

Escuela de Enfermería Cruz Roja Mexicana  
Delegación San Luis Potosí, S.L.P.  
Incorporada a la UNAM  
Clave 8715/12



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A UN PACIENTE CON ALTERACIÓN  
PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO DE ACUERDO CON  
LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**

**PARA OBTENER TÍTULO DE:  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:  
GISELA BERENICE BARRÓN ALONSO  
CTA. 413541466

ASESORA  
**DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ**  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

San Luís potosí S.L.P. 16 de Abril del 2019



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.

## AGRADECIMIENTOS

*Tu afecto y tu cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo y de mis ganas de buscar lo mejor para ti.*

*Posiblemente en este momento no entiendas mis palabras, pero quiero que te des cuenta lo que significas para mí.*

*Eres la razón de que me levante cada día a esforzarme por el presente y el mañana, eres mi principal motivación.*

*Muchas gracias **hijo**.*

*A mi **madre**, por ser el pilar más importante, por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias.*

*Por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ella entre los que se incluye este. Ella me formó con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas me motivo constantemente para alcanzar mis anhelos.*

*Agradezco infinitamente a mi **esposo** Jorge niño, por haber sido mi fuente de apoyo en cada momento, por sus palabras de ánimo cuando sentí perder la fuerza, por su paciencia y sobre todo por su amor.*

*Tú quien has sido mi mano derecha durante todo este tiempo; te agradezco*

*por tu desinteresada ayuda, por aportar consideradamente en mi proyecto, te agradezco no solo por la ayuda brindada, sino por los buenos momentos en los que convivimos.*

*Eres una gran persona, y me encanta tenerte a mi lado como una gran amiga*

*Muchas gracias Yesenia*

## DEDICATORIA

*Dedico este proyecto con todo mi amor a Dios quien inspiro mi espíritu para la realización de este estudio, por darme salud y bendición para alcanzar mis metas como persona y como profesional, por haberme dado sabiduría y fuerza guiándome en el trayecto de vida.*

*A mi madre por brindarme su cariño, apoyo incondicional, por haber depositado su confianza, amor, y su anhelo. Ya que es el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional. Gracias a ti por cada palabra de aliento y por ser esa persona que me motivo para ser una persona de bien, también por haberme apoyado tanto en el aspecto moral como económico que dios te colme de bendiciones.*

*A mi amado hijo Jorge Emiliano por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.*

## Contenido

1.	INTRODUCCIÓN .....	1
2.	JUSTIFICACIÓN.....	2
3.	OBJETIVO GENERAL.....	3
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
4.	METODOLOGÍA.....	4
5.	MARCO TEÓRICO.....	5
	5.1. CONCEPTO DE CUIDADO .....	5
	5.2. METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA. ....	7
	5.3. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	9
	5.4. ETAPAS DE PROCESO CUIDADO ENFERMERO .....	10
	5.4.1. VALORACIÓN: .....	10
	5.4.2. DIAGNÓSTICO.....	13
	5.4.3. PLANIFICACIÓN.....	14
	5.4.4. EJECUCIÓN.....	15
	5.4.5. EVALUACIÓN .....	16
	5.5. MARJORY GORDON .....	17
	5.5.1. Tipología de patrones funcionales de Marjory Gordón: .....	18
	5.6. Esquizofrenia .....	22
	5.6.1. Epidemiología .....	23
	<b>5.6.2.</b> Anatomía y fisiología .....	24
	5.6.3. Fisiopatología .....	25
	5.6.4. Factores de riesgo. ....	28
	5.6.5. Signos y síntomas .....	30
	5.6.6. . Complicaciones.....	33
	5.6.7. Tratamiento.....	34
6.	PRESENTACIÓN DEL CASO.....	37
7.	VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GONDON.....	42
8.	PLAN DE ATENCIÓN .....	46
9.	PLAN DE ALTA.....	51
10.	CONCLUSIONES .....	53
11.	BIBLIOGRAFÍA.....	54

## 1. INTRODUCCIÓN

La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países.

Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta alrededor de 21 millones de personas mundialmente.

Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.

La estigmatización y la discriminación se pueden traducir en una falta de acceso a los servicios socio-sanitarios. Además, hay un riesgo elevado de que no se respeten los derechos humanos de las personas afectadas.

Los pacientes deben tener acceso a la atención médica y los servicios sociales que les puedan ofrecer el tratamiento que necesitan. Además, es fundamental que reciban apoyo social.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE) es base de la práctica de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera, ya que es el medio por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional. Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención.

El PAE es un proceso; humanista por considerar al hombre como un ser holístico que es más que la suma de sus partes, es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre, Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería, Es interactivo por requerir de la interrelación humano - humano

En el campo asistencial el personal de enfermería aplica los cuidados de forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática a nivel individual, familiar y de comunidad centrado en el cumplimiento de objetivos específicos a través de intervenciones para la resolución de un diagnóstico.

El siguiente PAE se enfocó en el área psiquiátrica a un paciente del sexo masculino de 59 años de edad, con intervenciones dirigidas a la reducción de los riesgos que conlleva la esquizofrenia mejorando la calidad de vida del paciente la familia y el entorno que lo rodea.



### **3. OBJETIVO GENERAL**

Brindar atención integral y holística al usuario, educar sobre las enfermedades mentales, así como la importancia de la adherencia al tratamiento y manejo de planes de alta con el fin de conocer su manejo en el hogar y así evitar en lo posible su reingreso a la institución

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Proporcionar una atención de calidad y calidez de acuerdo a los patrones funcionales alterados en el paciente.
- Valorar al paciente psiquiátrico por medio de la Valoración de Marjory Gordon.
- Brindar un plan de cuidados de enfermería que ayude a mejorar el estado de salud actual del usuario.
- Mejorar la estancia del usuario, mediante un plan de cuidados de enfermería, con una evaluación favorable para su padecimiento.
- Motivar al paciente para que adopte cambios hacia hábitos de vida saludables, con la finalidad de mejorar su estado de salud y calidad de vida.

## 4. METODOLOGÍA

El presente caso clínico dio inicio el día 03 de febrero del 2018 en sala G, aquí es en donde se encuentran solo los paciente con diagnóstico de esquizofrenia sexo masculino, la manera en que se realizó el caso fue por medio de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, ya que es de gran importancia tomar en cuenta las necesidades físicas, biológicas y emocionales que el paciente presenta debido a esta patología, la cual se pudo implementar cuando el paciente ya se encontraba consciente y mentalmente más estable.

Realizando un cuestionario con preguntas específicas para que me sea más fácil poder implementar las actividades e intervenciones de acuerdo a las necesidades del usuario. La valoración comenzó al momento que el paciente fue trasladado de la sala de UPIC (Unidad Psiquiátrica de Intervención en Crisis) a sala G en donde los usuarios obtienen una recuperación aproximada en cuatro semanas, esto depende a la evolución y resultado del tratamiento proporcionado por médicos psiquiátricos, médicos generales, psicólogos y enfermería, por lo que se tuvo el tiempo suficiente para poder tener una buena comunicación y así me resultara más fácil realizar mi proceso.

Se realizó una investigación acerca del diagnóstico médico para focalizar la valoración, por lo tanto obtener más conocimiento sobre esta enfermedad mental.

Al final se proporcionó un plan de alta, explicando al paciente la importancia que tiene el buen apego al tratamiento.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1. CONCEPTO DE CUIDADO

Los cuidados son la esencia para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, de igual manera para afrontar las discapacidades o la muerte.

Existe una forma de cuidado que rescata la cultura como elemento importante que influye en la salud de las personas: el cuidado cultural, definido por Leininger como “los valores, creencias y patrones de estilos de vida aprendidos y transmitidos profesional y popularmente que se utilizan para asistir, facilitar y capacitar a individuos o grupos para mantener su bienestar, su salud y mejorar la condición humana o estilo de vida”.<sup>33</sup>

Por cultura se entiende un “modo de vida socialmente aprendido que se encuentra en las sociedades humanas y que abarca todos los aspectos de la vida social, incluidos el pensamiento y el comportamiento”. La cultura comprende “la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencia, así mismo como conducen sus acciones”.

El término “cuidado” fue debatido por el filósofo Aristóteles, que hizo de la cura un concepto próximo a lo que entendemos por delicadeza, receptividad, respeto por lo que nos rodea y atención a lo que somos en nuestra limitada humanidad. Existe una idea de cuidarse que va más allá de cualquier trivialidad que imaginemos: Es el caso de quien cuida de su peso o de causar buena impresión y va más allá porque engloba la vida de los individuos en su totalidad.

Con la frase “sentido de la vida”, metafísicamente se quiere decir que deseamos comprendernos, valorarnos y orientar nuestro existir y es que no hay cuidado más importante que el que tiene que ver con el sentido que le demos a nuestras acciones o lo que es lo mismo, a si merece o no la pena vivir.

Dar sentido, por nuestra propia supervivencia, por ejemplo dentro del conjunto de actividades que componen nuestra vida; Unas la hacen más feliz y otras nos generan sufrimiento. Algunas quedan fuera de nuestras capacidades, pero de otras somos en principio responsables.

Varios neurólogos han afirmado que el cerebro se ha desarrollado para poder comer y de esta manera sobrevivir. Se trata de una verdad elemental que debe completarse

recordando que el cerebro humano es un haz de posibilidades que va mucho más allá de lo que necesita la pura animalidad.

La palabra cuidado afecta a toda la vida humana, a la mente y al cuerpo. Así, una mente sana es el supuesto de una buena vida. Diversos autores e investigadores han hecho uso de este término en sus estudios desde diferentes perspectivas pero coincidiendo en la importancia del mismo para la humanidad, en general y en el campo de la salud y los profesionales en particular.<sup>33</sup>

## 5.2. METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.

Desde un punto de vista general de lo que supone la investigación para una disciplina a la hora de definirla como tal, la disciplina enfermera tiene la necesidad de determinar los fenómenos objeto de investigación que significa su razón de ser y existir. Estos fenómenos que conforman el denominado metaparadigma de enfermería son: la persona, el entorno, la salud y el cuidado, teniendo en cuenta que en España, en lugar del concepto cuidado, frecuentemente encontramos el de rol profesional de enfermería.<sup>31</sup>

El concepto persona incluye al individuo, la familia y la comunidad, es decir, se centra en el receptor o receptores de los cuidados.

Respecto al entorno, se observan las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona.

Como salud se entiende el estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal.

El concepto de cuidado es la propia definición de enfermería. Se trata de las acciones emprendidas por los profesionales de la Enfermería de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras. Las acciones enfermeras, normalmente son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

Una vez definidos estos conceptos, objeto de estudio de la disciplina enfermera, es necesario establecer relaciones entre ellos, de manera que estas relaciones, establecidas a modo de proposiciones, las que determinan de manera definitiva, tanto el objeto de estudio como el campo de actuación.

Respecto a la disciplina enfermera, estas relaciones entre los fenómenos expuestos anteriormente, son cuatro:

1. Relación proposicional entre los conceptos de persona y salud, que sostiene que la enfermería se ocupa de los principios y leyes que rigen los procesos vitales, el bienestar y las funciones óptimas de los seres humanos enfermos o sanos.

2. Relación proposicional entre los conceptos de personas y entorno, que argumenta la ocupación de la enfermería en lo que se refiere a las pautas de comportamiento humano en interacción con el entornos, en todo tipo de situaciones. Es decir, en situación de normalidad cotidiana o en situaciones de alteración de la salud.
3. Relación proposicional entre los conceptos de salud y cuidados, la cual nos lleva a las acciones necesarias para efectuar cambios positivos en el estado de salud.
4. Relación proposicional entre los conceptos persona, entorno y salud. Fawcet afirma que “a la enfermería le concierne la totalidad de la salud de los seres humanos, reconociendo que están en continua interacción con el entorno”.

Los cuatro conceptos y las cuatro proposiciones identifican el objeto de estudio de la disciplina de enfermería.<sup>31</sup>

### 5.3. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Es un método sistemático y organizado, que para su aplicación requiere de conocimientos, habilidades y actitudes, que permiten la presentación del cuidado de enfermería de forma lógica, racional y humanística al individuo, la familia y a colectivos, se mide por el grado de eficiencia, progreso y satisfacción del usuario. Hace parte de la calidad del cuidado de enfermería.<sup>32</sup>

Su objetivo es identificar el estado de salud de los seres humanos desde lo real o potencial, individual, familiar o comunitario, que facilite la elaboración de planes de salud y ofrecer las intervenciones de enfermería necesarias para dar solución a las necesidades identificadas.

Consiste en una interacción con el paciente, la familia o colectivos, es decir, es el sistema de la práctica de enfermería.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

**Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

**Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

**Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

**Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.  
**Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, identificar las necesidades reales y potenciales del paciente así como establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

## 5.4. ETAPAS DE PROCESO CUIDADO ENFERMERO

### 5.4.1. VALORACIÓN:

Es la primera fase del proceso de enfermería, se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Es primordial seguir un orden en la valoración que en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud" la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.



Un dato es una información concreta que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

### **Los tipos de datos:**

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

### **Métodos para obtener datos**

**Entrevista Clínica:** Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal.

La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

**La observación:** En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que

precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

**La exploración física:** La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

**Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.

**Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

**Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

**Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

**Validación de datos:** Debemos asegurar que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

**Organización de los datos:** Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas o por patrones funcionales.

La valoración mediante patrones funcionales se realiza en términos mensurables y no abstractos, en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración,

aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades, antes al contrario, se complementan.

#### 5.4.2. DIAGNÓSTICO

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

**Los pasos de esta fase son:**

1. Identificación de problemas.

2. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

### 5.4.3. PLANIFICACIÓN

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:

- ✓ Establecer prioridades en los cuidados.
- ✓ Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.
- ✓ Elaboración de las actuaciones de enfermería.
- ✓ Documentación y registro.

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones. Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

**Tipos de planes de cuidados:** individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

**Individualizado:** Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

**Estandarizado:** Según Mayers (1983), un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

**Estandarizado con modificaciones:** Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

**Computarizado:** Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

#### 5.4.4. EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado. El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

#### 5.4.5. EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

#### **El proceso de evaluación consta de dos partes:**

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio.

#### **Conclusiones esperadas:**

- ✓ El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- ✓ El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- ✓ El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso se puede realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.<sup>32</sup>

## 5.5. MARJORY GORDON

Marjory Gordon falleció el 29 de abril en Massachusetts (EEUU).<sup>34</sup>

La Dra. Gordon obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College. Fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, donde pasó 23 años en la facultad de la Escuela de Enfermería de Cornell.

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

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

Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una “Leyenda Viviente” por la misma organización en 2009.

En 1982, fue la primera presidenta de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Teórica y profesora a la que debemos la teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon (Gordon’s functional health patterns), Callista Roy dijo de ella: “Ella comenzó el trabajo de crear un lenguaje común de enfermería cuando los equipo estaban empezando, ahora ésta es la base para la enfermería, es un modelo a seguir por todos. Constantemente está elevando los estándares del diagnóstico de enfermería a fin de dar una voz de enfermería y la visibilidad en el cuidado de la salud”.

Como sociedad científica, le damos las gracias por sus aportaciones al conocimiento enfermero y por fomentar el pensamiento crítico y la necesidad de precisión de diagnóstico como elementos fundamentales para impulsar la calidad y la seguridad en la atención al paciente.<sup>34</sup>

### 5.5.1. Tipología de patrones funcionales de Marjory Gordón:

Esta metodología fue propuesta por la enfermera norteamericana Marjory Gordón. Permite una valoración sistémica y detallada; además facilita la recolección y el manejo de los datos de una manera ordenada, lógica y completa.

La valoración por patrones funcionales permite obtener un formato de valoración relativamente estándar para una base de datos básica, guiar la recolección de información de la vida de la comunidad y su experiencia en los sucesos y problemas. A medida que se recoge la información, se comienza a entender el área que se está valorando. De forma gradual aparece el patrón que se va construyendo a partir de las descripciones de las personas y de las observaciones de quienes valoran. (Tobón, O., & García C. 2004).<sup>1</sup>

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

#### **Patrón 1: Autopercepción y autoconcepto:**

- **Pretende:** conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.
- **Incluye:** Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y prevención de riesgos. Prescripciones médicas y de enfermería.

#### **Patrón 2: Nutricional- Metabólico**

- **Pretende:** conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.



- **Incluye:** Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios), medidas antropométricas, aspectos psicológicos de la alimentación, lesiones cutáneas, Estado de la piel, membranas mucosas y dientes.

### **Patrón 3: Eliminación.**

**Pretende:** conocer los patrones de la función excretora de la persona.

**Incluye:**

- Patrón de eliminación intestinal.
- Patrón de eliminación vesical.
- Patrón de eliminación a través de la piel.

### **Patrón 4: Actividad- Ejercicio.**

Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

**Incluye:**

- Actividades de la vida diaria.
- Cantidad y tipo de ejercicio y deporte.
- Actividades recreativas.
- Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

### **Patrón 5: Sueño- Descanso.**

**Describe** los patrones de sueño, reposo y relajación.

**Incluye:**

- Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo.
- Ayudas para el sueño y el descanso.

### **Patrón 6: Cognitivo- Perceptivo.**

**Describe** los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

**Incluye:**

- Situación de los sentidos sensoriales.
- Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

### **Patrón 7: Autopercepción- Autoconcepto.**

**Describe** los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

**Incluye:**

- Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía.
- Imagen corporal y patrón emocional.
- Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular.
- Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

### **Patrón 8: Rol- Relaciones.**

**Describe** los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

**Incluye:**

- Percepción de las responsabilidades de su rol.
- Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

### **Patrón 9: Sexualidad- Reproducción.**

**Describe** los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

**Incluye:**

- Satisfacción con la sexualidad.
- Trastornos de la sexualidad.
- Problemas en etapa reproductiva de la mujer.
- Problemas en la menopausia.

### **Patrón 10: Tolerancia al estrés.**

**Describe** el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

**Incluye:**

- Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad.

- Manejo del estrés.
- Sistemas de soporte y ayuda.
- Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

### **Patrón 11: Valores- Creencias.**

**Describe** el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

**Incluye:**

- Cosas percibidas como importantes en la vida.
- La percepción de la calidad de vida.
- Conflicto con los valores o creencias importantes.
- Las expectativas relacionadas con la salud. (Arribas, A., Arejula, J., & Morente, M., 2006)<sup>2</sup>

## 5.6. Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental caracterizada por la presencia de síntomas psicóticos que afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción, alucinaciones, ideación, delirios, asociaciones laxas, sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado, catatonía, desorganización, cognición, concentración, motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea por sí solo, patognomónico de la esquizofrenia siempre debe existir la presencia de síntomas psicóticos y alteración de la conducta.

Es un trastorno mental severo de origen multicausal que hace difícil, para la persona que la sufre, distinguir entre lo real y lo que no lo es, poder comportarse de manera extraña en situaciones sociales y tener también problemas con la memoria y con la conversación. (Almaguer, M., 2013)<sup>10</sup>

Afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento. Es la forma más frecuente de trastorno mental severo y afecta a una persona de cada cien. Es poco frecuente antes de la pubertad y más probable que comience entre los 15 a los 35 años. Esta enfermedad con frecuencia dura toda la vida. (Rutter & Taylor, 2000)<sup>29</sup>

La esquizofrenia representa una alteración en el funcionamiento social, familiar y laboral de los pacientes que la padecen; con respecto a la población sana tienen menor probabilidad de casarse y tener un empleo, con las consecuencias que esto tiene para los mismos pacientes, sus familiares y la sociedad.

Existen estudios que demuestran que el ambiente familiar puede influir favorable o desfavorablemente en el pronóstico, lo que hace de la intervención familiar una necesidad en estos escenarios. Con respecto a la pérdida de la productividad en la vida adulta, son evidentes los altos costos económicos y sociales que implica la esquizofrenia. (Zapata, Rangel, & Garcia, 2015)<sup>30</sup>

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, por los afectos embotados o inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.

Los fenómenos psicopatológicos más importantes incluyen, inserción, robo o difusión del pensamiento; percepciones delirantes o ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad; voces alucinatorias comentando o discutiendo sobre el paciente en tercera persona; trastornos del pensamiento y síntomas negativos. (Codo, W., 2007)<sup>9</sup>

El curso de los trastornos esquizofrénicos puede ser continuo o episódico, con un defecto estable o progresivo, o puede haber uno o más episodios con remisión completa o incompleta. (Esbec, E., 2016)<sup>24</sup>

Las personas con esquizofrenia no son pacientes especialmente violentos en todo caso es más probable que el paciente tienda a hacerse daño a sí mismo. El 10% de los esquizofrénicos acaba suicidándose y en concreto saltarse la medicación multiplica por cuatro el riesgo de suicidio. (Maña, S., 2008)<sup>13</sup>

Es difícil establecer un nexo causal simple entre la esquizofrenia y los actos violentos, los datos son muy variables, en algunos casos estos acontecimientos son consecuencia del trastorno, en otros de la reacción del individuo ante el rechazo social o la discriminación a los que se ve sometido, ya que las enfermedades mentales siempre han sido fuente de marginación y pobreza. (Esbec, E., 2016)<sup>24</sup>

#### 5.6.1. Epidemiología

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población (OMS, 2016).

Es la segunda enfermedad mental en México, existen aproximadamente 500 mil personas con esquizofrenia según el Dr. Wascar Verduzco Fragoso, perteneciente al IMSS (2017).

Durante el 2013, se otorgó tratamiento ya sea farmacológico o psicoterapéutico a 9 mil 196 potosinos que presentaron algún trastorno neurológico o psiquiátrico.

Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana (OMS, 2016).

En los varones la edad de inicio más frecuente es al comienzo de la tercera década de vida, mientras que en las mujeres lo es a finales de la tercera década y comienzos de la cuarta.

El inicio de la esquizofrenia se produce de manera característica durante la adolescencia, infancia o al inicio de la edad adulta.

Esta patología representa una carga económica importante para el sector salud debido a la concurrencia de factores como edad temprana de aparición, carácter crónico, largos periodos de hospitalización, tratamiento ambulatorio indefinido, necesidad de apoyo y constante supervisión, incumplimiento terapéutico, alta tasa de suicidio y elevada prevalencia con tendencia al incremento. (Fraga, D. 2004).<sup>7</sup>

### **5.6.2. Anatomía y fisiología**

En la esquizofrenia no aparece gliosis (modificación de las células), siendo ésta un marcador de muerte neuronal por necrosis. Se han descrito alteraciones de la citoarquitectura del córtex prefrontal y temporal límbico, estas anomalías muestran que las neuronas de las capas profundas del córtex no han migrado lo suficientemente lejos a las capas superficiales. Las alteraciones en la migración neuronal se producen en el segundo trimestre de gestación, cuando los neuroblastos migran desde la zona ventricular a la corteza. Esta alteración de la migración celular influenciará en la conectividad intracortical y corticosubcortical (por debajo del cerebro), dando lugar a circuitos cerebrales disfuncionales que explicarían el déficit cognitivos y las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia.

Algunos investigadores han propuesto que la esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo. En estudios post mortem de la corteza frontal media en humanos se ha observado que el desarrollo posnatal normal se caracteriza por una sobre elaboración de procesos neuronales (sinaptogénesis), seguido por una reducción gradual de la densidad sináptica hasta cerca de un 60 % de los niveles máximos en la vida adulta. En el ser humano este proceso se completa en la corteza occipital y en las áreas prefrontales alrededor de los 2 años y en las áreas de asociación llega hasta la adolescencia. Esta sinaptogénesis se realiza de manera aleatoria durante el desarrollo con una subsecuente

eliminación selectiva de conexiones más débiles basadas en la experiencia y factores endógenos, proceso que se conoce como pruning o podado. (S/A., 2005).<sup>17</sup>

### 5.6.3. Fisiopatología

La esquizofrenia tiene una etiología multifactorial, en la que interactúan múltiples genes de vulnerabilidad con los factores adversos ambientales generando diferentes fenotipos del espectro de la esquizofrenia. (Siever, L., Davis, K., & Larry, J. 2004)<sup>3</sup>

Una de las aportaciones más importantes relacionadas con la etiología de la esquizofrenia, ha sido la hipótesis dopaminérgica, la cual en sus inicios, postuló el incremento de la actividad dopaminérgica cerebral de la vía mesolímbica.

Posteriormente con base en esta teoría se sugirió la existencia de una regulación diferencial en las proyecciones dopaminérgicas cerebrales, en donde se presentaba una disminución del tono cortical de la función dopaminérgica, especialmente en la corteza prefrontal, lo cual puede estar relacionado con una relativa hiperactividad en las estructuras subcorticales.

En el campo clínico, dicha actividad hiperdopaminérgica se ha asociado con la presencia de síntomas positivos (estructuras subcorticales, con un mayor involucramiento de la dopamina límbica que la dopamina estriatal), y la actividad hipodopaminérgica con la presencia de síntomas negativos. (Montoya, A., Lepage, M., & Malla, A., 2005).<sup>5</sup>

Anteriormente se pensaba que los receptores dopaminérgicos D2 tenían su más alta expresión en el estriado, sin embargo, estudios recientes en los que se ha utilizado tomografía por emisión de positrones (PET), no han podido demostrar cambios en las densidades de los D2 en el estriado de pacientes con esquizofrenia, lo que sugiere que otros receptores pueden estar involucrados en la fisiopatología. (Siever, L., Davis, K., & Larry, J. 2004)<sup>3</sup>

Se ha implicado a la corteza prefrontal y algunas estructuras límbicas como la corteza del cíngulo en la fisiopatología de la esquizofrenia, ya que se piensa que estas estructuras contribuyen particularmente con el empeoramiento de los síntomas

negativos y cognoscitivos y en menor medida, con la presencia de los síntomas positivos.

Particularmente los receptores D1, que normalmente se expresan en la corteza prefrontal, se han implicado en el control de la memoria de trabajo, y la disfunción de la misma constituye uno de los rasgos característicos de la esquizofrenia.

Actualmente se piensa que el receptor 5HT2 tiene implicación en su etiopatogenia, hecho que se fundamenta en el perfil farmacológico de la clozapina y su efectividad tanto en síntomas positivos como en síntomas negativos. Se ha observado una alta correlación entre la concentración de catabolitos de dopamina y 5-HT en líquido cefalorraquídeo (LCR). (Ottoni, L., Dutra, G., & Diogo, R.2010).<sup>4</sup>

Los síntomas negativos se han relacionado con una reducción en la transmisión dopaminérgica en la corteza prefrontal. Los antagonistas serotoninérgicos, como la clozapina, facilitan la liberación prefrontal de dopamina, disminuyendo los síntomas negativos.

Otro neuropéptido de gran importancia es el glutamato, específicamente, los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), ya que se ha observado que la fenciclidina actúa bloqueando estos receptores que son excitatorios para el glutamato, y se relacionan con conductas similares a las observadas en la esquizofrenia. El receptor NMDA tiene un sitio específico que reconoce a la glicina, así como al D-isómero de serina, sustancias que activan a este receptor. La teoría del glutamato proviene del tratamiento de los pacientes con glicina, D-serina o cicloserina, mostrando una mejoría en los síntomas negativos.

Existen múltiples evidencias de que la esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo, entre ellas es el típico inicio durante la adolescencia, la presencia de alteraciones estructurales y neurofuncionales al inicio de la enfermedad y estas alteraciones no progresan en la mayoría de los casos con el tiempo.

Los estudios epidemiológicos han aportado mayor soporte a esta hipótesis mostrando que se encuentran déficits intelectuales premórbidos, en etapas tempranas del



desarrollo y los estudios neuropatológicos muestran una citoarquitectura cerebral alterada, indicando un trastorno de esta naturaleza.

Sin embargo, la alteración en el neurodesarrollo puede no asociarse a todos los individuos que sufren de esquizofrenia y algunos autores argumentan que hay subtipos de la enfermedad, relacionados o no con el neurodesarrollo, e incluso un subtipo neurodegenerativo de la enfermedad. (De la Fuente, 2014)<sup>21</sup>

Algunas lesiones durante el desarrollo temprano podrían llevar a una reducción de las conexiones en algunas regiones cerebrales (por ejemplo, corteza prefrontal) produciendo probablemente los síntomas negativos y la persistencia de ciertas conexiones en algunos sitios de proyección de estas estructuras cerebrales, como por ejemplo el cíngulo, la corteza temporolímbica y el estriado ventral, posiblemente conduzcan a los síntomas positivos. La visión actual es que la enfermedad podría estar asociada con alteraciones en múltiples regiones corticales y subcorticales.

Los modelos de circuitos neuronales que se encuentran alterados en la esquizofrenia incluyen circuitos que involucran una retroalimentación cortico-subcortical.

Estos incluyen cinco circuitos basados en una región cortical primaria: motora, oculomotora, prefrontal dorsolateral, orbitofrontal lateral y cíngulo. El circuito dorsolateral media las funciones “ejecutivas” (planeación y “memoria durante el trabajo”); el cíngulo anterior media la motivación y el circuito lateral orbitofrontal las respuestas conductuales apropiadas para el contexto. Se ha considerado que estos circuitos están involucrados en la esquizofrenia, ya que se ha mencionado como características esenciales de la enfermedad las alteraciones en la función ejecutiva, la apatía y la desinhibición.

#### 5.6.4. Factores de riesgo.

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

La evidencia de la investigación sugiere que los acontecimientos estresantes, o dificultades de relación dentro de la familia, algunas veces pueden desencadenar un episodio de esquizofrenia en alguien que ya es vulnerable a desarrollarla debido a la genética y otros factores. (Rutter & Taylor, 2000)<sup>29</sup>

Todavía no sabemos exactamente a qué nos referimos cuando hablamos de la esquizofrenia, por tanto, es una difícil tarea buscar el porqué de una entidad que aún no hemos delimitado con precisión.

- Factores genéticos. Sólo un 20% de los esquizofrénicos presenta antecedentes familiares de esquizofrenia en familiares de primer grado, y el 37% de los pacientes posee historia familiar de esquizofrenia. (Almaguer, M. 2013).<sup>10</sup>
- Factores inmunovirales. Se ha especulado que estos hallazgos indican alguna alteración del sistema inmune, posiblemente déficit, y que la esquizofrenia misma sería una enfermedad causada por algún proceso infeccioso que hubiera aprovechado esta "debilidad" inmunológica para producir alteraciones en alguna fase del neurodesarrollo.
- Factores nutricionales. Diversos hallazgos sugieren que determinados déficit alimentario en fases críticas del neurodesarrollo podrían contribuir a desencadenar la esquizofrenia. (Ezpeleta, L., 2005).<sup>16</sup>
- Complicaciones gestacionales y perinatales. Se ha encontrado relación entre las complicaciones obstétricas y la esquizofrenia, sobre todo la de aparición precoz (un análisis demostró que los esquizofrénicos que presentaban la enfermedad antes de los 22 años tenían un 52% más de probabilidad de ofrecer una historia de complicaciones obstétricas). Los marcadores directos e

indirectos de hipoxia fetal aparecen como importantes predictores del riesgo de esquizofrenia.

En Dinamarca se llevaron a cabo una serie de primeros estudios sobre las lesiones cerebrales durante el embarazo, el parto y su influencia en la esquizofrenia. De ellos se concluyó que las complicaciones obstétricas eran factores relacionados con el posterior desarrollo de la patología y ofrecieron diversas explicaciones sobre el mecanismo: la hipoxia cerebral o la falta de oxigenación producida por lesiones como hemorragias intrauterinas. Aunque estas lesiones no induzcan complicaciones graves, si producen alteraciones cerebrales en sitios de importancia estratégica para las funciones cerebrales normales. (Ortuño, F., 2010).<sup>14</sup>

- Factores sociales. Algunos investigadores sugieren que los factores sociales o acontecimientos vitales, como el desempleo, vivir solo o un bajo nivel socioeconómico, podrían constituir factores coadyuvantes en la génesis de la esquizofrenia. (Almaguer, M., Junio, 2013)<sup>10</sup>
- Enfermedades médicas que pueden propiciar la aparición de síntomas esquizofreniformes. Falkai señala que la causa de la enfermedad entre el 3 y el 9% de pacientes con síntomas psicóticos puede deberse a una enfermedad orgánica. Principalmente enfermedades que afecten el SNC.

### 5.6.5. Signos y síntomas

La esquizofrenia es un trastorno mental mayor que cursa exacerbaciones agudas, trastorno funcional crónico y discapacidad para toda la vida. Las dimensiones de la esquizofrenia se clasifican como síntomas positivos y negativos, confusión, síntomas depresivos y trastornos cognitivos. (Omranifard, 2017)<sup>28</sup>

Los pacientes no presentan todos estos síntomas a la vez. De hecho, la mayoría de los síntomas no serán experimentados y muchos solo se presentaran de forma fugaz y transitoria durante los momentos de crisis psicótica.

#### **Síntomas positivos:**

Delirios. Esto significa mantener creencias que no sólo no son ciertas sino que pueden parecer incluso bastante extrañas. Si intentas discutir estas creencias, encontrarás que el que las tiene las mantendrá a pesar de que exista mucha evidencia en su contra.

Trastorno del pensamiento: Esto es una dificultad para pensar con claridad. Será difícil entenderlos porque sus frases parecen no tener sentido: pueden saltar de una idea a otra, perdiendo el tema del que están intentando hablar.

Alucinaciones. Estas son cuando ves, oyes, hueles o sientes algo que no está ahí. Por ejemplo, la alucinación más común que la gente experimenta es la de oír voces. Estas voces parecen absolutamente reales, pueden asustar y hacer creer que la gente te está observando, escuchando o molestando. La gente joven que tiene estas experiencias puede parecer suspicaz y actuar de una forma extraña. Por ejemplo, hablar o reír para sí misma como si estuviera hablando con alguien que no está. Esto es bastante diferente del habla o las risas de los niños pequeños cuando están realizando un juego imaginativo o en su mundo imaginario.

#### **Síntomas negativos:**

Las personas que los padecen pueden volverse muy inactivas, solitarias y parecer desmotivadas. Parecen perder interés y motivación y pueden dejar de lavarse

regularmente o cuidarse de una forma apropiada. Normalmente no pueden concentrarse en un trabajo o en el estudio. Afecto plano, anhedonia, reducción del habla.

### **Síntomas de desorganización.**

La desorganización se puede encontrar tanto en el pensamiento como en la conducta.

La desorganización del pensamiento se denota por una forma de hablar poco comprensible, cuando el paciente repite un mismo concepto, idea, frase o incluso sílaba de forma reiterada. Cuando esta desorganización afecta a la conducta, puede mostrarse inquieto o incluso agitado y violento sin motivo aparente.

### **Síntomas depresivos**

Dos situaciones están típicamente asociadas a los síntomas de depresión. La primera es al inicio de la enfermedad, con la experiencia de los primeros síntomas psicóticos y la extrañeza con la que se viven. La segunda, más frecuente ocurre tras la remisión de los síntomas delirantes o alucinatorios (distorsión de la realidad), cuando el enfermo recibe el diagnóstico de su enfermedad y toma conciencia de ella y de las consecuencias que deberá afrontar.

Los síntomas depresivos son habituales en la esquizofrenia. Generalmente las personas que sufren la enfermedad sienten menor felicidad que el resto de la población. Casi un 25% de los que padecen la enfermedad tienen depresión y muchos más presentan cuadros depresivos subliminales. (Omranifard, 2017)<sup>28</sup>

Las personas que padecen esquizofrenia tienen mayor riesgo de desarrollar depresión que la población en general. El impacto de la depresión comorbida implica un peor rendimiento. Además la presencia de síntomas depresivos durante la evolución puede acelerar la reaparición de psicosis. (Omranifard, 2017)<sup>28</sup>

La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos, con fases estables, de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Esta enfermedad de tipo crónico puede caracterizarse por tres fases.

## **Fase aguda**

Los pacientes presentan síntomas psicóticos graves como delirios y/o alucinaciones, un pensamiento gravemente desorganizado; generalmente son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia los síntomas negativos pasan a ser más intensos.

## **Fase de estabilización.**

Durante esta fase se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración puede ser de 6 meses o más, después del inicio de un episodio agudo.

## **Fase estable**

Los pacientes pueden estar asintomáticos, otros pueden presentar síntomas no psicóticos como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. (García, S.,2009)<sup>25</sup>

## **Tipos de esquizofrenia**

Si el paciente se presenta con un predominio de síntomas positivos se diagnostica de esquizofrenia paranoide. Esta es la más frecuente de inicio más tardío y la que presenta un mejor pronóstico y una mayor adaptación posterior.

Si el predominio es de los síntomas negativos, como el deterioro emocional, se cataloga como esquizofrenia hebefrénica o desorganizada, que suele iniciarse más precozmente y presentar un peor pronóstico.

Cuando predominan las alteraciones motrices y una marcada inhibición motriz, se diagnostica de esquizofrenia catatónica, actualmente muy rara y que se caracteriza por síntomas como el negativismo (falta de colaboración) mutismo y rigidez muscular extrema.

Cuando los síntomas están mezclados y ninguno predomina sobre los otros, se denomina esquizofrenia indiferenciada. Cualquiera de los cuatro subtipos descritos puede evolucionar hacia la esquizofrenia residual, caracterizada por el predominio de los síntomas negativos de desmotivación y deterioro emocional muy marcado y síntomas cognitivos o de deterioro intelectual.

Se ha mantenido que el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia sigue la regla de los tercios. De acuerdo con esta regla, un tercio de los pacientes solo tendrá un episodio psicótico o brote a lo largo de su vida; otro tercio experimenta diferentes episodios psicóticos que remitirán con poco deterioro y conservación del funcionamiento psicosocial; y otro tercio presentara síntomas psicóticos de forma continua con marcado deterioro e incapacidad funcional. (Jaurian, E.)<sup>27</sup>

#### 5.6.6. . Complicaciones

Diferentes estudios realizados a largo plazo con los pacientes señalan como estos presentan una menor esperanza de vida con respecto a la población general. Aparte de los fallecimientos por suicidios (5-10%) o accidentes, existe un aumento de la frecuencia de otras enfermedades médicas. Entre ellas, destacan la diabetes mellitus, los problemas cardiovasculares y determinados procesos cancerígenos.

#### **Qué efectos tiene la esquizofrenia**

- Dificultad para realizar un buen trabajo en la escuela o mantener amigos.
- Mayor vulnerabilidad a desarrollar una depresión o intento suicida.
- Normalmente no será un peligro para los demás. Al contrario la mayoría de las personas esquizofrénicas no ponen en riesgo a los demás. La poca comprensión de esta enfermedad puede llevar a estas personas y a sus familias a sufrir el doloroso efecto del estigma.
- Pérdida de confianza, sentirá que ha perdido el control de su vida.

La familia y amigos están frecuentemente asustados y ansiosos al ver los cambios causados por la enfermedad. La persona que ellos conocían y amaban ahora puede comportarse de forma que altera las relaciones familiares, las reglas y las rutinas de la vida familiar. Estos cambios son difícil de entender y manejar. (Rutter & Taylor, 2000)<sup>29</sup>

#### **Causas**

Se han encontrado alteraciones bioquímicas, estructurales y de funcionamiento del cerebro de los pacientes. Desde hace más de veinticinco años se utilizan técnicas de

neuroimagen cerebral para evaluar las anomalías estructurales (tomografía computarizada y resonancia magnética) o del funcionalismo cerebral.

Alteraciones en la estructura del cerebro: se ha informado que cerca del 50% de los pacientes presentan alteraciones en la estructura del cerebro. Estas incluyen: dilatación de los ventrículos, disminución del volumen del lóbulo temporal y formación amigdalohipocámpal, reducción del volumen del tálamo, decremento del volumen de la corteza prefrontal y disminución global del tamaño del cerebro.

Alteraciones del funcionamiento del cerebro: la mayoría de los estudios de neuroimagen funcional de la corteza prefrontal en la esquizofrenia.

Alteraciones bioquímicas: se ha dicho que la esquizofrenia podría ser consecuencia de un problema de comunicación entre las neuronas. De todos los neurotransmisores se ha visto que la dopamina es el que está más alterado. La hipótesis dopaminérgica ha sido la principal hipótesis neuroquímica de la esquizofrenia, postulando que la enfermedad es el resultado de un exceso de actividad dopaminérgica. La principal baza de esta hipótesis se basa en que los fármacos que disminuyen la dopamina mejoran la psicosis, mientras que los fármacos o drogas que la aumentan pueden desencadenar o agravar la esquizofrenia. (Las enfermedades mentales en México., 2005)<sup>23</sup>

#### 5.6.7. Tratamiento

El tratamiento de la esquizofrenia es complejo y requiere la utilización de terapias farmacológicas, además de un abordaje psicológico y programas de ayuda para la integración social y laboral del paciente, así como el uso de medicamentos antipsicóticos. Los fármacos antipsicóticos clásicos son los prescritos desde la década de 1950 para el tratamiento de la enfermedad. Si bien el haloperidol es el representante de este grupo, la olanzapina, antipsicótico atípico utilizado en el tratamiento a corto y largo plazo de la esquizofrenia, ha supuesto un importante avance en el pronóstico global de la enfermedad. (Fraga, D. 2004)<sup>7</sup>

Los fármacos antipsicóticos solo los indicados para los pacientes y siempre deben ser la base de su tratamiento. El manejo adecuado debe incluir una terapia integral con una



pauta farmacológica óptima junto con intervenciones psicológicas y de rehabilitación psicosocial. (Moreno, A., 2007)<sup>11</sup>

Una parte importante del trabajo que deben realizar conjuntamente la familia y el equipo asistencial consiste en asegurar una adecuada adherencia terapéutica, así como persuadir al paciente de la necesidad del tratamiento.

Dentro de los medicamentos que se utilizan para el tratamiento, se deben distinguir varias familias de fármacos:

- Antipsicóticos o neurolépticos.
- Fármacos correctores de los efectos secundarios de los antipsicóticos.
- Antidepresivos.
- Ansiolíticos
- Estabilizadores del estado de ánimo.

Además de los fármacos, la terapia electroconvulsiva o TEC también ha demostrado eficacia en estos pacientes. (Apiquin, R., Aviña, C., & Colín, R. 2002).<sup>8</sup>

Paul Janssen introduce el haloperidol, auténtica piedra angular del tratamiento de la esquizofrenia durante tres décadas.

A principio de los años noventa se inició la comercialización de los antipsicóticos de segunda generación, entre los que se incluye la risperidona, la olanzapina, la quetiapina, el amisulpride, la ziprasidona y el aripipazol.

La diferencia básica se encuentra en que los antipsicóticos de segunda generación son globalmente más eficaces y manifiestan una menor predisposición a presentar efectos secundarios a nivel motor, en el nivel de sedación, del estado de ánimo o en la capacidad intelectual del paciente. (Moreno, A., 2007).<sup>11</sup>

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta de diversas formas tanto al paciente como a su familia. Las familias son a menudo estigmatizadas por la enfermedad

y las recaídas de los pacientes conllevan fuertes impactos tanto emocionales, como sociales y físicos. (Caicedo, J. 2007).<sup>12</sup>

Según Tienari, Sorri “la disfunción temprana en el entorno familiar y traumas de la infancia constituyen una clase de factores de riesgo importantes para la aparición de psicosis entre un subconjunto significativo de pacientes genéticamente vulnerables. Con frecuencia los familiares de los pacientes con esquizofrenia tienden a sentirse impotentes y de cierta forma culpables por dicha enfermedad y las reacciones violentas y agresivas tanto verbales como físicas, conllevan a altos niveles de estrés y ansiedad en los familiares. Por estas razones expuestas anteriormente, entre otras, es importante llevar a cabo intervenciones con la familia, especialmente con las familias que demuestran tener una alta emoción expresada.

Lograr incluir a las familias facilita la recuperación de los pacientes y evita la intensidad y número de las recaídas. Por esta razón, la familia debe estar involucrada en el proceso terapéutico del paciente, así como intervenir en los procesos de toma de decisiones junto con el familiar que padece la enfermedad.

Los talleres de psicoeducación, al igual que la terapia familiar en algunos casos, son especialmente importantes. La función de la psicoeducación es permitir a la familia entender más sobre la enfermedad psicótica y proporcionar herramientas acerca de cómo se pueden tratar y reducir las recaídas. (López, J., & Zuluaga, D., 2015)<sup>22</sup>

Hoy en día se ha difundido la necesidad de emplear modelos interdisciplinarios para el tratamiento de la esquizofrenia, privilegiando intervenciones que cuenten con un equipo terapéutico que trabaje desde diferentes disciplinas, como la psicología, psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería, entre otras. (Gutiérrez, M., & Villamil, L. 2015).<sup>6</sup>

## 6. PRESENTACIÓN DEL CASO.

Se trata de un paciente de sexo masculino de 59 años de edad el cual acude al área de UPIC (Unidad Psiquiátrica de Intervención en crisis) acompañado por sus familiares quienes refieren ser sus hijos.

Presentando al ingreso ideas delirantes de daño, errores de juicio y conducta, alucinaciones auditivas, visuales, apatía, abulia y tendencia al aislamiento, así como heteroagresividad en algunos lapsos de la crisis y ansiedad con poca contención en casa, el paciente se encuentra consiente, orientando en tiempo y lugar.

**Nombre:** J.A.S.D.

**Edad:** 59 años

**Sexo:** Masculino

**Fecha de nacimiento:** 13 de Septiembre del 1959

**Sala:** G

**Dx:** Esquizofrenia F20

**Tabaquismo:** 1 o 2 cigarros al día.

**Alcoholismo:** Eventualmente.

**AHF:** Negados

**APP:** DM tipo II e HTA.

**APNP:** Vive en casa propia, cuenta con los servicios básicos (luz, agua, pavimento), sus hijos viven con él.

## HISTORIA CLÍNICA

**Ingreso:** 03 de Febrero del 2018. Usuario ya conocido por el servicio, ingresa por mal apego al tratamiento. Presentando al ingreso ideas delirantes de daño, errores de juicio y conducta, alucinaciones auditivas, visuales, apatía, abulia, y tendencia al aislamiento, así como heteroagresividad en varias ocasiones durante la crisis con poca contención en casa. Ultimo internamiento en esta institución en nov-dic/17, egreso con buen apego a tratamiento, aparentemente.

### Tratamiento Actual

**Clonazepam.** Tableta de 2mg.  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{2}$

- Acción farmacológica: Sus efectos se deben a la inhibición posináptica mediada por GABA.
- Contraindicaciones: Hipersensibilidad, fármaco o drogodependencia, dependencia alcohólica, miastenia grave, insuficiencia respiratoria grave.
- Reacciones adversas: Cansancio, somnolencia, astenia, hipotonía o debilidad muscular, mareo, ataxia, reflejos lentos. Disminución de concentración, inquietud, confusión, amnesia anterógrada, depresión, excitabilidad, hostilidad. Depresión respiratoria.
- Interacciones: Potenciación mutua de efectos con: fármacos de acción central (antiepilépticos, anestésicos, hipnóticos, antipsicóticos, analgésicos, alcohol).

**Valproato de magnesio.** Tableta 200mg. 2 – 1 – 2

- Acción farmacológica: anqué se desconoce el mecanismo exacto de su acción, parece ser que el ácido valproico aumenta las concentraciones de ácido gamma-aminobutírico en el cerebro. Parece que el ácido valproico inhibe las enzimas que catabolizan este neurotransmisor o bloquea la recaptación del GABA por el sistema nervioso central.
- Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco.

- Reacciones adversas: náusea, vómito, diarrea, cólico abdominal, constipación, anorexia, pérdida o aumento de peso e incremento del apetito, sedación. Rara vez ataxia, cefalea, nistagmos, diplopía, temblor, disartria, mareo e incoordinación.

Risperidona. Tableta 2mg. 1 – 0 – 2

- Acción farmacológica: Antagonista monoaminérgico selectivo, posee alta afinidad por receptores 5-HT<sub>2</sub> serotoninérgicos y D<sub>2</sub> dopaminérgicos.
- Contraindicaciones: Hipersensibilidad a risperidona.
- Reacciones adversas: Infección del tracto respiratorio superior, neumonía, bronquitis, sinusitis, infección del tracto urinario, gripe; hiperprolactinemia; hiperglucemia, aumento de peso, aumento del apetito, disminución de peso, disminución del apetito; insomnio, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, agitación; parkinsonismo, cefalea, sedación/somnolencia, acatisia, distonía, mareos, discinesia, temblor; visión borrosa; taquicardia; hipotensión, HTA; disnea, dolor faringolaríngeo, tos, congestión nasal; dolor abdominal, malestar abdominal, vómitos, náuseas, estreñimiento, gastroenteritis, diarrea, dispepsia, sequedad de boca, dolor de muelas; exantema ; espasmos musculares, dolor musculoesquelético, dolor de espalda, artralgia; incontinencia urinaria ; disfunción eréctil, amenorrea, galactorrea; edema, pirexia, dolor de pecho, astenia, fatiga, dolor; aumento de las transaminasas, aumento de la gammaglutamiltransferasa; caídas. Además IM: anemia, dolor en el lugar de la iny., reacción en el lugar de la inyección.
- Interacciones: Riesgo del aumento de la sedación con: alcohol, opiáceos, antihistamínicos y benzodiazepinas. Riesgo de hipotensión con: antihipertensivos.

Enalapril. Tableta 10mg. 1 – 0 – 0

- Acción farmacológica: Inhibidor del ECA da lugar a concentraciones reducidas de angiotensina II, que conduce a disminución de la actividad vasopresora y secreción reducida de aldosterona.

- Contraindicaciones: Hipersensibilidad a enalapril o a otro IECA, antecedentes de angioedema asociado a tto. previo con IECA, 2º y 3º trimestre del embarazo.
- Reacciones adversas: Cefalea, depresión; visión borrosa; mareos, hipotensión (incluyendo hipotensión ortostática), síncope, IAM o ACV, dolor torácico, trastornos del ritmo cardíaco, angina de pecho, taquicardia; tos, disnea; náuseas, diarrea, dolor abdominal, alteración del gusto; erupción cutánea, hipersensibilidad/edema angioneurótico (edema angioneurótico de la cara, extremidades, labios, lengua, glotis y/o laringe); astenia, fatiga; hiperpotasemia, aumentos en la creatinina sérica.
- Interacciones: Potencia hipotensión de: antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, anestésicos, estupefacientes, alcohol. Potencia efectos hipoglucemiantes de: insulina, antidiabéticos orales.

Clortalidona. Tableta 50 mg. 1 – 0 – 0

- Acción farmacológica: Inhibe el sistema de transporte  $\text{Na}^+ \text{Cl}^-$  en el túbulo distal renal, disminuyendo la reabsorción de  $\text{Na}^+$  y aumentando su excreción.
- Contraindicaciones: Hipersensibilidad a clortalidona o sulfamidas.
- Reacciones adversas: Alteraciones electrolíticas, erupción cutánea, hipotensión ortostática, arritmias, trastornos gastrointestinales, hiperuricemia, hiperglucemia, aumento de lípidos hemáticos, trombocitopenia.
- Interacciones: Ajustar dosis de antidiabéticos.

Metformina. Tableta 850mg. 1 – 0 – 1

- Acción farmacológica: Reduce la glucosa en plasma postprandial y basal. Actúa por 3 mecanismos. 1: Reduce la producción hepática de glucosa por inhibición de gluconeogénesis y glucogenólisis. 2: En el músculo incrementa la sensibilidad a insulina y mejora de captación de glucosa periférica y su utilización. 3: Retrasa la absorción intestinal de glucosa. No estimula la secreción de insulina por lo que no provoca hipoglucemia.
- Contraindicaciones: Hipersensibilidad; cetoacidosis diabética, precoma diabético; I.R.

- Reacciones adversas: náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal, pérdida de apetito.
- Interacciones: Niveles de glucosa disminuidos con: IECA, ajustar dosis.

Glibenclamida. Tableta 5mg. 1 – 0 – 1

- Acción farmacológica: Estimula la secreción de insulina por células  $\beta$  del páncreas. Reduce la producción hepática de glucosa y aumenta la capacidad de unión y de respuesta de la insulina en tejidos periféricos.
- Contraindicaciones: Hipersensibilidad a glibenclamida, sulfonilureas, derivados de sulfonamida (sulfamidas, tiazidas). Diabetes tipo I, cetoacidosis diabética, precoma y coma diabéticos, I.R./I.H. graves. Embarazo. Lactancia.
- Reacciones adversas: Molestias visuales transitorias (al inicio); hipersensibilidad; náuseas, vómitos, hiperacidez gástrica, dolor epigástrico, anorexia, estreñimiento, diarrea; prurito, eritema, dermatitis, erupciones exantematosas. Raras: anemia hemolítica y aplásica, leucopenia, linfocitosis, trombopenia, porfiria; ictericia colestásica, hepatitis; aumento de transaminasas.
- Interacciones: Pueden potenciar acción hipoglucemiante: insulina y otros antidiabéticos orales, determinados antidepresivos.

## **7. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GONDON**

### 7.1. Promoción a la salud.

Paciente masculino de 59 años de edad, es trasladado de UPIC (Unidad Psiquiátrica de Intervención en Crisis) a sala G, ingreso por mal apego al tratamiento. Presentando al ingreso ideas delirantes de daño, errores de juicio y conducta, alucinaciones auditivas y visuales, así como heteroagresividad y ansiedad con poca contención en casa.

Refiere fue llevado por los hijos, el paciente se encuentra consiente, orientando en tiempo y lugar.

Los medicamentos que se administran son: Clonazepam tab. 2mg, Valproato de Magnesio tab. 200mg, Risperidona tab. 2mg, Enalapril tab. 10mg, Clortalidona tab. 50mg, Metformina tab. 850mg y Glibenclamida tab. 5mg.

### 7.2. Patrón Nutricional metabólico.

T° 37°C

Peso: 97 kg, estatura de 1.74, IMC de 32.1.

Glucosa 108 mg/dL

El paciente refiere ser diabético, por lo cual su dieta consta de tres comidas al día hiposódicas y restringidas en azúcares, horario establecido, refiere que le gusta la comida, “esta sabrosa”. Casi no ingiere agua, “a lo mucho 2 vasos al día, casi no me gusta”.

Sin dificultad para masticar, aun con la dentadura incompleta, lo que refiere que se le cayeron con la edad, ningún problema en deglutir el alimento.

A la exploración general cabello bien implantado, uñas cortas, piel semi-hidratada, un poco reseca pero refiere “no me gusta ponerme crema, es por eso”, abdomen blando depresible, ninguna molestia a la palpación, con ruidos peristálticos presentes.



Presenta grieta hiperqueratosa por resequedad en talón de tobillo izquierdo, sin datos de infección, refiere “es normal, siempre me sale, esta pequeña y solo me la tengo que tallar fuerte y meterla en agua y se quita”.

### 7.3. Patrón Eliminación.

No presenta problemas de eliminación. Los patrones de la eliminación urinaria no están alterados ya que por lo regular presenta micciones 2 o 3 veces al día, indolora y de color amarillo. Defeca 1 o 2 veces al día sin problemas, regularmente después de las comidas. El paciente posee un buen control de esfínteres.

Comenta no haber presentado ningún problema como estreñimiento o diarrea, ni dificultad al orinar.

### 7.4. Patrón Actividad ejercicio.

FC: 68 lpm, FR: 21rpm, T/A: 130/90 mmHg

Paciente hipertenso, mantiene una vida sedentaria ya que no realiza ningún tipo de ejercicio, el paciente refiere que conoce los beneficios de la realización de ejercicio.

A pesar de aconsejarle ejercicios (pasear es lo más habitual) al menos 3-4 veces por semana durante 1 hora, el paciente refiere llevar un estilo de vida en el que la movilidad es mínima.

No presenta edemas ni calambres.

Marcha adecuada, sin presencia de debilidad o atrofia muscular, con buen tono muscular.

### 7.5. Patrón Sueño- Descanso

Comenta dormir “excelente” 8 horas diarias, sin ningún problema para conciliar el sueño, “me despierto descansado, como eso de las 7”, tiene siestas durante el día alrededor de 30 minutos.

### 7.6. Patrón Cognitivo perceptual.

Sin presencia de dificultad sensorial, memoria conservada, orientado en persona y espacio, mantiene contacto ocular, ningún problema para comunicarse, lenguaje fluido y claro.

Conoce su enfermedad y la acepta “pues ya que puedo hacer señorita, solo tomarme mis medicinas” sic.pac.

### 7.7. Patrón Autopercepción- Auto concepto.

El paciente refiere cierto grado de ansiedad por no presentar lazos familiares estables con uno de sus hijos y no llegar a ser una figura vinculante. Durante su estancia en la clínica dice que se siente “bien”, ya no se encuentra “nervioso como cuando llego”. Se considera tranquilo, decente y amigable.

Refiere “si estoy aquí es porque mis hijos tienen razón”.

### 7.8. Patrón Rol- Relaciones.

Tiene una buena relación con su familia (excepto con uno de sus 3 hijos) pero de igual manera el hijo está pendiente de su estado de salud y con respecto a sus amigos el paciente respondió, “ya quiero salir para visitarlos, los extraño, no me han venido a visitar.”.

Sin ningún problema para relacionarse con los demás pacientes, “incluso aquí, todos son muy amigables, me caen muy bien” sic.pac.

### 7.9. Patrón Sexualidad- Reproducción.

- Disfunción sexual: NO
- No mantiene relaciones sexuales.

### 7.10. Afrontamiento Tolerancia al estrés.

Se deduce un afrontamiento familiar con su hijo, lo que provoca un aumento del grado de ansiedad. Refiere que se siente bien, “si estoy aquí es por qué lo necesito, me tengo que aguantar”.

Se observa tranquilo, cooperador, sin problemas para establecer comunicación. Se le nota triste, ansioso, es insistente a la hora de pedir que llamen a sus familiares.

### 7.11. Patrón Valores- Creencias.

Paciente con religión católica no practicante, yendo en limitadas ocasiones a misa.

Piensa que su religión le ha ayudado cuando presenta alteraciones en su estado mental, ya que él le pide a dios que lo ayude para salir adelante a pesar de su enfermedad crónica.

## 8. PLAN DE ATENCIÓN

### 8.1. Ansiedad (00146)

**Dominio 09:** Afrontamiento/ tolerancia al estrés.

**Clase 02:** Respuestas de afrontamiento.

**Definición:** Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
<p>Paciente masculino de 59 años de edad, se observa intranquilo, preocupado, ansioso.</p> <p>T/A: 130/90 mmHg</p> <p>FC: 68lpm</p> <p>FR: 21rpm</p>	<p>Ansiedad</p> <p><b>R/C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cambios en el estado de salud, estrés, necesidades no satisfechas.</li> </ul> <p><b>M/P</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Angustia</li> <li>○ Nerviosismo</li> <li>○ Preocupación.</li> </ul>	<p>Reducir la ansiedad, a corto plazo para el mejor desarrollo físico y social del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de medicamentos ansiolíticos prescritos.</li> <li>• Apoyo emocional.</li> <li>• Terapia de reminiscencia.</li> </ul>	<p>El método de las intervenciones psicoeducacionales es una alternativa a las terapias familiares de uso tradicional. Incluye a la familia en el tratamiento; le provee, además, de información acerca de la naturaleza de la enfermedad a fin de reducir su angustia y de acrecentar al máximo el aprovechamiento de sus propios recursos.</p>	<p>Primero se logró disminuir a corto plazo la ansiedad gracias a la administración de medicamentos antipsicóticos vía intramuscular.</p> <p>Cuando el paciente ya se encontraba en sala, le ayudo la terapia educativa con su familia para que así se sintiera menos angustiado durante su estancia en la clínica</p>

### 8.2. Riesgo de infección (00004)

**Dominio 11:** Seguridad/ Protección.

**Clase 01:** Infección.

**Definición:** vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Presenta grieta hiperqueratosa por resequedad en talón de tobillo izquierdo aun sin datos de infección, pero el paciente es diabético, por lo que es importante vigilar su piel y el mejoramiento de la herida.	<p><b>R/C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración de la integridad de la piel.</li> <li>Enfermedad crónica</li> <li>Conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos.</li> </ul>	Brindar los cuidados esenciales utilizando las técnicas de bio seguridad para que así disminuya el riesgo de infección en el miembro afectado y esto se llegara a complicar presentando una ulceración o destrucción de los tejidos debido al pie diabético.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control de infecciones.</li> <li>Vigilancia de la piel.</li> <li>Protección contra infecciones.</li> <li>Cuidados de las heridas.</li> </ul>	<p>Los tres componentes que hacen al pie diabético susceptible de padecer graves lesiones son las neuropatías, la enfermedad vascular periférica y la infección.</p> <p>La clave para llegar a tratar de forma adecuada la lesión del pie es la identificación de los elementos etiopatogenicos que participan en la lesión.</p>	<p>Se logró obtener una notable mejoría en la herida (grieta). Y en ambos miembros inferiores se hidrataran por lo que el riesgo de infección disminuyo y se pudiera evitar una mayor complicación para el pie del paciente.</p> <p>De igual manera se educó al paciente para favorecer la curación de la herida y prevenir la aparición de nuevas lesiones.</p>

### 8.3. Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)

**Dominio 02:** Nutricional-metabólico

**Clase 04:** Metabolismo.

**Definición:** Vulnerable a la variación en los niveles sanguíneos de glucosa/ azúcar fuera de los rangos normales, que puede comprometer la salud.

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
El paciente refiere ser diabético, por lo cual su dieta consta de tres comidas al día restringidas en azúcares.	<p><b>R/C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de la salud mental.</li> <li>• Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes.</li> <li>• Manejo de la medicación, nivel de actividad física.</li> </ul>	Mantener la glicemia capilar dentro de parámetros normales, así como ayudar al paciente a que comprenda la importancia de los cuidados que tiene que tener respecto a su estilo de vida para evitar una complicación por el aumento de glicemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de medicamentos.</li> <li>• Enseñanza: dieta prescrita.</li> </ul>	<p>El autocontrol es clave para la efectividad de los cuidados en enfermedades crónicas.</p> <p>La intervención más importante en el tratamiento de la DM es la educacional, en el sentido de que la responsabilización y la capacidad de decisión y resolución de problemas del paciente se incrementarán cuantos mayores conocimientos y habilidades obtenga</p>	<p>El paciente logro mantenerse en parámetros normales, teniendo así un mejor nivel de vida durante su estancia en la clínica.</p> <p>Se proporcionó información sobre el plato del buen comer y rutinas de ejercicios para que con esto pudiera continuar un buen manejo de su enfermedad crónica, aparentemente lo comprendió bien y se mostró positivo durante la enseñanza.</p>

				para adherirse a cambios de estilos de vida y utilizar de forma apropiada las diferentes terapéuticas y tecnologías.	
--	--	--	--	--	--

8.4. Estilo de vida sedentario. (00168)

**Dominio 01:** Promoción de la salud.

**Clase 01:** Toma de conciencia de la salud

**Definición:** Expresa tener hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Mantiene una vida sedentaria ya que no realiza ningún tipo de ejercicio, el paciente refiere que conoce los beneficios de la realización de ejercicio.	<p><b>M/P</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferencia por actividades con poca actividad física.</li> </ul> <p><b>R/C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivación insuficiente para realizar la actividad física.</li> </ul>	<p>Brindar motivación para que el paciente realice ejercicio que le ayude a mejorar su estilo de vida.</p> <p>Hacer que el paciente tome conciencia sobre la importancia que tiene la realización de ejercicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomento del ejercicio.</li> <li>• Educación para la salud.</li> <li>• Enseñanza: ejercicio prescrito.</li> </ul>	El ejercicio actúa de forma directa sobre los niveles de glucosa en sangre. De este modo, cuanto más tiempo se practica se obtiene un mayor efecto sobre las cifras de glucosa en sangre. En este sentido, actualmente se recomienda caminar, ir en bicicleta o nadar, junto a 2 o 3 sesiones de ejercicio de fuerza.	Se logró que el paciente se incorporara a las actividades que se realizan en la clínica, como caminar y jugar futbol sin ningún problema, a pesar de que el paciente conoce sobre los beneficios del ejercicio en su casa no los realiza, pero se motivó para que cuando termine su tratamiento siga con rutinas que beneficien su salud.



## 9. PLAN DE ALTA

Se brinda al paciente y familia los datos de alarma que se pueden presentar durante una crisis psicótica y se dan a conocer los signos y síntomas más comunes, así como las complicaciones más frecuentes. Se le explica que el tratamiento farmacológico es de suma importancia ya que esta ha sido la razón por la cual el paciente ha presentado las anteriores recaídas.

Se pide apoyo a los familiares del paciente para que vigilen la administración de medicamentos, y así poder evitar que el paciente no sufra una recaída a un corto plazo.

### SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE RECAÍDA SON:

- Dormir y comer menos
- No salir de la cama
- Incapacidad para concentrarse
- Conducta inusual o poca característica
- Ideas extrañas
- Escasa higiene personal
- Falta de interés y motivación hacia las actividades diarias.

### TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

Medicamento	Presentación	Vía	Horario:	7:00 hrs.	14:00 hrs	20:00 hrs.
Clonazepam	Tab. 2mg.	Oral		0.5 mg	0.5mg	1mg
Valproato de magnesio	Tab. 200mg.	oral		400mg	200mg	400mg
Risperidona	Tab. 2mg.	oral		2mg		4mg.
Enalapril	Tab. 10mg.	oral		10mg		
Clortalidona	Tab. 50mg.	oral		50mg.		
Metformina	Tab. 850mg.	oral		850mg.		850mg.
Glibenclamida	Tab. 5mg	oral		5mg		5mg

## **MANEJO DIETETICO**

### **Una alimentación saludable para un diabético incluye**

- Limitar alimentos con altos contenidos de azúcar.
- Comer porciones pequeñas a lo largo del día.
- Beber abundantes líquidos.
- Prestar atención a cuándo y cuánta cantidad de carbohidratos consume.
- Consumir una gran variedad de alimentos integrales, frutas y vegetales.
- Comer menos grasas.
- Limitar el consumo del alcohol.
- Disminuir la sal en los alimentos.

## **PROGRAMA DE EJERCICIOS**

- Realizar actividades físicas de bajo impacto como caminatas.
- Tomar clases de natación por lo menos 3 veces a la semana.
- Caminar por 10 minutos por 2 semanas e incrementar 5 minutos cada semana hasta llegar a 30 minutos.
- Realizar ejercicios en su hogar como, levantarse y sentarse de una silla sin utilizar los brazos, andar de puntillas, con los talones, mantenerse de pie con un solo apoyo.

## **10. CONCLUSIONES**

La realización de este caso clínico tuvo una gran utilidad para actuar de manera correcta, individualizada a las necesidades, que presento el paciente JASD, con lo que se obtuvo una mejoría satisfactoria, después de permanecer 1 mes internado recibiendo los cuidados correspondientes de enfermería logrando establecer su salud mental.

Se realizó asepsia en el área donde se encontraba hiperqueratinización en pie derecho en el área del talón diariamente, evitando así la presencia de infecciones en esta área.

El tratamiento de la esquizofrenia engloba la farmacoterapia, la psicoterapia y las intervenciones sociales. Hoy en día el personal sanitario tiene como objetivo estabilizar al enfermo y ayudar a mejorar su calidad de vida.

Gracias a este trabajo he podido adquirir nuevos conocimientos sobre la esquizofrenia; sobre todo he aprendido después de la práctica y de realizar este trabajo, a conocer e identificar los efectos adversos de la medicación psiquiátrica, un aspecto importante y que es competencia de enfermería la valoración del mismo.

Perdí varias semanas para la elección del caso, pero una vez realizado y terminado me siento orgullosa de haberlo elegido. Me ha servido para aprender la importancia del tratamiento bio-psico-social que debe darse al paciente.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Tobón, O., & García C. (2004). Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud. Colombia: Universidad de Caldas.
2. Arribas, A., Arejula, J., & Morente, M. (2006). Valoración enfermera estandarizada. Marzo 27, 2018, de FUDEN Sitio web: [http://ome.fuden.es/media/docs/ccve\\_cd.pdf](http://ome.fuden.es/media/docs/ccve_cd.pdf).
3. Siever, L., Davis, K., & Larry, J. (2004). Fisiopatología de los trastornos de la esquizofrenia: perspectivas desde el espectro. En American Journal Of Psychiatry(317-332). EBSCOhost: edicion-española.
4. Ottoni, L., Dutra, G., & Diogo, R. (2010). frecuencia de la actividad baja adenosina deaminas variante ADA1 en pacientes esquizofrenico. En Revista Brasileira De Psiquiatria(275-278).EBSCOhost, [search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=55583894&lang=es&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=55583894&lang=es&site=ehost-live).: Brasileña.
5. Montoya, A., Lepage, M., & Malla, A. (2005). DISFUNCIÓN ESTRUCTURAL DEL LÓBULO TEMPORAL EN PACIENTES CON UN EPISODIO PSICÓTICO DE ESQUIZOFRENIA. Salud mental, 28(2), 33-39.
6. Gutiérrez, M., & Villamil, L. (2015). La psicoterapia de orientación psicodinámica en el tratamiento integral de pacientes con esquizofrenia y sus familias. Clínica Contemporánea: Revista De Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia Y Salud, 6 (2), 69-83
7. Fraga, D. (2004). La esquizofrenia en México. Marzo 22, 2018, de Autónoma de San Luis Potosí Sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im102k.pdf>
8. Apiquin, R., Aviña,C., & Colín, R. (2002). Guia terapeutica para el manejo de esquizofrenia.. Febrero 13, 2018, de Janssen- Cilag Sitio web: <http://www.apalweb.org/docs/esquizofrenia2.pdf>
9. Codo, W. (2007). Salud mental. México, D.F: Plaza y Valdés

10. Almaguer, M. (2013, Junio). Esquizofrenia: genética, ambiente social y complejidad. *Investigación y Rehabilitación de Ataxias Hereditarias*, vol. 17, 186-188
11. Moreno, A. (2007). *Las esquizofrenias: Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Elsevier Masson.
12. Caicedo, J. (2007). *Esquizofrenia, en la búsqueda de un orden oculto*. Colombia: Universidad Externado.
13. Maña, S. (2008). *La esquizofrenia en el hogar*. San Francisco, California: Club universitario.
14. Ortuño, F. (2010). *Lecciones de psiquiatría*. España: Editorial Medica Panamericana.
15. Hales, R., Stuart, C., & Glen, O. (2009). *Tratado de psiquiatría clínica*. Barcelona (España): Elsevier Masson.
16. Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en Psicopatología del desarrollo*. Barcelona: MASSON, S.A.
17. Anónimo. (2005). Reproducción de un modelo informático de las alucinaciones auditivas en la esquizofrenia. *Actas españolas*, vol.33 (3), 141-146.
18. Johnson M. Bulechek G, Butcher H., McCloskey J. Mass M., Moorhead S., Swanson E., *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. 2º Edición. Elsevier Mosby Madrid, España.2007.
19. Moorhead S. Johnson M., Mass M. Swanson E. *Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC)*. Elsevier Mosby. 4º. Edición. Madrid, España. 2009.
20. Bulechek. G. Butcher H. McCloskey J. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Elsevier Mosby. 5º. Edición. Madrid, España. 2009.
21. Dela Fuente, J., & Heinze, G. (2014). La enseñanza de la Psiquiatría en México. *Salud Mental*, Vol. 37(6), 523-530.

22. López, J., & Zuluaga D. (2015). EFECTO DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES. Febrero 26, 2018, de Facultad de Medicina Sitio web: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=691d813a-52de-4594-8fb5-8f280f3d83c3%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=112375425&db=aph>.
23. Anónimo. (2005). Las enfermedades mentales en México. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, Vol. 38(4), 154-155. 2018, Marzo 01, De Ebscohost Base de datos.
24. Esbec, E. &. (2016). Violencia y esquizofrenia. Anuario de Psicología Jurídica.
25. Garcia Sanchez , M. (2009). Esquizofrenia- Guia Salud. En *Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*. London: e.
26. Garcia Sanchez, M. (Junio de 2009). *Esquizofrenia-Guiasalud*. Recuperado el 03 de Febrero de 2018, de Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental.: [http://www.guiasalud.es/Gpc/gpc\\_443\\_Esquizofrenia\\_pdf.com](http://www.guiasalud.es/Gpc/gpc_443_Esquizofrenia_pdf.com)
27. Jaurilan, E. (s.f.). *Entendiendo la esquizofrenia*. Recuperado el 19 de Marzo de 2018, de <http://www.consaludmental.org/entendiendolaesquizofrenia.pdf.com>
28. Omranifard, V. R.-S.-M. (2017). *Efecto de la terapia adyuvante con memantina en el control de los síntomas positivos, negativos y depresivos de la esquizofrenia: estudio aleatorizado, doble ciego y controlado*. España: MedicLatina.
29. Rutter, M., & Taylor, R. (2000). *Esquizofrenia*. Recuperado el 17 de Marzo de 2018, de 21-Esquizofrenia.pdf.: <http://www.sepsiq.org.file.21-esquizofrenia.com>

30. Zapata, o., Rangel Martínez, J. P., & García Valencia, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *revista colombiana de psiquiatría*, 143- 149.
31. Santos, F., Rodríguez, C., & Rodríguez, R. (2004). Metodología básica de investigación en Enfermería.. Díaz de Santos, S.A.: España.
32. Caro, S., Guerra, C. (2011). El proceso de atención en enfermería. Colombia: ed. universidad del norte de barranquilla.
33. Ledesma, M. (2004). Fundamentos de Enfermería. México: Limusa.
34. S/A. (2015). Gracias doctora Marjory Gordon. Sociedad madrileña de Enfermería. <http://semap.org/gracias-dra-marjory-gordon>.