



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12**

PROCESO CUIDADO ENFERMERO:
EN PACIENTE CON TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:

CARLOS ARIEL MARTINEZ BAEZA

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ**

**INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12**

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO:
EN PACIENTE CON TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:**

CARLOS ARIEL MARTÍNEZ BAEZA

ASESOR: L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



*CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO
PARA LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.*

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

CARLOS ARIEL MARTÍNEZ BAEZA

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

Proceso Cuidado Enfermero: En Paciente con Trastorno Esquizoafectivo

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en exámen de grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña

Tutor

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas

Presidenta

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha
Secretaria

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López
Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

I. INDICE

Contenido

I. INDICE	1
Dedicatoria y agradecimientos	2
Resumen	3
II. INTRODUCCIÓN	4
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. OBJETIVOS	8
4.1 Objetivo General.....	8
4.2 Objetivos Específicos	8
V. MARCO TEÓRICO	9
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.....	9
5.2 El cuidado como objeto de estudio	13
5.3 Proceso de Atención de Enfermería	14
5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE	15
5.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado.....	16
5.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero.....	15
5.5.1 Valoración	16
5.5.2 Diagnóstico	16
5.5.3 Planeación	16
5.5.4 Implementación	16
5.5.5 Evaluación	16
5.5.6. Problemática de salud de la persona.....	17
VI. RESUMEN DEL CASO CLINICO	31
6.1 Valoración Clínica del sujeto del cuidado (Patrones funcionales de M. Gordon).....	34
6.2 Diagnóstico (s) Enfermero (s)	40
6.3 Planificación (Indicadores de resultados NOC)	46
6.4 Ejecución (NIC, GPC, fundamentación de cada intervención).....	46
6.5 Evaluación (medición de indicadores)	46
VII. PLAN DE ALTA.....	72
VIII. CONCLUSIONES	74
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	77
X. GLOSARIO DE TERMINOS	87

Dedicatoria y agradecimientos.

Dedicatoria.

A mis padres Laura Baeza y Oscar Orta.

A mis hermanos Oscar y Alexander.

A la familia Baeza y familia Orta, por su apoyo, motivación y orientación en la vida, por hacerme una persona de bien y siempre creer en mí.

Agradecimientos.

Al Licenciado en Enfermería Vicente Del Ángel De la Cruz y Maestra Rita de Guadalupe Martínez Rocha por su amistad, apoyo, orientación y colaboración para la realización del presente trabajo.

A los Licenciados en Enfermería Abelardo Reyes Castillo y Karla Natali Alonso Torres por su amistad, apoyo, admiración y respeto en mi etapa de formación profesional.

Al Psicólogo Salvador Ramos y al Médico Cirujano Eduardo Aguilar por su orientación.

Al Ingeniero J. Perfecto Rangel y al Maestro David Martínez por su apoyo y profesionalismo.

A mis amigos y amigas, porque ellos saben lo que significan para mí.

Resumen.

Introducción: Desde el origen de su concepto en 1933, el término “Trastorno Esquizoafectivo” ha tenido diferentes variabilidades con trastornos como la esquizofrenia y la afectividad. En cambio desde 1977, este trastorno dejó de tomarse como un estado esquizofrenico y empezó a considerarse como trastorno del espectro afectivo, no obstante este trastorno se volvió uno de los diagnósticos psiquiátricos más controvertidos, ya que comparte síntomas de esquizofrenia, depresión y bipolaridad. **Objetivo:** Desarrollar un proceso cuidado enfermero de un paciente con patología de Trastorno Esquizoafectivo, para la obtención del grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. **Metodología:** Se aplicó el proceso cuidado enfermero empleando la taxonomía NANDA, NOC y NIC, empleando la teoría del sistema conductual de Dorothy E. Johnson, con valoración universal del sujeto utilizando el modelo de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. **Resultados:** La aplicación del Proceso Cuidado Enfermero permite prestar cuidados al paciente de manera racional, partiendo del punto lógico personal y continuando con un orden sistemático, identifica y trata las respuestas del paciente y su entorno, las cuales pueden ser reales o potenciales. **Conclusiones:** El Trastorno Esquizoafectivo puede ser difícil de diferenciar a comparación de la esquizofrenia y los trastornos afectivos, sin embargo, puede ser tratado. Las actividades lúdicas promueven la concentración total, el aprendizaje, comprensión y comparación mental, además de la relajación y la creatividad, incluso obtener un cambio evolutivo en la terapia conductual en la atención psiquiátrica. **Palabras Clave:** Proceso cuidado enfermero, trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, bipolaridad, depresión, teoría, actividades lúdicas, cuidados de enfermería.

II. INTRODUCCIÓN.

La evaluación del paciente puede ser el proceso más importante en el ámbito de la enfermería, tomando como punto de partida las intervenciones, indicadores y metas que la misma enfermera se plantea a lo largo del contacto directo con el propio paciente, por lo cual cuando este paso no se centra específicamente en el paciente, las enfermeras pueden llegar a perder el control total del proceso junto con sus objetivos, los cuales son el administrar cuidados individualizados partiendo de un método sistemático y organizado.

Retomando lo anterior dicho, la aplicación del método científico en el ámbito de enfermería es lo que hoy en día se conoce como Proceso Cuidado Enfermero (PCE), un método que permite al personal de enfermería el prestar cuidados al paciente de manera racional, partiendo del punto lógico personal y continuando con un orden sistemático, además se centra en identificar y tratar las respuestas únicas del paciente y su entorno, las cuales pueden ser reales o potenciales. Cabe mencionar que a pesar de que cada uno de ellos se realiza por separado, solo tiene un carácter de razonamiento, ya que, en la puesta en práctica, estos pasos se superponen, los cuales son los siguientes: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

La valoración es una parte vital para el proceso de enfermería, porque de ésta dependerán los cuidados que el profesional le proporcione al paciente, esta se hace con el fin de llegar a un diagnóstico enfermero exacto, y para ello se empleara la teoría del sistema conductual de Dorothy E. Johnson, en relación con el modelo por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

El tema seleccionado para el siguiente trabajo es Proceso Cuidado Enfermero En Paciente con Trastorno Esquizoafectivo, debido a que la denominación “Esquizoafectivo”, tiene ambigüedad respecto a su nosología. El origen de su concepto se remonta al año 1933 por J. Kasanin, basado en un cuadro clínico atípico, de diagnóstico diferencial difícil que podría denominarse como esquizofrénico o afectivo.

De igual forma, Kasanin describe este trastorno como una psicosis de comienzo brusco o súbito, precedida por un estado de depresión latente con antecedente de un evento vital estresante significativo que actúa como desencadenante.

Con base al estudio de trastornos mentales de la Oficina de Información Científica y Tecnológica (OICT) realizado en el año 2018, el 17% de las personas en México presenta al menos un trastorno mental y una de cada cuatro lo padecerá como mínimo una vez en su vida, mientras tanto actualmente, de las personas afectadas, sólo una de cada cinco recibe tratamiento (ver anexo 1).

La prevalencia de esquizofrenia es de 1% en la población, es decir que, si en SLP hay 1 millón y medio de habitantes, hay una población de 150 mil enfermos de los cuales detectados en las clínicas hay una población muy pequeña y los demás pacientes no reciben atención, esto es mencionado por la doctora Sara Antonieta Navarro de la clínica de Psiquiatría Dr. Everardo Neumann Peña.

Por lo tanto, el Proceso Cuidado Enfermero toma una pauta indispensable en la formación del profesional enfermero para la obtención del título de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, aclarando que al lograr en su totalidad este proceso, el personal de enfermería lograra emplear el pensamiento crítico, junto con la satisfacción profesional, el cual fue el brindar una atención de tipo holística de carácter individual y comprometer al usuario o paciente, además de su familia en el propio cuidado de la salud.

Por ello, el presente trabajo consta de los apartados siguientes: Justificación propia del documento en base a la controversia del mismo trastorno, Objetivos indispensables tanto para la presentación de la investigación, como su defensa en base al tipo de cuidados establecidos, encaminado con un Marco Teórico constructivo y englobado con los datos más relevantes del diagnóstico seleccionado y finalmente contando con el Proceso Cuidado Enfermero para la obtención y demostración de las Intervenciones apropiadas para el paciente con trastorno esquizoafectivo.

III. JUSTIFICACIÓN.

El Trastorno Esquizoafectivo es una controversia teórica, pero una realidad en la clínica, dicho trastorno se trata de una enfermedad presente a lo largo de la vida que se acompaña de un alto riesgo de suicidio y aunque la terapéutica es más compleja, el pronóstico es mejor que en el de la esquizofrenia, pero no tan bueno como el de los trastornos afectivos.

El numeroso grupo de pacientes que manifiestan síntomas o características de los dos principales trastornos, “Trastorno Esquizofrénico y Trastorno Bipolar” es un desafío teórico y clínico, este tipo de pacientes presentan un problema terapéutico para los clínicos y un problema de clasificación a quienes se dedican a la nosología.

En realidad, la Esquizofrenia se encuentra entre los trastornos médicos más incapacitantes y económicamente catastróficos en la población mundial, esto señalado por la Dra. Elisa Hernández Carranza, Responsable de la Red Estatal de Atención Psiquiátrica (REAP) de la Secretaría de Salud, de hecho, la esquizofrenia es un trastorno mental de la que se recibieron 15 mil consultas en el estado de San Luis Potosí, así como la segunda causa de atención psiquiátrica de la población en el año 2015, sin embargo, muchas personas no recibieron tratamiento.

De manera similar, continuando con el estado de San Luis Potosí, en el año 2019 se registraron alrededor de mil pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia dentro de dicha red, debido a esto se concluyó que la edad de inicio de la enfermedad es entre los 18 y 25 años para los hombres y de los 25 a los 35 años en las mujeres, por lo que es ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres (ver anexo 2).

El proceso cuidado enfermero en paciente con trastorno esquizoafectivo está dirigido para el personal de salud, ya sea enfermero, médico, psiquiátrico y demás áreas relacionadas con el mismo, con la prioridad de llegar a diferenciar, entender y clasificar los tipos de trastornos mentales de los cuales puede estar formado.

Logrado este punto se podrán identificar las principales intervenciones de dicho trastorno en base a los datos de más relevancia, tomando en cuenta desde su propia historia y/u origen, hasta sus principales características, realizado este proceso correctamente, aportara las bases necesarias para trabajar este trastorno de manera específica y directa sin llegar a conclusiones de otra índole o fuera del aprendizaje esperado y beneficiar de manera inmediata el ciclo de recuperación del propio paciente.

IV. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo General:

- ❖ Desarrollar un proceso cuidado enfermero de un paciente con patología de Trastorno Esquizoafectivo mediante la aplicación de la teoría del sistema conductual de Dorothy E. Johnson, con valoración universal del sujeto aplicando el modelo de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, para la obtención del grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

4.2 Objetivos Específicos:

- ❖ Realizar la presentación y exposición del proceso cuidado enfermero de un paciente con Trastorno Esquizoafectivo.
- ❖ Clasificar y analizar los diagnósticos Nanda seleccionados de acuerdo con el trastorno esquizoafectivo del usuario previamente seleccionado, incluyendo los indicadores Noc e intervenciones Nic elegidos apropiadamente.
- ❖ Mostrar las actividades lúdicas realizadas por el paciente con trastorno esquizoafectivo durante su estancia hospitalaria.
- ❖ Evaluar los resultados obtenidos del proceso cuidado enfermero relacionado con las actividades terapéuticas asignadas, así como la evolución del usuario para identificar las intervenciones prioritarias en su egreso.

V. MARCO TEÓRICO.

5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.

En primer lugar, daremos inicio con la definición de la propia enfermería, la cual es la ciencia que se dedica al cuidado y la atención autónoma de enfermos, heridos y personas con discapacidad, siguiendo pautas clínicas. Es la profesión del cuidado, enfatizando en las relaciones humanas mediante la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado a aquellos que lo necesitan, en todos los entornos de atención de salud y en otros ámbitos de la comunidad.

En cambio, el ejercicio de la enfermería, aunque complejo, también llega a ser dinámico y responde a las necesidades de la salud y a las demandas de los sistemas de atención sanitaria, es por esto mismo que no siempre sea fácil para una enfermera definir y describir qué es la enfermería exactamente. Es por ello quizá que la definición más conocida y acertada deba su origen a Virginia Henderson, la cual nos menciona que, la función singular de la enfermera es asistir al individuo, enfermo o sano, en la realización de actividades que promueven la salud o su recuperación (o una muerte serena) que aquél llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de manera de ayudarlo a recobrar su independencia con la brevedad posible, (INEPEO, 2013).

Claro está que la Enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX, y uno de los primeros programas de formación para la enfermería se realizó en el año 1836, en el país de Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Del mismo modo en aquel tiempo las órdenes religiosas ofrecían formación para la enfermería en el continente Europeo, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella, la reformadora de la enfermería británica, y madre de la enfermería, Florence Nightingale, (Cano, 2017).

Ahora bien, la enfermería además de considerarse ciencia también retoma la filosofía, ontología, epistemología y ética, con lo cual reconocemos el camino para desarrollar un

cuerpo de conocimientos (ciencia-disciplina) y poder actuar (práctica-profesión) en enfermería, (Eneo- Sua y Ed, 2017).

Según Vargas (2017), la enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de los otros, fundamentada por el conocimiento empírico propio y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia asistencial, los valores, expectativas personales y sociales.

El surgimiento de la ciencia de Enfermería equivale a una disciplina, que ahonda en lo profesional, con características autónomas y de manera distintiva, y llegando a considerarse valorada, porque confronta las demandas de la profesión y la sociedad para que la Enfermería asuma toda la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias. Con todo esto, la actuación de la misma enfermería en su profesión y en la práctica, la expone a los aspectos legales, que ella podrá resolver, en tanto posea principios y fundamento científico, disciplinar y ético, (Escobar, 2018).

5.2 El cuidado como objeto de estudio.

Es claro que la Enfermería define su objeto de estudio cuando afirma el ocuparse de proporcionar cuidado profesional a las personas que, en interacción continua con su entorno y sociedad, viven experiencias de salud/enfermedad, esto puede denominarse un metaparadigma enfermero o perspectiva enfermera, (García, 2015).

Anterior a lo antes mencionado, el cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería y se puede definir como una actividad que requiere de un valor personal y profesional que conlleve a la conservación, el reestablecimiento y un mejor autocuidado de la vida, que puede ser fundamentado con la relación terapéutica enfermera-paciente, (Rayle, 2017).

5.3 Proceso de Atención de Enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE), también conocido como proceso cuidado enfermero (PCE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermería, este nos permite prestar cuidados a nuestro paciente de una forma racional, utilizando la lógica y un ordenado sistema. Así mismo, el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, se centra en evaluar de manera simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera.

Este camino asegura que la atención sea de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud, es importante recalcar que las teorías o modelos de enfermería están basadas en cuatro aspectos o elementos fundamentales: Persona, Salud, Entorno, Cuidado, (INEPEO, 2013).

Es más, el PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en el año 1955, gracias a Hall, posteriormente se unieron otras teóricas como Jhonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963, este consistía en tres etapas: valoración, planeación y ejecución, (Elsó, 2018).

Posteriormente Yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación., y finalmente Bloch, Roy y Aspinall incluyeron la etapa diagnóstica en 1974 y 1976, dando como resultado el PAE que hoy en día conocemos: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución, Evaluación, (Elsó, 2018).

El objetivo principal del PAE, es conformar una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, identificando sus necesidades reales y potenciales para establecer los planes de cuidados y así cubrir y resolver los problemas, junto con el acto de prevenir y/o curar la enfermedad, (Alfaro, 1999).

5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE.

La valoración es la primera etapa y quizá la parte más vital para el proceso de enfermería, porque de ésta dependerá en gran parte los cuidados que el profesional de esta disciplina le proporcione al paciente.

Como ya se mencionó anteriormente, la valoración se hace con el fin de llegar a un diagnóstico enfermero exacto, y para ello emplearemos el modelo por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Este representa un marco construido a partir de planteamientos humanistas, además supone un desarrollo operativo adaptado a las exigencias actuales de la práctica de enfermería, esto incluye una visión integral de los procesos vitales que afectan a la salud.

Del mismo modo, colaborando con el modelo de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, nos adentraremos en la teoría de “Salud Conductual” de la teórica Dorothy E. Johnson, su trayecto en el sentido profesional y la importancia de este mismo para la atención del paciente con trastorno esquizoafectivo:

Dorothy E. Johnson (1919-1988), se graduó en Artes en la “Armstrong Junior College” a la edad de 19 años, para posteriormente recibir el título de enfermera por la universidad de Vanderbilt en Nashville a los 23 años, además Johnson realizó una maestría en la universidad de Harvard en Boston con 29 años. La mayor parte de su experiencia profesional fue como docente en la especialidad de enfermería pediátrica en la universidad de California, donde trabajó desde 1949, hasta su jubilación en 1978, (Marriner y Raile, 2006).

Del año 1965 al 1967 presidió el comité de la “Nurses California Association”, además de publicar 4 libros, más de 30 artículos en revistas y numerosos informes de estudios y monografías. En 1958 realizó la propuesta sobre el “Funcionamiento Conductual”, eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad, pero no fue hasta 1980 que publicó su modelo de “Sistemas Conductuales”.

Johnson baso su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería esta designada a ayudar a las personas, prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión, claro está que Johnson se centró en la respuesta de la persona al estrés de la enfermedad y cómo iban a reaccionar a estas tensiones, es más también se basó en el trabajo del médico y fisiólogo Hans Selye sobre el estrés, ampliando este concepto dentro de su teoría del sistema conductual, (Tomey, 2016).

5.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado:

La teoría del sistema conductual de Johnson considera a la persona como un sistema de conductas compuesto por una serie de subsistemas interdependientes e integrados (ver anexos 3 y 4). Esto significa que, en esta teoría, el hombre como sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto para actuar de forma eficaz y eficiente, y este cuenta con subsistemas con objetivos estructurales y funcionales, los cuales se muestran a continuación:

Objetivos Estructurales:	Objetivos Funcionales:
Meta	Protección de influencias dañinas
Predisposición para actuar	Nutrición
Centro de acción y conducta	Estimulación para aumentar el desarrollo
	Prevenir el estancamiento

Subsistemas Conductuales de Johnson:

1-De dependencia: Promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca, sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la asistencia física, la conducta dependiente evoluciona desde un grado total de dependencia de los demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo.

2-De ingestión: Se relaciona con el cómo, cuándo, qué, cuanto y en qué condiciones se da la alimentación, se encarga de cumplir la amplia función de satisfacer el apetito y se relaciona con los factores ecológicos, sociales y biológicos.

3-De eliminación: Se relaciona con cuándo, cómo y en qué condiciones se produce la eliminación. En el aspecto biológico influyen factores sociales y fisiológicos.

4-Sexual: Hace referencia a la doble función de procreación y de satisfacción, incluye el cortejo y el emparejamiento, además contempla una gama de conductas asociadas con el papel sexual.

5-De agresividad: Consiste en proteger y conservar, proviene de una intención primaria de dañar a los demás, se es sabido que la sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a las personas como a su propiedad.

6-De realización: Tiene la función de controlar o dominar el aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar un cierto grado de superación, se relaciona con las cualidades intelectuales, físicas, mecánicas y sociales.

7-De afiliación: Proporciona supervivencia y seguridad, sus consecuencias son inclusión, intimidad, formación y mantenimiento social de enlace fuerte.

De acuerdo con la teoría de Johnson, los conceptos del metaparadigma son los siguientes:

PERSONA	Es un sistema abierto, interrelacionado; se esfuerza constantemente en mantener una situación estable mediante la adaptación al entorno.
ENTORNO	Hace referencia a un espacio externo e interno de la persona, aunque no lo explica.
SALUD	Es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales, se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona.
ENFERMERIA	Es una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual.

Johnson propuso la idea de que la enfermería debe centrarse en el comportamiento de una persona, más que en su estado de salud o condición de la enfermedad, por lo que su teoría es un modelo de atención que se centra en las necesidades humanas y el uso de la enfermería para promover el equilibrio y disminuir el estrés (Gómez y Antelo, 2014).

Por lo tanto, este modelo puede ser adaptable a pacientes psiquiátricos, ya que en ellos su problema de salud se basa en una alteración conductual y la enfermera actúa como un “regulador” externo de los sistemas, mientras que el médico trata la parte fisiológica. Cada persona es un conjunto de características físicas, psicológicas, sociales y culturales, por lo cual el sistema conductual de Dorothy Johnson es fácil y ajustable, ya que de ella puede partir la enfermería como método científico relacionado con el método de adaptación y conservación.

5.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero.

Retomando el apartado 5.3 sobre el Proceso de Atención de Enfermería, su ventaja tiene repercusiones positivas sobre la misma profesión de enfermería, el paciente y los demás campos de la salud, personalmente porque este proceso es reflejado en el campo laboral mediante del progreso profesional y la calidad prevista, el beneficio es mutuo y continuo, garantizando la calidad de los cuidados de enfermería en el momento y en un próximo diagnóstico a tratar. Cada una de las etapas tiene un orden cronológico de desarrollo, pero

un objetivo en común, la mejora continua y el máximo grado de bienestar y calidad junto con la propia participación enfermera/paciente, a continuación, se mencionan cada una de las etapas y su propia función:

5.5.1 Valoración:

Primera fase del PCE que consiste en la recogida y organización de los datos de la persona, familia y su entorno, y formaran la base para las decisiones y actuaciones posteriores, las fuentes de información para la obtención de datos pueden ser el historial médico del paciente, entrevista clínica hacia el propio paciente, familia o personas relacionadas con él.

5.5.2 Diagnóstico:

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración desde el punto de vista de la enfermería, recopilado de los datos de la etapa anterior, se sabe que el diagnóstico elegido por enfermería puede llegar a ser distinto del diagnóstico médico.

5.5.3 Planeación:

En ella se desarrolla un conjunto de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas del diagnóstico, así como para promocionar la salud, esto se logra una vez valorada la información proveniente de las diferentes fuentes disponibles.

5.5.4 Ejecución / Implementación:

El realizar o poner en práctica los cuidados programados en nuestra planeación, en esta etapa es muy importante la recogida de datos para valorarlos en la fase siguiente.

5.5.5 Evaluación:

Última fase del PCE, una vez aplicados los cuidados e intervenciones elegidos, se comparan las repuestas del paciente, y poder determinar si se han conseguido los objetivos establecidos durante todo el proceso, además en esta etapa se valora si la evolución es correcta o si se deben introducir cambios en las decisiones tomadas, para la evaluación final, se requiere realizar nuevamente el examen físico del paciente, el análisis del historial médico y la propia entrevista, entre otros elementos fundamentales que puedan ser considerados por la enfermera.

5.5.6. Problemática de salud de la persona:

El Trastorno Esquizoafectivo por sí solo tiene una conceptualización individual en la que presenta características clínicas diferenciales con la esquizofrenia o las psicosis de tipos afectivas y transitorias, de esta manera corresponde a un trastorno caracterizado por episodios psicóticos recurrentes que incluyen alucinaciones y delirios acompañados de fases depresivas, maníacas o mixtas antes, durante o después de los síntomas psicóticos, sin mencionar los síntomas negativos como la desorganización del lenguaje y el pensamiento.

5.5.6.1 Patología:

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO.

Es una enfermedad mental caracterizada por episodios recurrentes de alteraciones del ánimo y psicosis, el ánimo es la emoción generalizada y persistente de la percepción del mundo, la Psicosis es un conjunto de síntomas que implican un distanciamiento de la realidad, es decir, se presenta en forma de alucinaciones, creencias y sensaciones extrañas, desorganización de la conducta y del pensamiento.

Los dos tipos de Trastorno Esquizoafectivo, en los que se presentan algunos síntomas de la esquizofrenia, son:

- Tipo Bipolar: Se manifiestan episodios de manía y en ocasiones depresión mayor.
- Tipo Depresivo: Presenta únicamente episodios de depresión mayor.

El Trastorno Esquizoafectivo puede evolucionar de manera diferente en cada persona, es por esto por lo que no se lo comprende ni define tan bien como sucede con las demás afecciones mentales. Este tipo de trastorno al no ser tratado puede generar problemas laborales, escolares y sociales, de este modo la persona se encontrará sola y le será difícil conservar un trabajo o asistir a la escuela. Las personas que sufren este trastorno pueden necesitar asistencia y apoyo para las actividades cotidianas.

Además, afecta los aspectos fundamentales del funcionamiento mental como son la noción de la realidad y las propias emociones en su calidad y estabilidad, esto sucede de manera episódica, con períodos de mejoría y recaídas, así mismo, el trastorno esquizoafectivo, la psicosis y los cambios en el estado de ánimo pueden ocurrir en conjunto o por sí solos. Se puede decir que este tipo de trastorno es una entidad en la que se observa una gran variedad de manifestaciones clínicas, presenta una base biológica compleja que actualmente se continúa estudiando, ya que la causa exacta se desconoce. Las personas que padecen este trastorno tienen los síntomas de la esquizofrenia y un trastorno del ánimo, como el trastorno bipolar o la depresión, son problemas médicos que afectan cómo se siente.

Conductas Personales de pacientes con Trastorno Esquizoafectivo:

- 1.- Humor elevado: Se muestran demasiado alegres o más de lo habitual, hacen bromas continuas y fuera de contexto, se sienten invencibles.
- 2.- Humor Irritable: Se irritan fácilmente, poniéndose agresivos, hostiles, con crisis de ira acumulada o de expresión fácil.
- 3.- Autoestima exagerada o sentimientos de grandiosidad: Creen ser poderosos, ser mejores que el resto de las personas.
- 4.- Aumento de la actividad: Siempre están buscando qué hacer, múltiples actividades de manera simultánea o inquietud.
- 5.- Exposición a Riesgos: Conductas desinhibidas, como conducir el auto a alta velocidad.
- 6.- Menor necesidad de dormir: Duermen menos horas de lo habitual, sin manifestar cansancio.
- 7.- Distracción fácil o dificultades para concentrarse en las tareas, se muestran dispersos y desatentos.
- 8.- Aumento del habla por más de lo habitual: Consecuencia de la aceleración del pensamiento, no dejan de hablar o no se los puede interrumpir.

9.- Aceleración de los pensamientos: La conversación puede ser difícil de seguir, por pasar de un tema a otro continuamente, ya que se agolpan muchas ideas en la cabeza y con gran velocidad.

Aspectos Diferenciales del Trastorno Esquizoafectivo:

- 1) El Trastorno Esquizoafectivo es una enfermedad crónica que cursa a episodios, estos son de características similares a los episodios depresivos y a los episodios de hipomanía/manía del trastorno bipolar, pero a diferencia de lo que sucede en el trastorno bipolar, algunos de estos episodios vienen precedidos de periodos de días o escasas semanas con presencia de síntomas psicóticos (delirios y/o alucinaciones) en ausencia de síntomas afectivos.

Este es un aspecto clave diferencial entre el Trastorno Esquizoafectivo y el Trastorno Bipolar, en el trastorno bipolar el paciente puede tener síntomas psicóticos, pero siempre empiezan primero los síntomas depresivos o maníacos y, si estos llegan a ser muy graves, pueden llegar a aparecer síntomas psicóticos.

Una persona con esquizofrenia también puede tener episodios depresivos, pero como una enfermedad independiente y, por tanto, sin relación temporal con los síntomas psicóticos.

- 2) En el Trastorno Esquizoafectivo, es frecuente que además de los episodios agudos de la enfermedad precedidos de síntomas psicóticos haya síntomas crónicos similares a los síntomas negativos (síntomas afectivos y síntomas cognitivos) de la esquizofrenia, estos síntomas suelen ser de menos intensidad o gravedad que en la esquizofrenia, ya que dichos síntomas son infrecuentes en el trastorno bipolar.
- 3) En el Trastorno Esquizoafectivo el tratamiento de los episodios agudos es similar al Trastorno Bipolar, por el contrario, el tratamiento farmacológico de mantenimiento, que es para evitar las recaídas, es asociar un fármaco específico, siguiendo las mismas pautas que en el trastorno bipolar, y un fármaco antipsicótico, siguiendo las mismas pautas que en la esquizofrenia.

- 4) Como se detalla en el apartado de Esquizofrenia, no disponemos de tratamiento eficaz para los llamados síntomas negativos (afectivos y cognitivos), el pronóstico del Trastorno Esquizoafectivo dependerá esencialmente de la gravedad de los síntomas.

5.5.6.2 Epidemiología:

Actualmente los trastornos mentales y del comportamiento se están convirtiendo en un problema de salud pública cada vez más grave, lo que representa un alto costo económico y social, directo e indirecto para el paciente, la familia y la sociedad en general.

La esquizofrenia es el trastorno mental más grave e incapacitante en todo el mundo, representando el 40-50% de las hospitalizaciones psiquiátricas. Dentro de las primeras seis causas de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) 4 son neuropsiquiátricas, una de ellas es la esquizofrenia, provocando el 1.1% del total de AVAD de todas las enfermedades (OMS 2001).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000, había en el mundo 45 millones de personas mayores de 15 años, que en algún momento de su vida habían presentado un cuadro esquizofreniforme o un trastorno esquizofrénico franco, calculándose en el año 2002 que quienes en ese momento tenían la enfermedad eran 25 millones de personas (OMS, 2002), (ver anexo 5).

Factores Genéticos:

El factor de riesgo más importante es la presencia de la enfermedad en la familia; entre mayor sea la cercanía en el parentesco y el número de familiares que la padezcan, el riesgo de sufrirla es mayor (Reyes, 2018).

Factores Ambientales:

Las complicaciones obstétricas y perinatales que conllevan Hipoxia Neonatal, el nacimiento durante el invierno y la primavera, la edad paterna avanzada, el maltrato físico,

el abuso sexual, la violencia intrafamiliar, la orfandad, el traumatismo craneoencefálico y patrones de crianza idiosincráticos pueden ser factores ambientales que favorezcan la aparición de la esquizofrenia o bien influyan negativamente en su evolución, como resultado, la heredabilidad de la esquizofrenia es del 70%, por lo que la participación de la genética es mucho más importante que la del factor ambiental para que la enfermedad se manifieste (Reyes, 2018).

A pesar de que la esquizofrenia es la enfermedad, después de la depresión, con mayor demanda en los servicios de salud mental, en Latinoamérica la investigación de la esquizofrenia y del propio trastorno esquizoafectivo ha sido menos numerosa en relación con otros países, especialmente los desarrollados, porque no se cuenta con los suficientes recursos humanos, materiales y financieros, por lo que en dichos países su desarrollo científico ha sido más lento que el de otras enfermedades mentales y otras ramas de la medicina.

Dentro de las investigaciones más importantes que se han realizado en México con respecto al trastorno esquizoafectivo, destacan las de validación de escalas, las ventajas del tratamiento psicosocial o de rehabilitación, estudios neuropsicológicos y epidemiológicos, por otro lado, son pocos los análisis biológicos (neurofisiológicos, neuropatológicos, genéticos y moleculares) debido a que no son favorables las condiciones económicas de la región.

Esta situación, además de alarmante debe hacernos poner mayor interés en la comprensión de la enfermedad del trastorno esquizoafectivo, por lo que debemos conocer los aspectos relacionados con su epidemiología y las circunstancias personales, sociales y demográficas que han sido identificadas como factores de riesgo. La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno esquizoafectivo es de menos de 1% posiblemente oscilando entre el 0.5% y el 0.8%.

El trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo puede ser más común entre la gente mayor que en los jóvenes, y el tipo bipolar puede ser más común entre los adultos jóvenes que en los adultos mayores. Sin embargo, la prevalencia puede ser menor entre los hombres que entre las mujeres, como se mencionó anteriormente, la edad de inicio para las mujeres es más tardía, como ocurre con la esquizofrenia. Las personas con trastorno

esquizoafectivo llegan a tener mejor pronóstico que los pacientes esquizofrénicos, pero un pronóstico peor que los pacientes con un trastorno afectivo.

5.5.6.3 Fisiopatología:

Primero haciendo énfasis en el Neurodesarrollo de la esquizofrenia; El cerebro sufre una alteración en su desarrollo normal, principalmente en el segundo trimestre intraútero, que da lugar a los síntomas manifestantes como la falta de gliosis (señal de procesos atróficos en el cerebro), o lesiones cerebrales en el segundo trimestre del embarazo, las cuales pueden ser por motivo de hambrunas, infecciones víricas, y estrés emocional grave, por lo cual aumenta el riesgo de presentar esquizofrenia en el futuro (Bobes 2009).

Una de las aportaciones más importantes relacionadas con la etiología de la esquizofrenia, ha sido la hipótesis dopaminérgica, la cual postuló el incremento de la actividad dopaminérgica cerebral de la vía mesolímbica (Carlsson 1963, Seeman 1976, Farde 1988).

Hipótesis Dopaminérgica:

Esta hipótesis sostiene que los síntomas tanto de la esquizofrenia como del trastorno esquizoafectivo se deben a un exceso de Dopamina o a una elevada sensibilidad a este neurotransmisor, esta hipótesis se formuló tras el descubrimiento de que los antipsicóticos efectivos en la Esquizofrenia eran antagonistas de los receptores Dopaminérgicos y que los agentes liberadores de Dopamina pueden producir síntomas psicóticos.

Principales Vías Dopaminérgicas cerebrales (ver anexo 6):

1.- Mesolímbica: La hiperactividad dopaminérgica de esta vía explica la producción de los síntomas positivos en las psicosis como pueden ser las alucinaciones o los delirios, este circuito es importante para la memoria, la regulación de las respuestas emocionales, la motivación, el placer y la recompensa, por lo que una disfunción de este nivel podría

explicar los síntomas negativos de la Esquizofrenia, en este caso, existiría un déficit en la función dopaminérgica.

La hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas de esta vía puede desempeñar las conductas agresivas y hostiles de la Esquizofrenia, sobre todo si se asocia a un control serotoninérgico errático.

2.- Mesocortical: Proyecta desde el área tegmental ventral al córtex prefrontal ventromedial y dorsolateral, esto se relaciona con las funciones de regulación de emociones y afectividad, comportamiento social, planificación, resolución de problemas, motivación y refuerzo en el aprendizaje, por lo que un déficit dopaminérgico en esta vía podría explicar los síntomas negativos y afectivos observados en la Esquizofrenia como por ejemplo el aplanamiento afectivo, apatía, falta de motivación y anhedonia.

3.- Nigroestriada: Proyecta desde la sustancia negra del troncoencéfalo a los ganglios basales o estriado, esta vía forma parte del sistema extrapiramidal y desempeña un papel clave en el control de los movimientos motores.

Las sustancias que bloquean los receptores de dopamina en esta vía producen trastornos de movimiento como la enfermedad de Parkinson (temblor, rigidez), acatisia y distonía, provocados por la deficiencia de dopamina a este nivel.

Cuando la dopamina está en exceso en esta vía, se producen movimientos hiperkinéticos como corea, tics o discinesias.

4.- Tuberoinfundibular: Constituida por las neuronas que proyectan desde el hipotálamo a la hipófisis anterior a la glándula pituitaria, esta vía se asocia con la función endocrina, la digestión, el metabolismo, el hambre y la sed, el control de la temperatura y la excitación sexual, aparte regula la secreción de prolactina a la circulación sanguínea, al recibir tratamiento con fármacos que bloquean los receptores dopaminérgicos, se elevan los niveles de prolactina, llegando a surgir efectos secundarios (galactorrea, amenorrea y disfunción sexual).

En pacientes con Esquizofrenia que no reciben tratamiento antipsicótico se considera normal el funcionamiento de esta vía.

Causa Principal del Trastorno Esquizoafectivo:

La causa exacta de este trastorno aún se desconoce, una combinación de factores puede contribuir a su desarrollo como puede ser la genética y algunas variaciones en la química y en la estructura del cerebro, se considera que los factores genéticos o hereditarios alteran la neurotransmisión cerebral, estos serían los desencadenantes actuales que activan o exacerban los síntomas.

Es importante que tanto el paciente como la familia identifiquen adecuadamente los síntomas para colaborar directamente con el tratamiento y para disminuir el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana del paciente, aún no se sabe con exactitud cuántos y cuáles son los genes que pueden contribuir a una enfermedad mental, pero sí que las enfermedades mentales comparten determinadas alteraciones genéticas.

5.5.6.4 Manifestaciones clínicas:

Las principales manifestaciones de este tipo de trastorno pueden variar de una persona a otra, aquellos que padecen esta afección experimentan síntomas psicóticos, como las alucinaciones o delirios, además de síntomas de los trastornos del estado de ánimo, ya sea de tipo bipolar (episodios de manías y depresión) o de tipo depresivo (episodios de depresión).

La evolución del trastorno esquizoafectivo en general se caracteriza por ciclos de síntomas graves seguidos de períodos de mejoras, con síntomas menos intensos, esto significa que los signos y síntomas dependerán del tipo (Bipolar o Depresivo):

- Delirios (creencias fijas y falsas, a pesar de que haya pruebas en contrario).
- Alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no están).
- Síntomas de depresión (sentimiento de vacío, tristeza o inutilidad).
- Períodos de estado de ánimo maníaco o de aumento repentino de energía, con conductas que no corresponden al carácter.
- Comunicación defectuosa, como solo responder parcialmente o dar respuestas que no se relacionan en nada con lo que se preguntó.

- Desempeño ocupacional, académico y social deficiente.
- Problemas para controlar el cuidado personal, incluidas la higiene y la apariencia física de sí mismo.
- Sentimiento extremo de felicidad o el aumento de energía (manía).
- No sentir emociones o sentimientos hacia personas u objetos particulares.

Hipomanía y Manía del Trastorno Esquizoafectivo:

El ánimo exaltado suele clasificarse en Hipomanía (sensación elevada de bienestar) o Manía (síntomas graves, que dificultan las actividades y relaciones de la persona que padece este trastorno). Este apartado es sumamente importante si es que aprendemos a identificar los primeros síntomas de descompensación.

Factores de Riesgo y Complicaciones de una persona con Trastorno Esquizoafectivo:

- 1.- Antecedentes de familiares cercanos que padezcan dicho trastorno, esquizofrenia o trastorno bipolar.
- 2.- Episodios estresantes de más de una ocasión que provoquen síntomas parecidos.
- 3.- Consumo de drogas que alteren la mente.
- 4.- Intentos o pensamientos suicidas, ya sean actuales o con antecedentes.
- 5.- Aislamiento social de más de una ocasión.
- 6.- Conflictos familiares e interpersonales que generan alteración de convivencia mutua.
- 7.- Desempleo o déficit laboral y estudiantil.
- 8.- Trastornos de ansiedad con episodios de ira, angustia, miedo o exaltación.
- 9.- Abuso de alcohol o sustancias que el usuario considera como relajantes.
- 10.- Problemas de salud considerables, estos deben de especificarse dependiendo del historial del paciente.

5.5.6.5 Medios Diagnósticos:

Implica descartar otros trastornos de salud mental y determinar que los síntomas no se deben al abuso de sustancias, medicamentos o afecciones.

- **Exploración Física:** Para descartar otros problemas que podrían causar los síntomas y detectar cualquier complicación relacionada.
- **Análisis y Pruebas de Detección:** Permiten descartar afecciones con síntomas similares y detectar el consumo de alcohol y drogas, una resonancia magnética o una tomografía computarizada.
- **Evaluación Psiquiátrica:** Observación de la apariencia, el comportamiento y la indagación sobre pensamientos, estados de ánimo, delirios, alucinaciones, consumo de sustancias, posibilidad de suicidio, también se conversa sobre los antecedentes personales y familiares.

5.5.6.6 Tratamiento:

Tiene por objetivo disminuir el nivel de estrés y ayudar a que el cerebro funcione normalmente, un tratamiento continuo con medicamentos y asesoría psicológica puede mantener el trastorno bajo control (ver anexo 7).

La temprana identificación y la implementación de estrategias terapéuticas adecuadas son importantes para regular los síntomas y sus consecuencias en la vida cotidiana, una vez realizada la evaluación inicial se planearán las intervenciones terapéuticas, la intención del tratamiento es facilitar la recuperación, adaptar al paciente a su nueva realidad, compensar las dificultades, resolver problemas, entrenar, motivar y educar al paciente y a su familia.

Los estudios sobre el tratamiento farmacológico de los pacientes con este tipo de trastorno son escasos, la mayor parte de los estudios se han efectuado en pacientes con

esquizofrenia, los que han incluido casos que cumplen con los criterios diagnósticos para trastorno esquizoafectivo.

Las recomendaciones se basan en los resultados obtenidos en pacientes esquizofrénicos o afectivos con psicosis, sin embargo, recientemente se realizan estudios clínicos específicos en pacientes exclusivamente con trastorno esquizoafectivo, lo que ha permitido conocer con mayor exactitud los resultados en esta población y desarrollar la indicación para el tratamiento de esta patología.

Por la diversidad de síntomas presentes en los pacientes con trastorno esquizoafectivo, los medicamentos más empleados son de tres clases: Antipsicóticos, Estabilizadores del Ánimo y Antidepresivos, los cuales se mencionarán a continuación:

Antipsicóticos:

- Aripiprazol: Antipsicótico de segunda generación con un mecanismo de acción diferente al resto, ya que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de pacientes con trastorno esquizoafectivo.
- Clozapina: Antipsicótico de elevada potencia que ha demostrado eficacia en cuadros resistentes a otros tratamientos.
- Olanzapina: Demostrando buenos resultados al emplearla en el corto y largo plazo, su eficacia parece ser similar a la de la Risperidona.
- ✓ Paliperidona: Antipsicótico de liberación prolongada, demostrando buena respuesta, es el primer y único antipsicótico hasta el momento que ha sido aprobado para el tratamiento del trastorno esquizoafectivo junto a estabilizadores del ánimo y antidepresivos.
- Quetiapina: Antipsicótico ampliamente estudiado en pacientes bipolares, ha demostrado ser eficaz especialmente en el control de los síntomas depresivos.
- Risperidona: Efecto de corto y largo plazo, con buenos resultados, ha sido ampliamente estudiada, y está especialmente indicada en pacientes con escaso cumplimiento de las indicaciones, o con tendencia a abandonar los tratamientos.
- Ziprasidona: De corto y largo plazo en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, demostrando un efecto positivo.

Estabilizadores del Ánimo:

Medicamentos que reducen la intensidad y la recurrencia de los episodios maníacos o depresivos, el más tradicional es el Litio, estos medicamentos, aunque no poseen indicación específica en el tratamiento de trastorno esquizoafectivo, han demostrado utilidad en la práctica clínica.

- Ácido Valproico: Anticonvulsivante eficaz en reducir la frecuencia e intensidad de las fases afectivas en el trastorno esquizoafectivo.
- Carbamazepina: Anticonvulsivante eficaz en el tratamiento a corto y largo plazo, reduce la frecuencia y duración de los episodios afectivos.
- Clonazepam: Benzodiacepina con efecto anticonvulsivante que se emplea como estabilizador del ánimo o antipsicóticos, para el control de síntomas ansiosos o en los períodos de agitación del trastorno esquizoafectivo.
- Lamotrigina: Se emplea en el tratamiento del trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo.
- Litio: Ha demostrado ser eficaz en la prevención de las fases afectivas de las fases maníacas, además ha demostrado reducir el riesgo de suicidio.
- Topiramato: Útil en el tratamiento de los trastornos esquizoafectivos.

Antidepresivos:

Útil en pacientes con trastornos esquizoafectivos y en algunos períodos de la enfermedad, pueden ayudar en la mejoría de la sintomatología depresiva, pero en algunos casos pueden exacerbar los síntomas psicóticos o aumentar la inestabilidad del ánimo, por lo tanto, su empleo debe ser cuidadoso y en general asociado a estabilizadores del ánimo y antipsicóticos. Los antidepresivos tricíclicos han demostrado tener eficacia en casos de pacientes con trastorno esquizoafectivo, estos pueden ser Imipramina, Clomipramina, además de los antidepresivos duales como Venlafaxina, Desvenlafaxina y Duloxetina.

Psicoterapia:

Además de los medicamentos, la psicoterapia, también llamada “Terapia Conversacional”, puede ser de ayuda e incluye lo siguiente:

1.- Terapia Individual: Normaliza los patrones de pensamiento y reduce los síntomas, construye una relación de confianza en la terapia que puede ayudar a que las personas que sufren de trastorno esquizoafectivo comprendan mejor su afección y aprendan a controlar los síntomas, las sesiones se enfocan en los planes, los problemas y las relaciones de la vida real.

2.- Terapia Grupal o Familiar: Puede resultar más eficaz si las personas que sufren de trastorno esquizoafectivo pueden hablar sobre los problemas de la vida real con otros, los entornos grupales de contención también permiten disminuir el aislamiento social y comprobar la realidad durante períodos de psicosis.

3.- Entrenamiento para las habilidades sociales: Se centra en mejorar la comunicación y las interacciones sociales y la habilidad de participar en las actividades cotidianas como el hogar o el lugar de trabajo.

4.- Rehabilitación Vocacional y Empleo Asistido: Se centra en ayudar a las personas que padecen trastorno esquizoafectivo a prepararse para trabajar, conseguir un empleo y poder mantenerlo.

5.- Hospitalización: Puede ser necesaria para garantizar la seguridad, una nutrición adecuada, el descanso apropiado y los cuidados e higiene personal básica serán proporcionados en el mismo.

6.- Terapia Electroconvulsiva: En el caso de los adultos con trastorno esquizoafectivo que no responden a la psicoterapia ni a los medicamentos, la terapia electroconvulsiva podría ser una opción. Es un procedimiento que se lleva a cabo con anestesia general y que consiste en pasar pequeñas corrientes eléctricas a través del cerebro, para desencadenar una convulsión breve de manera intencional, para tratar la depresión y otras enfermedades mentales.

Tabla comparativa de los tres principales Trastornos Mentales:

	Trastorno Esquizoafectivo	Trastorno Bipolar	Esquizofrenia
Síntomas en los episodios	Inicialmente sólo hay delirios y/o alucinaciones, dan paso a los síntomas afectivos	Los episodios empiezan por síntomas afectivos y pueden aparecer alucinaciones	No hay síntomas afectivos
Síntomas Negativos (Afectivos y Cognitivos) entre episodios	Bastante Frecuentes	Muy Infrecuentes	Habituales
Tratamiento farmacológico de mantenimiento	Eutimizante + antipsicótico	Eutimizante	Antipsicóticos

VI. RESUMEN DEL CASO CLINICO.

6.1 Valoración Clínica del sujeto del cuidado (Patrones funcionales de M. Gordon, ver anexo 8).

A continuación, daremos paso al análisis de recolección de datos del caso clínico de un paciente con patología de Trastorno Esquizoafectivo mediante su historia clínica, durante su estancia en una clínica psiquiátrica, así como los diagnósticos NANDA prioritarios, sus indicadores NOC, para posteriormente continuar con sus actividades NIC y finalizar con el plan de alta.

HISTORIA CLÍNICA.

1. Ficha de identificación:

- Nombre del Paciente: JRV.
- Edad: 42 años.
- Sexo: Masculino.
- Lugar de Procedencia: San Luis Potosí.
- Domicilio: Barrio de San Ciro de Acosta S.L.P
- Diagnóstico: Trastorno Esquizoafectivo (F25).
- Servicio: Sala "C".
- Fecha de Nacimiento: 12 de Junio de 1977.
- Fecha de Ingreso: 02 de Septiembre del 2019.
- Fecha de Egreso: 05 de Octubre del 2019.

2. Antecedentes Heredo-Familiares.

Madre Hipertensa, Abuelas Maternas y Paternas con Depresión.

3. Antecedentes Personales Patológicos.

Diagnóstico de Esquizofrenia hace 10 años con un internamiento previo en la misma institución hace aproximadamente 9 años.

4. Antecedentes Personales No Patológicos.

Plomero y Electricista, con estado civil soltero, secundaria en nivel de estudios, religión cristiana.

5. Valoración Inicial al Ingreso (02/09/2019).

Inicia con irritabilidad, heteroagresividad, ideas expresivas de daño a familiares, insomnio de conciliación, errores de juicio y conducta, dromomanía, acumulación de objetos, se había mantenido con buen apego al tratamiento y mejoría posterior al egreso de esta clínica, hace un mes aproximadamente un psiquiatra le cambio la Olanzapina por la Risperidona y receto Alprazolam, sin mejoría de su cuadro, verborrea, poca tolerancia a la frustración, “mis hermanos y mi ex pareja me robaron dinero, me quitaron todo, yo ganaba hasta 2.000 dólares por quincena” (sic. Pac).

6. Examen Mental de Valoración Inicial (02/09/2019).

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, se muestra cooperador, alerta, orientado en persona y circunstancia solamente, pensamiento ilógico, tangencial y con ideas de daño aparentes hacia su familia “ellos me quieren quitar toda la fortuna que hice en EUA” sic. Pac., ideas delirantes megalicas, “yo era un gran empresario en EUA y ganaba muchísimo dinero” (sic. Pac)., niega la presencia de alteraciones de la sensopercepción, juicios desapegados a la realidad, nula conciencia de la enfermedad, discurso coherente y congruente con presencia de verborrea, animo “estoy bien”, afecto expansivo, psicomotricidad aumentada y marcha sin alteraciones.

7. Valoración y Examen Mental Actual (17/09/2019).

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica con buen apego al tratamiento y mejoría, integro con obesidad, buen aliño personal, presenta tolerancia a la frustración, cooperador, alerta, orientado en persona y circunstancia, muestra pensamiento lógico con juicios apegados a la realidad, consciente de su enfermedad y aceptación de esta, afecto

expansivo, comunicación verbal adecuada, relación familiar estable con la que tiene contacto, discurso coherente y congruente, con disposición para seguir régimen terapéutico, mantiene 3 comidas al día de forma autónoma sin alergias o intolerancias, buena hidratación e integridad de la piel, buen proceso de evacuación y micción, signos vitales en estadio normal, taller y terapia programadas, visitas autorizadas, capaz de conseguir el sueño recuperador, muestra estado eutímico, tranquilo y/o relajado.

8. Examen Físico (17/09/2019).

Masculino con edad aparente igual a la real, integro, con obesidad, marcha normal, alerta, consciente. Normocefalo, sin lesiones o cicatrices, ojos simétricos, mucosa oral hidratada, cuello cilíndrico. Normotorax, ruidos respiratorios normales, precordio rítmico, abdomen globoso, ruidos intestinales presentes, blando, depresible, sin dolor a la palpación, sin datos de relevancia para el padecimiento actual.

9. Tratamiento Farmacológico.

Ingreso:

- ❖ Valproato de Magnesio – Tableta 200Mg – Dar VO 600Mg – Cada 8 Hrs.
- ❖ Olanzapina – Tableta 10Mg – Dar VO 10Mg – Por las Noches.
- ❖ Clonazepam - Tableta 2Mg – Dar VO – 0.5 Mg, 0.5Mg, 1Mg.

Actual:

TRATAMIENTO PSIQUIATRICO.					
Inicio	Medicamento	Presentación	Vía	Horario/Dosis	Termino/ Observaciones
07/09/19	Valproato de Magnesio	Tab 200Mg	Oral	600Mg-600Mg-600Mg	
03/09/19	Risperidona	Tab 2Mg	Oral	0-0-4Mg	
04/09/19	Clonazepam	Tab 2Mg	Oral	0-0-1Mg	
TRATAMIENTO POR MEDICINA GENERAL.					
27/09/19	Paracetamol	Tab 500Mg	Oral	500Mg-500Mg-500Mg	01/10/19
27/09/19	Loratadina	Tab 10Mg	Oral	10Mg-0-10Mg	01/10/19

Patrón 1: Percepción de la salud: El paciente se muestra con buen apego al tratamiento posterior al ingreso de esta clínica con mejoría, presenta tolerancia a la frustración, se muestra cooperador, alerta, orientado en persona y circunstancia con pensamiento lógico, juicios apegados a la realidad, conciencia de la enfermedad y aceptación de esta, discurso coherente y congruente, estado de ánimo “me siento mejor”, afecto expansivo, psicomotricidad aumentada y marcha sin alteraciones.

Patrón 2: Nutricional-Metabólico: El paciente presenta un peso actual de 97 Kg, talla de 1.73 m y un IMC de 32.4, tiene 3 comidas al día con alimentación autónoma, menciona no tener alergia o intolerancia a alimentos, menciona consumir 2lt de agua en adelante, presenta características de la piel de color morena con hidratación normal sin descamación y buena integridad de la piel, uñas de apariencia rosada con una temperatura de 36.0.

Patrón 3: Eliminación: Desde su ingreso hospitalario el paciente refiere micción 5 veces al día de apariencia líquida, de color amarillo claro, no presenta restos de alimentos u olor abundante, muestra una buena función intestinal, menciona evacuar 3 veces al día de consistencia normal.

Patrón 4: Actividad - Ejercicio: El paciente presenta una Presión Arterial de 130/90 mmHg, una Frecuencia Cardíaca de 82 por minuto y una Frecuencia Respiratoria de 22 por minuto, muestra forma elíptica y expansión torácica presente, el paciente tiene autorizado por el momento taller, terapia y visita vigiladas, deambula en jardín y sala para no sentirse inhabilitado.

Patrón 5: Sueño - Descanso: El paciente es capaz de conseguir el sueño, sin embargo, puede ser inducido por el mismo personal enfermero y de cuidado, refiere dormir entre 8 y 9 horas, no menciona tener falta de energía referente al tiempo de descanso programado.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo: Masculino con edad aparente igual a la real, íntegro, con obesidad, alerta, consciente, cooperador, orientado en persona, en lugar, tiempo y circunstancia, se muestra en buenas condiciones de higiene y aseo, marcha normal, suspicaz, es capaz de realizar una comunicación verbal con el personal de salud, no presenta indicios de frío o calor.

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto: Estado afectivo eutímico y tranquilo, menciona sentir mejoría desde su estancia hospitalaria.

Patrón 8: Rol – Relaciones: El paciente vive con su madre, menciona tener 2 hijas a las cuales no ve desde hace 9 años, actualmente no tiene una estabilidad social con su expareja, menciona que la restricción de ver a sus hijas le ha provocado depresión poco constante, menciona la muerte de una hermana años atrás, considerando que tal vez esto último influyo en su recaída actual, refiere contar con el apoyo de la familia con la que tiene contacto para afrontar su enfermedad, menciona tener comunicación con el resto de los pacientes, el trato con el personal de salud es momentáneo.

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción: Inicia su vida sexual a los 19 años, menciona no contar con una pareja actualmente, así como vida sexual activa.

Patrón 10: Tolerancia al Estrés: La mayor parte del tiempo el paciente se muestra relajado, presenta un estado de ánimo Eutímico, menciona asimilar el proceso de enfermedad y tratamiento al momento de su ingreso, refiere que un factor clave para manejar su estrés son las actividades manuales como la carpintería o la soldadura, además de la caminata.

Patrón 11: Valores y Creencias: El paciente menciona profesar la religión cristiana, ya que esta es importante en su vida cotidiana, refiere sentirse satisfecho con su vida actualmente, considera el Respeto, Responsabilidad, Amistad, Lealtad, Honestidad como valores clave para su actual situación, además de su Familia, menciona que un proyecto a futuro es tratar su enfermedad y continuar unido a su familia.

- NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos:

Establece los criterios normativo, administrativo, ético y metodológico, que en correspondencia con la Ley General de Salud y el Reglamento en materia de investigación para la salud, son de observancia obligatoria para solicitar la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación.

La siguiente información tiene como finalidad la presentación de evidencia de actividades lúdicas programadas del día 24 de Septiembre al 1 de Octubre del año 2019 por el solicitante de la titulación de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, para el desarrollo de un tratamiento terapéutico desde un enfoque fuera del método de trabajo médico, con una visión personal y diferencial, además de reforzar las distintas opciones disponibles al usuario para su manejo de síntomas de trastorno mental (ver anexos 9 y 10).

❖ Test del Dibujo Libre:

Es una técnica que tiene por objetivo el revelar y explorar aspectos de la personalidad del sujeto, mediante el dibujo el sujeto podrá expresarse a su manera y el terapeuta lograra entender sus deseos, revelar conflictos internos o cogniciones inconscientes que no pueden ser reveladas de otra manera. Esta técnica es una efectiva herramienta que explora y proyecta una visión global de la situación vital del sujeto en relación con el ambiente, teniendo en cuenta su carácter lúdico y libre posibilita una respuesta espontánea, que nos aproxima al inconsciente y a la imagen corporal del propio sujeto.

- Ventajas: No depende de la capacidad verbal y no es invasiva, además de que se aplica en forma rápida, con material a mano, puede volver a ser aplicado al poco tiempo y puede resultar placentero y/o pacifico.
- Desventajas: En los adultos genera mucha resistencia puesto que implica una regresión a etapas anteriores en el desarrollo, a su vez, en personas con discapacidades motrices o visuales se complica su viabilidad, además se necesita mucha experiencia clínica para poder interpretarlos.

Esta técnica consta de 2 etapas:

- 1) Graficado: Cuando el sujeto dibuja.
- 2) Reactivo Verbal: El terapeuta y el paciente hablan acerca del dibujo.

La instrucción que se le imparte al evaluado es: “dibuje lo que usted desee”, esto permite que el sujeto ofrezca menos defensas ya que la indicación es lo suficientemente abierta como para intentar hacer un “dibujo correcto”. Posterior a ello se le pide al evaluado que escriba una historia y/o un título al reverso de la hoja relacionado al dibujo.

Con relación a la aplicación, al sujeto se le presenta la hoja con eje horizontal (esto nos habla de la pasividad) y después vemos cómo actúa el sujeto, este puede rotarla (nos habla de la actividad) o doblarla.

Aquí consideraremos 3 puntos:

- 1) Reacción: Desde que se le da la consigna hasta que comienza a graficar.
- 2) Demora: El graficar propiamente dicho.
- 3) Total: Suma de los dos anteriores, equivale a evaluar el dibujo realizado.

Luego de que el sujeto dibuja, se pone en marcha la etapa 2, el reactivo verbal, el cual dependerá de lo que se haya dibujado, de los elementos que aparecen en el dibujo y de los colores utilizados, por ejemplo, se pueden realizar las interrogantes: Dime: ¿Qué fue lo que dibujaste?, háblame sobre tu dibujo, ¿qué crees que trataste de expresar en este dibujo? El terapeuta solo debe preguntar y escuchar, es importante el nunca realizar suposiciones acerca del dibujo realizado, pues de hacerlo, podría persuadir la realidad del sujeto y el tratamiento quedaría invalido.

Siguiendo con el apartado de la prueba del dibujo libre, se muestra la tabla comparativa del dibujo realizado por el usuario JRV el día 27 de Septiembre del 2019, para esta actividad fueron proporcionados materiales y libertad de elección (ver anexo 11).

TEST DEL DIBUJO LIBRE		
ANALISIS	CARACTERISTICAS	INDICADORES
Calidad del dibujo libre	Correcta utilización del espacio y el color	Cuando hay armonía.
Características frecuentes del dibujo en patologías psicológicas específicas	Posición Flotante	Inseguridad patológica.
Coherencia	Relación lógica	Falta coherencia.
Color	Azul	Problema mental de esquizofrenia y maniaco-depresión, puede vincularse con paz y calma.
Dimensión	Falta proporción	Factor de organicidad.
Figura	Animal: Delfin	Aceptación de un conflicto interno (rostro inexpresivo).
Indicador de conflicto	Falta sombreado	Ausencia de visión
Líneas	Finas	Sujeto tímido y/o inseguro.
Localización en la hoja	Arriba	Tendencia a sobrevaloración.
Lugar	Centrado he inclinado	Indica un “yo fuerte”, pero con un signo de conflicto.
Orden del dibujo	Muy Ordenado	Sujeto Obsesivo-compulsivo
Tamaño	Grande	Puede haber caso de narcicismo.
Trazo y estructura del contenido	Grande y poco firme	Sujeto expresivo y/o excitado, puede haber estado de ánimo depresivo.

Redacción de evaluación y análisis del dibujo libre previamente presentado:

Como resultado de los indicadores encontrados en el dibujo libre de “Un gran amigo”, podremos recrear una evaluación teórica sobre el estado conductual y cognitivo actual del paciente de una manera rápida y lúdica, con el objetivo de adentrarnos más en su estado mental e identificar los factores a realizar para una correcta intervención de tratamiento psiquiátrico.

Podemos deducir que el paciente es un sujeto con actual conciencia y conocimiento de padecer un trastorno mental (Trastorno Esquizoafectivo), del cual tiene aceptación de manera interna y familiar, con la cual llego a presentar síntomas de depresión, obsesión de sí mismo y un estado compulsivo. Debido a su antecedente de internamiento, se piensa que el sujeto pudo llegar a sentirse tímido y/o inseguro por su estado mental, lo que pudo generar un signo de conflicto con estado de narcicismo y sobrevaloración personal en relación con las discusiones familiares previamente mencionadas en su examen de ingreso, mostrando una falta de coherencia en su declaración al inicio de su internamiento. Sin embargo, durante su estancia en la clínica psiquiátrica, mostro fases de un sistema organizado como resultado de su proceso terapéutico prescrito en el ámbito médico y psiquiátrico, además del proceso cuidado enfermero establecido, que tuvo como meta el obtener y continuar con las intervenciones humanitarias llevadas a cabo por parte del enfermero a cargo. De esta forma el paciente llego a demostrar un vínculo de paz consigo mismo, de lo cual influyo un ambiente de armonía con expresión verbal y evaluación integral en constante evolución.

6.2 Diagnóstico (s) Enfermero (s): Valoración Inicial (02/09/2019).

I. **Patrón 6:** Cognitivo / Perceptivo:

-Dominio 5: Percepción / Cognición.

-Clase 4: Cognición.

-Etiqueta Diagnostica: Control de los Impulsos Ineficaz (00222).

-Definición: Reacciones estándar rápidas y no planificadas a estímulos internos o externos, sin tener en cuenta las consecuencias negativas de las reacciones impulsivas para el individuo o para otros.

-Datos objetivos:

Irritabilidad, Heteroagresividad, Ideas expresivas de daño a familiares, Errores de Juicio y Conducta, Dromomania, Pensamiento Ilógico y Tangencial, Ideas delirantes megalicas, Juicio desapegado a la realidad, Acumulación de objetos, Insomnio, Verborrea, Poca tolerancia a la frustración, Nula conciencia de la enfermedad, Internamiento previo en clínica psiquiátrica.

-Datos Subjetivos:

Cambio en el tratamiento farmacológico.

-Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:

Trastorno del estado de Ánimo.

Trastorno Orgánico de la Personalidad.

-Características definitorias:

Comportamiento Violento.

Arrebatos excesivos.

Incapacidad para ahorrar dinero o regular las finanzas.

Irritabilidad.

II. **Patrón 10:** Tolerancia al Estrés:

-Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés.

-Clase 2: Respuestas de Afrontamiento.

-Etiqueta Diagnostica: Duelo Complicado (00135).

-Definición: Disturbio que ocurre después de la muerte de una persona significativa, en que la experiencia de sufrimiento que acompaña al luto falla al entender las expectativas normales y se manifiesta como un prejuicio funcional.

-Datos Objetivos:

Expresa muerte de hermana años atrás.

-Datos Subjetivos:

Antecedentes familiares de depresión, recaída en diagnostico psiquiátrico (Sic. Pac).

-Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:

Trastorno Emocional.

Muerte de una persona significativa.

-Características definitorias:

Añoranza de la persona fallecida.

Depresión.

Ira.

Sentimiento de vacío.

III. **Patrón 8:** Rol / Relaciones.

-Dominio 7: Rol Relaciones.

-Clase 2: Relaciones Familiares.

-Etiqueta Diagnostica: Procesos Familiares Disfuncionales (00063).

-Definición: Funcionamiento familiar que falla en el sustento o bienestar de sus miembros.

-Datos Objetivos:

Inestabilidad social con la expareja, falta de comunicación con hijas de hace 9 años, Ideas expresivas de daño a familiares, Muerte de un familiar cercano.

-Datos Subjetivos:

-Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:

Estrategias de enfrentamiento ineficaz.

Habilidades insuficientes para la solución de problemas.

-Características definitorias:

Habilidades de comunicación ineficaces.

Abandono.

Depresión.

Abandono de las obligaciones como miembro de la familia.

Conflicto entre la pareja.

IV. **Patrón 1:** Percepción de la Salud.

-Dominio 1: Promoción de la Salud

-Clase 2: Control Sanitario.

-Etiqueta Diagnostica: Disposición para Mejorar la Gestión de la Salud. (00162).

-Definición: Estándar de regulación e integración de la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de las enfermedades y sus consecuencias que puede ser mejorado.

-Datos Objetivos:

Buen apego al tratamiento, alerta, cooperador, orientado en persona y circunstancia, aceptación de la enfermedad, pensamiento lógico, discurso coherente y congruente, psicomotricidad aumentada.

-Datos Subjetivos:

Afecto expansivo hacia familiares.

-Características definitorias:

Expresa deseos de mejorar el control de la enfermedad.

Expresa el deseo de mejorar el control de los regímenes prescritos.

Expresa el deseo de mejorar el control de los síntomas.

6.2.1 Diagnóstico (s) Enfermero (s): Valoración Actual (17/09/2019).

I. Patrón 10: Tolerancia al Estrés:

-Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés.

-Clase 2: Respuestas de Afrontamiento.

-Etiqueta Diagnostica: Disposición para Mejorar el Afrontamiento (00158).

-Definición: Patrón de evaluación valido de factores estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, para controlar las demandas de bienestar que se pueden mejorar.

-Datos Objetivos:

Estado de ánimo eutímico, asimila el proceso de enfermedad y tratamiento, cooperador en taller y terapia, muestra pensamiento lógico con juicios apegados a la realidad, consciente de su enfermedad y aceptación de esta, actividades manuales como carpintería, soldadura y caminata para manejo del estrés y tolerar la frustración.

-Datos Subjetivos:

Paciente expresa sentirse relajado.

-Características definitorias:

Expresa deseo de aumentar el conocimiento sobre las estrategias de manejo del estrés.

Expresa deseo de aumentar el control de los factores estresantes.

Expresa su deseo de mejorar el apoyo social.

II. **Patrón 10:** Tolerancia al Estrés:

-Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés.

-Clase 2: Respuestas de Afrontamiento.

-Etiqueta Diagnostica: Riesgo de Duelo Complicado (00172).

-Definición: Susceptibilidad a un trastorno que ocurre después de la muerte de una persona significativa, en la que la experiencia del sufrimiento que acompaña al duelo no cumple con las expectativas normales y se manifiesta como deterioro funcional que puede comprometer la salud.

-Datos Objetivos:

Expresa muerte de hermana años atrás.

-Datos Subjetivos:

Antecedentes familiares de depresión.

-Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:
Trastorno emocional.

Muerte de persona significativa.

III. **Patrón 8:** Rol / Relaciones:

-Dominio 7: Rol / Relaciones.

-Clase 2: Relaciones Familiares.

-Etiqueta Diagnostica: Disposición para Mejorar los Procesos Familiares (00159).

-Definición: Patrón de funcionamiento familiar que es suficiente para mantener el bienestar de los miembros de la familia y que puede ser reforzado.

-Datos Objetivos:

Alerta, orientado en persona y circunstancia, comunicación verbal adecuada, discurso coherente y congruente, relación familiar estable con la que tiene contacto, apoyo familiar durante la enfermedad, paciente vive con su madre.

-Datos Subjetivos:

Afecto expansivo hacia familiares.

-Características definatorias:

Expresa deseo de mejorar la dinámica familiar.

Expresa deseos de mejorar el equilibrio entre la autonomía y la cohesión.

Expresa deseos de mejorar el patrón de comunicación.

Expresa deseos de mejorar la resiliencia familiar.

Expresa deseos de mejorar la seguridad de los miembros de la familia.

IV. **Patrón 4:** Actividad / Ejercicio:

-Dominio 4: Actividad / Reposo.

-Clase 5: Autocuidado.

-Etiqueta Diagnostica: Disposición para Mejorar el Autocuidado (00182).

-Definición: Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

-Datos Objetivos:

Disposición para seguir régimen terapéutico, deambulación autónoma en jardín y sala, tratamiento farmacológico prescrito, taller y terapia programadas, visitas autorizadas.

-Datos Subjetivos:

Paciente menciona que su proyecto de vida es tratar su enfermedad.

-Características definitorias:

Expresa deseo de aumentar la independencia en su salud.

Expresa deseo de aumentar la independencia en su desarrollo personal.

Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado.

Expresa deseos de aumentar la independencia en su vida.

6.3 Planificación (Indicadores de resultados NOC):

6.4 Ejecución (NIC, GPC, fundamentación de cada intervención):

6.5 Evaluación (medición de indicadores):

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>6- Cognitivo / Perceptivo.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Irritabilidad, Heteroagresividad, Ideas expresivas de daño a familiares, Errores de Juicio y Conducta, Dromomania, Pensamiento Ilógico y Tangencial, Ideas delirantes megalicas, Juicio desapegado a la realidad, Acumulación de objetos, Insomnio, Verborrea, Poca tolerancia a la frustración, Nula conciencia de la enfermedad, Internamiento previo en clínica psiquiátrica.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Cambio en el tratamiento farmacológico.</p>	<p>Dominio 5: Percepción / Cognición</p> <p>Clase 4: Cognición</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Control de los Impulsos Ineficaz (00222).</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>-Trastorno del estado de Ánimo. -Trastorno Orgánico de la Personalidad.</p> <p>Características definitorias:</p> <p>-Comportamiento Violento. -Arrebatos excesivos. -Incapacidad para ahorrar dinero o regular las finanzas. -Irritabilidad.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: 3	Clase: O	
		Salud Psicosocial.	Autocontrol.	
		Criterio de resultado: Autocontrol de los Impulsos (1405)		
		Indicador (es)	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*
-140502: Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas.	3	5		
-140507: Verbaliza control de los impulsos.	3	5		
-140516: Obtiene ayuda cuando presenta impulsos.	3	5		
-140509: Identifica sistemas de apoyo social.	3	5		
-140512: Mantiene el autocontrol sin supervisión.	3	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:</p> <p>3- Conductual.</p> <p>Clase:</p> <p>R- Ayuda para el Afrontamiento.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Aumentar los Sistemas de Apoyo (5440).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-1544001: Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.</p> <p>2-544003: Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.</p> <p>3-544007: Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.</p> <p>4-544008: Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.</p> <p>5-544014: Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.</p> <p>6-544016: Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador.</p>	<p>1-Se debe valorar funcionalmente al paciente al momento del diagnóstico y durante el seguimiento con las escalas disponibles para tal efecto (escalas de Barthel, Katz). Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GER.pdf</p> <p>2-Se debe valorar la posibilidad de apoyo familiar, tener en cuenta los recursos sociales disponibles y sugerir los cambios de estilo de vida más apropiados. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GER.pdf</p> <p>3- El cuidador debe ser tomado en cuenta como un usuario que también requiere de atención y no solo ser visto/a como un agente colaborador para la atención de su paciente. Guía de Práctica Clínica. Intervenciones de Enfermería para la Atención de Adultos con Esquizofrenia Paranoide, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/777GRR.pdf</p> <p>4- El Entrenamiento en Habilidades Sociales mejora la competencia social y reduce el estrés y la ansiedad que puedan provocar las situaciones sociales. Sus componentes son la evaluación conductual, comunicación verbal, percepción, procesamiento de señales sociales por un lado y reforzamiento social. Guía de Práctica Clínica. Tratamiento de la Esquizofrenia, España: Servicio Murciano de Salud; 2009. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf</p> <p>5- Es importante recoger la frecuencia y calidad de las relaciones sociales que ha mantenido el paciente a lo largo de su vida y en el momento actual. La evaluación de la estructura familiar y el patrón de relaciones es importante para establecer un plan terapéutico. Guía de Práctica Clínica. Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente, Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf</p> <p>6-Ofrezca a los cuidadores de personas con psicosis o esquizofrenia una evaluación (proporcionada por los servicios de salud mental) de sus propias necesidades y valore</p>	<p>Criterio de resultado: Autocontrol de los impulsos (1405)</p> <p>Indicador (es)</p> <p>-140502: Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas.</p> <p>-140507: Verbaliza control de los impulsos.</p> <p>-140516: Obtiene ayuda cuando presenta impulsos.</p> <p>-140509: Identifica sistemas de apoyo social.</p> <p>-140512: Mantiene el autocontrol sin supervisión.</p>	<p>Puntuación final</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p>

<p>Campo:</p> <p>3- Conductual.</p> <p>Clase:</p> <p>R- Ayuda para el Afrontamiento.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Disminución del Estrés por Traslado (5350).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-535001: Averiguar si el individuo ha tenido traslados previos.</p> <p>2-535003: Averiguar qué es lo más importante en la vida del individuo.</p> <p>3-535005: Examinar con el individuo las estrategias de afrontamiento previas.</p> <p>4-535013: Proporcionar actividades recreativas.</p> <p>5-535014: Ayudar al individuo en su periodo de duelo, y a superar la pérdida del hogar, amigos e independencia.</p>	<p>conjuntamente con ellos sus fortalezas y puntos de vista. Desarrolle un plan de atención para las necesidades identificadas, entregue una copia al cuidador y su médico y asegúrese de que se revisa anualmente.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia, España: Servicio Andaluz de Salud; 2016. https://www.consaludmental.org/publicaciones/gpc-tratamiento-psicosis-esquizofrenia.pdf</p> <hr/> <p>1,2- Con la finalidad de obtener una mejor respuesta al tratamiento, el médico debe considerar: edad del paciente, relación familiar y social, tratamiento previo, riesgo de intento suicida, tolerancia, posibles interacciones con otros medicamentos, posibilidad de estar embarazada y sus preferencias.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GER.pdf</p> <p>3- El duelo siempre va asociado a una serie de circunstancias, que actúan como predictores de riesgo: causa y entorno de la muerte, personalidad y recursos psicoemocionales del doliente, ambiente socio familiar y el tipo de relación con el fallecido.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004. http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p> <p>4- Caminar y pasear a ritmo ligero. Subir y bajar escaleras, colaborar en tareas de la casa, desplazarse de forma activa: en bicicleta, patín, etc.</p> <p>Guía de Actividad Física. A Moverse, Madrid: Secretaria Nacional del Deporte, 2015. https://www.paho.org/uru/dmdocuments/WEB%20-%20Guia%20de%20actividad%20fisica2%20-%20MSP-compressed.pdf</p> <p>5- Las técnicas exploratorias tienen como objetivo, conocer todos los datos que pueden ser determinantes en la evolución del duelo: datos generales, antecedentes familiares, evolución, relación, escucha activa.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004. http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p>		
---	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>10- Tolerancia al Estrés.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Expresa muerte de hermana años atrás.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Antecedentes familiares de depresión, recaída en diagnóstico psiquiátrico (Sic. Pac).</p>	<p>Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés.</p> <p>Clase 2: Respuestas de Afrontamiento.</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Duelo Complicado (00135).</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>-Trastorno Emocional.</p> <p>-Muerte de una persona significativa.</p> <p>Características definitorias:</p> <p>-Añoranza de la persona fallecida.</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Ira.</p> <p>-Sentimiento de vacío.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		<p>Dominio: 3</p> <p>Salud Psicosocial.</p>	<p>Clase: O</p> <p>Autocontrol.</p>		
		<p>Criterio de resultado:</p> <p>Autocontrol de la Depresión (1409).</p>			
		<p>Indicador (es)</p> <p>-140903: Identifica factores precursores de depresión.</p> <p>-140904: Planifica estrategias para reducir los efectos de los factores precursores.</p> <p>-140905: Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva.</p> <p>-140906: Refiere dormir de forma adecuada.</p>	<p>Puntuación inicial*</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>	

		-140909: Refiere mejoría del estado de ánimo.	3	5
		-140911: Sigue un esquema terapéutico.	4	5
		-140923: Utiliza la medicación según prescripción.	5	5
		-140926: Participa en actividades placenteras.	4	5

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:</p> <p>3- Conductual.</p> <p>Clase:</p> <p>R: Ayuda para el Afrontamiento.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Control del Estado de Ánimo (5330).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-533001: Evaluar el estado de ánimo inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.</p> <p>2-533003: Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.</p> <p>3-533014: Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo.</p> <p>4-533016: Vigilar la función cognitiva.</p> <p>5-533040: Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo.</p> <p>6-533044: Vigilar y fomentar el cumplimiento de la medicación por parte del paciente.</p>	<p>1- En la evaluación se deben tener en cuenta los aspectos sociodemográficos y culturales que puedan afectar al desarrollo o mantenimiento de los síntomas e influir en el tratamiento, como el sexo, la familia, la red social o el estigma percibido. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, España; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, 2014. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf</p> <p>2-En caso de ideación suicida se debe hacer derivación urgente. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GER.pdf</p> <p>3- Siempre que sea posible hay que intentar involucrar en el plan de tratamiento al paciente y a la familia en una colaboración activa, mediante un planteamiento integrado de las intervenciones farmacológicas y de las intervenciones psicosociales apropiadas. Guía de Práctica Clínica. Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente, Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf</p> <p>4- La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo, en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GER.pdf</p> <p>5-Los antidepresivos deben ser los únicos medicamentos para el manejo a largo plazo del trastorno de pánico. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GER.pdf</p>	<p>Criterio de resultado: Autocontrol de la Depresión (1409).</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>-140903: Identifica factores precursores de depresión.</p>	<p>3</p>
		<p>-140904: Planifica estrategias para reducir los efectos de los factores precursores.</p>	<p>3</p>
		<p>-140905: Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva.</p>	<p>4</p>
		<p>-140906: Refiere dormir de forma adecuada.</p>	<p>4</p>
		<p>-140909: Refiere mejoría del estado de ánimo.</p>	<p>4</p>
		<p>-140911: Sigue un esquema terapéutico.</p>	<p>5</p>
		<p>-140923: Utiliza la medicación según prescripción.</p>	<p>5</p>
		<p>-140926: Participa en actividades placenteras.</p>	<p>4</p>

<p>Campo:</p> <p>3- Conductual.</p> <p>Clase:</p> <p>R- Ayuda para el Afrontamiento.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Apoyo Emocional (5270).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-527001: Comentar la experiencia emocional con el paciente.</p> <p>2-527002: Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.</p> <p>3-527007: Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</p> <p>4-527009: Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</p>	<p>6-Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico la eficacia y efectos adversos deben ser evaluados. Habrá que tener en cuenta las características específicas de cada medicamento y la evolución clínica del paciente.</p> <p>Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico el paciente debe ser evaluado en las 2 primeras semanas, y de nuevo a las 4, 6 y 12 semanas.</p> <p>Al cabo de 12 semanas de tratamiento se debe tomar la decisión de continuar con él o considerar una intervención alternativa. En caso de que el medicamento continúe por más de 12 semanas, el paciente deberá ser evaluado cada 8-12 semanas dependiendo de la evolución clínica.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GER.pdf</p> <hr/> <p>1,2- Las técnicas exploratorias tienen como objetivo, conocer todos los datos que pueden ser determinantes en la evolución del duelo: datos generales, antecedentes familiares, evolución, relación, escucha activa.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004. http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p> <p>3,4- Tras la fase de duelo agudo, se puede hacer un seguimiento y apoyo psicoemocional y valorar la necesidad de una intervención estructurada, se puede proponer pasados los dos meses, cuando el/la doliente pueda tener la mente algo clara como para adquirir el compromiso de una intervención durante un año.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004. http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p>		
---	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>8- Rol / Relaciones.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Inestabilidad social con la expareja, falta de comunicación con hijas de hace 9 años, Ideas expresivas de daño a familiares, Muerte de un familiar cercano.</p> <p>Datos Subjetivos:</p>	<p>Dominio 7: Rol / Relaciones.</p> <p>Clase 2: Relaciones Familiares.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
	<p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Procesos Familiares Disfuncionales (00063).</p>	<p>Dominio 6:</p> <p>Salud Familiar.</p>	<p>Clase X:</p> <p>Bienestar Familiar.</p>	
	<p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p>	<p>Criterio de resultado:</p> <p>Apoyo familiar durante el tratamiento (2609).</p>		
	<p>-Estrategias de enfrentamiento ineficaz.</p> <p>-Habilidades insuficientes para la solución de problemas.</p> <p>Características definatorias:</p> <p>-Habilidades de comunicación ineficaces.</p> <p>-Abandono.</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Abandono de las obligaciones como miembro de la familia.</p> <p>-Conflicto entre la pareja.</p>	<p>Indicador (es)</p> <p>-260901: Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo.</p> <p>-260902: Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo.</p> <p>-260903: Los miembros preguntan cómo pueden ayudar.</p> <p>-260906: Los miembros mantienen comunicación con el miembro enfermo.</p> <p>-260917: Participa en la planificación del alta.</p>	<p>Puntuación inicial</p> <p>*</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>1</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:</p> <p>5- Familia.</p> <p>Clase:</p> <p>X- Cuidados durante la vida.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Facilitar la presencia de la familia (7170).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-717002: Determinar la conveniencia de la colocación física para la presencia de la familia.</p> <p>2-717003: Obtener el consenso del personal para la presencia de la familia y el momento de dicha presencia.</p> <p>3-717004: Informar al equipo terapéutico de la reacción emocional de la familia respecto al estado del paciente.</p> <p>4-717007: Comunicar de manera oportuna la información respecto al estado actual del paciente.</p> <p>5-717008: Asegurar a la familia que se está dando la mejor atención posible al paciente.</p> <p>6-717010: Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual del paciente y de la familia.</p> <p>7-717016: Asignar un miembro del personal dedicado para asegurarse de que los miembros de la familia nunca estarán desatendidos a la cabecera del paciente.</p>	<p>1,2- Se debe entender la enorme exigencia que se plantea a los profesionales de la salud cuando el paciente llega a ejercer sus derechos bajo una atención sanitaria equiparable tanto en hospital como domiciliaria.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf</p> <p>3,4,5,6- La familia debe ser tratada junto con el paciente como una unidad, realizando escucha activa de sus demandas, informando puntual y continuamente sobre la evolución tanto del paciente como de la propia familia, de ser posible se realizará un entrenamiento de las tareas a realizar, dando apoyo psicoemocional individual y grupal.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf</p> <p>7- El cuidador principal puede definirse como la persona (familiar, allegado, trabajador) con mejores condiciones para asumir responsabilidades reales y disposición para su atención al enfermo.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf</p>	<p>Criterio de resultado: Apoyo familiar durante el tratamiento (2609).</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		-260901: Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo.	4
		-260902: Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo.	4
		-260903: Los miembros preguntan cómo pueden ayudar.	4
		-260906: Los miembros mantienen comunicación con el miembro enfermo.	4
		-260917: Participa en la planificación del alta.	3

<p>Campo:</p> <p>6- Sistema Sanitario.</p> <p>Clase:</p> <p>Y- Mediación del sistema sanitario.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Facilitar las visitas (7560).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-756004: Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares ya amigos.</p> <p>2-756005: Identificar problemas específicos con las visitas, si los hubiera.</p> <p>3-756012: Establecer horas de visita óptimas por parte de la familia/allegados.</p> <p>4-756016: Explicar el procedimiento realizado.</p> <p>5-756020: Evaluar la respuesta del paciente a las visitas de la familia.</p>	<p>1,5- Se debe realizar un estudio dentro del plan de cuidados para determinar las necesidades del paciente en base a las visitas proporcionadas en el régimen terapéutico. Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf</p> <p>2,3,4- Las visitas pretenden brindar una atención optima al paciente en su medio habitual, facilitando la participación de su grupo familiar para agilizar su recuperación o estabilización, siendo necesaria la actuación de profesionales comprometidos con la misión. Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf</p>		
---	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>1- Percepción de la Salud.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Buen apego al tratamiento, alerta, cooperador, orientado en persona y circunstancia, aceptación de la enfermedad, pensamiento lógico, discurso coherente y congruente, psicomotricidad aumentada.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Afecto expansivo hacia familiares.</p>	<p>Dominio 1: Promoción de la Salud.</p> <p>Clase 2: Control Sanitario.</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Disposición para Mejorar la Gestión de la Salud. (00162).</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>Características definitorias:</p> <p>-Expresa deseos de mejorar el control de la enfermedad.</p> <p>-Expresa el deseo de mejorar el control de los regímenes prescritos.</p> <p>-Expresa el deseo de mejorar el control de los síntomas.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		<p>Dominio 4:</p> <p>Conocimiento y conducta de salud.</p>	<p>Clase Q:</p> <p>Conducta de salud.</p>	
		<p>Criterio de resultado:</p> <p>Conducta de cumplimiento (1601).</p>		
		<p>Indicador (es)</p> <p>-160103:</p> <p>Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.</p> <p>-160104:</p> <p>Acepta el diagnóstico.</p> <p>-160111:</p> <p>Expresa los cambios de síntomas al profesional sanitario.</p> <p>-160112:</p> <p>Controla la respuesta al tratamiento.</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:</p> <p>3- Conductual.</p> <p>Clase:</p> <p>R- Ayuda para el afrontamiento.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Mejorar el Afrontamiento (5230).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-523001: Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.</p> <p>2-523009: Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</p> <p>3-523011: Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador.</p> <p>4-523037: Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>5-523045: Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.</p> <p>6-523048: Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación.</p>	<p>1-Los objetivos generales de la psicoterapia, y de las intervenciones psicosociales en general son minimizar la vulnerabilidad, el estrés y maximizar las capacidades de adaptación y el funcionamiento, al tiempo que se favorecen los apoyos sociales.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf</p> <p>2,3- La psicoterapia tiene como punto de partida la existencia de un encuentro humano basado en la confianza, el reconocimiento del sufrimiento psíquico, la comprensión profunda y la presencia atenta, se ha de realizar dentro de un planteamiento terapéutico global integrando las otras intervenciones psicosociales, así como la psicofarmacológica.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf</p> <p>4,5- Es importante que la familia esté avisada con una antelación de la proximidad de la muerte, para que esté presente y acompañe en estos últimos momentos al enfermo, esta cercanía en los últimos momentos es de gran ayuda en el duelo.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004. http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p> <p>6-A pesar de que la terapia de meditación se usa ampliamente para muchas afecciones relacionadas con la ansiedad, faltan estudios sobre pacientes con trastornos por ansiedad.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GER.pdf</p>	<p>Criterio de resultado: Conducta de cumplimiento (1601).</p>	
<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación final</p>		
<p>-160103: Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.</p>	<p>5</p>		
<p>-160104: Acepta el diagnóstico.</p>	<p>5</p>		
<p>-160111: Expresa los cambios de síntomas al profesional sanitario.</p>	<p>4</p>		
<p>-160112: Controla la respuesta al tratamiento.</p>	<p>4</p>		

<p>Campo:</p> <p>1- Fisiológico: Básico.</p> <p>Clase:</p> <p>D- Apoyo Nutricional.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Asesoramiento Nutricional (5246).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-524603: Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.</p> <p>2-524604: Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.</p> <p>3-524607: Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.</p> <p>4-524612: Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.</p>	<p>1-Proporcionar un plan de alimentación balanceado en hidratos de carbono, lípidos y proteínas. Guía de Práctica Clínica. Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención, México: Secretaria de Salud; 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GER.pdf</p> <p>2- Adecuar el plan de alimentación basado en los requerimientos de acuerdo al peso ideal, para asegurar el aporte de micronutrientes y disminuir el aporte energético habitual, acompañado de incremento en la actividad física. Guía de Práctica Clínica. Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención, México: Secretaria de Salud; 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GER.pdf</p> <p>3-Si una persona tiene una rápido o excesivo aumento de peso, niveles anormales de lípidos, o problemas con el manejo de la glucosa en sangre, ofrezca intervenciones de acuerdo con los protocolos o GPCs acerca del manejo de lípidos y prevención de la diabetes tipo 2. Guía de práctica Clínica. Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia, España: Servicio Andaluz de Salud; 2016. https://www.consaludmental.org/publicaciones/gpc-tratamiento-psicosis-esquizofrenia.pdf</p> <p>4-Ofrecer comidas favoritas y aperitivos considerando las preferencias alimentarias, consistencia y temperatura junto con la elección de alimentos étnicos. Guía de Práctica Clínica. Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención, México: Secretaria de Salud; 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GER.pdf</p>		
---	---	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>10- Tolerancia al Estrés.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Estado de ánimo eutímico, asimila el proceso de enfermedad y tratamiento, cooperador en taller y terapia, muestra pensamiento lógico con juicios apegados a la realidad, consciente de su enfermedad y aceptación de esta, actividades manuales como carpintería, soldadura y caminata para manejo del estrés y tolerar la frustración.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Paciente expresa sentirse relajado.</p>	<p>Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
	<p>Clase 2: Respuestas de Afrontamiento.</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p>	<p>Dominio 3:</p> <p>Salud Psicosocial.</p>	<p>Clase N:</p> <p>Adaptación Psicosocial.</p>	
	<p>Disposición para Mejorar el Afrontamiento (00158).</p>	<p>Criterio de resultado:</p> <p>Aceptación: Estado de Salud (1300).</p>		
	<p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>Características definitorias:</p> <p>-Expresa deseo de aumentar el conocimiento sobre las estrategias de manejo del estrés.</p> <p>-Expresa deseo de aumentar el control de los factores estresantes.</p> <p>-Expresa su deseo de mejorar el apoyo social.</p>	<p>Indicador (es)</p> <p>-130008: Reconoce la realidad de la situación de la salud.</p> <p>-130020: Expresa autoestima positiva.</p> <p>-130016: Mantiene las relaciones.</p> <p>-130014: Realiza las tareas de autocuidado.</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:</p> <p>3- Conductual.</p> <p>Clase:</p> <p>P- Terapia Cognitiva.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Reestructuración Cognitiva (4700).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-470004: Señalar los estilos de pensamiento disfuncional.</p> <p>2-470005: Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa.</p> <p>3-470006: Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos.</p> <p>4-470008: Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la verdadera realidad.</p>	<p>1,4- La intervención se centra en la modificación de las conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas en relación con el diagnóstico mental.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Manejo de la Depresión en el adulto, España: Ministerios de Salud, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl_caduc.pdf</p> <p>2,3- Se debe evitar mediante orientación y planificación, la claudicación o incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta a las demandas y necesidades del paciente, ya que pueden ser causadas por aparición de síntomas nuevos, sentimientos de pérdida o miedos, dudas sobre el tratamiento o evolución de la enfermedad.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBP_C_Atencion_Domiciliaria.pdf</p>	<p>Criterio de resultado: Aceptación: Estado de Salud (1300).</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>-130008: Reconoce la realidad de la situación de la salud.</p>	<p>5</p>
		<p>-130020: Expresa autoestima positiva.</p>	<p>4</p>
		<p>-130016: Mantiene las relaciones.</p>	<p>4</p>
		<p>-130014: Realiza las tareas de autocuidado.</p>	<p>5</p>

<p>Campo:</p> <p>3- Conductual.</p> <p>Clase:</p> <p>O- Terapia Conductual.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Manejo de la Conducta (4350).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-435001: Hacer que el paciente se sienta responsable de su conducta.</p> <p>2- 435010: Aumentar la actividad física.</p> <p>3-435016: Evitar discusiones con el paciente.</p> <p>4-435020: Mediar, si es necesario.</p>	<p>1,3- La terapia psicodinámica deriva del modelo analítico donde el paciente y el terapeuta exploran los conflictos actuales y pasados del paciente y se centran en su interpretación y trabajo sobre ellos.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Manejo de la Depresión en el Adulto, España: Ministerio de Sanidad, Servicio sociales e Igualdad, 2014.</p> <p>https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl_caduc.pdf</p> <p>2-El ejercicio aumenta las necesidades metabólicas que deben ser satisfechas a través del aumento del gasto cardíaco durante un máximo esfuerzo.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Actividad Física en el Cardiópata, España, 2000.</p> <p>https://www.revespcardiol.org/es-guias-practica-clinica-sociedad-espanola-articulo-X0300893200097300</p> <p>4-Un correcto diagnóstico y tratamiento de los pacientes con esquizofrenia comportaría la disminución de morbilidad y mortalidad.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Tratamiento Farmacológico y Psicológico de los pacientes adultos con trastorno mental grave, Barcelona, 2018.</p> <p>https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_570_Guia_Patologia_Dual_compl.pdf</p>		
---	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>10- Tolerancia al Estrés.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Expresa muerte de hermana años atrás.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Antecedentes familiares de depresión.</p>	<p>Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés.</p> <p>Clase 2: Respuestas de Afrontamiento.</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Riesgo de Duelo Complicado (00172).</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>-Trastorno emocional -Muerte de persona significativa.</p> <p>Características definitorias:</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		<p>Dominio 3: Salud Psicosocial.</p>	<p>Clase N: Adaptación Psicosocial.</p>	
		<p>Criterio de resultado: Resiliencia Personal (1309).</p>		
		<p>Indicador (es)</p> <p>-130901: Verbaliza una actitud positiva.</p> <p>-130903: Expresa emociones.</p> <p>-130906: Muestra un estado de ánimo positivo.</p> <p>-130916: Progresar hacia los objetivos.</p> <p>-130932: Participa en actividades de ocio.</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:</p> <p>5- Familia.</p> <p>Clase:</p> <p>Z- Cuidados de Crianza de un Nuevo Bebe.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Fomentar la Resiliencia (8340).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-834001: Facilitar la cohesión familiar.</p> <p>2-834002: Fomentar el apoyo familiar.</p> <p>3-834005: Facilitar la comunicación familiar.</p> <p>4-834014: Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.</p>	<p>1,2- Es importante que la familia esté avisada con una antelación de la proximidad de la muerte, para que esté presente y acompañe en estos últimos momentos al enfermo, esta cercanía en los últimos momentos es de gran ayuda en el duelo.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004.</p> <p>http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p> <p>3- Telefonar a la familia 1 o 2 semanas después del fallecimiento, para interesarse por su estado, responder a dudas, etc.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004.</p> <p>http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p> <p>4- La visita a la familia o la primera consulta tras el fallecimiento, es un buen momento para comentar cómo fueron los últimos momentos, este relato, así como la visión del cadáver, facilita el reconocer la pérdida, tarea necesaria en la evolución de un duelo sano.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004.</p> <p>http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p>	Criterio de resultado: Resiliencia Personal (1309).	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>-130901: Verbaliza una actitud positiva.</p> <p>-130903: Expresa emociones.</p> <p>-130906: Muestra un estado de ánimo positivo.</p> <p>-130916: Progresión hacia los objetivos.</p> <p>-130932: Participa en actividades de ocio.</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>5</p>

<p>Campo:</p> <p>3- Conductual.</p> <p>Clase:</p> <p>R- Ayuda para el Afrontamiento.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Apoyo Emocional (5270).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-527001: Comentar la experiencia emocional con el paciente.</p> <p>2-527002: Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.</p> <p>3-527006: Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.</p> <p>4-527016: No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado.</p>	<p>1,2- Las técnicas exploratorias tienen como objetivo, conocer todos los datos que pueden ser determinantes en la evolución del duelo: datos generales, antecedentes familiares, evolución, relación, escucha activa.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004.</p> <p>http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p> <p>3,4- Los momentos que rodean a la muerte de un ser querido, son de mucha intensidad emocional y tienen gran impacto en los familiares, pasando a ser parte de la historia familiar, por tanto, muy a tener en cuenta para que faciliten en lo posible el duelo.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004.</p> <p>http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p>		
---	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>8- Rol / Relaciones.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Alerta, orientado en persona y circunstancia, comunicación verbal adecuada, discurso coherente y congruente, relación familiar estable con la que tiene contacto, apoyo familiar durante la enfermedad, paciente vive con su madre.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Afecto expansivo hacia familiares.</p>	<p>Dominio 7: Rol / Relaciones.</p> <p>Clase 2: Relaciones Familiares.</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Disposición para Mejorar los Procesos Familiares (00159).</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>Características definitorias:</p> <p>-Expresa deseo de mejorar la dinámica familiar.</p> <p>-Expresa deseos de mejorar el equilibrio entre la autonomía y la cohesión.</p> <p>-Expresa deseos de mejorar el patrón de comunicación.</p> <p>-Expresa deseos de mejorar la resiliencia familiar.</p> <p>-Expresa deseos de mejorar la seguridad de los miembros de la familia.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		<p>Dominio 6:</p> <p>Salud Familiar.</p>	<p>Clase X:</p> <p>Bienestar Familiar.</p>		
		<p>Criterio de resultado:</p> <p>Apoyo familiar durante el Tratamiento (2609).</p>			
		<p>Indicador (es)</p> <p>-260901: Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo.</p> <p>-260902: Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo.</p> <p>-260903: Los miembros preguntan cómo pueden ayudar.</p> <p>-260906: Los miembros mantienen comunicación con el miembro enfermo.</p> <p>-260917: Participa en la planificación del alta</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>1</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>	

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:</p> <p>3- Conductual.</p> <p>Clase:</p> <p>S- Educación de los Pacientes.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Enseñanza: Procedimiento / Tratamiento (5618).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-561801: Informar al paciente/allegados acerca de cuándo y donde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, según corresponda.</p> <p>2-561805: Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento.</p> <p>3-561806: Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.</p> <p>4-561807: Describir las actividades previas al procedimiento/tratamiento.</p> <p>5-561809: Obtener/ser testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro, según corresponda.</p> <p>6-561821: Enseñar al paciente a utilizar técnicas de afrontamiento dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia.</p>	<p>1,3,4- La familia debe ser tratada junto con el paciente como una unidad, realizando escucha activa de sus demandas, informando puntual y continuamente sobre la evolución tanto del paciente como de la propia familia, de ser posible se realizará un entrenamiento de las tareas a realizar, dando apoyo psicoemocional individual y grupal.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf</p> <p>2- Los momentos que rodean a la muerte de un ser querido, son de mucha intensidad emocional y tienen gran impacto en los familiares, pasando a ser parte de la historia familiar, por tanto, muy a tener en cuenta para que faciliten en lo posible el duelo.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004. http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p> <p>5- El consentimiento informado constituye una evidencia de autonomía o autodeterminación del ser humano, el paciente forma parte de una relación de dependencia, pues deposita en su contraparte (médico, enfermera u otro miembro del equipo de salud), confianza y seguridad. Con ello, afirma su carácter de persona libre y expresa reconocer su estado real, y con la evolución del consentimiento, escoger de manera autónoma la que considere mejor alternativa terapéutica, incluyendo la opción de “no tratamiento o intervención”.</p> <p>Consentimiento Informado en la Práctica Clínica. Retos del Personal de Salud, Perú: Ciencia e investigación médica estudiantil latinoamericana, 2012. https://www.redalyc.org/pdf/717/71729116008.pdf</p> <p>6- Las técnicas exploratorias tienen como objetivo, conocer todos los datos que pueden ser determinantes en la evolución del duelo: datos generales, antecedentes familiares, evolución, relación, escucha activa.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004. http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p>	<p>Criterio de resultado: Apoyo familiar durante el Tratamiento (2609).</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		-260901: Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo.	5
		-260902: Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo.	5
		-260903: Los miembros preguntan cómo pueden ayudar.	4
		-260906: Los miembros mantienen comunicación con el miembro enfermo.	4
		-260917: Participa en la planificación del alta.	3

<p>Campo:</p> <p>5- Familia.</p> <p>Clase:</p> <p>X- Cuidados durante la Vida.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Mantenimiento de Procesos Familiares (7130).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-713002: Determinar la alteración de los procesos familiares típicos.</p> <p>2-713003: Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares.</p> <p>3-713004: Animar a establecer un contacto continuado con los familiares, según corresponda</p> <p>4-713016: Ayudar a la familia a facilitar las visitas al hogar por parte del paciente, según corresponda.</p>	<p>1- La enfermedad y el cuidado del enfermo puede conllevar una serie de alteraciones estructurales, de ciclo evolutivo, respuesta emocional y adaptación. Por lo que favorecerá las características familiares serán la adaptación, flexibilidad, organización, cohesión en las relaciones y la comunicación entre miembros de la familia. Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf</p> <p>2- La familia debe ser tratada junto con el paciente como una unidad. Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf</p> <p>3- La familia es un pilar básico para el sistema de salud en el estado de tratamiento continuo para la provisión de cuidados del paciente, por lo que sin su participación activa difícilmente se va a alcanzar los objetivos del plan de cuidados, ya sean cualitativos o paliativos. Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf</p> <p>4- Según el apoyo y el soporte familiar, podremos predecir cómo será la adaptación del paciente, así como la aceptación del tratamiento y las complicaciones que puedan ir surgiendo, la familia tiene un papel de amortiguación de las tensiones que se van generando a lo largo del proceso de enfermedad. Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf</p>		
---	---	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>4- Actividad / Ejercicio.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Disposición para seguir régimen terapéutico, deambulación autónoma en jardín y sala, tratamiento farmacológico prescrito, taller y terapia programadas, visitas autorizadas.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Paciente menciona que su proyecto de vida es tratar su enfermedad.</p>	<p>Dominio 4: Actividad / Reposo.</p> <p>Clase 5: Autocuidado.</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Disposición para Mejorar el Autocuidado (00182).</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>Características definitorias:</p> <p>-Expresa deseo de aumentar la independencia en su salud.</p> <p>-Expresa deseo de aumentar la independencia en su desarrollo personal.</p> <p>-Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado.</p> <p>-Expresa deseos de aumentar la independencia en su vida.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		<p>Dominio 4:</p> <p>Conocimiento y Conducta de Salud.</p>	<p>Clase Q:</p> <p>Conducta de Salud.</p>	
		<p>Criterio de resultado:</p> <p>Conducta de Fomento de la Salud (1602).</p>		
		<p>Indicador (es)</p> <p>-160221: Equilibra actividad y reposo.</p> <p>-160207: Realiza los hábitos sanitarios correctamente.</p> <p>-160210: Utiliza el apoyo social para fomentar la salud.</p> <p>-160214: Sigue una dieta sana.</p> <p>-160216: Utiliza un programa de ejercicios eficaz.</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:</p> <p>3- Conductual.</p> <p>Clase:</p> <p>R- Ayuda para el Afrontamiento.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Asesoramiento (5240).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-524001: Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>2-524004: Establecer metas.</p> <p>3-524005: Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.</p> <p>4-524008: Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.</p> <p>5-524013: Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.</p> <p>6-524015: Utilizar herramientas de valoración (papel, lápiz, cinta de audio, video, ejercicios interactivos) para ayudar a que aumente la autoconciencia del paciente y el conocimiento de la situación por parte del asesor, según corresponda.</p> <p>7- 524020: Reforzar nuevas habilidades.</p>	<p>1,2,3- El estado funcional depende de la capacidad intrínseca del individuo, de los cuidados recibidos y del entorno ambiental.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.</p> <p>https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf</p> <p>4,5- Las técnicas exploratorias tienen como objetivo, conocer todos los datos que pueden ser determinantes en la evolución del duelo: datos generales, antecedentes familiares, evolución, relación, escucha activa.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Guía Clínica sobre el Duelo, Barcelona: Medicina Familiar y Comunitaria, 2004.</p> <p>http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf</p> <p>6- La elección de un determinado abordaje se determinará tanto por el paciente, su situación clínica, necesidades, capacidades y preferencias, como por los recursos existentes.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente, España: Ministerio de Salud y Consumo, 2009.</p> <p>https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_c_ast_2009.pdf</p> <p>7- Se recomienda que las intervenciones psicosociales sean llevadas a cabo por profesionales que tengan formación específica, experiencia suficiente, cualificación, disponibilidad, y constancia para un vínculo a largo plazo.</p> <p>Guía de Práctica Clínica. Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente, España: Ministerio de Salud y Consumo, 2009.</p> <p>https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_c_ast_2009.pdf</p>	<p>Criterio de resultado: Conducta de Fomento de la Salud (1602).</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		-160221: Equilibra actividad y reposo.	4
		-160207: Realiza los hábitos sanitarios correctamente.	5
		-160210: Utiliza el apoyo social para fomentar la salud.	3
		-160214: Sigue una dieta sana.	4
		-160216: Utiliza un programa de ejercicios eficaz.	4

<p>Campo:</p> <p>1-Fisiológico: Básico</p> <p>Clase:</p> <p>D- Apoyo Nutricional.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Manejo de la Nutrición (1100).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1-110001: Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>2-110003: Determinar las preferencias alimentarias del paciente.</p> <p>3-110006: Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>4-110008: Ajustar la dieta, según sea necesario.</p> <p>5-110015: Animar a la familia a traer alimentos favoritos del paciente, mientras esta en el hospital o centro asistencial, según corresponda.</p>	<p>1-Proporcionar un plan de alimentación balanceado en hidratos de carbono, lípidos y proteínas. Guía de Práctica Clínica. Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención, México: Secretaria de Salud; 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GER.pdf</p> <p>2,3- Adecuar el plan de alimentación basado en los requerimientos de acuerdo con el peso ideal, para asegurar el aporte de micronutrientes y disminuir el aporte energético habitual, acompañado de incremento en la actividad física. Guía de Práctica Clínica. Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención, México: Secretaria de Salud; 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GER.pdf</p> <p>4-Si una persona tiene un rápido o excesivo aumento de peso, niveles anormales de lípidos, o problemas con el manejo de la glucosa en sangre, ofrezca intervenciones de acuerdo con los protocolos o GPCs acerca del manejo de lípidos y prevención de la diabetes tipo 2. Guía de práctica Clínica. Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia, España: Servicio Andaluz de Salud; 2016. https://www.consaludmental.org/publicaciones/gpc-tratamiento-psicosis-esquizofrenia.pdf</p> <p>5-Ofrecer comidas favoritas y aperitivos considerando las preferencias alimentarias, consistencia y temperatura junto con la elección de alimentos étnicos. Guía de Práctica Clínica. Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención, México: Secretaria de Salud; 2010. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GER.pdf</p>		
--	--	--	--

VII. PLAN DE ALTA.

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: JRV

EDAD: 42 años SEXO: Masculino

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: Trastorno Esquizoafectivo

FECHA DE ELABORACIÓN: 05 / Octubre / 2019

ASPECTO PARA DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
<p>COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L.E.O Carlos Ariel Martínez Baeza ✓ Clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” (solo en caso de necesitar internamiento)
<p>URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cambios de humor y/o comportamientos frecuentes (Ira, Tristeza, Irritabilidad, Miedo, Angustia, Exaltación, Enojo, Animo aumentado, Acumulación de objetos, Agresividad,) ○ Ideas de daño a sí mismo u otras personas. ○ Ideas delirantes ○ Actos lascivos ○ Alteración del sueño (Dificultad para dormir, Falta de energía, Siestas prolongadas)
<p>INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamiento Farmacológico (Antipsicóticos, Estabilizadores del ánimo, Antidepresivos) ➤ Entrenar las habilidades sociales (Mejorar la comunicación) ➤ Rehabilitación vocacional y Empleo asistido ➤ Actividades lúdicas recreativas ➤ Contactar a personal de atención psiquiátrica.
<p>DIETA (Información relativa a la nutrición)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Dieta normal a base de Carbohidratos y Proteínas. ● Aumentar el consumo de Frutas y Verduras. ● Eliminar el consumo de sal adicional a los alimentos. ● Consumo de 2lts de agua en adelante. ● Restricción de grasas y azucares.
<p>AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mantener casa y habitaciones limpias <input type="checkbox"/> Baño general diario <input type="checkbox"/> Higiene bucal 3 veces/día <input type="checkbox"/> Cambio de ropa diario <input type="checkbox"/> Aliño estético
<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Caminata o Deambulación ➤ Taller de actividades lúdicas (juegos, paseos, escucha activa) ➤ Terapia recreativa (personal, familiar, social) ➤ Convivencia con mascotas (PRN) ➤ Visitas programadas o sorpresas

MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	Nombre	Presentación	Dosis	Vía	Periodo
	Valproato de Magnesio	Tab 200 Mg	600 Mg c/8 hrs	VO	
	Risperidona	Tab 2 Mg	4 Mg c/12 hrs	VO	
	Clonazepam	Tab 2 Mg	1 Mg c/12 hrs	VO	
	Paracetamol	Tab 500 Mg	500 Mg c/8 hrs	VO	PRN
	Loratadina	Tab 10 Mg	10 Mg c/6 hrs	VO	PRN
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoterapia (Individual, Grupal o Familiar) ▪ Hospitalización ▪ Terapia Electroconvulsiva (En caso de NO RESPONDER a Psicoterapia y/o Tratamiento Farmacológico. ▪ Seguimiento oportuno 				
ESPRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Religión cristiana ○ Visita domiciliaria de sacerdote o ministro (PRN) ○ Escucha activa sobre la importancia de su religión para su estado actual ○ Evitar juicios externos personales 				

VIII CONCLUSIONES.

El Trastorno Esquizoafectivo puede llegar a ser un diagnóstico difícil de diferenciar a comparación de sus contrapartes como la esquizofrenia y los trastornos afectivos tales como la bipolaridad o la depresión, sin embargo, al igual que cada padecimiento puede llegar a ser tratado. Por ende, con el tratamiento adecuado la evolución es generalmente buena, por lo que sin tratamiento son frecuentes las recaídas y esto conllevaría a importantes repercusiones familiares, sociales y laborales.

Todo tipo de Trastorno Mental puede comenzar de forma imperceptible, incluso se puede llegar a tener síntomas desde una edad muy temprana y tanto la persona como la propia familia no tendrían conocimiento de la existencia de esta, esto puede provocar que, en su manifestación, pueda aparecer de forma abrupta en la edad adulta con una fase depresiva, maníaca o cualquier tipo de cambio conductual y mental, sin contar que en muchas ocasiones, los pacientes con trastornos mentales llegan a omitir o alterar la información otorgada.

Por lo general, el primer episodio de un trastorno mental suele venir de un factor estresante ambiental, pero los siguientes pueden aparecer de forma independiente de los factores externos, esto significa que puede haber pacientes con tendencia a recaer en las mismas fechas y el patrón más frecuente es el de episodios depresivos en el círculo familiar.

En el caso del trastorno esquizoafectivo, el primer episodio también puede verse influenciado por un factor estresante ambiental, sin embargo, el factor genético también cumple un papel importante en su manifestación, lo cual sugiere que los antecedentes familiares de episodios esquizofrénicos y/o trastornos afectivos son la principal vía o acceso al riesgo de manifestación, y al toparse con el factor ambiental, daría como resultado al propio trastorno.

El Proceso Cuidado Enfermero permite al personal de enfermería, trabajar desde el ámbito científico y de investigación para un beneficio en común con las áreas de la salud relacionadas, además se puede tomar en cuenta la información y experiencia de autores con un historial marcado en las fuentes de información, y utilizar el conocimiento adquirido y experiencia personal junto con las fuentes disponibles y poder llegar a una base de

conocimiento aún más extensa, y que por ende con el avance del tiempo laboral, podrá crecer de manera excepcional.

Tal como se mencionó anteriormente, hoy en día no se cuenta con un determinado porcentaje de casos confirmados de trastorno esquizoafectivo en específico en la población potosina y/o mexicana, es por eso que se toma de referencia los casos esquizofrénicos como punto de partida de investigación, por consiguiente, este es el principal punto de motivación para la elaboración del proceso cuidado enfermero en un paciente con trastorno esquizoafectivo, ya que, con la información previamente recabada y elaborada, podremos dar paso a las siguientes investigaciones y trabajos metodológicos para una correcta atención psiquiátrica enfocada a dicho trastorno, esto para clasificar los tipos de trastornos que conllevaran a un método de entendimiento más claro, ya que en las investigaciones realizadas, las conclusiones llegan a ser nulas de una u otra forma, además de continuar con el énfasis de considerar al propio trastorno esquizoafectivo como un diagnóstico independiente.

Como aspecto final a mencionar, las actividades a realizar por parte del solicitante de titulación de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia fueron en su mayoría llevadas a cabo con resultados positivos. Las actividades lúdicas promueven la concentración total, el aprendizaje, comprensión y comparación mental, además de la relajación y la creatividad. Uno de los aprendizajes obtenidos fue el de la experiencia personal a través del contacto directo con un paciente con trastorno esquizoafectivo, tomando en cuenta que este trastorno es poco conocido en el área de la salud, a excepción de aquellos que se dedican al ámbito psiquiátrico.

Se debe considerar que en el ámbito psiquiátrico, cada individuo por más síntomas parecidos que llegase a tener, cada uno es un mundo diferente, esto hablando desde una perspectiva propia, y que llega a suceder que durante la recopilación de información a través de la anamnesis, tratándose de un paciente con un trastorno mental, en muchas ocasiones puede existir el desvío o alteración de la información recopilada, es decir, la información o cosas que un paciente psiquiátrico nos dice no siempre son ciertas, por lo que no siempre podemos basar nuestro criterio analítico en base a la entrevista clínica, sino a la exploración física y antecedentes tanto personales como familiares.

Pasando a otro punto, se pudo observar que a través de la implementación de actividades lúdicas recreativas, como por ejemplo el test de dibujo libre, el personal de salud puede llegar a realizar una interpretación propia que puede ayudar a identificar factores o características clave para una buena intervención, ya que a través de técnicas de carácter dinámico, se puede lograr el obtener un cambio evolutivo en la misma terapia conductual, esto podría significar un cambio considerable en la etapa de atención psiquiátrica ya que se sale de una rutina monótona, se promueve más la participación del paciente y como resultado los siguientes casos psiquiátricos podrán llegar a ser más accesibles durante su tratamiento.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Álvarez, j., Del Castillo, D., Muñoz, M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Asturias. [Archivo PDF]. Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
- Álvarez, T. (2011). Trastorno Esquizoafectivo. [Diapositiva Slideshare]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/safoelc/4-trastorno-esquizoafectivo-1>
- Amezcu, M. (2020). ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una Disciplina consolidada? (Versión On-line ISSN 1699-5988). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002
- Arenas, A., Rogelis, A. (2006). Revisión de la Historia del Trastorno Esquizoafectivo y su Relación con los Rasgos de Personalidad. Universitas Médica. [Vol. 47, N°2]. Bogotá, Colombia. [Archivo PDF]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675006.pdf>
- Asociación Psicoanalítica Mexicana A.C. (2018). En México: Una de cada cuatro personas sufre depresión o ansiedad. El Universal. Disponible en: <https://asociacionpsicoanaliticamexicana.org/17-de-las-personas-en-mexico-presenta-al-menos-un-trastorno-mental/>
- Ayala, R. (2013). Enfermería como Profesión. Ciencia y Enfermería XIX (2). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n2/art_02.pdf
- Bacigalupi, M. (2017). Técnica de Dibujo Libre. Disponible en: <https://www.esalud.com/tecnica-de-dibujo-libre/>
- Benabarre, A. (2012). Manual para Pacientes con Trastorno Esquizoafectivo [Archivo PDF], Barcelona. Disponible en: <https://www.esquizofrenia24x7.com/recursos/manual-pacientes-trastorno-esquizoafectivo>

Bernardo, M., Bioque, M. (2018). Esquizofrenia., un proyecto realizado junto a Fundación BBVA. Hospital Universitario de Barcelona, España. Disponible en:

<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/esquizofrenia/tratamiento>

Cabal, V., Guarnizo, M. (2011). Enfermería como Disciplina. [Archivo PDF]. Bogotá, Colombia. Disponible en: <file:///C:/Users/hijo/Desktop/Dialnet-EnfermeriaComoDisciplina-4036648.pdf>

Canal SalusPlay (Recuperado el 23 de Julio del 2021). Tema 2. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE). [Archivo de Video]. YouTube. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=X1xS1pDkvuQ&ab_channel=SalusPlay

Castillo, K. (17 de Julio del 2016). Más de 150 mil potosinos podrían padecer Esquizofrenia. Plano Informativo San Luis Potosí. Disponible en: <https://planoinformativo.com/470623/mas-de-150-mil-potosinos-podrian-padecer-esquizofrenia-slp>

Cattaneo, B. (2004). El Dibujo Libre y el Test de Rorschach. [Archivo PDF]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-029/236.pdf>

Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 6.ª edición de la obra original en inglés Nursing Interventions Classification (NIC) Copyright © 2013 Elsevier Inc. All rights reserved. 2014 Elsevier España, S.L. Travessera de Gràcia, 17-21 – 08021 Barcelona, España.

Clasificación de Resultados de Enfermería. 5.ª edición de la obra original en inglés Nursing Outcomes Classification (NOC) Copyright © 2013 Elsevier Inc. All rights reserved. 2014 Elsevier España, S.L. Travessera de Gràcia, 17-21 – 08021 Barcelona, España.

Coello, P., Molina, S., Atienza, G., Beltran, C., Bernabeu, M., Pilar, M. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico

[Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [Febrero 2018]. [Archivo PDF]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_gpc_completo.pdf

Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). Política de Enfermería y Definiciones. Ginebra. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>

Constructos de Psicología. (2021). Test del Dibujo Libre. Disponible en: <http://www.constructosdepsicologia.com/2013/04/test-del-dibujo-libre.html>

Diagnósticos de enfermería de la NANDA-I: Definiciones y clasificación 2018-2020 [recurso electrónico] / [NANDA Internacional]; Traducción: Regina Machado Garcez; Revisión técnica: Alba Lucía Bottura Leite de Barros... [et al.]. - 11. Ed. - Porto Alegre: Artmed, Editada como libro impreso en 2018.

Elizalde, H., Apolo, L., Zhunio, F., Vaca, A., Sotomayor, A. (25 de Abril del 2019). El Cuidado. Eje fundamental del conocimiento enfermería. Reflexiones aplicando aspectos filosóficos propios de la profesión. Ocronos- Editorial Científico Técnica. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidado-conocimiento-de-enfermeria/>

Elsevier Connect. (25 de Junio del 2019). Proceso de Enfermería en 5 pasos: Pensamiento crítico y valoración. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/proceso-de-enfermeria-en-cinco-pasos-pensamiento-critico-y-valoracion2>

Elsó, R., Solís, R. (2010). El Proceso de Atención de Enfermería en Urgencias Extra Hospitalarias. [Archivo PDF]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9->

[8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO CONGRESO GRAFICA AJUSTAD A.pdf](https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf)

Enfermería Comunitaria. (2020). El Proceso de Atención de Enfermería. [Archivo]. Disponible en: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>

Enfermería. Significados.Com. Recuperado el 19 de Julio de 2021. Disponible en: <https://www.significados.com/enfermeria/>

Escobar, B., Javier, F., Sandoval P., Elvira, L. (2012). Consentimiento informado en la práctica clínica: Retos del Personal de Salud. CIMEL, Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana, vol. 17, núm. 2. [Archivo PDF]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/717/71729116008.pdf>

Esteban, J., Ramírez, D., Sánchez, F. (2006). Guía de Práctica Clínica. Atención Domiciliaria. Madrid. [Archivo PDF]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf

Etiología y Fisiopatogenia para el Tratamiento de la Esquizofrenia. (2014). [Vol. 37]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sams141e.pdf>

Figueroa, J. (2015). Marjory Gordon y sus 11 Patrones Funcionales. [Diapositiva Slideshare]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/Kaxetikos/marjory-gordon-y-sus-11-patrones-funcionales>

García, A. (2018). Participación Comunitaria: Mejorando la Salud y el Bienestar y Reduciendo Desigualdades en Salud. [Archivo PDF]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/wp->

[content/uploads/2019/01/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion
_Comunitaria.pdf](https://www.paredro.com/te-gusta-azul-la-relacion-este-color-los-psicopatas/)

García, M. (2019). ¿Te gusta el Azul?: La relación de este con los Psicópatas. Disponible en: <https://www.paredro.com/te-gusta-azul-la-relacion-este-color-los-psicopatas/>

Gómez, I., García, F., López, D., Ruiz, B. (2016). El Proceso Enfermero como herramienta de cuidados. [Su aplicación en un equipo de enfermería de farmacia hospitalaria], España. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200011

Gómez, M., González, M. (2014). Dorothy E. Johnson. [Archivo PDF]. Disponible en: <https://malugromer.files.wordpress.com/2014/04/dorothy-e-johnson.pdf>

Grupo de Trabajo de la Actualización de la guía de Práctica Clínica Sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico (2018). [Archivo PDF]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/05/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento Farmacológico y Psicológico de los Pacientes con un Trastorno Mental Grave y un Trastorno por Uso de Sustancias. (2018). [Archivo PDF]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_570_Guia_Patologia_Dual_compl.pdf

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto Mayor. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de

- Galicia. (2014). [Archivo PDF]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl_caduc.pdf
- Guillen, M. (1999). Teorías Aplicables al Proceso de Atención de Enfermería en Educación Superior. Versión Online ISSN 1561-2961. Ciudad de la Habana, Cuba. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002
- H. Ayuntamiento de San Luis Potosí. (25 de Agosto del 2020). Llama Salud a atender la Esquizofrenia. Disponible en: <https://slp.gob.mx/ssalud/Paginas/Noticias/2020/Llama-Salud-a-atender-la-esquizofrenia.aspx>
- Heather, T., Shigemi, K. (2018)., Machado, P. (Editor), El Proceso de Enfermería, Diagnósticos de Enfermería, NANDA 2018-2020 (11ª. Ed.), apartado 6.2.
- Informe de un Comité de Expertos de la OMS. (1995). El Ejercicio de la Enfermería. [Archivo PDF]. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41914/9243208608_spa.pdf?sequence=1
- Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia. (2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. [Archivo PDF]. Asunción, Paraguay. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
- Jiménez, J. (2006). Modelo del Sistema Conductual. Disponible en: <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com/2013/06/modelo-del-sistema-conductual.html>

- Juárez, P., García, M. (2009). La Importancia del Cuidado de Enfermería. Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato. [Archivo PDF]. México. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
- Lema, S., Almada, R. (2019). Trastorno Esquizoafectivo. Un Diagnóstico Controversial. Uruguay. {Archivo PDF}. Disponible en:http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2019/10/03_REV_01.pdf
- León, C. (2006). Enfermería: Ciencia y Arte del Cuidado. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007
- Lermada, V., Holmgren, D., Soto, F., Sapag, F. (2013). Trastorno Esquizoafectivo: ¿Cuánto de Esquizofrenia?, ¿Cuánto de Bipolar? Disponible en:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000100007
- Lermada, V., Holmgren, D., Soto, F., Sapag, F. (2013). Trastorno Esquizoafectivo: ¿Cuánto de Esquizofrenia?, ¿Cuánto de Bipolar? [Archivo PDF]. Disponible en:<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v51n1/art07.pdf>
- Marín, Sergio. (1 de Abril del 2019). Depresión cada vez más frecuente en potosinos, señala IMSS. El Universal San Luis Potosí. Disponible en:<https://sanluis.eluniversal.com.mx/sociedad/01-04-2019/depresion-cada-vez-mas-frecuente-en-potosinos-senala-imss>
- Martínez, A., Rosa, M. (2013). Técnica del Dibujo Libre. Ecuador. Disponible en:[https://www.ecured.cu/T%C3%A9cnica del dibujo libre](https://www.ecured.cu/T%C3%A9cnica%20del%20dibujo%20libre)

- Modelo de Cuidados. (Recuperado el 23 de Julio del 2021). Disponible en:
<http://chguv.san.gva.es/documents/10184/25882/2+modelo+de+cuidados.pdf/18b29d76-d526-4f26-bd72-73cc4f1311f9>
- Navarro, V. (2010). Trastorno Esquizoafectivo. Disponible en:
<https://informacionpsiquiatria.com/temas/trastorno-esquizoafectivo>
- Norma Oficial Mexicana, NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. (DOF 04/04/2013). Disponible en:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
- Oposiciones Sanidad. Esquema Proceso de Atención de Enfermería (PAE). [Recopilatorio en línea]. Recuperado el 20 de Julio del 2021. Disponible en:
http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_pae.htm
- Pérez, A. (2016). Dibujo Libre y Figura Humana: Perspectiva de un Cambio. [Archivo PDF]. Disponible en:
<http://www.usal.edu.ar/archivos/psico/imagenes/cl22.pdf>
- Proceso de Enfermería. (2016). Recuperado el 10 de Julio del 2021. Disponible en:
https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2_2.htm
- Psicólogos Córdoba. (2018). Test de Dibujo de un Animal: ¿Qué evalúa? Disponible en:
<https://psicologoscordoba.org/test-de-dibujo-de-un-animal-que-evalua/>
- Ramos, J. (2013). Dorothy Johnson. [Diapositiva Power Point]. Disponible en:
<https://1library.co/document/ydjm3nly-dorothy-johnson.html>
- Reyes Castillo, A. (2018). Bases Neurobiológicas de los Trastornos Mentales Para Psicología. [Pág. 89-98].

- Robechi, A., Turriago, M., Vivas, N. (2004). Análisis de la Teoría del Sistema Conductual de Dorothy Johnson. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos16/sistema-conductual/sistema-conductual.shtml#ANALI>
- Rodríguez, A. (5 de noviembre de 2020). Marjory Gordon y los Patrones Funcionales (Enfermería). Liferder. Madrid. Disponible en: <https://www.liferder.com/marjory-gordon/>
- Rojas Rodríguez, K. (2009). Diagnóstico y Estabilidad Diagnostica de Pacientes Egresados como Trastorno Esquizoafectivo en el año 2005 en el Hospital Nacional Psiquiátrico. [Tesis de Especialidad, Universidad de Costa Rica]. [Archivo PDF]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis5.pdf>
- Romito, K., Thompson, G., Maldonado, C. (2021). Esquizofrenia. Disponible en: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/trastorno-esquizoafectivo-acb9991>
- Sanabria J., Pérez, L. (2016). Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. (Vol. 13, N°4), Ciudad de México. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400208#:~:text=El%20proceso%20de%20atenci%C3%B3n%20de%20enfermer%C3%ADa%20\(PAE\)%2C%20es%20el,%2C%2C%2C4.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400208#:~:text=El%20proceso%20de%20atenci%C3%B3n%20de%20enfermer%C3%ADa%20(PAE)%2C%20es%20el,%2C%2C%2C4.)
- Secretaria de Salud del Estado de Veracruz. (2016). El Proceso de Atención de Enfermería, México. Disponible en: <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>
- Tamminga, C. (Mayo del 2020). Trastorno Esquizoafectivo. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos->

[psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/trastorno-esquizoafectivo](#)

- Tendenzias Media SL. (2019). El Test del Animal – Técnica del Dibujo e Historia de un Animal. Disponible en: <https://depsicologia.com/el-test-del-animal/>
- Triviño, Z. (2016). Enfermería como Ciencia Disciplina – Profesión y Práctica. Fundamentos en los Procesos Básicos de los Cuidados de Enfermería. (Capítulo 1). [Archivo PDF]. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/2545/Cap%C3%ADtulo%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Universidad Internacional de Valencia. (2021). Proceso de Atención de Enfermería: Concepto y Etapas. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/proceso-de-atencion-de-enfermeria-concepto-y-etapas>
- Vázquez, M. (17 de Abril del 2019). En México, el 7% de la población padece Depresión. El Universal San Luis Potosí. Disponible en: <https://sanluis.eluniversal.com.mx/sociedad/17-04-2019/en-mexico-el-7-de-la-poblacion-padece-depresion>
- Vílchez, V., Sanhueza, O. (2012). Enfermería: Una Disciplina Social. Costa Rica. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art6.pdf>
- Watson, J. (2016). Clarificando la Disciplina de la Enfermería como fundamental para el Desarrollo de la Enfermería Profesional. [Archivo PDF]. Editorial 4. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/gsdWKvGVzYJVjVYkPjv8Lkq/?lang=es&format=pdf>

X. GLOSARIO DE TERMINOS.

*Afectividad: Conjunto y dominio de los sentimientos y emociones de una persona, en su mente y su vida.

*Alteración: Perturbación o trastorno del estado normal de un individuo, sistema o cosa.

*Alucinación: Imagen, objeto o estímulo exterior que la mente percibe sin que su existencia sea real.

*Anamnesis: Conjunto de datos o información de un paciente que se recogen por parte de un profesional de la salud con un objetivo diagnóstico.

*Animo: Capacidad humana de experimentar emociones, afectos, y de comprender.

*Bipolaridad: Afección mental en la cual una persona tiene cambios marcados o extremos en el estado de ánimo.

*Cefalocaudal: Orientación anatómica que va desde la cabeza hasta los pies, tiene utilidad clínica durante la evaluación ordenada de un paciente.

*Coherencia: Relación lógica entre dos cosas o entre las partes o elementos de algo de modo que no se produce contradicción ni oposición entre ellas.

*Congruencia: Relación coherente entre varias ideas, acciones o cosas.

*Corea: Trastorno del movimiento hiperkinético caracterizado por un flujo continuo de movimientos involuntarios bruscos, breves y de distribución aleatoria e impredecible.

*Cuidado: Actividad humana que se define como relación y proceso de preservación de bienestar cuyo objetivo va más allá de la enfermedad.

*Delirio: Estado de alteración mental, provocado por una enfermedad o un trastorno, en el que se produce una gran excitación e intranquilidad, desorden de las ideas y alucinaciones.

*Depresión: Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

*Diagnóstico: Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad.

*Discapacidad: Falta o limitación de una facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.

*Discinesia Tardía: Trastorno que consiste en movimientos involuntarios, tardía significa demorada y discinesia significa movimiento anormal.

*Dromomanía: Inclínación excesiva u obsesión patológica por trasladarse de un lugar a otro.

*Ejecución: Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos, esta fase comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados.

*Empirismo: Método o procedimiento psicológico y epistemológico que, junto al racionalismo, su conocimiento procede de la experiencia, ya sea interna (reflexión) o externa (sensación).

*Enfermería: Ciencia que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como de las tareas de asistencia sanitarias, clínicas, promoción y prevención de la salud.

*Epistemología: Parte de la filosofía que estudia los principios, fundamentos, extensión y métodos del conocimiento humano.

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

*Esquizoafectivo: Combinación de síntomas de la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, como la depresión o el trastorno bipolar.

*Evaluación: Parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del paciente con los objetivos definidos por el propio profesional en el cual se determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión o modificación.

*Filosofía: Conjunto de reflexiones sobre la esencia, propiedades, causas y efectos de las cosas naturales, expuestas por un pensador.

*Genética: Área de estudio de la biología que busca comprender y explicar cómo se transmite la herencia biológica de generación en generación mediante el ADN.

*Hiperactividad: Trastorno de la conducta caracterizado por una actividad constante, comportamientos cambiantes y dificultad de atención, que se observa en personas con cuadros de ansiedad.

*Hiperkinética: Trastorno caracterizado por la hiperactividad y la falta de concentración.

*Hipomanía: Estado afectivo caracterizado por un estado de ánimo persistente y expansivo, hiperactivo y/o irritable.

*Incoherencia: Cosa que contradice a otra, o no guarda con ella una relación lógica.

*Incongruencia: Conducta o expresión que contradice a otra.

*Intervención: En enfermería, se define como cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional del ámbito enfermero para mejorar los resultados del paciente.

*Manía: Trastorno o enfermedad mental que se caracteriza por una euforia exagerada, la presencia obsesiva de una idea fija y un estado anormal de agitación y delirio.

*Metaparadigma: En enfermería, se refiere al primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros.

*Método Científico: Tipo de metodología para obtener nuevos conocimientos, caracterizado y/o relacionado con la historia y la ciencia, el cual consiste en la observación sistemática, medición, experimentación, formulación, análisis y modificación de hipótesis o resultados.

*Metodología: Conjunto de procedimientos utilizados para alcanzar el objetivo de una investigación científica o tarea que requieran habilidades, conocimientos o cuidados específicos.

*Neurobiología: Es el estudio de las células del sistema nervioso y su organización de estas dentro de los circuitos funcionales que procesan la información y median el comportamiento.

*Neurociencia: Ciencia que se ocupa del estudio y comprensión del sistema nervioso y de cada uno de sus diversos aspectos y funciones especializadas.

*Neurofisiología: Parte de la Fisiología que estudia el sistema nervioso, siendo la fisiología la ciencia biológica que estudia la dinámica de los organismos vivos.

*Neuropatología: Disciplina clínica y científica que estudia las enfermedades propias del sistema nervioso.

*Neuropsicología: Rama de la Neurociencia que estudia las relaciones entre el cerebro y la conducta tanto en sujetos sanos como en los que han sufrido algún tipo de daño cerebral.

*Nosología: Parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades.

*Ontología: Rama de la filosofía que estudia lo que hay, así como las relaciones entre los entes o la relación entre un acto y sus participantes.

*Patología: Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.

*Pensamiento Crítico: Pensamiento deliberado dirigido al logro de un objetivo que pretende emitir juicios basados en evidencia y principios de la ciencia y el método científico.

*Planeación: Etapa de elaboración de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinar resultados e intervenciones de enfermería, plasmando este plan de actuación de forma escrita en un plan de cuidados.

*Psicología: Ciencia que estudia los procesos mentales, sensaciones, percepciones y el comportamiento del ser humano, en relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.

*Psicosis: Enfermedad mental grave que se caracteriza por una alteración global de la personalidad acompañada de un trastorno grave del sentido de la realidad.

*Psiquiatría: Especialidad médica dedicada al estudio de los trastornos mentales de origen genético o neurológico, con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales, asegurar la autonomía y la adaptación del individuo a las condiciones de su existencia.

*Relación Humana: Conjunto de conductas, actitudes y respuestas que adoptan los individuos a través de la interacción con otras personas.

*Relación Interpersonal: Asociaciones e interacción recíproca entre dos o más personas.

*Resiliencia: Capacidad que tiene una persona para superar o adaptarse a situaciones adversas o traumáticas con resultados positivos.

*Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

*Suicidio: Acto por el que una persona provoca su propia muerte de forma intencionada.

*Tics: Trastorno hipercinético del movimiento, recurrente, no rítmico, rápido y estereotipado, que se parecen a una acción voluntaria y a menudo son precedidos por una premonición sensitiva que se alivia con el movimiento.

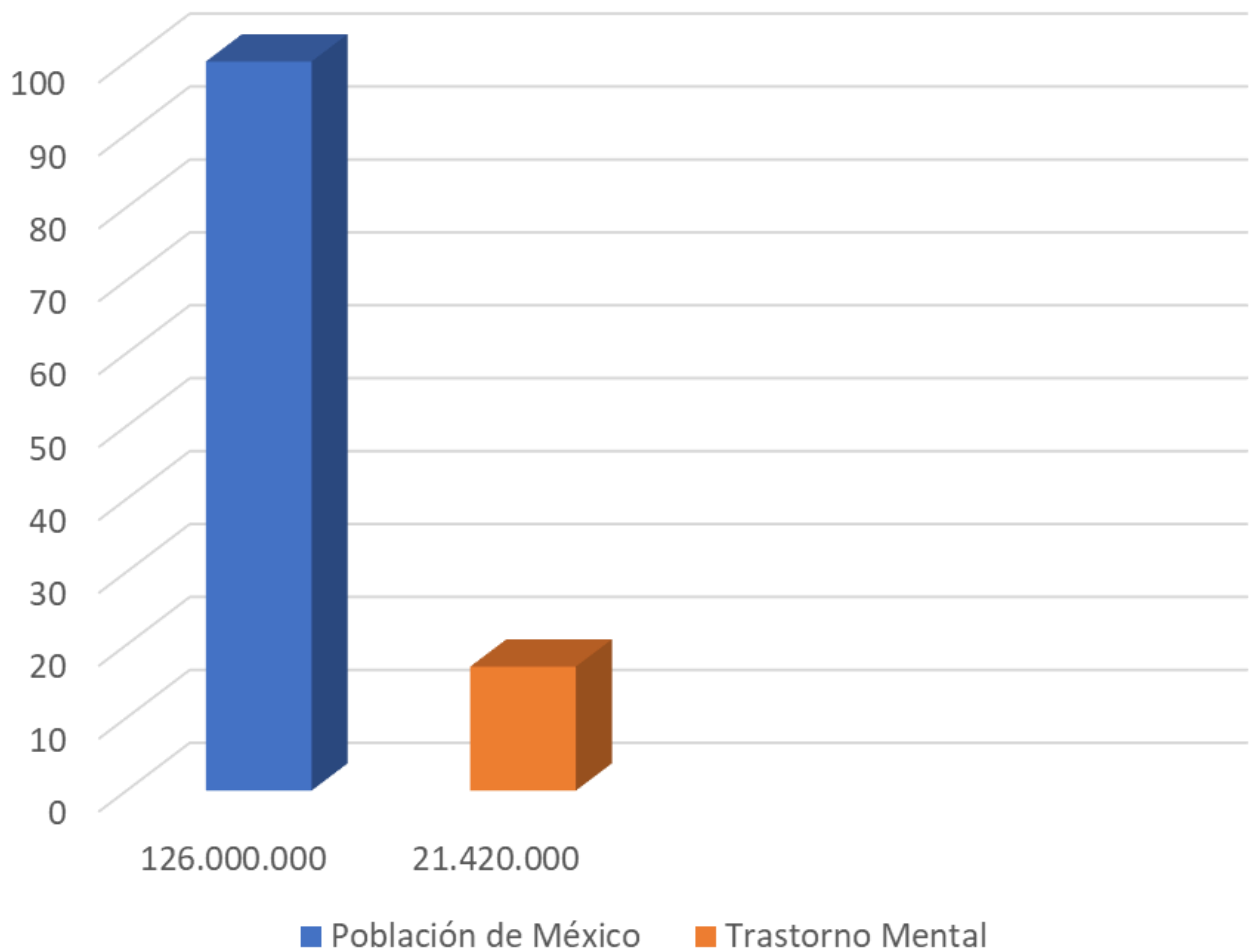
*Trastorno: Alteración en el funcionamiento de un organismo, de una parte, de él o en el equilibrio psíquico o mental de una persona.

*Valoración: Proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado que realizan los profesionales de enfermería mediante un pensamiento crítico para recolectar, seleccionar y organizar la información de salud y/o respuestas humanas de la persona sana o enferma, con el fin de garantizar la efectividad y seguridad de los cuidados.

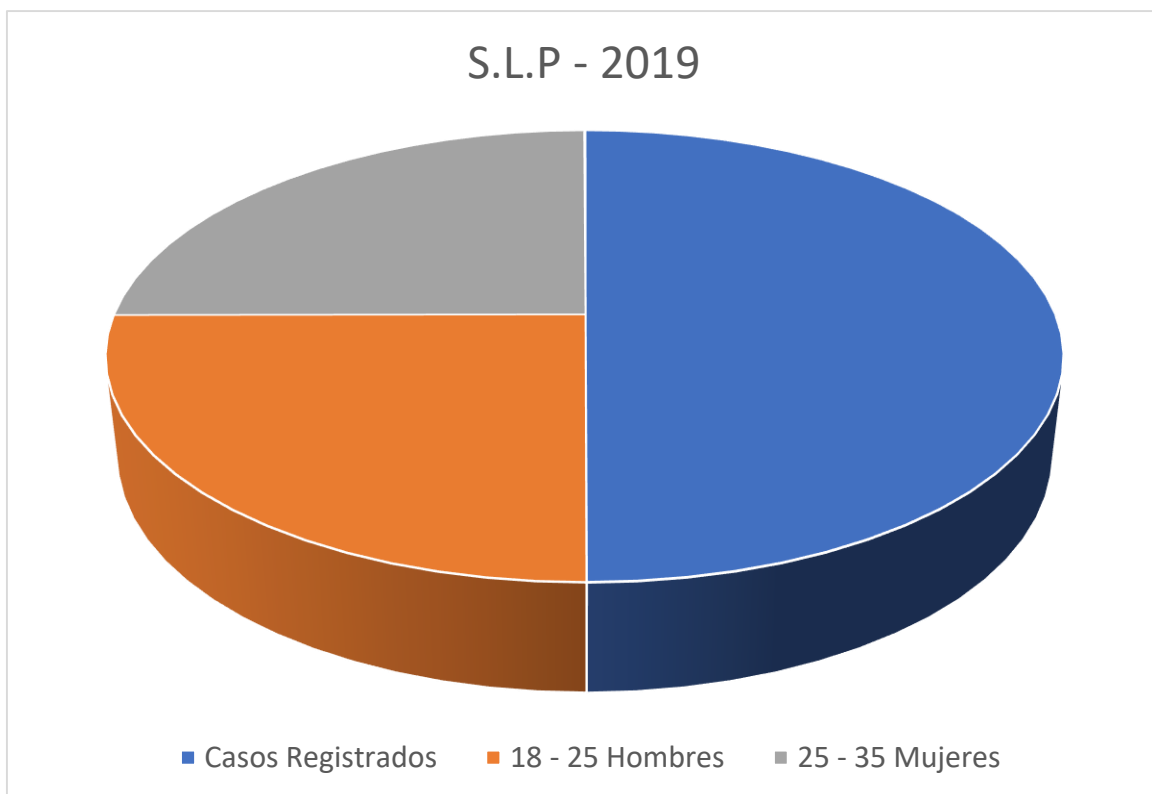
XI. ANEXOS.

Anexo 1: Estudio de trastornos mentales de la Oficina de Información Científica y Tecnológica en el año 2018:

Oficina de Información Científica y Tecnológica - 2018



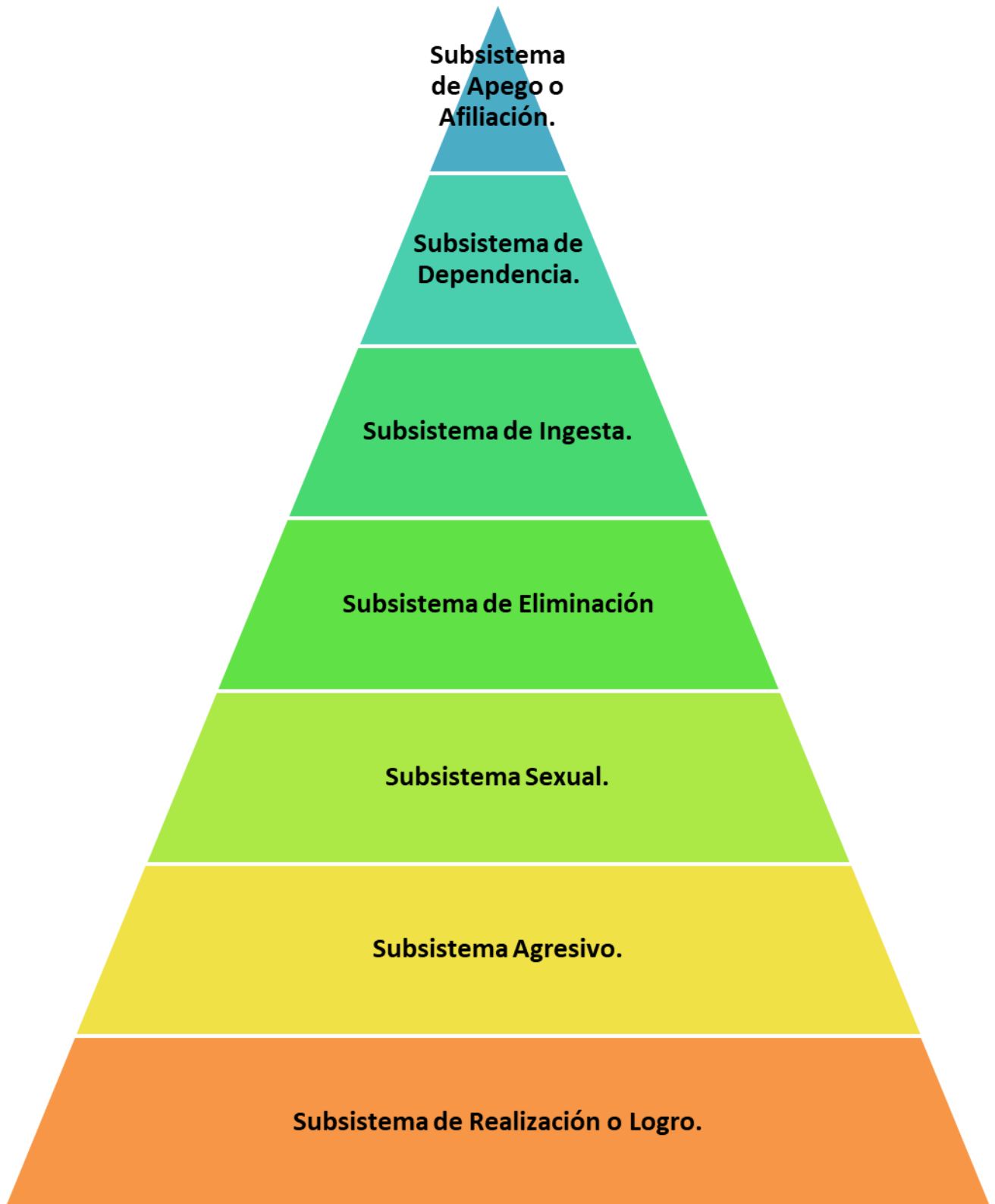
Anexo 2: Registro y prevalencia de casos de Esquizofrenia dentro de la Red de Atención Psiquiátrica de los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí en el año 2019:



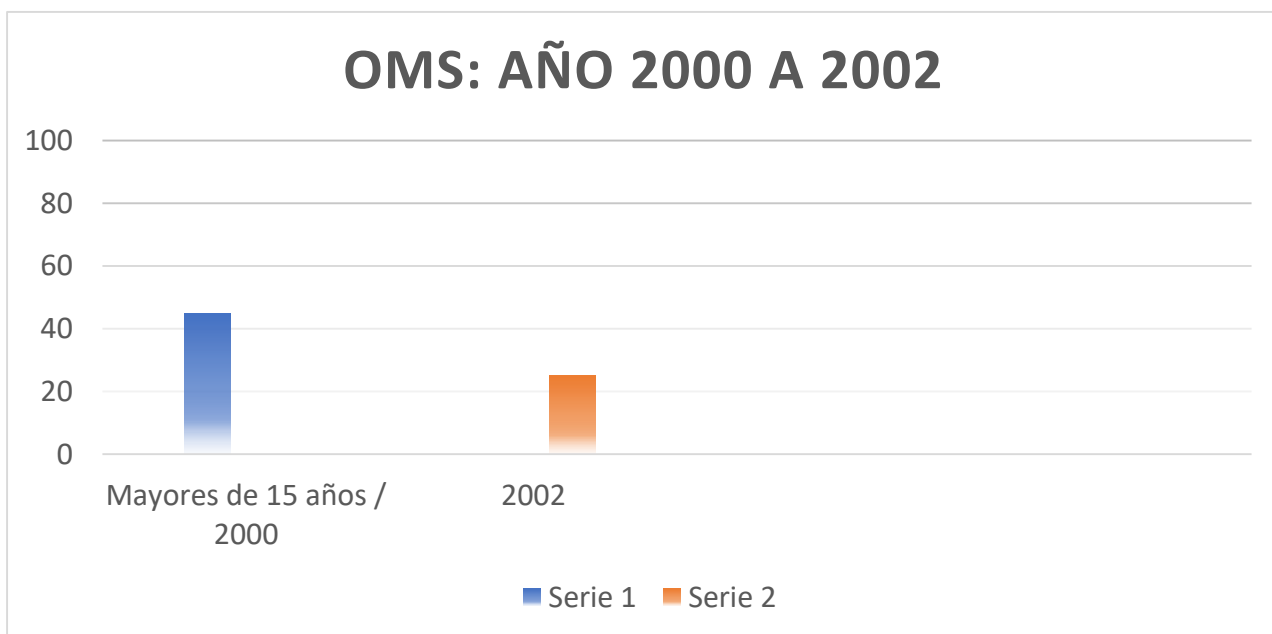
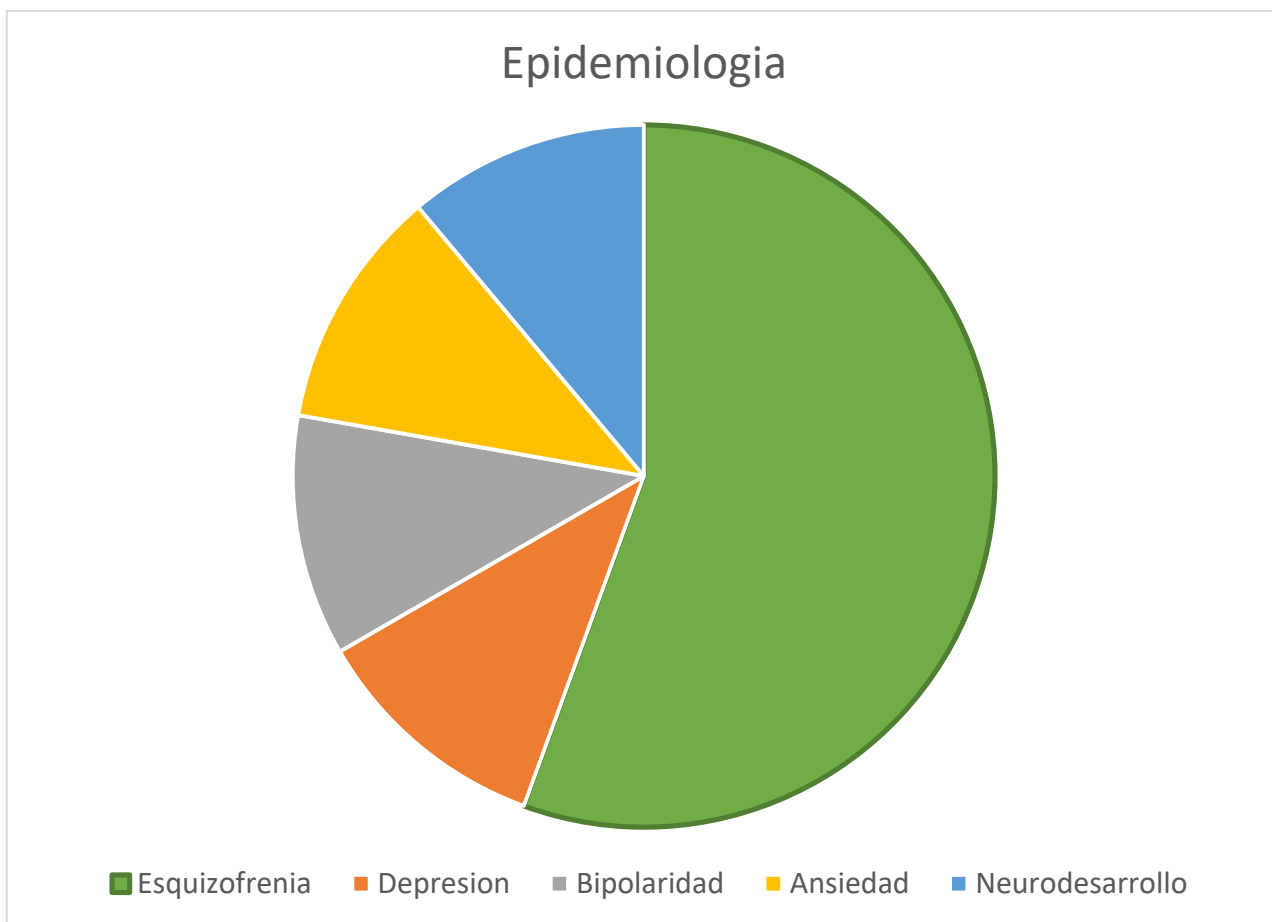
Anexo 3: Teoría del Sistema Conductual de Dorothy Johnson:



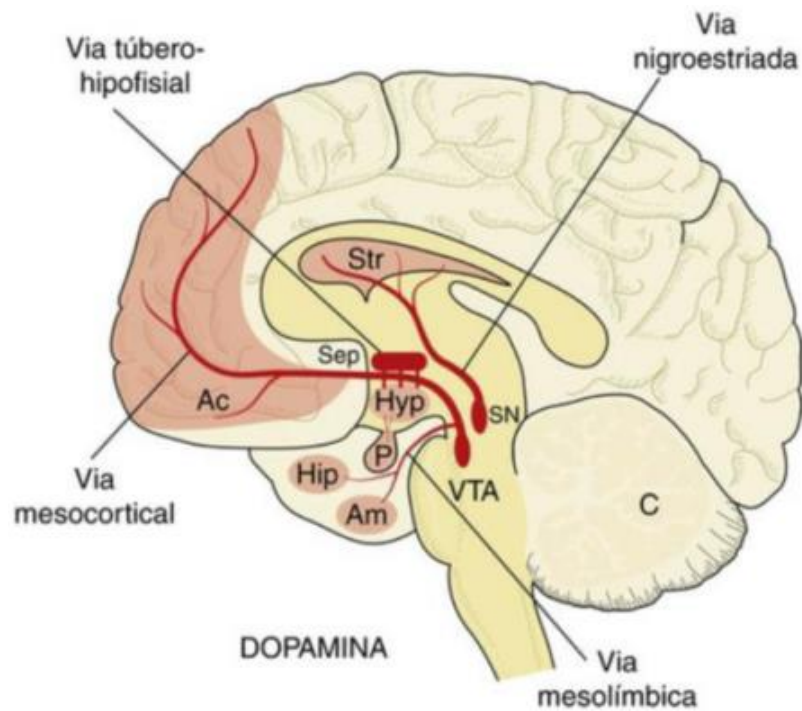
Anexo 4: Pirámide de Subsistemas Conductuales de Dorothy Johnson:



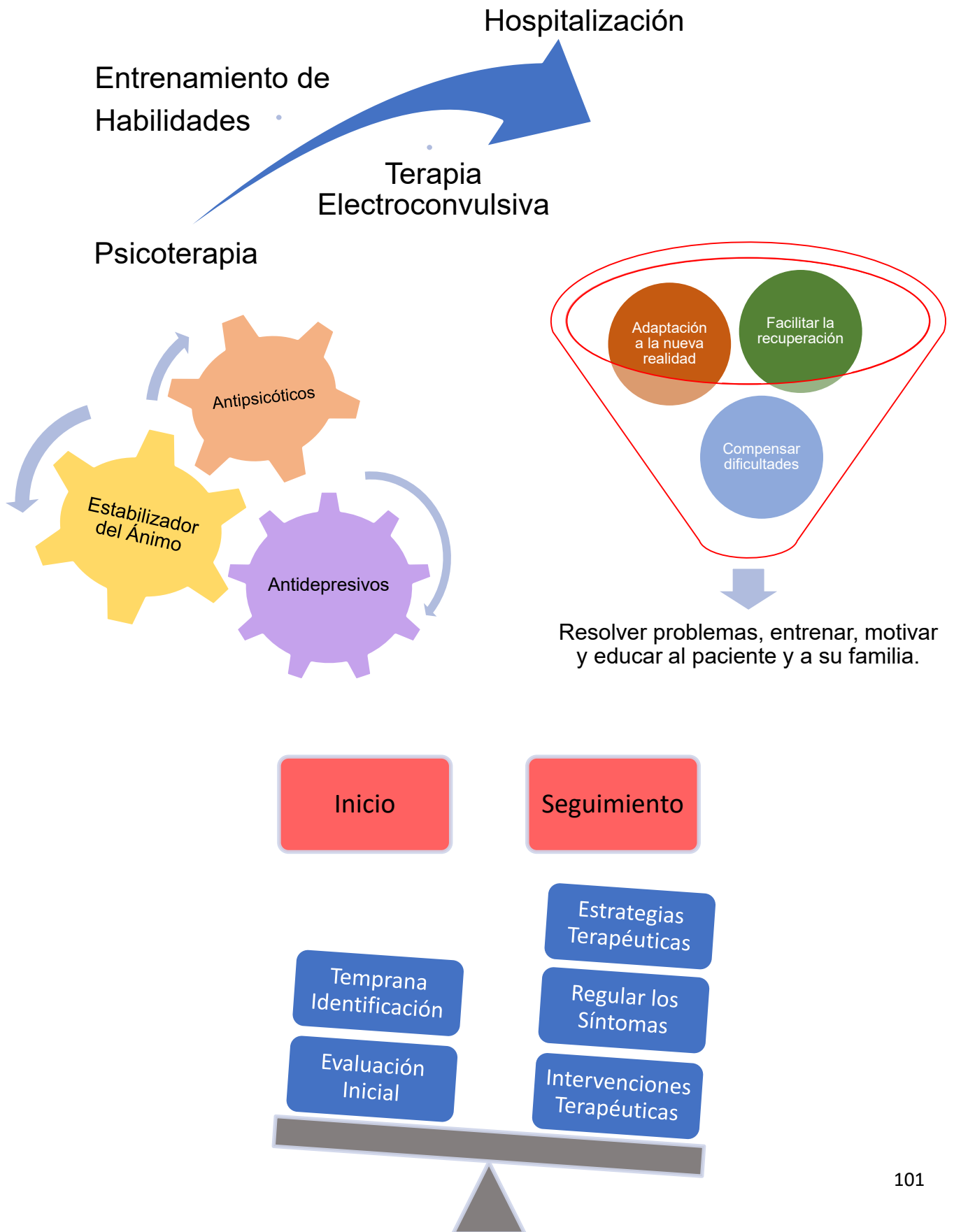
Anexo 5: Grafico Epidemiológico de casos de Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo de la Organización Mundial de la Salud en los años 2000 y 2002:



Anexo 6: Principales Vías Dopaminérgicas Cerebrales:



Anexo 7: Tratamiento para el Trastorno Esquizoafectivo:



Anexo 8: Valoración Clínica del sujeto del cuidado (Patrones funcionales de M. Gordon):

I. Datos Generales:

Nombre: JRV Edad: 42 Sexo: M Estado civil: SEPARADO

Domicilio: BARRIO DE SAN CIRO DE ACOSTA Procedencia: SAN LUIS POTOSI

Diagnóstico por CIE-10: TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

Tratamiento Farmacológico: VALPROATO DE MAGNESIO, RISPERIDONA, CLONAZEPAM Escolaridad: SECUNDARIA

Alergias: NEGADAS Esquema de vacunación: N/A

2. Somatometría y Signos Vitales :

Peso: 97 Talla: 1.73 IMC: 32.4

Presión Arterial: 130/90 mmHg Frecuencia Cardíaca: 82xl Frecuencia Respiratoria: 22xl Temperatura : 36.0

Glicemia (Especificar en ayuno o casual): N/A

3. Antecedentes Heredo Familiares (tanto físicos como mentales, incluir familiares en primer y segundo grado, antecedentes de consumo de sustancias, patologías psiquiátricas, suicidios o intentos de suicidio):

Madre Hipertensa, Abuelas Maternas y Paternas con Depresión.

4. Antecedentes Personales Patológicos (Enfermedades propias de la infancia, accidentes: gravedad, cronicidad o secuelas, trastornos psicopatológicos, consumo de alcohol, tabaco, u otro tipo de drogas patrón de consumo).

Diagnóstico de Esquizofrenia hace 10 años con un internamiento previo en la misma institución hace aproximadamente 9 años.

5. Apariencia General:

Higiene y aliño: Adecuada Regular Deficiente Aliñado Desaliñado

Actitud: Cooperador Poco cooperador No cooper Suspica

Hipervigilante Somnoliento Indiferente

Complexión: Ectomórfica Endomórfica Mesomórfica

Bien conformado Mal conformado por: _____

Lesiones aparentes: SIN LESIONES

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. Percepción -Manejo de Salud (Toma de conciencia, manejo de salud)

¿Cómo considera su estado de salud? CONCIENTE DE UNA ENFERMEDAD

Actitud y comportamiento frente a la enfermedad: Aceptación Rechazo Indiferencia

Negación:

¿Qué actividades realiza para cuidar su salud?: MEDICACION Y TERAPIA

¿Qué actividades realiza para evitar recaídas de su enfermedad? TALLER, TERAPIA, VISITA, DEAMBULACION

Actitud y comportamiento hacia la medicación: TOLERANTE Y COOPERATIVO.

Conocimiento de la enfermedad: CONCIENTE Y ORIENTADO.

2. Nutricional-Metabólico (ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación)

Describe tipo de alimentos que consume: GRASAS, AZUCAR, LIQUIDOS

Numero de comidas al día: 3 Utiliza suplementos alimenticios y cuales NO

Cantidad de consumo de agua al día 2 LITROS

Antecedentes de: Gastritis Colitis Úlcera gástrica Nausea Vómito

Desórdenes alimenticios: Hiporexia Anorexia Bulimia Anorexia y bulimia

Presencia de líquidos parenterales: _____

Explorar integridad de la piel mucosas:

Hidratado Sequedad Signo de lienzo húmedo Palidez Ictericia acantosis

Cianosis Piel fría Piel caliente Rubicundez Edema

Integridad: Si No Especificar: _____

Cabeza, cabello: Implantación normal Fragilidad, caída Pediculosis Caspa o seborrea

Signo de bandera Exostosis Endostosis

Integridad de ojos, nariz y oídos: BUENA INTEGRIDAD DE LA PIEL, UÑAS DE APARIENCIA ROSADA, SIN LESIONES O CICATRICES, OJOS SIMÉTRICOS, MUCOSA ORAL HIDRATADA

Presencia de sonda nasogástrica: N/A

Cavidad Oral: Anodoncia parcial Anodoncia total Caries Sarro Candidiasis

Amígdalas: Normales Hipertróficas Hiperémicas Ausentes Presencia de puntillo

3. Eliminación (sistema urinario, intestinal, tegumentario, pulmonar)

Eliminación intestinal (Frecuencia, Características): 3 VECES AL DIA CON CONSISTENCIA NORMAL

Presencia de: Diarrea Estreñimiento Encopresis

Eliminación vesical: (Frecuencia, Características): 5 VECES AL DIA DE APARIENCIA LIQUIDA, DE COLOR AMARILLO CLARO, NO PRESENTA RESTOS DE ALIMENTOS U OLOR ABUNDANTE

Presencia de: Disuria Poliuria Poliaquiuria Enuresis Cálculos renales

infección de vías urinarias frecuentes

Piel: Sudoración normal Diaforesis Sudoración escasa Hiperhidrosis Mal olor

Edema:

Drenajes y tipo: N/A

Ostomías: N/A

Exploración:

Abdomen: Plano Globoso Simetría: Integridad de la piel

Peristaltismo : Presente Ausente Frecuencia por minuto: _____

Timpanismo Matidez

Dolor presencia de masas Ascitis Otros: _____

Giordano Positivo Negativo

Hemorroides: Presentes Ausentes

Hallazgos en la exploración genital: SIN DATOS RELEVANTES

4. Actividad ejercicio (,actividad/ ejercicio, equilibrio de la energía, respuestas cardiovasculares / respiratorias)

¿Considera que cuenta con la energía suficiente para realizar las actividades cotidianas?: SI

Capacidad para realizar actividades de rutina (bañarse, comer, vestirse): SI

0. Completo autocuidado 1. Necesita uso de un equipo especial 2. Requiere supervisión 3. Requiere ayuda de otra persona
1. Es dependiente y no colabora

Índice de Katz o Barthel: 0

Exploración Física:

Marcha: Eubásica Disbásica Inmovilidad Presencia de sujeción mecánica

Tono y fuerza de extremidades: Tonicidad normal Atonía

Movimientos anormales: Acaticia Temblor Distonía Disquinesia Rigidez

Agitación motriz Crisis Convulsivas Manerismos

Claudicación Uso de aditamentos para la deambulaci3n

Respiraci3n: (Ritmo, Frecuencia, Profundidad, Simetría, describir localizaci3n de los fenómenos agregados)
PRESI3N ARTERIAL DE 130/90 MMHG, FRECUENCIA CARDIACA DE 82xl, FRECUENCIA RESPIRATORIA DE 22xl,
MUESTRA FORMA ELÍPTICA Y EXPANSI3N TORÁCICA PRESENTE

Cianosis Palidez Hipoxia Hipoxemia Hipercapnia

Intolerancia a la actividad: Fatiga Cansancio

Alteraciones respiratorias durante la actividad: Taquipnea Bradipnea Disnea Aleteo

Uso de músculos accesorios Estertores Sibilancias Roncus Estridor

Funci3n cardiaca: Frecuencia 82xl Ritmo NORMAL Arritmia Soplo Ritmo de galope

Pulsos: Frecuencia _____ Ritmo: Regular Irregular Amplitud : Alternante de Corrigan

Filiforme Parad3gico Débil Imperceptible o ausente

Ingurgitaci3n yugular:

Realiza alguna rutina de ejercicios (tipo, duraci3n y frecuencia): TALLER, TERAPIA, VISITA, DEAMBULACION

Sedentarismo: Si No

Como emplea su tiempo libre: DESCANSO PROGRAMADO

Actividades recreativas que realiza, tipo y frecuencia: SOLDADURA, CARPINTERIA, CAMINATA

5. Sueño -descanso.

Calidad y cantidad de sueño: Total de horas que duerme diariamente: 8/9 HORAS

¿Acostumbra a tomar siestas?: Si No

Alteraciones del sueño:

Insomnio inicial Insomnio tardío Insomnio intermitente Pesadillas

Hipersomnia Somnolencia diurna Ronquido Apnea del sueño Sueño no reparador

Alteraciones (cansancio, alteraciones emocionales o conductuales) asociadas a la falta de sueño: SIN ALTERACIONES

Utiliza alg3n remedio, ritual o fármaco para poder dormir (tipo y frecuencia): NO

6. Cognitivo-perceptual (atención, orientación, sensación/percepción, cognición, comunicación)

Funciones de Integración Superior:

Estado de Conciencia : Consciente Somnoliento Estuporoso Inconsciente

Orientación: Tiempo Lugar Persona Autopsíquica Alopsíquico

Memoria: Reciente (anterógrada) Tardía(retrógrada) Amnesia

Atención: Central Periférica Hipoprosexia Paraprosexia Hiperprosexia

Expresión del pensamiento (lenguaje): Normal Mutismo Parco/monosilábico Coherente

Dislalia Disartria

Alteraciones sensoriales : Alucinaciones Ilusiones

Tipo: Auditivas Visuales Olfatorias Cenestésicas Gustativas

Presenta alguna limitación en: Vista Tacto Audición Olfato Gusto

¿Utiliza algún apoyo para estos problemas?: NO

7. Autopercepción (auto concepto, autoestima, imagen corporal)

¿Qué piensa de sí mismo? REFIERE UN ESTADO DE MEJORA

¿La mayor parte del tiempo se siente a gusto consigo mismo? SI

¿Qué sentimientos predominan en usted la mayor parte del tiempo?

Ansiedad Tristeza Irritabilidad Exaltación Felicidad Tranquilidad

¿Cómo se siente respecto a su imagen corporal?: ESTADO DE ANIMO "ME SIENTO MEJOR"

Contenido de ideas respecto a estado afectivo: Desesperanza Minusvalía Muerte

Ideación suicida Planeación suicida Intento suicida Cutting

Otras alteraciones asociadas al estado afectivo: SIN ALTERACIONES

8. Rol / Relaciones (roles de cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol)

Rol que desempeña en la familia: SIN ESPECIFICAR

¿Cuenta con apoyo familiar para afrontar su enfermedad? SI

¿Cómo es la relación entre los miembros de su familia? ESTABILIDAD ALTERADA, EL PACIENTE VIVE CON SU MADRE, MENCIONA TENER 2 HIJAS A LAS CUALES NO VE DESDE HACE 9 AÑOS, ACTUALMENTE NO TIENE UNA ESTABILIDAD SOCIAL CON SU EXPAREJA, MENCIONA QUE LA RESTRICCIÓN DE VER A SUS HIJAS LE HA PROVOCADO DEPRESIÓN POCO CONSTANTE

¿Cómo es la Interacción social con personal y pacientes del servicio?: MENCIONA TENER COMUNICACIÓN CON EL RESTO DE LOS PACIENTES, EL TRATO CON EL PERSONAL DE SALUD ES MOMENTÁNEO.

¿Cuenta con apoyo social? SI, REFIERE CONTAR CON EL APOYO DE LA FAMILIA CON LA QUE TIENE CONTACTO PARA AFRONTAR SU ENFERMEDAD.

9. Sexualidad-Reproducción

Antecedentes Gineco-obstétricos: N/A

Menarca _____ FUM _____ Menopausia _____

Embarazos: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____

SDG: _____ FPP: _____

Exploración física embarazo:

Altura de fondo uterino _____ FCF: _____

Presentación: Cefálica _____ Podálica _____

Posición: Anterior _____ Posterior _____ Izquierda _____ Derecha: _____

Situación: Longitudinal _____ Transversa _____ Oblicua _____

Vida sexual activa Sí No ¿Satisfacción de sus relaciones sexuales? Sí No

Uso de métodos anticonceptivos: Sí No ¿Cuál método? _____

¿Qué precauciones toma para prevenir enfermedades de transmisión sexual? SIN ESPECIFICAR

Problemas de identidad sexual: Si No

Presencia de riesgos para la salud reproductiva y sexual (Vida sexual: naturaleza, frecuencia y actitud ante ella: masturbación, polución nocturna, fantasías eróticas, etc. Iniciación de su vida sexual).

: INICIA SU VIDA SEXUAL A LOS 19 AÑOS, MENCIONA NO CONTAR CON UNA PAREJA ACTUALMENTE, ASÍ COMO VIDA SEXUAL ACTIVA

Detección de cáncer cervico-uterino en el último año : Si No

Detección de cáncer de mama en el último año: Si No

Detección de cáncer de próstata en el último año: Si No

Menopausia o Andropausia (si aplica): Anotar la actitud ante ella, presencia o no de alteraciones psicopatológicas en su curso o posterior a ella, duración y naturaleza de estas.

Presencia de infecciones de transmisión sexual: Sí No ¿Cuál? _____

10. Adaptación-Tolerancia al stress (respuesta post – traumática, respuestas de afrontamiento, estrés)

¿En el último año ha sufrido algún cambio importante en su vida? Estrés Crisis

EL PACIENTE MENCIONA QUE LA RESTRICCIÓN DE VER A SUS HIJAS LE HA PROVOCADO DEPRESIÓN POCO CONSTANTE, MENCIONA LA MUERTE DE UNA HERMANA AÑOS ATRÁS, CONSIDERANDO QUE TAL VEZ ESTO ÚLTIMO INFLUYO EN SU RECAÍDA ACTUAL.

La mayor parte del tiempo se siente: Cómodo Tenso Relajado Desmotivado

¿Qué hace para sentirse mejor?: REFIERE QUE UN FACTOR CLAVE PARA MANEJAR SU ESTRÉS SON LAS ACTIVIDADES MANUALES COMO LA CARPINTERÍA O LA SOLDADURA, ADEMÁS DE LA CAMINATA.

Para relajarse utiliza (frecuencia y cantidad): Tés Alcohol Tabaco

Medicamentos no prescritos (tipo y frecuencia) _____ Otros: _____

Drogas ilegales (tipo) _____

Cómo resuelve sus problemas (recursos, apoyos con los que cuenta): APOYO FAMILIAR

11. Valores- Creencias:

¿Cree en un ser supremo?: SI / SIN ESPECIFICAR

¿Profesa alguna religión?: CRISTIANA

¿La religión es importante para usted?: SI

¿Qué cosas considera importantes en su vida?: RESPETO, RESPONSABILIDAD, AMISTAD, LEALTAD, HONESTIDAD COMO VALORES CLAVE PARA SU ACTUAL SITUACIÓN, ADEMÁS DE SU FAMILIA.



¿Se siente satisfecho con su vida?: SI

Actitud ante la religión, el duelo y la muerte: IMPORTANTE PARA SU VIDA COTIDIANA.

¿Presenta Preocupaciones relacionadas con la vida, la muerte o la enfermedad?: NO

¿Cuáles sus planes futuros? (córto y largo plazo): TRATAR SU ENFERMEDAD Y CONTINUAR UNIDO A SU FAMILIA.

Anexo 9: Carta de Consentimiento Informado de Plan de Cuidados de Enfermería:

 <p>PROSPEREMOS JUNTOS Gobierno del Estado 2015-2021</p>	<p>SERVICIOS DE SALUD</p>	<p>Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña SUBDIRECCIÓN MÉDICA EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>	 <p>CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"</p>
---	-------------------------------	--	---

25 de Septiembre del 2019, Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña".

-J ■ R ■ V ■ ■ ■ ■ ■

-Paciente Psiquiátrico

*Nombre de la Institución: Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña"

*Dirección: Carretera Matehuala 8, Fraccionamiento los Olivos, 78430 Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P.

*Teléfono: 444 100 9250

Asunto: Carta de Consentimiento de Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE).



Por medio de la presente, yo, **Carlos Ariel Martínez Baeza**, Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (PLEOSS), otorgo la presente carta de consentimiento al usuario **J ■ R ■ V ■ ■ ■ ■ ■**, para solicitar su permiso de poder llevar a cabo la recolección de información personal para la elaboración del Plan de Cuidados de Enfermería.

La finalidad de dicho permiso y consentimiento será la de realizar actividades estandarizadas y calendarizadas para la obtención de información específica y clara sobre su persona, la cual será utilizada de manera profesional, respetando el derecho de confidencialidad y decisión externa a dicho objetivo mencionado anteriormente durante su estancia hospitalaria y de su área asignada con procesos terapéuticos.

Por medio de este apartado, yo, **J ■ R ■ V ■ ■ ■ ■ ■**, firmo de enterado del siguiente documento, así como sus objetivos y finalidades establecidas, las actividades a realizar, el material y el horario, respondiendo todas mis dudas.

El método de trabajo y aplicación me han sido mencionadas, así como la aclaración de la exposición de dicha información obtenida de mi persona con propósitos educativos sin poner en riesgo mi integridad personal.

PLEOSS Ariel Baeza

 _____ Firma de Trabajador	 _____ Firma de Usuario
---	---

Anexo 10: Cronograma de actividades lúdicas programadas del día 24 de Septiembre al 01 de Octubre del año 2019:



Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES					
Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Actividad realizada	Fecha y hora	Autorización	Evidencia
Ergoterapia	Basada en la actividad física o manual, aplicada en afecciones mentales para readaptación social.	Pintura y mejora de objetos solidos	25 de sept 2019	RV	
Terapia Recreativa	Programa de recreo planificado y organizado que ayuda a desarrollar las capacidades sociales y aprender a participar en las actividades de tiempo libre en grupo.	Calentamiento físico y visita familiar	24 de sept 2019	RV	
Deportes terapéuticos	Proceso de reeducación para desarrollar las capacidades de las personas con necesidades especiales, debe ser susceptible de poder modificarse para posibilitar la participación.	Basquetbol y voleibol			
Arte terapia	Psicoterapia que utiliza las artes plásticas como medio para recuperar o mejorar la salud mental y el bienestar emocional y social.	Pintura y dibujo	27 de sept 2019	RV	
Musicoterapia	Utilización de música con fines psicoterapéuticos para la relajación y expresión emocional	Música y sonidos relajantes	27 de sept 2019	RV	
Terapia individual	Empleado para trabajar los problemas de ansiedad, miedos, fobias, depresión, baja autoestima e inestabilidad emocional.	Valoración por patrones funcionales	26 de sept 2019	RV	
Técnica de integración	Procedimiento que se lleva a cabo en grupo para alcanzar alguna meta, la dinámica es la interacción entre las personas.	Terapia y taller	25 de sept 2019	RV	
Técnica de análisis	Utilizada para la comprensión de un caso concreto.	Lectura comprensiva	1 de oct 2019	RV	

Un gran amigo

