias. También trata de saber más sobre la energía que tiene el sujeto para realizar sus actividades cotidianas.

4.4.5 Sueño y descanso

El quinto patrón se centra en estudiar los patrones de sueño y descanso del paciente. ¿Tiene suficiente energía después de levantarse? ¿Suele tener problemas para dormir, o se despierta excesivamente pronto? ¿Duerme las horas necesarias? Si fuera necesario, el paciente podría someterse a algún estudio del sueño en directo para detectar problemas como la apnea.

4.4.6 Cognición y percepción

Este patrón trata de identificar la habilidad del paciente para percibir elementos de su entorno mediante los cinco sentidos, además de su capacidad para tomar decisiones, seguir instrucciones, pensar lógicamente y usar la memoria. Algunas de las dificultades más habituales asociadas con este patrón son los problemas perceptivos (como la miopía o la sordera) o las dificultades para razonar y usar la información disponible.

4.4.7 Autopercepción y auto concepto

El auto concepto y la autopercepción tienen que ver con la forma en la que nos vemos a nosotros mismos. ¿Crees en ti mismo? ¿Cómo te describirías? ¿Cómo te sientes con tu propio cuerpo, con tu forma de ser o con tus emociones? ¿Te sientes en control de tu propia vida? O por el contrario, ¿piensas que eres un esclavo de las circunstancias?

4.4.8 Rol y Relaciones

Las relaciones interpersonales son una de las partes más importantes de la vida de las personas. Este patrón sirve para investigar sobre las relaciones del paciente con las personas de su entorno; por ejemplo, ¿cómo se lleva con su familia?, ¿se siente solo a menudo?, ¿cómo se relaciona con las personas de su entorno de trabajo o de estudio?

Si los familiares o amigos están presentes, el enfermero podría también observar las relaciones entre ellos para adquirir datos objetivos.

4.4.9 Sexualidad y Reproducción

Este patrón solo debe utilizarse si es apropiado para la edad y situación concretas del paciente. Si el enfermero cree que es necesario saber más sobre el tema, podría hacer las siguientes preguntas: ¿Tiene relaciones sexuales habitualmente? ¿Está satisfecho con ellas? O por el contrario, ¿experimenta alguna clase de problema? ¿Usa normalmente algún tipo de anticonceptivo?

4.4.10 Tolerancia al Estrés

Este patrón se encarga de estudiar los niveles de estrés de los pacientes, examinando tanto su forma de enfrentarse a las situaciones vitales complicadas como las situaciones difíciles que ha tenido que vivir en los últimos tiempos.

Algunas de las preguntas más utilizadas son: ¿cómo te enfrentas al estrés?, ¿has vivido alguna crisis o cambio importante en el último año?

4.4.11 Valores y creencias

¿El paciente consigue lo que se propone en la vida? ¿Tiene planes importantes para el futuro? ¿Tiene alguna creencia que le ayude a sobrellevar las situaciones complicadas? Este patrón se encarga de estudiar la manera en la que el paciente se enfrenta a la vida y se relaciona con el mundo y consigo mismo (Gordon Marjory,2003).

4.5 Proceso de atención en enfermería.

4.5.1 Concepto Método sistemático y organizado para prestar cuidados de enfermería individualizados que se centren en tratamientos de las respuestas únicas de personas o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

4.5.2 Objetivo

- Servir de instrumento de trabajo al personal de enfermería.
- Facilitar a la profesional de enfermería un carácter científico
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y reconocimiento social.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera ordenada.
- Traza objetivos y actividades evaluadas.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.

4.5.3 Antecedentes Tiene su origen cuando fue considerado un proceso en 1955 gracias a Hall a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jhonson en 1959 Orlando en 1961 y wiedenbech en 1963. En algunas instituciones de salud aun el profesional de enfermería centra su actuación con base en las indicaciones médicas enfocadas más a la enfermedad que a la persona.

4.5.4 Ventajas Son las oportunidades generadas por la aplicación del proceso de enfermería en el campo profesional de la enfermera o enfermero como a continuación se especifican.

- La satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional
- La satisfacción profesional; planes perfectamente escritos ahorran tiempo y energía, evitando la frustración generada por los ensayos y errores de la práctica de la enfermería.
- Favorece la continuidad de los cuidados, lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico.
- Proporciona cuidados individualizados por que la persona participa de forma activa, proporciona datos para la valoración, valida el diagnostico de enfermería, confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en la ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación.
- El proceso de enfermería demuestra el alcance en su práctica de enfermería, basándose en su formación y marco de actuación y rol profesional.

4.5.5 Características

Sistemático: cada una de las etapas con fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería.

Dinámico: el ser humano por naturaleza puede cambiar, en un instante, él lo emocional, físico y social, por tal motivo cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona.

Interactivo: es fundamental durante la implementación de la metodología del cuidado, donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, familia y comunidad.

Sustentarse teóricamente. Por las características propias del cuidado de enfermería y sus etapas, tiene la cualidad de adaptarse con un modelo teórico de la enfermería.

4.5.6 Descripción etapas del PAE

Valoración: primera fase del cuidado enfermero que consiste en la recolección de datos obtenidos del individuo consiste en la observación, examen físico y entrevista, donde se obtienen datos objetivos subjetivos e históricos.

Diagnóstico: El sistema más utilizado actualmente para realizar los diagnósticos de enfermería es el de las categorías diagnósticas de la NANDA el diagnóstico de enfermería es un “juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud o procesos de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la elección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por lo que es responsable”. Se trata entonces de la identificación de un problema de salud, susceptible de prevenirse, mejorarse o resolverse con el cuidado de enfermería.

Planificación: se desarrolla estrategias para prevenir minimizar o corregir los problemas. Así como promocionar la salud.

Ejecución: en la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación: etapa final. Que se haya conseguido los objetivos establecidos.

4.6 Enfermedades crónicas degenerativas en el adulto.

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana.

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).

La diabetes de tipo 1 (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina.

La diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.

Las enfermedades respiratorias afectan a las vías respiratorias, incluidas las vías nasales, los bronquios y los pulmones. Incluyen desde infecciones agudas como la neumonía y la bronquitis a enfermedades crónicas como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Las enfermedades cardiovasculares se deben a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos. Entre ellos destacan:

- las cardiopatías coronarias (ataques cardíacos);
- las enfermedades cerebrovasculares (apoplejía);
- el aumento de la tensión arterial (hipertensión);
- las vasculopatías periféricas;
- las cardiopatías reumáticas;
- las cardiopatías congénitas; y
- la insuficiencia cardíaca.

Las principales causas de enfermedad vascular son el consumo de tabaco, la falta de actividad física y una alimentación poco saludable.

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Alguna vez considerados problemas de países con ingresos altos, la obesidad y el sobrepeso están en aumento en los países con ingresos bajos y medios, especialmente en las áreas urbanas.

4.6.1 Definición de enfermedades crónicas degenerativas

Es una afección generalmente crónica durante la cual tiene lugar un proceso continuo basado en cambios degenerativos en las células, en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el paso del tiempo. Este tipo de enfermedad se puede manifestar por procesos normales de desgaste del organismo, por elecciones relacionadas con el estilo de vida tales como el ejercicio y el hábito alimenticio. (Merck H. B., Berkow R. 2007.)

4.7 Esquizofrenia (f-20)

4.7.1 Concepto

Nombre genérico de un grupo de enfermedades mentales que se caracterizan por alteraciones de la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad.

Tipos:

- Esquizofrenia paranoide
- Esquizofrenia desorganizada
- Esquizofrenia catatónica
- Esquizofrenia simple
- Esquizofrenia hebefrenica
- Estados residuales o de defecto

4.7.2 La esquizofrenia paranoide es un subtipo de la esquizofrenia. Es una enfermedad mental que no conlleva alteración anatómica observable, y cuya principal característica es que afecta a la personalidad del individuo, así como a áreas de su psicología. Sus síntomas se pueden dividir en síntomas positivos (delirios y alucinaciones) y negativos (déficits cognitivos). La enfermedad se caracteriza por trastornos tanto en el área de la afectividad, como del pensamiento.

La edad más frecuente de aparición se sitúa entre los 15 y 35 años, aunque también se dan casos en edad ya avanzada y afecta por igual a ambos sexos. La personalidad se altera de forma gradual o repentina; el contacto con la paciente resulta cada día más difícil y éste se retrae cada vez más en su propio mundo. Es muy difícil distinguir de otras formas de psicosis los síntomas de la esquizofrenia, por lo que existe un rechazo general a usar el término esquizofrenia. (Ramos B A., 2010).

4.7.3 Esquizofrenia desorganizada

También conocida como hebefrénica es un trastorno mental en la que el comportamiento del individuo sufre alteraciones espontáneas sin ningún propósito o motivación, agitación y desinhibición.

Signos y síntomas: se caracteriza principalmente por la presencia de síntomas negativos y desorganización del lenguaje y de la conducta. Por otro lado, se encuentran también diferencias con respecto a otros tipos de esquizofrenia en la edad de inicio del trastorno.

4.7.4 Esquizofrenia catatónica

Una enfermedad mental crónica en la cual una persona pierde contacto con la realidad (psicosis). La esquizofrenia catatónica incluye episodios de comportamiento en los extremos opuestos del espectro. Puede parecer como si estuvieras en coma-como aturdido – no puede hablar, mover o responder – o usted puede hablar y comportarse de una manera extraña, hiperactivo. Episodios catatónicos pueden durar un mes o más sin tratamiento. (Fonseca y cols, 2015).

4.7.5 Esquizofrenia (f-20)

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.

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. (Reyes Castillo A. 2015).

Epidemiología

La esquizofrenia es una enfermedad mental relativamente común.

Una de cada 100 personas sufrirá la enfermedad en el curso de su vida.

La esquizofrenia comienza entre los 15 y 25 años, siendo raro su inicio antes de los 12 años.

Afecta a hombres y mujeres en la misma proporción; si bien los síntomas en las mujeres aparecen más tarde. (Rodríguez J., Konh R. 2009).

Signos y síntomas

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. (Montoya, A., Lepage, M., & Malla, A. 2005).

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. Síntomas como estos significan que deberías pedir consejo médico. (Omranifard, 2017)

Tratamiento

La esquizofrenia es tratada comúnmente con fármacos antipsicóticos, siendo a veces necesaria la hospitalización durante la fase aguda. El objetivo del tratamiento es reducir los síntomas durante la fase aguda y prevenir las recaídas. Hoy en día, no hay cura definitiva para la esquizofrenia. Los medicamentos antipsicóticos son muy efectivos para controlar los síntomas de la esquizofrenia. Estas medicaciones, que aparecieron en los años cincuenta, han mejorado la calidad de vida de millones de personas con esquizofrenia al ayudarles a vivir en la comunidad.

- Antipsicóticos (Clorpromazina, Haloperidol, Perfenazina, Flufenazina)

- terapia electroconvulsiva
- Benzodiacepinas
- Psicoterapia individual
- Antipsicóticos atípicos: Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Ziprasidona, Aripiprazol, Paliperidona (Julio C., García-Sancho M. Junio 2009).

Intervenciones psicosociales.

Engloban una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su función y funcionamiento familiar, social y formativo laboral, así como aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biografías. También puede favorecer al análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa. Estas intervenciones pueden incidir en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales. (Ottoni, L., Dutra, G., & Diogo, R. 2010).

Terapia cognitivo conductual

Es una intervención psicológica específica que estimula al paciente a establecer relaciones entre sus pensamientos, sentimientos o acciones en relación a síntomas actuales o pasados. Se recomienda la TCC para el tratamiento de síntomas psicóticos persistentes a pesar de recibir tratamiento farmacológico adecuado, y permite reevaluar sus percepciones, creencias o razonamientos ligados a los objetivos. (Gutiérrez, M., & Villamil, L. 2015).

Intervención familiar

En el momento actual no existe ninguna duda sobre el impacto que supone un trastorno como la esquizofrenia sobre la vida familiar, ni de la importancia que tiene la colaboración de la familia para abordar la enfermedad de forma adecuada. Por lo tanto, todo programa de tratamiento de la esquizofrenia deberá considerar la atención a las familias tanto por sus necesidades en cuanto son quienes cuidan a los pacientes, como por el importante papel que su colaboración puede desempeñar en el control de los síntomas y en la rehabilitación del paciente, se recomienda la IF prolongada en el tiempo (más de seis meses) para reducir las recaídas. (Apiquin, R., Aviña C., & Colín, R. 2002).

Rehabilitación cognitiva

Las personas con esquizofrenia sufren, en diferentes grados, dificultades cognitivas que afectan a sus capacidades de procesamiento de información, atención, memoria, funcionamiento ejecutivo y planificación. El tratamiento de rehabilitación cognitiva se define como una intervención focalizada en los niveles más básicos de las funciones cognitivas (atención, memoria y funciones ejecutivas) que tiene como objetivo mejorar el rendimiento de dichas funciones específicas. Es un instrumento que posibilita una mejoría del funcionamiento cognitivo deficitario, una reducción del hipofuncionalismo cerebral, un aumento de la autonomía y una mejoría del funcionamiento psicosocial de los pacientes con esquizofrenia con mejor pronóstico. (Almaguer, M. 2013).

Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) es siempre un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia, indicado tras el fracaso de los antipsicóticos; las indicaciones más frecuentes son: esquizofrenia catatónica, casos graves que cursan con intensa agitación o desorientación, contraindicación de antipsicóticos (por la posibilidad de causar síndrome neuroléptico maligno), depresión secundaria y trastornos esquizoafectivos resistentes.

La evaluación previa a la TEC debe incluir la historia clínica psiquiátrica y un examen psiquiátrico para verificar la iniciación del tratamiento, examen médico general para identificar posibles factores de riesgo (historia clínica y exploración física, valoración de constantes vitales, hemograma, determinación de electrolitos séricos y electroencefalograma), evaluación anestésica para evaluar el carácter y el riesgo de grado anestésico, obtención del consentimiento informado y una evaluación que resuma las indicaciones del tratamiento y los riesgos y que sugiera que estén indicadas otras técnicas de evaluación adicionales, modificaciones del tratamiento o cambios en la técnica de la TEC.

El infarto de miocardio reciente algunas arritmias cardíacas y lesiones ocupantes de espacio intracraneal debe ser motivo de precaución puesto que la TEC causa aumento transitorio de la frecuencia cardíaca, carga de trabajo cardíaco, presión arterial, presión intracraneal y permeabilidad de la barrera hematoencefálica.

Los principales efectos adversos de la TEC son de tipo cognitivo asociándose a un estado confesional transitorio y aun periodo más prolongado de alteración de la memoria anterógrada y retrograda que se resuelve habitualmente de las pocas semanas del tratamiento. (García Sánchez, M. 2009).

Manifestaciones clínicas

Debido a que otras enfermedades pueden causar síntomas similares, es importante que una psiquiatra haga el diagnóstico final. El diagnóstico se basa en una cuidadosa entrevista psiquiátrica de la persona y su familia. En el momento actual no existen pruebas médicas diagnósticas para la esquizofrenia. (López, J., & Zuluaga D. 2015).

Prevención de las recaídas

Las personas con esquizofrenia dejan de tomar las medicaciones por varias razones, entre las cuales probablemente la más importante es la presencia de los efectos secundarios producidos por los antipsicóticos. Es muy difícil para los enfermos tolerar efectos secundarios por periodos largos de tiempo y en especial cuando se sienten bien. Por esto es de una gran importancia el hallar la medicación apropiada y la dosis necesaria para controlar los síntomas sin producir efectos secundarios. En resumen: La mejor manera de prevenir las recaídas y evitar las hospitalizaciones es tomar la medicación regularmente y mantener las pautas de tratamiento adecuadas (Dr. Jerónimo Saiz, Dr. Julio Bobes. 2013).

Evolución del trastorno

La aparición de la esquizofrenia puede ser gradual o bien puede presentarse de pronto, súbitamente. Por otro lado, su evolución es variable, suele desarrollarse alternando períodos de crisis (fase aguda) con momentos estables o de remisión total o parcial de los síntomas (fase estable). Entre estos dos estados, puede haber períodos donde se reduzca la intensidad de los síntomas, que pueden durar unos seis meses después de una crisis (fase de estabilización). (Arnedo J.Mamah D. 2015).

Pronóstico

El pronóstico es difícil de predecir. La mayoría de las veces, los síntomas mejoran con medicamentos. Pero muchas personas pueden tener dificultades para desempeñarse. Están en riesgo de episodios repetitivos, especialmente durante las etapas iniciales de la enfermedad.

Las personas con esquizofrenia pueden necesitar apoyo en el hogar, rehabilitación ocupacional y otros programas de apoyo comunitario.

Las personas que sufren las formas más graves de este trastorno probablemente sean incapaces de vivir solas y necesiten vivir en hogares comunitarios u otros lugares estructurados por largo tiempo. (Dr. Saiz J. y Dr. Bobes J. 2013).

Afrontar la esquizofrenia

Entre las recomendaciones que se han ido recogiendo en esta guía y que pueden ser de utilidad para afrontar la esquizofrenia destacaremos las siguientes:

- Estar informado sobre el trastorno y su tratamiento.
- Detectar los primeros síntomas de aviso y dirigirse al profesional de referencia.
- Construir una relación de confianza con el equipo de profesionales implicados en el tratamiento, para que se pueda recibir la ayuda necesaria.
- Participar con el médico en las decisiones para encontrar el tratamiento óptimo para cada caso.
- Mantener el tratamiento médico prescrito y combinar éste con las terapias psicosociales indicadas por el especialista.
- Ajustar las diferentes intervenciones (psicoeducación, terapia cognitiva conductual o grupal, rehabilitación cognitiva, etc.) según la evolución del trastorno y las necesidades individuales. - Facilitar educación sanitaria para las familias de las personas que padecen esquizofrenia e incluir su colaboración en el tratamiento.
- Mantenerse en buen estado de salud (procurar hacer una dieta equilibrada y ejercicio, descansar, evitar el uso de drogas, etc.) y en un entorno favorable y de apoyo. (Lerma Carrillo I., 2013).

V. APLICACIÓN DE LAS ETAPAS DEL PAE A UNA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA

5.1 Presentación del caso clínico

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: A.F.H

Edad: 48 años

Fecha de nacimiento: 26 de Enero de 1971

Estado civil: Soltero

Ocupación: Inactivo

Escolaridad: Secundaria

Diagnóstico: Esquizofrenia (F20)

DATOS BIOGRÁFICOS

Ingresa paciente masculino de nombre A. F. H de 48 años de edad al área de triage de la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” en compañía de familiares el día 13-09-2018 por presentar irritabilidad, agresividad verbal hacia familiares y conducta negativa a la toma de medicamentos.

A la valoración se encuentra alerta, parcialmente orientado en tiempo, lenguaje claro, incoherente, volumen y velocidad acelerada, irritable, acepta presencia de alucinaciones auditivas, ideas delirantes de daño por parte de familiares.

Ultimo internamiento en junio del 2018 en tratamiento con clozapina 350 mg/día, risperidona 4 mg y clonazepam 2 mg.

Paciente subsecuente de la institución por diagnóstico de esquizofrenia (F20).

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

- Negados

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

- Vivienda: vive con familiares y cuenta con todos los servicios básicos
- Higiene: higiene y aliño regular y cambio de ropa diaria
- Alimentación: autónomo y balanceada, consumo tres veces por día (mañana, tarde y noche). En ocasiones con hiporexia.
- Toxicomanías: Negadas
- Ejercicio: sedentarismo
- Inmunizaciones: completo
-
- **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**
- Esquizofrenia (F20)

PADECIMIENTO ACTUAL

Inicia hace aproximadamente un mes con los padecimientos anteriormente mencionados por mostrarse renuente a la toma de medicamentos y, siendo motivo por el cual es traído a valoración y a internamiento al área de UPIC en compañía de familiar para reajuste de tratamiento farmacológico. Se le realizó toma de laboratorios (BH, QS, VDRL VIH y EGO).

Trasladado a sala G el día 17.09.18 para continuar con tratamiento, manejo y vigilancia, requiriendo mayor tiempo de estancia hospitalaria.

Signos vitales: T/A: 130/70 FC: 120 lpm FR: 20 rpm T° 36.4

EXAMEN MENTAL

El paciente se mantiene tranquilo y poco cooperador a la entrevista, orientado, alerta, actitud suspicaz, niega alteraciones sensoriales al momento de la valoración, lenguaje en tono, volumen y velocidad normal, en momentos demanda egreso de la clínica, niega conocimiento acerca de su enfermedad mental e importancia de apego al tratamiento.

Memoria sin alteraciones aparentes, normoquinetico y estado emocional hipotimico.

Anteriormente se mostraba irritable, poco cooperador al manejo, ideas delirantes, alucinaciones auditivas, insomnio intermitente, conducta disruptiva y desorganizada, discurso coherente pero en momentos incongruentes, velocidad y volumen medio, niega ideación y/o planeación suicida, juicios distorsionados y negación a la toma de medicamentos, en ocasiones con hiporexia.

INDICACIONES MÉDICAS ACTUALES

1. Dieta normal
2. Vigilancia estrecha por riesgo de descontrol de impulsos
3. Sesión de terapia electroconvulsiva con valoración de respuesta posterior administrada de manera con electrodos en posición transcraneal "D'ELIA".
4. Cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno.
5. Visita normal, terapia y taller sí.
6. Sujeción gentil

EVOLUCIÓN

Las sesiones de TEC realizadas al paciente se llevaron a cabo sin complicaciones bajo monitoreo cardiaco completo no invasivo con manejo de la vía aérea y anestesia general endovenosa (atropina, tiopental, suxametonio y diazepam).

El paciente se mantiene tranquilo, sin problemas al manejo, con adecuado acato de indicaciones, acepta alimentos y medicamentos con estrecha vigilancia, lenguaje con volumen, tono y velocidad levemente disminuida, orientado en sus tres esferas. Sin presencia de ideas delirantes, estado de ánimo triste.

5.2 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD (MARJORY GORDON)

1. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

Cuenta con todos los servicios básicos del hogar, vivienda limpia, zoonosis negativo, esquema de vacunación completo acorde a su edad, niega alergias, higiene y aliño regular, cambio de ropa diaria, niega conciencia de enfermedad mental.

Medicación actual: Clozapina 200 mg v.o por la mañana y 300 mg por la noche, risperidona 1 mg por turno, clonazepam 1 mg por la mañana y 2 mg por la noche, biperideno 2 mg por la mañana.

2. NUTRICION-METABÓLICO

El paciente pesa 61.5 kg con una talla de 1.61 mts, IMC de 23.7 (peso normal), piel y mucosas Hidratadas, cabello abundante y bien implantado, alimentación autónoma, solida, tres veces por día en cantidad regular, ingesta liquida abundante, piezas dentales completas, sin problemas al masticar o deglutir.

3. ELIMINACIÓN

Diuresis normal sin problemas y/o dolor al miccionar, cantidad, olor y color normal, eliminación intestinal con frecuencia de una vez al día, sin problemas o molestias al evacuar y transpiración normal.

4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actualmente no realiza algún tipo de deporte, cursando una vida sedentaria, marcha eubasica.

5. SUEÑO-DESCANSO

Sueño nocturno habitual de 7 horas durante la noche/madrugada, periodos habituales de descanso intermitentes de 1 horas durante el día, comenta que en ocasiones le cuesta conciliar el sueño (insomnio) por las noches a causa de origen externo.

6. COGNITIVO-PERCEPTUAL

Alerta, consiente, orientado en lugar y persona, sin alteraciones en sus cinco sentidos, conducta irritable, en ocasiones ansioso, cooperador al manejo, memoria retrograda.

7. AUTOIMAGEN- AUTOCONCEPTO

El paciente menciona no tener alguna molestia acerca de su imagen corporal y/o física, en ocasiones presenta ansiedad a causa de quererse ir a su casa.

8. ROL-RELACIONES

Vive con sus padres, menciona que lo apoyan mucho en cuestión de su situación, mantiene buena relación con ellos (cuando se encuentra asintomático a enfermedad mental), tiene problemas para la interacción social con personal y pacientes del servicio.

9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

No procreo hijos.

10. AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

La mayor parte del tiempo se encuentra desmotivado y deambulando por la sala, con facilidad a la irritabilidad. En ocasiones cuando se encuentra disruptivo golpea el mobiliario.

11. VALORES-CREENCIAS

No practica ninguna religión.

5.3 DESARROLLO DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PLANEACIÓN EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

DX 1. Dominio (09) afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase (02) respuesta de afrontamiento

VALORACION	DX	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Paciente masculino de 46 años de edad ingresa al área de triage por presentar irritabilidad, agresividad verbal hacia familiares y conducta negativa a la toma de medicamentos	Deterioro de la regulación del estado de animo F/R aislamiento social Ansiedad Deterioro del funcionamiento social M/P Actitud triste afectivacion del autoestima Cambio en la conducta verbal.	Interactuar con el paciente de forma no retadora para que el sienta confianza hacia el personal y se le pueda brindar los medicamentos indicados	Establecer límites con el paciente Establecer hábitos Evitar proyectar una imagen amenazadora Redirigir la atención alejándola de las fuentes de agitación Medicar si es necesario	Promover un cambio que permitan el control de la conducta para su bienestar, con el fin de mejorar el comportamiento del paciente de forma que desarrolle sus potencialidades y adopten actitudes y conductas para que puedan interactuar en el medio social.	el paciente logra tomarse los medicamentos lo que lleva a un mejor manejo y bajar los niveles de irritación.

DOMINIO (09): afrontamiento tolerancia al estrés.

CLASE (02): respuesta de afrontamiento

Valoración	Diagnostico	Objetivo	intervenciones	fundamentación	evaluación
Paciente de 46 se nota irritable, ansioso poco cooperador al manejo, ideas delirantes, alucinaciones auditivas.	<p>DX. Ansiedad F/c Enfermedad (esquizofrenia)</p> <p>Grandes cambios (entorno, estado de salud, patrones de interacción)</p> <p>M/P Angustia</p> <p>Irritabilidad</p> <p>inquietud</p>	Reducir el estado de ansiedad del paciente en un tiempo de 7 días.	<p>utilizar un enfoque sereno que de seguridad</p> <p>administración de medicamentos que reduzcan la ansiedad</p> <p>identificar los cambios en el nivel de ansiedad</p> <p>escuchar con atención</p> <p>incorporar técnicas de relajación</p>	<p>La ansiedad es un estado emocional en el que las personas se sienten inquietas, angustiadas y temerosas. Las personas afectadas experimentan temor frente a situaciones que no pueden controlar o predecir, o sobre situaciones que parecen amenazantes o peligrosas. La relajación es una conducta contrapuesta a la ansiedad, la ansiedad es una respuesta ante un estímulo amenazante e incluye una preparación para luchar o para huir, lo que implica una activación tanto física como mental.</p>	<p>Durante las intervenciones de enfermería y sus sesiones de TEC ha logrado reducir sus niveles de ansiedad al así el paciente logra interactuar con el personal</p>

DX. 2 Dominio: (11) seguridad y protección

Clase: (03) violencia

Valoración	Diagnostico	Objetivo	intervenciones	fundamentación	evaluación
Paciente masculino de 46 años, presenta irritabilidad, agresividad verbal hacia familiares y conducta negativa a la toma de medicamento, acepta alucinaciones auditivas ideas delirantes de daño por parte de familiares,	Riesgo de violencia dirigida a otros F/C Historia de presencia de violencia familiar Impasibilidad Patrón de amenazas de violencia Patrón de violencia hacia otros	Disminuir el riesgo de violencia para así no exponer al personal encargado en un tiempo de 7 días.	utilizar un acercamiento que sea sereno y que de seguridad animar al paciente que busque ayuda por parte del personal de enfermería u otras personas controlar el potencial de agresión inadecuada del paciente e intervenir antes que las manifieste	El enfado es una emoción que los seres humanos manifiestan ante amenazas, frustraciones o acontecimiento dolorosos a través de la ira, irritabilidad, resentimiento, entre otros estados y una serie de efectos físicos (aumento del ritmo cardiaco, presión sanguínea y niveles de adrenalina y noradrenalina). Brindar ayuda para controlar las actitudes agresivas, valorando los comportamientos inadecuados en el paciente, con el fin de lograr un control en sus emociones.	Logra disminuir su impulsividad, notándose de fácil manejo, tranquilo y cooperador en las actividades de enfermería.

Plan de alta

Se le brinda a la persona y familia los datos de alarma y se le dan a conocer los signos y síntomas más comunes, así como las complicaciones más frecuentes, se le informa de la importancia así como el porqué de cada medicamento y la toma en horarios correctos.

A la familia que es el principal centro de comunicación y con las que siempre interactúa y convive.

Signos y síntomas

Signos positivos: añaden algo a la vida de las personas

- Alucinaciones
- Delirios

Signos negativos:

Son aquellos que se producen por defecto como la pérdida de habilidades e intereses.

- Apatía
- Tendencias al aislamiento
- Dificultad de atención

Manejo de una dieta normal cumpliendo con lo básico que requiere para un buen estado de salud.

- Abundantes frutas y verduras
- Beber abundantes líquidos
- Contemplar carnes (pollo, pescado y res)

Conclusión

El Proceso de Atención Enfermería PAE tuvo gran utilidad actuando de manera correcta y precisa con el paciente otorgando un cuidado individualizado de acuerdo a las necesidades del paciente AFH el cual se obtuvo una mejora satisfactoria después de permanecer dos meses recibiendo los cuidados de enfermería, estableciendo su salud mental.

Logrando cubrir los objetivos en la aplicación del PAE interactuando con el paciente de forma no retardadora para que él se sintiera en confianza hacia el personal y se le brindara los medicamentos indicados, así mismo reduciendo su estado de ansiedad y disminuyendo el riesgo de violencia para que no se expusiera el personal.

Se indicó Terapia electroconvulsiva (TEC) por doce sesiones lo cual fue renuente el tratamiento y se indicaron seis sesiones más, mostrando mejoría ya en el paciente.

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

Enfermería no es solo una profesión que presta cuidados si no que mediante el proceso enfermería 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 se adquirieron nuevos conocimientos sobre la esquizofrenia, sobre todo he aprendido después de las prácticas y de realizar este 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.

Obtuve mayor conocimiento sobre dicha enfermedad, conociendo sus diferentes clasificaciones, sus etapas y la recuperación. La esquizofrenia es una enfermedad de la que aún se tiene muchas dudas y que constantemente se hacen nuevos descubrimientos, por ende es necesario estar actualizado sobre esta enfermedad que a todos puede afectarnos.

Hay que crear una mentalidad en la sociedad diferente a la que se tiene actualmente sobre los que padecen esquizofrenia, esa sensación de miedo o de rechazo que se tiene al enterarse que alguien es o fue esquizofrénico, este trabajo o similares intentan por medio del conocimiento deshacer esta actitud y crear una conciencia para la asimilación de estas personas, al tener la información se refutan los mitos a que se tiene y entonces se puede ser solidarios.

Bibliografía

1. Almaguer, M. (2013). Esquizofrenia: genética, ambiente social y complejidad. *Investigación y Rehabilitación de Ataxias Hereditarias*, vol. 17, 186-188.
2. Apiquin, R., Aviña, C., & Colín, R. (2002). Guía terapéutica para el manejo de esquizofrenia. Febrero 13, 2018, de Janssen- Cilag
3. 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>.
4. Balderas Pedrero M. (2012). Administración de los servicios de enfermería. México: Mc Graw-Hill interamericana editores S.A de C.V
5. Fonseca P., Paino E, Lemos Giraldez. (2015). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Villahermosa: Síntesis S.A de C.V.
6. García Sánchez, M. (2009). Esquizofrenia- Guía Salud. En Guía practica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. London: e.
7. Granate E. (2016). ciencia como enfermería. *Revista cubana de enfermería*. vol. 4, 24,25.
8. Gutiérrez, M., & Villamil, L. (2015). La psicoterapia de orientación psicodinámica en el tratamiento integral de pacientes con esquizofrenia y sus familias. *Clínica Contemporánea: Revista De Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia Y Salud*, 6 (2), 69-83
9. Julio C., García Sancho M. (2009). Tratamientos de la esquizofrenia. Barcelona: AETRM.
10. Leininger M. (1994). Conceptos, teorías y prácticas. En *La enfermería Transcultural* (532). Barcelona: Greyden.
11. Lerma Carrillo I. (2013). Esquizofrenia, Dopamina, Antipsicóticos. 2013, de Doctoralia Sitio web: <https://ivanlerma.com/tag/fisiopatologia-esquizofrenia/>
12. López, J., & Zuluaga D. (2015). Efecto de programas de atención farmacéutica en pacientes con enfermedades mentales. Febrero 26, 2018, de Facultad de Medicina.
13. Macias Mendoza J. (1988). La historia clínica. san Luis potosí: Universitaria Potosina
14. Marjory Gordon. (2003). Manual de diagnósticos enfermeros. España: Eslevier
15. Marjory Gordon. 2012, de Prezi Sitio web: <https://prezi.com/ji0fyb9zhqsh/marjory-gordon/>
16. Merck H. Beers, Robert Berkow.. 2007. Manual Merck de información médica. En Manual Merck de información medica para el hogar. Barcelona España: Océano

17. Montoya, A., Lepage, M., & Malla, A. (2005). Disfunción Estructural del Lóbulo Temporal en Pacientes con un Episodio Psicótico de Esquizofrenia. *Salud mental*, 28(2), 33-39.
18. Omranifard, V. R., S.M. (2017). Efecto de la Terapia adyuvante con Memantina en el control de los síntomas positivos, negativos y depresivos de la Esquizofrenia: estudio aleatorizado, doble ciego y controlado. España: Medic.
19. Ottoni, L., Dutra, G., & Diogo, R. (2010). frecuencia de la actividad baja adenosina deamias variante ADA1 en pacientes esquizofrénico. En *Revista Brasileira De Psiquiatria* (275-278).
20. Puntel de Almada M. C. (2015). cuidado como el objeto de estudio. España: Educare
21. Ramos Bernal (2010). *Diario de una Enfermedad Mental (esquizofrenia)*. México: Manantial
22. Reyes Castillo A. (2015). *Neurología de los trastornos mentales y psicofarmacología para enfermería (Nanda, Nic y Noc)*. México: Ediciones de la noche
23. Reyes Gómez E. (2009). *Fundamentos de enfermería*. México: El manual moderno S.A. de C.V.
24. Rodríguez J., Konh. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y caribe*. Washington: OPS.
25. Saiz J., Bobe J. (2013). *Impacto social de la esquizofrenia*. Madrid: Glosa
26. T Heather Herdman. (2009 2011). *Nanda internacional, diagnósticos de enfermería* España: EdiDe, SL.