



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.

ADULTO JÓVEN CON ALTERACIÓN EN EL SEXTO PATRÓN FUNCIONAL SEGÚN
EL MODELO DE MARJORY GORDON.

**ESTUDIO DE CASO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL.**

**P R E S E N T A:
L.E. PALACIOS BARRIOS MIGUEL ANGEL**

ASESOR ACADÉMICO:MTRA. CRUZ MARTINEZ MARIANA



CIUDAD DE MÉXICO, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.

ADULTO JÓVEN CON ALTERACIÓN EN EL SEXTO PATRÓN FUNCIONAL SEGÚN
EL MODELO DE MARJORY GORDON.

**ESTUDIO DE CASO
PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL.**

P R E S E N T A:
L.E. PALACIOS BARRIOS MIGUEL ANGEL

ASESOR ACADÈMICO: E.E.S.M CRUZ MARTINEZ MARIANA



CIUDAD DE MÉXICO, 2021

Resumen

Introducción: El presente estudio de caso fue realizado por interés académico a una usuaria adulta joven identificando alteración en el sexto patrón funcional de acuerdo a la valoración del modelo de los once patrones funcionales de Marjory Gordon.

Objetivo: Conocer las principales entidades nosológicas, psiquiátricas y manifestaciones clínicas, de acuerdo al curso y pronóstico del trastorno psicótico, para la implementación de intervenciones de enfermería especializadas en Salud Mental durante el tratamiento y la rehabilitación psicosocial.

Metodología: Se realiza estudio de tipo cualitativo utilizando el proceso enfermero, el modelo de Marjory Gordon y sus once patrones funcionales, aplicando diversas escalas (Epworth, Minimental cognoscitivo, cuestionario Apgar familiar) implementando intervenciones para mejorar su estado de salud general y salud mental.

Descripción del caso: Usuaria de 20 años de edad, inicia el padecimiento a los 17 años con diagnóstico médico de brote psicótico y sin mejoría, año y medio después acude a valoración al Instituto Nacional de Psiquiatría por continuar con alteraciones en la sensoropercepción y actualmente cuenta con un diagnóstico de trastorno psicótico en estudio y/ o probable esquizofrenia.

Consideraciones éticas: Se proporciona consentimiento informado a la usuaria y familiar. Se aplica el código de ética de enfermería.

Conclusiones: Se logró mejorar significativamente la sintomatología y psicoeducación en salud mental al binomio usuaria y familia.

Palabras clave: Psicosis, delirios, alucinaciones, esquizofrenia.

Introduction: This case study was carried out out of academic interest to a young adult user identifying alteration in the sixth functional pattern according to the evaluation of the model of the eleven functional patterns of Marjory Gordon.

Objective: To know the main nosological and psychiatric entities and clinical manifestations, according to the course and prognosis of the psychotic disorder, for the implementation of nursing interventions specialized in Mental Health during treatment and psychosocial rehabilitation.

Methodology: A qualitative study is carried out using the nursing process, the Marjory Gordon model and its eleven functional patterns, applying various scales (Epworth, cognitive Minimental, family Apgar questionnaire) implementing interventions to improve their general health and mental health.

Description of the case: A 20-year-old user began the condition at the age of 17 with a medical diagnosis of a psychotic outbreak and without improvement. A year and a half later, she went to the National Institute of Psychiatry for evaluation due to continuing alterations in sensory perception and currently has with a diagnosis of psychotic disorder under study and/or probable schizophrenia.

Ethical considerations: Informed consent is provided to the user and family. Nursing code of ethics applies.

Conclusions: It was possible to significantly improve the symptomatology and psychoeducation in mental health to the user and family binomial.

Key words: Psychosis, delusions, hallucinations, schizophrenia.

Agradecimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por la oportunidad brindada para poder realizar este posgrado, por la enseñanza y formación académica.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, sede del programa único de especialización en enfermería en salud mental (PUEE), por sus contribuciones y su confianza.

A los coordinadores y Tutor. MARIANA CRUZ MARTINEZ, RICARDO ARREGUIN RESENDIZ Y JONATHAN ELIU ORTEGA ROCHA, por su paciencia, asesoría y apoyo brindado durante todo el proceso de formación.

Al usuario que permitió que este estudio de caso fuera posible, por su tiempo, confianza y paciencia durante la realización del mismo.

Dedicatoria.

A mi madre que fue la base sólida durante toda mi formación y que me ha permitido avanzar en mi carrera profesional. Por su valor, esfuerzo, amor y dedicación.

A mi esposa e hijo que son el motor de mi día a día, que me inspiran a superarme personal y profesionalmente.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Objetivos.....	2
Objetivo general.....	2
Objetivos Específicos.....	2
Capítulo I. Fundamentación.....	3
Capítulo II Marco teórico.....	4
2.1 Definición de Psicosis.....	4
2.2 Definición de Delirio.....	5
2.3 Definición de Esquizofrenia	5
2.4 Marco Empírico	6
2.5 Modelo de Marjory Gordon, once patrones funcionales.....	10
2.6 Principales conceptos de enfermería.....	13
2.7 Metaparadigma de enfermería.....	14
2.8 ¿Qué es un trastorno mental?.....	16
2.9 ¿Qué es un trastorno psicótico?	16
2.9.1 ¿Cómo se desarrolla un trastorno psicótico?.....	19
2.9.2 Epidemiología y factores de riesgo	20
Capítulo III Metodología	22
3.1 Estrategia de investigación.....	22
3.2 Consideraciones éticas.	24
Capítulo IV Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).....	26
4. 1 ¿Qué es el proceso de atención de enfermería?.....	26
4.2 Etapas del proceso de atención de enfermería.....	26
4.3 Ficha de identificación.....	28
4.4 Valoración física.....	28
4.5 Descripción del caso.....	29
4.6 Valoración por patrones funcionales.....	31
4.7 Salud Mental actual.....	34
4.8 Jerarquización por patrones alterados.....	34

4.9 Diagnósticos de Enfermería.....	35
Plan de alta.....	40
Capítulo V Conclusiones.....	42
5.1 Recomendaciones.....	43
Referencias.....	44
Anexos.....	49
Anexo 1. Evidencia científica.....	49
Anexo 2 Lista psicoeducativos impartidos.....	52
Anexo 3 Consentimiento informado	59
Anexo 4 Evidencia Fotográfica.....	60
Apéndice	65
Apéndice 1 Cédula de valoración Marjory Gordon, once patrones funcionales.....	65
Apéndice 2 Mini examen cognoscitivo.....	77
Apéndice 3 Test Epworth para evaluar somnolencia en adultos.....	80
Apéndice 4 Cuestionario Apgar familiar.....	82
Apéndice 5 Cronograma de actividades.....	84

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Y de acuerdo a esta definición, es que consideramos la salud mental, un componente fundamental de la salud. Cuando la persona cuenta con buena salud mental, se verá reflejado en la conciencia de sus propias capacidades, de manera que pueda afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y ser miembro activo de su comunidad.

Por tanto, la salud mental es un aspecto primordial para el bienestar y el desarrollo de las personas y los países. No hay salud sin salud mental. Los trastornos mentales son un grupo de patologías que afectan a toda la población sin distinción de edad, género o nivel socioeconómico. La prevalencia en el mundo de cualquier diagnóstico de trastorno mental es de 22.3% en mujeres y de 15.1% en el hombre. Esta prevalencia es mayor en adultos jóvenes entre los 18 a 25 años reportada en 25.8% (OMS, 2013)

Según cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el 11.1% de la población mexicana tiene alguna limitación para sus actividades cotidianas, el 4.9% tiene una discapacidad y el 1.3% algún problema o condición mental. (INEGI, censo población y vivienda 2020).

Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones.

Los delirios son falsas creencias, tales como la idea de que alguien está en su contra o que en la televisión les envía mensajes secretos. Las alucinaciones son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe.

El tratamiento depende de la causa de la psicosis. Puede incluir fármacos para el control de los síntomas y psicoterapia. Debido a la importancia de la integridad de la persona y de su familia, es importante y necesario el internamiento psiquiátrico para el control de la sintomatología, la adherencia al tratamiento y el estudio de la enfermedad, etc.

Objetivos.

Objetivo general.

Conocer las principales entidades nosológicas, psiquiátricas y manifestaciones clínicas, de acuerdo al curso y pronóstico del trastorno psicótico, para la implementación de intervenciones de enfermería especializadas en Salud Mental durante el tratamiento y la rehabilitación psicosocial.

Objetivos específicos.

- ⇒ Realizar valoración ampliada y focalizada mediante el modelo de los once patrones funcionales de Marjory Gordon.
- ⇒ Realizar diagnósticos de enfermería e intervenciones en Salud Mental de acuerdo a los patrones alterados en la usuaria.
- ⇒ Facilitar la recuperación del episodio psicótico mediante el tratamiento psiquiátrico y el fomento a la adherencia terapéutica.
- ⇒ Facilitar la rehabilitación y reinserción social de la usuaria.
- ⇒ Promover la prevención de recaídas y participación en actividades para el funcionamiento activo de la usuaria.
- ⇒ Implementar un plan de alta que permita mantener un estilo de vida saludable y productivo fuera de una institución psiquiátrica.

Capítulo 1. Fundamentación.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría. El trastorno psicótico consiste en la aparición de ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas psicóticos que duran al menos 1 día pero menos de un mes, con retorno final a la funcionalidad normal previa a la enfermedad.(DSM-V).

Según la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el término psicosis hace referencia un trastorno mental importante caracterizado por la presencia de alucinaciones, delirios o un número limitado de trastornos graves del comportamiento, tales como hiperactividad y excitación, inhibición psicomotriz marcada y comportamiento catatónico.

¿Diferencia entre un brote y un trastorno psicótico? Ambos términos son utilizados, generalmente entre la población, el término correcto según el CIE 10 es trastorno psicótico agudo y según el DSM-V trastorno psicótico breve. La característica principal en ambos es que los síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones, discurso y comportamiento desorganizado) deben durar al menos un día pero menos de un mes.

Brote psicótico: Se describe cuando los síntomas psicóticos aparecen o se reactivan (ideación delirante y alucinaciones)(1).

Los trastornos psicóticos son enfermedades frecuentes que afectan a más del 1% de la población, entre las características esenciales de los trastornos psicóticos destaca que los primeros síntomas suelen aparecer habitualmente entre los 18-28 años y además, pueden afectar seriamente el funcionamiento de estas personas.

Los síndromes esquizofrénicos entre el 0.7-0.9% se presenta en la población en general. Del 5 al 20% en adolescentes en tratamiento u hospitalizados presentan trastornos psicóticos y solo el 1% de esquizofrenia se produce antes de los 10 años y el 4% antes de los 14 años.(2)

Las tasas de incidencia y prevalencia son inciertas debido al pobre reconocimiento clínico de esta patología, bien sea por el desconocimiento o por el hecho de que estos pacientes poco lo consultan. No está confirmado un incremento de susceptibilidad en las mujeres, y en las revisiones más recientes no muestran diferencias en la distribución del trastorno a sexo y edad.

En el 90% de los casos los polos involucrados comparten lazos de sangre o una relación cercana (Mentjox et al.), el 64% de los casos secundarios son familiares en primer grado del polo primario. Las díadas más frecuentes suelen ser la de madre-hijo, padre-hijo, hermano-hermana, etc.

Por lo general, habrá cambios en el comportamiento de una persona antes de que se presente la psicosis. Las señales de advertencia conductuales de la psicosis incluyen:

- ⇒ Una baja repentina en las calificaciones o en el desempeño laboral
- ⇒ Nuevos problemas para pensar con claridad o concentrarse
- ⇒ Desconfianza, ideas paranoicas o incomodidad frente a otras personas
- ⇒ Aislamiento social
- ⇒ Descuido en la higiene personal
- ⇒ Dificultad para distinguir entre la realidad y la fantasía.

Los datos actuales, muestran que, cuando un paciente es diagnosticado de psicosis en nuestra cultura, lleva aproximadamente un año experimentando los síntomas y conflictos propios del trastorno.

Si no existe una atención precoz, se retrasa la instauración de tratamientos eficaces, las intervenciones iniciales suelen ser bruscas, traumáticas, con poca continuidad de la atención y con escasa colaboración del usuario(3).

Capítulo 2. Marco teórico.

2.1 Definición de Psicosis

Psicosis: Es una enfermedad mental que se caracteriza por una pérdida de contacto con la realidad y afecta por igual a hombre y mujeres, y suele aparecer entre los 20 y los 30 años de edad. Recientemente, la psicosis se ha definido objetiva y operacionalmente como la presencia de alucinaciones e ideas delirantes(4).

2.2 Definición de Delirio.

Es un síndrome mental orgánico transitorio con un brote generalmente repentino, agudo e intermitente de trastornos cognitivos, cambios en el nivel de conciencia, alteración de la atención, aumento o disminución de la actividad psicomotriz y ciclos irregulares de vigilia(5).

Creencias reales para quien los experimenta, pero no para los demás. Pueden ser de varios tipos, como por ejemplo:

- ⇒ De referencia: la persona cree que la miran, hablan de ella o le mandan mensajes o señales.
- ⇒ De persecución: Se siente perseguido o espiado.
- ⇒ De control: siente que no controla sus propios sentimientos o sensaciones y que alguna fuerza externa intenta dominarla.
- ⇒ Robo del pensamiento: sus pensamientos son introducidos en su mente o sustraídos.

Alucinaciones: Percepciones de algo que no existe. Las más comunes son las auditivas, a las que solemos referirnos como “voces”, que se sienten como una o varias personas que hablan de la persona o se dirigen a él. (Alucinaciones menos frecuentes; visuales, táctiles, olfativas, gustativas, cinestésicas)(6).

2.3 Definición de esquizofrenia

- ⇒ Es un síndrome que se caracteriza por síntomas positivos, cognitivos y negativos(7). Su prevalencia a lo largo de la vida se ha calculado en alrededor del 1%, con una incidencia que varía entre 7,7 y 43/100.000 habitantes, sin diferencias geográficas significativas(8). Es una de las primeras diez causas generadoras de discapacidad(9). Se caracteriza por la desorganización parcial de las funciones de la personalidad, regresión en el desarrollo, tendencia al abandono de los contactos interpersonales y el repliegue en un mundo interno subjetivo de ideas, frecuentemente caracterizado por alucinaciones o delirios(10).

2.4 Marco empírico.

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinaridad.

“La salud es una síntesis” de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional.”(Briceño-León, 2000).

La salud y la enfermedad no se consideraban en el mayor de los casos relacionadas con algún organismo microbiológico o con factores hereditarios, psicológicos o sociales. En estos tipos de sociedad, los charlatanes, magos y brujos eran quienes socialmente tenían la función de prescribir remedios para los malestares y proporcionar la cura a los enfermos.

La definición más importante e influyente en la actualidad “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 1948).

La salud es un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología(11).

Síntomas psicóticos subclínicos en población general adolescente.

Poulton et al.(12) En estudios longitudinales independientes realizados en muestras de la población general encontró en Nueva Zelanda con una muestra en niños que más del 25% informaron de estas experiencias a la edad de 11 años, desarrollaba un trastorno de tipo esquizofreniforme a la edad de 26 años.

Estudios epidemiológicos llevados a cabo en población adulta sitúan la prevalencia media de las experiencias psicóticas subclínicas en torno al 5%.

Scott et al.(13) analiza una muestra de 6,455 adolescentes ingleses, encontrando que el 38,9% puntuaba en más de un ítem relativo a experiencias psicóticas.

La OMS llevó a cabo un estudio longitudinal prospectivo en pacientes esquizofrénicos de 10 países, utilizando los lineamientos de la estrategia del primer contacto con los servicios de salud, de la población total estudiada, el 25% de los pacientes nunca habían tenido

una actividad remunerada debido a diversas razones; la mayoría de los pacientes vivían en condiciones socioeconómicas promedio, y la escolaridad fue muy variada.

La prevalencia de trastornos psicóticos en México es similar a la del resto del mundo, representando un alto costo social y económico para nuestra comunidad. Sin embargo, aún no se cuenta con estudios sobre el primer episodio psicótico, por lo que desconocemos las características clínicas y el curso temprano de los diferentes diagnósticos.

Desórdenes mentales.

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.

La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 264 millones de personas en todo el mundo con mayor prevalencia las mujeres que los hombres.

Trastorno afectivo bipolar este trastorno afecta alrededor de 45 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por períodos de estado de ánimo normal.

Esquizofrenia y otras psicosis. La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas en todo el mundo. La psicosis, entre ellas la esquizofrenia, se caracteriza por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. La psicosis suele ir acompañada de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de lo que el paciente está firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario)(14).

Evaluación de los trastornos del espectro psicótico.

El trastorno del espectro psicótico, y en concreto la esquizofrenia, han suscitado gran interés no sólo entre los profesionales de la salud mental sino también en otros campos. Se pueden esgrimir básicamente dos razones, por un lado, esta entidad nosológica es

todo un compendio de la psicopatología, ya que virtualmente pueden incluir la alteración de cualquier proceso psicológico básico (percepción, pensamiento, conducta motora, afectividad, autoconciencia, atención, vigilancia y razonamiento inferencial).

Esta evaluación consta de conceptualizaciones de los trastornos psicóticos, una introducción histórica, se establece un marco conceptual, así mismo aspectos referidos a la epidemiología, factores de riesgo, curso, pronóstico e impacto social y sanitario(15).

El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento.

En el abordaje del paciente con síntomas psicóticos es importante no caer en la confrontación directa; para este paciente los delirios y alucinaciones son tan reales como el resto de la realidad.

Se recomienda tener una actitud empática y no crítica, realizar la entrevista sin impaciencia ni desconfianza, con preguntas y explicaciones breves y sencillas.

“La mayoría de las personas pueden trabajar”(Crespo Hervás 2007), siempre y cuando los empleos sean competitivos o empleos protegidos, esto mejora la autoestima, ayuda a los enfermos a recuperarse, les permite establecer nuevas relaciones sociales y refuerza un sentimiento de pertenencia a la comunidad. Se recomienda empleos poco estresantes y bien estructurados que les permitan establecer relaciones interpersonales estables y genere un sentimiento de pertenencia.

La capacidad para trabajar es una de las funciones sanas de la personalidad que depende de varios factores, como el grado de motivación y la competencia técnica para realizarlo, como el grado de motivación y la competencia técnica, el tipo de trabajo y la existencia de patologías médicas o psicológicas que interfieren con el ejercicio de la actividad laboral(16).

El cuidado de enfermería a grupos humanos.

La enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa pretensión se encaminan los esfuerzos y trabajos que realizan para la atención de los sujetos de cuidado; la persona, la familia y la comunidad.

La enfermería contribuye participando en la valoración a la comunidad, en la detección de problemas de la comunidad factibles de ser modificados por la intervención de enfermería, planificando y ejecutando, en conjunto con otros, la intervención para disminuir los problemas de salud de la comunidad y elevando los efectos de las intervenciones en la salud(17).

La comunicación familiar está estrechamente relacionada con la evolución del paciente. Algunos estudios hacen referencia a que dichas familias presentan una gran complejidad a nivel relacional y un clima familiar caracterizado por altos niveles de emoción expresada. Las intervenciones familiares más indicadas son la psicoeducación, el incremento de estrategias de afrontamiento, el entrenamiento en habilidades comunicativas, la solución de problemas y las intervenciones en caso de crisis. Asimismo está recomendado usar variedad de técnicas conductuales y educativas para implicar a los familiares en la administración de la medicación, así como en dar estrategias relacionadas en la solución de problemas(18).

Evaluación de un programa de intervención familiar en pacientes psicóticos y con trastornos graves de la personalidad.

La carga de las familias(19), que son el mayor soporte del enfermo, y la búsqueda por parte de los profesionales la mayor eficiencia en los tratamientos, ha llevado a la utilización de los programas de intervención familiar, que permiten, por un lado la mejora de las relaciones del paciente con la familia y por otro, encontrar la fórmula para rentabilizar las intervenciones, economizando recursos y sobre todo tiempo.

Se utilizan conceptos de la terapia estructural sistémica (20)(21), o de otros modelos teóricos como el cognitivismo (22) y proporciona soporte terapéutico tanto a la familia como al propio paciente, permitiendo generalizar los aprendizajes a la vida diaria.

El programa consta de:

- ⇒ Intervenciones previas al tratamiento, a las que asisten conjuntamente familiares y pacientes.
- ⇒ Intervención individual, a las que asiste exclusivamente el paciente, habitualmente orientadas al manejo de la medicación.

En relación a los objetivos, unos están destinados exclusivamente para el paciente, otros para la familia, y otros son comunes para ambos; son los siguientes:

- ⇒ Conocimiento y conciencia de enfermedad
- ⇒ Ajuste de expectativas no realistas acerca del tratamiento
- ⇒ Mejorar la comunicación
- ⇒ Disminución de la vulnerabilidad del paciente tanto al estímulo internos como externos
- ⇒ Prevenir recaídas.
- ⇒ Aumentar el nivel de funcionamiento del paciente, desarrollando habilidades y estrategias conductuales específicas en relación con la enfermedad.

Las técnicas utilizadas en las mismas derivan de la terapia familiar o el cognitivismo como resolución de problemas, reestructuraciones, externalizaciones, intervenciones estructurales en sesión, búsqueda de nuevas soluciones eficaces, etc.

2.5 Modelo Marjory Gordon, once patrones funcionales.

1. Percepción-Manejo de la salud: Indaga sobre las acciones que el paciente realiza para mantener su propia salud, se considera el actuar entorno a la prevención de la enfermedad, complicaciones y finalmente se intenta comprender cuál es el concepto de salud para las personas. En este patrón se valora el conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento, alergias, consumo de alcohol, drogas y tabaco, antecedentes de enfermedades, vacunas, intervenciones quirúrgicas.(23)
2. Nutricional-Metabólico: Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas, así como las lesiones cutáneas y la capacidad de cicatrización, tomando en cuenta el aspecto de los dientes, la piel, el cabello y las uñas. Lo que valora este patrón: número de comidas diarias, apetito, índice de masa corporal, líquidos ingeridos, gustos y preferencias, cambio de peso, disponibilidad de recursos para la alimentación, hidratación, dentición, temperatura(23).

3. Eliminación: Describe la situación excretora (intestinal, urinaria, pulmonar, de la piel, etc.) En este patrón se valora: (normalidad) en la apariencia, consistencia y cantidad(23).
4. Actividad-Ejercicio: Incluye la actividad, ejercicio, ocio y recreación, incluyendo acciones de la vida diaria, así como el tipo, cantidad y calidad del ejercicio que se realiza. Lo que valora este patrón son los signos vitales, movilidad, fuerza muscular, actividades de la vida diaria, (la higiene, compras, comer, mantenimiento del hogar, etc.) Tipo cantidad y calidad del ejercicio, actividad del tiempo libre(23).
5. Descanso y sueño: Perciben los ciclos de sueño, descanso y relajación a lo largo del día, los usos y costumbres individuales para conseguirlos. Valora la energía posterior al sueño, horas de sueño, descanso, sueño y descanso durante la noche.
6. Cognitivo perceptual: Describe lo sensitivo cognitivo y perceptual. Valora la visión, audición, gusto, tacto y olfato en parámetros normales. Habilidades cognitivas como lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones dentro de la normalidad(23).
7. Autopercepción-Autoconcepto: Incluyen las percepciones y actitudes hacia uno mismo en: habilidades, imagen corporal, identidad, valía. Valora la percepción de uno mismo, actitudes acerca de uno mismo, percepción de las capacidades cognitivas afectivas o físicas, imagen corporal, identidad, sentido general de valía, postura corporal, contacto visual, de voz y conversación(23).
8. Rol-relaciones: Valora el rol social que tiene la persona en la dinámica familiar, social y laboral, así como sus responsabilidades, compromiso y relaciones. Valora cuenta con trabajo, estudia, pertenece a un grupo social, con quien vive, estructura familiar, rol en la familia, soporte familiar y amigos(23).
9. Sexualidad-reproducción. Satisfacción e insatisfacción con la sexualidad y reproducción. Valora la menarquía, ciclo menstrual, menopausia, métodos anticonceptivos, embarazos(23).
10. Afrontamiento- Tolerancia al estrés: Describe la capacidad para resistir las amenazas de la propia integridad y las formas de manejar el estrés. Valora la efectividad de la forma en que se ha adaptado a situaciones estresantes. Y que le ayuda cuando está tenso(23).

11. Valores y creencias. Valores y creencias quería en las elecciones y decisiones de la vida. Valora si pertenece a alguna religión, en qué crees, con qué valores cuenta, expectativas relacionadas con su salud.

“La enfermería es una profesión y como tal, profesa una vocación con una misión. Esta es, proveer el cuidado del paciente, cumpliendo los mejores estándares de calidad y seguridad en salud disponibles. La gestión y ejecución de los cuidados de enfermería deben estar sustentadas y justificadas en evidencia científica y por lo tanto, se hace necesario que las enfermeras(os) desarrollen investigación, para contribuir en los fundamentos de su quehacer”(24).

Lo cual confiere una responsabilidad ética moral, que se plasma en un código moral interno, llamado Código Deontológico de Enfermería.

El código deontológico. Características de la profesión de enfermería.

Al compás de la evolución social y los descubrimientos sobre el proceso de salud enfermedad, la enfermería ha adquirido el estatus de profesión y uno de los rasgos característicos de las profesiones es el compromiso moral para obtener el reconocimiento y la confianza de los usuarios.

Para llegar a ser una profesión, la enfermería tuvo que hacerse de un marco de conocimientos que le hiciera independiente de otras líneas. El reto de esta profesión es seguir acrecentando el marco teórico que fundamenta su actuar hasta hacerla cada vez más independiente, pero, sin duda, una de las características más importantes es la de anteponer la satisfacción de las personas sanas o enfermas a sus intereses propios teniendo como base la moral y la ética.

Para hablar de las funciones de la enfermería tenemos que considerar que su misión es brindar cuidados a la persona sana y enferma y satisfacer sus necesidades.

Las funciones son las siguientes:

⇒ Función asistencial: el objetivo de esta función es conservar la salud de los individuos y de la comunidad y ayudar en la recuperación de los procesos patológicos.

- ⇒ Función administrativa los profesionales de la enfermería deben planificar, organizar e implementar los servicios de salud para mejorar el acceso de las personas.
- ⇒ La función de investigación surge de la necesidad de profundizar de forma continua en un cuerpo propio de conocimientos y permite mejorar la calidad de la asistencia prestada por los profesionales y potencia el desarrollo de la enfermería.
- ⇒ Función de docencia: incluye la educación sanitaria, la formación de futuros profesionales, la educación del equipo sanitario y la formación continuada(25).

2.6 Principales conceptos de enfermería.

Enfermería: Es una ciencia y un arte, tiene su propio conjunto de conocimientos basadas en teorías científicas y está enfocada hacia la salud y el bienestar del paciente(26).

Es un arte y una ciencia donde el profesional aplica a todas las capacidades científicas y culturales para ayudar a las personas que tienen necesidades afectadas, a recuperar la salud a través de acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación(26).

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sano, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas(26).

Conceptos de salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS)(27).

“Conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, que son la consecuencia de las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población”. (Catellanos, 1998)(27).

Salud mental: La salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones

normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS)(28).

La OMS ha planteado también que “los trastornos mentales son variados y con múltiples presentaciones, caracterizados comúnmente por pensamientos anormales, percepción alterada de la realidad, alteraciones emocionales, del comportamiento y de la relación con otros(29).

2.7 Metaparadigma de enfermería.

El marco conceptual se especifica como el conjunto de conceptos y teorías, de base de una disciplina científica, que son relevantes para la comprensión de la misma.

El concepto de metaparadigma alude al marco conceptual más global de una disciplina. En el cual se identifican determinados fenómenos de interés que le son propios y explica como una disciplina se ocupará de estos fenómenos de manera única. El metaparadigma define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales y orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión(30).

Los cuatro conceptos identificados son: Persona, entorno, salud y cuidado(30).

La persona: Ser humano con funciones biológicas, culturales y simbólicas; con potencial para aprender y desarrollarse. Es capaz de auto conocerse, interpretar experiencias y llevar a cabo acciones beneficiosas. Inserta en un todo capaz de consecución de metas y con adaptación que puede expresarse verbal y no verbalmente.

El entorno: Referente al ambiente, se menciona como ayuda recuperar y prevenir la enfermedad. Asimismo, se refirieron a cómo el entorno debe ser controlado y manipulado, por ejemplo: favorece y que está dentro del “ambiente” de recuperación del paciente, entonces el orden, la higiene, la forma en que usted entra a la habitación, la iluminación y lo que lo rodea, según la Real Academia Española de la lengua(31).

La salud: No solo es la ausencia de enfermedad si no también el sentimiento de bienestar, comodidad física y mental donde es un equilibrio, un nivel elevado de adaptación al entorno diferenciándola de las alteraciones y enfermedades importantes. Estado integral

caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal, que implica un movimiento dirigido de personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva y productiva tanto personal como en comunidad. Consta de aspectos: físicos, psicológicos, interpersonales, sociales y culturales. Fuerza, voluntad y conocimiento han de dirigirse hacia la promoción del mantenimiento de la salud a través del autocuidado, del tratamiento y de la prevención de las enfermedades, donde la enfermería desarrolla su potencial para el óptimo funcionamiento del cuerpo humano(32).

El cuidado: Se basa en la realización de procedimientos y en mantener las condiciones ambientales. Se menciona que el tiempo es un factor determinante porque en muchas ocasiones es insuficiente. El cuidado, según la propia definición de enfermería, es decir, son las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras. Las acciones enfermeras son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación. Es la disciplina científica y humanística del arte de cuidar. Nace del esfuerzo creativo de un ser humano por ayudar a otro u otros seres humanos. Se establece una relación terapéutica interpersonal con un perfil profesional específico ejerciendo roles, así mismo, dentro de un equipo transdisciplinar. La enfermera adquiere el rol de compañera, maestra, sustituta, asesora, líder e investigadora. Se caracteriza por habilidades en la autonomía, el dinamismo, la colaboración, la negociación y la coordinación. Actúa como un agente: promotor de la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, protector de la dignidad humana, de empatía, consuelo y alivio frente sufrimiento de ayuda en el afrontamiento a la enfermedad y a la discapacidad favorecedor de una muerte tranquila(33).

2.8 ¿Qué es un trastorno mental?

Las enfermedades o trastornos mentales son afecciones que impactan su pensamiento, sentimiento, estado de ánimo y comportamiento. Pueden ser ocasionales o duraderas (crónicas). Pueden afectar su capacidad de relacionarse con los demás y funcionar cada día(34).

2.9 ¿Qué es el trastorno psicótico?.

Actualmente se prefiere utilizar la expresión episodio psicótico para calificar a un tipo de síntomas delirios y alucinaciones que pueden aparecer en diversas enfermedades médicas o psiquiátricas y que implican una distorsión de la realidad, bien en la esfera del pensamiento (delirios), bien en la esfera perceptiva (alucinaciones)(35).

Se pueden expresar básicamente dos razones. Por un lado, esta entidad nosológica es todo un compendio de la psicopatología, ya que virtualmente puede incluir la alteración de cualquier proceso psicológico básico (percepción, pensamiento, conducta, afectividad, autosuficiencia, atención y vigilancia y razonamiento indiferencia). Por otro lado, es un problema social de primer orden tanto por el impacto que ocasionan los pacientes y sus familiares, como por sus costes económicos y sanitarios(36).

A finales del siglo XIX surgió la noción de psicosis como un trastorno que implica un grave deterioro en la percepción de la realidad, o la creación de una nueva realidad para la persona afectada. Etimológicamente psicosis significa estado patológico de la actividad mental (del griego *psyché*, alma, estado mental, y *-osis*, estado patológico)(36).

La psicosis no es un diagnóstico específico porque puede aparecer en una amplia gama de contextos clínicos. El prototipo de los trastornos psicóticos es la esquizofrenia. En la Esquizofrenia los síntomas psicóticos son crónicos, sin anomalías orgánicas macroscópicas del encéfalo (de ahí el término psicosis funcional) ni una alteración médica grave (como sucede en el síndrome confusional). Además puede, puede aparecer psicosis con un estado de ánimo normal.

Aunque la psicosis es una característica clínica definitoria (y a menudo la más aparente) de la esquizofrenia, otros grupos de síntomas (p. ej. Síntomas negativos y cognitivos) son los responsables principales de la discapacidad psicosocial que suele acompañar a este trastorno(37).

Síntomas.

Un aspecto central de la desorganización de la personalidad es la pérdida de la verificación de la realidad, que generalmente se considera un signo patognomónico de todos los trastornos psicóticos. Ello significa que se ha perdido la capacidad para establecer la diferencia entre las experiencias internas y las sensaciones (percepciones) del mundo exterior, lo que tiene como consecuencia la aparición de alucinaciones(38).

Síntomas positivos.

El término “síntoma positivo”, no hace referencia que estos síntomas sean buenos o adecuados, sino a síntomas que ordinariamente no deberían existir y son el resultado de procesos mentales anormales (Minzenberg, Yoon y Carter,2008). Las alucinaciones y delirios

Alucinaciones: Percepciones de algo que no existe. Las más comunes son las auditivas, a las que solemos referirnos como “voces”, que se sienten como una o varias personas que hablan de la persona o se dirigen a él. (Alucinaciones menos frecuentes; visuales, táctiles, olfativas, gustativas, cinestésicas).

Delirios: Creencias reales para quien los experimenta, pero no para los demás. Pueden ser de varios tipos, como por ejemplo:

- ⇒ De referencia: la persona cree que la miran, hablan de ella o le mandan mensajes o señales.
- ⇒ De persecución: Se siente perseguido o espiado.
- ⇒ De control: siente que no controla sus propios sentimientos o sensaciones y que alguna fuerza externa intenta dominarla.

⇒ Robo del pensamiento: sus pensamientos son introducidos en su mente o sustraídos.

Síntomas negativos: Se refiere a la disminución o ausencia de un funcionamiento mental normal, es la falta de ciertas características que normalmente presentaría un individuo. Además se considera que la presencia y gravedad de estos síntomas son los mejores indicadores de discapacidad a largo plazo (Kirpkpatrick, 2001; Kurtz, 2005).

Aplanamiento afectivo: Es la limitación en su capacidad de expresión afectiva. Es decir, la capacidad para expresar sentimientos y estados emocionales está disminuida. El usuario puede mostrar una apariencia de no sentir emociones, puede hablar con la voz monótona y mantener una expresión facial apática.

Aislamiento: El usuario puede quedarse solo todo el tiempo y evitar el contacto con otras personas. Cuando es forzado a interactuar con otros, parece no tener nada que decir y su capacidad de pensamiento parece empobrecida.

Disminución de la motivación o energía: El usuario puede llegar al extremo de olvidar cómo hacer ciertas cosas tales como bañarse y cambiarse de ropa.

Anhedonia: Las personas pueden presentar poco interés o pérdida del placer por las cosas que le rodean.

Síntomas desorganizados.

El tercer grupo de síntomas hace referencia a la desorganización en el pensamiento, lenguaje o comportamiento. Se ven expresados primariamente en el lenguaje, por lo que existen diversos términos para describir las alteraciones en el pensamiento, entre las que se encuentran: la circunstancialidad, la tangencialidad, el descarrilamiento(39).

Síntomas positivos.	Síntomas negativos.	Síntomas desorganizados.
Alucinaciones	Aplanamiento afectivo	Pensamiento circunstancial
Delirios	Aislamiento	Pensamiento Tangencial
	Disminución de la motivación o energía	Pensamiento prolijo
	Anhedonia.	Pensamiento disgregado

Elaboró: Lic. Miguel Angel Palacios Barrios.

2.9.1 ¿Cómo se desarrolla un episodio psicótico?

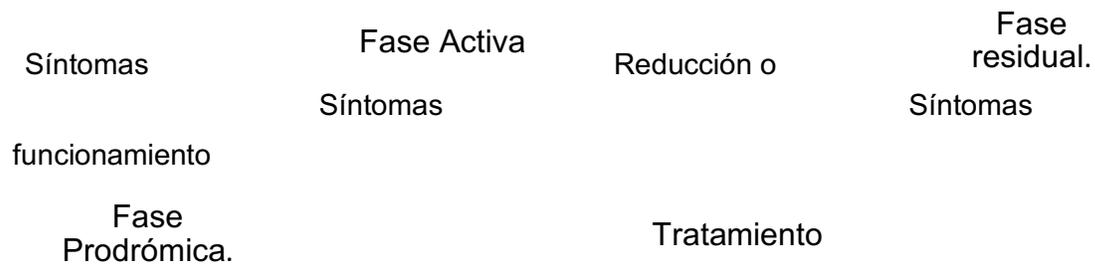
Podemos decir que cada episodio psicótico ocurre en tres fases, cuya duración varía de persona a persona.

Fase prodrómica: Los síntomas son vagos y pueden pasar desapercibidos. Puede haber cambios en la manera en que la persona describe sus sentimientos, pensamientos y percepciones. Estos síntomas son señales de alarma. (Ansiedad, irritabilidad, inestabilidad afectiva, sentimientos de culpa, falta de confianza).

Fase aguda o activa: Los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios o desorganización del pensamiento) son claros.

Tratamiento: Siendo una condición severa y crónica, requiere el uso de antipsicóticos a largo plazo y en ocasiones de por vida (American Psychiatric Association, 2004).

Fase de recuperación o remisión: Desaparición gradual de los síntomas, que se puede dar en pocos días o meses, dependiendo de muchos factores. Ejemplo: el tiempo que lleva enferma la persona, la aceptación de toma de medicamentos, el ambiente que le rodea.



Elaboró: Lic. Miguel Angel Palacios Barrios.

Aunque la herencia en la psicosis tiene una fuerte influencia, el inicio se asocia a factores ambientales tales como las adversidades en edades tempranas, el crecer en ambientes urbanos, el pertenecer a grupos minoritarios y el consumo de cannabis, lo que sugiere que la exposición a estos factores puede tener un impacto en el desarrollo “social” del cerebro durante los períodos sensibles (Van Os et. Al. 2010). Se expone que el síndrome psicótico está formado por cuatro dimensiones principales que son: la disregulación afectiva (depresión, manía y ansiedad), la psicosis (delirios, alucinaciones), la sintomatología negativa y las alteraciones cognitivas.

El desarrollo de los trastornos psicóticos implica que las dos primeras dimensiones se ven mayoritariamente afectadas por las alteraciones ambientales y asociadas al sexo femenino, mientras que las dos últimas se ven afectadas por las alteraciones del desarrollo y asociadas al sexo masculino(40).

2.9.2 Epidemiología y factores de riesgo.

La esquizofrenia es un síndrome que aparece en todas las culturas y zonas del mundo. Los estudios epidemiológicos han encontrado tasas de incidencia entre 7.7 y 43% casos

nuevos por cada 100,000 habitantes. La prevalencia puntual es aproximadamente 5 por cada 1000 y el riesgo de morbilidad a lo largo de la vida está en torno al 1%.

También hay diferencia de sexo; los hombres tienen un riesgo vital un 30 a 40% mayor que las mujeres, y la edad de inicio es unos 3-4 años antes en los hombres.

Haffner menciona que se ha estudiado la duración del trastorno antes del primer ingreso o del primer contacto terapéutico(41)(42)(43)A pesar de las dificultades metodológicas de varios estudios, casi todos ellos muestran que pasan varios años entre los síntomas prodrómicos y el primer tratamiento, es decir, que el período no tratado dura varios años en nuestra sociedad.

Los factores de riesgo mejor establecidos no son genéticos, sino ambientales:

Genéticos: El riesgo de sufrir psicosis es proporcional al número de genes compartidos, aunque los genes involucrados aún no han sido identificados, y puede haber psicosis sin antecedentes familiares de la enfermedad, o no darse la enfermedad aunque haya varios miembros de la familia afectados.(44)

Factores biológicos: Se deben a una hiperactividad de la dopamina o a una mayor sensibilidad de los receptores dopaminérgicos a nivel cerebral. Además, otros factores asociados con la vulnerabilidad son las complicaciones durante el embarazo o el parto, deficiencias nutricionales o traumatismos craneales durante la niñez, que pueden afectar el neurodesarrollo. (45)

Factores ambientales: Experiencias o circunstancias externas que aumentan la probabilidad de experimentar un episodio psicótico como sucesos traumáticos, problemas familiares o sociolaborales, consumo de sustancias tóxicas.

Estrés: El estrés se define como la percepción que tiene una persona de no tener recursos suficientes para hacer frente a las exigencias de una determinada situación, en un momento concreto. Él estrés no causa la psicosis, pero sí puede ser un factor desencadenante para su aparición o empeoramiento de los síntomas.(46)

Capítulo 3. Metodología.

3.1 Estrategia de investigación, estudio de caso.

¿Qué es el estudio de caso?

Es la metodología de investigación como “una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real, donde los límites entre el fenómeno y el contexto no se muestran de forma precisa, y en él, que múltiples fuentes de evidencias son utilizadas”(Yin, 1989).

El estudio de caso permite analizar el fenómeno objeto de estudio en su contexto real, utilizando múltiples fuentes de evidencia cuantitativa y/o cualitativas simultáneamente, cada vez más se consideran como una valiosa herramienta de investigación (Gummesson, 2000).

Existen tres razones por las que la investigación mediante estudios de casos es un modo de investigación viable: el investigador puede estudiar el fenómeno objetivo, permite responder el cómo y el porqué. Las funciones del estudio de caso pueden variar de acuerdo a lo que el investigador quiere desarrollar(47).

¿Cómo se utiliza?

Fases para desarrollar el método. A continuación se presenta cada paso del proceso de un estudio de caso:

1. La selección y definición del caso: Se trata de seleccionar el caso apropiado y además definirlo. Se deben identificar los ámbitos en los que es relevante el estudio, los sujetos que pueden ser fuentes de información, el problema y los objetivos de investigación.
2. Elaboración de una lista de preguntas: Después de identificar el problema, es fundamental realizar un conjunto de preguntas para guiar al investigador. Tras los primeros contactos con el caso, es conveniente realizar una pregunta global y desglosarla en preguntas más variadas, para orientar la recolección de datos.
3. Localización de las fuentes de datos: los datos se obtienen mirando, preguntando o examinando. En este apartado se seleccionan las estrategias para la obtención de los datos, es decir, los sujetos a examinar, las entrevistas, el estudio de documentos personales y la observación, entre otras.

4. Análisis e interpretación: se sigue la lógica de los análisis cualitativos. Se trata de la etapa más delicada del estudio de caso. El objetivo es tratar la información recopilada durante la fase y establecer relaciones causa efecto tanto como sea posible respecto de lo observado.
5. Elaboración del informe: Se debe contar de manera cronológica, con descripciones minuciosas de los eventos y situaciones más relevantes. Todo ello para trasladar al lector a la situación que se cuenta y provocar su reflexión sobre el caso.
6. Enfocar la validez, la confiabilidad y generalización: Usar una variedad de fuentes de datos en lugar de confiar únicamente en la observación.
7. Realizar verificación de miembros: iniciar y mantener una corroboración activa en la interpretación de los datos entre el investigador y los que proporcionan los datos.
8. Reunir los materiales referenciales: complementar el archivo de los materiales del sitio real, con el apoyo de documentos adicionales.
9. Participar en consulta con colegas: antes de redactar el borrador final del informe, los investigadores deben consultar con sus colegas con el fin de establecer la validez mediante el juicio combinado(47).

Presentación del estudio de caso

Se realiza estudio de caso de tipo cualitativo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), durante el período del 6 al 29 de octubre de 2021. La selección de la usuaria fue por participación voluntaria y de acuerdo a las necesidades que presentaba la usuaria en ese momento. Se realizó una valoración ampliada y focalizada con el modelo de los once patrones funcionales.

Se utilizan fuentes de información directa e indirecta (Usuaria-Hija, Madre), se otorga consentimiento informado. Se aplican escalas de (Somnolencia de Epworth, mini-mental cognoscitivo, Apgar familiar), se realiza una búsqueda en la base de datos, (SciELO, Dialnet, PubMed, Redalyc, etc) de los cuales se encontraron 45 artículos, de los cuales se utilizaron 30 para la obtención de información para el estudio de caso.

-Materiales.

- ⇒ Equipo de protección personal (E.P.P, cubrebocas, googles).
- ⇒ Psicoeducativos, trípticos, directorio, plumas, tabla, gel antibacterial.

-Escalas.

- ⇒ Instrumento de valoración de los once patrones funcionales de Marjory Gordon.
- ⇒ Escala de somnolencia de Epworth en adultos.
- ⇒ Escala: mini-examen cognoscitivo (lobo et. A, 1079).
- ⇒ Cuestionario Apgar familiar (Evaluación del funcionamiento de la familia).

3.2 Consideraciones éticas.

El valor bioético tiene una cara ideal como aspiración, como algo digno de ser alcanzado, no referida a nadie en concreto, pero lo que serán construidos en las organizaciones son aquellos que se incorporan a la vida y no el que se queda en el deseo o en las ideas; estos son valores reales, reconocidos, participados, realizables, practicables, identificables, que llevan a obrar y no se quedan en lo abstracto.

Principio de la autonomía: Expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto

cuando se dan situaciones en que las personas puedan no ser autónomas o presenten una autonomía disminuida(48).

Principio de beneficencia: Obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo intereses y suprimiendo prejuicios(48).

Principio de la no maleficencia: Abstenerse intencionadamente de realizar actos que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida humana(48).

Principio de justicia: Tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.). En nuestra sociedad, aunque en el ámbito sanitario la igualdad entre todos los hombres es sólo una aspiración, se pretende que todos sean menos desiguales, por lo que se impone la obligación de tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales para disminuir las situaciones de desigualdad(48).

Durante el proceso de investigación se brindó el consentimiento informado, proporcionando información sobre los objetivos de la entrevista, además de los límites que tendría la investigación, se le mencionó que la información proporcionada por ella y su familiar será exclusivamente para uso y fines académicos, garantizando el anonimato de sus datos.

Se utilizaron las siguientes normas oficiales:

Norma oficial mexicana nom-025-ssa2-2014. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Considerando los derechos de la usuaria para respetar su dignidad, detección, educación y promoción de

la salud mental y es expresada en la Norma oficial mexicana nom-019-ssa3-2013. Donde se describe la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud

Capítulo IV. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

4.1 ¿Qué es el proceso de atención de enfermería?



Consiste en la aplicación del método científico en la asistencia, que permite a los profesionales dedicados a la enfermería brindar al usuario los cuidados necesarios de una forma lógica, estructurada y siguiendo un determinado sistema. Es la base del quehacer profesional enfermero, lo que le permite investigar para poder administrar los cuidados y educar, es decir, construir y participar con el usuario en su cuidado(49).

4.2 Etapas del proceso de atención de enfermería.

Valoración: Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y la respuesta a esta(50).

Diagnóstico de enfermería: Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requieran de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo(50).

Planificación: Consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnòsticos de enfermería(50).

Ejecución: Es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro(50).

Evaluación: Entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de enfermería(50).

Para la recolección de datos se debe tener en cuenta los datos objetivos y subjetivos.

Datos Objetivos: Se obtiene a través del examen físico, o a través de la valoración clínica.

Datos subjetivos: Son aspectos reportados por el paciente, la familia, el acompañante y permiten conocer sus valoraciones acerca de lo que va a surgir para incorporar criterios a la valoración general.

Caballero Muñoz E et al. Escribieron métodos para la recolección de datos:

1. La observación: Constituye uno de los elementos más importantes, donde se utilizará todos los sentidos para conocer qué problemas tiene la persona que busca la ayuda.
2. La entrevista: se debe poner mucha atención a las expresiones no verbales como: fruncir el ceño, abrir los ojos en expresión de admiración, el tono de voz. Estos aspectos forman parte de las respuestas de las personas, que pueden expresar malestar, inseguridad o desconfianza.
3. La exploración: Con el fin de conocer las alteraciones físicas o signos de la enfermedad. En la exploración se utilizan técnicas como palpación, inspección, percusión, auscultación.

Inspección: Observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas

Palpación: Uso del tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

Percusión: Golpeteo suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos.

Auscultación: Escucha los sonidos producidos por los órganos corporales.

4.3 Ficha de identificación.

M.I.K Femenino de 20 años de edad.	Fecha de nacimiento el 04 de Enero de 2001	
estado civil soltera.	Ocupación: Estudiante	Nacionalidad mexicana.
Escolaridad: preparatoria completa. Idioma/lengua: español, inglés, francés intermedio,		
Lugar de residencia CDMX, Agrícola oriental/Iztacalco.	Alergias: Negadas,	
AHF: DM, HAS, Bipolaridad.		

4.4 Valoración física

Signos vitales: FC 98 lpm, FR 18 X', T* 36.0° C, T/A 100/80 mmHG, SAT 95%;
glasgow 13 pts.

Se observa adecuada hidratación de la piel, mucosas orales hidratadas, sin heridas y/o lesiones, sin presencia de prótesis, Movilidad: Adecuada, con parcial cooperación a la entrevista.

Bajo tratamiento médico con: Lorazepam tabletas de 1 mg v.o ¼-¼-1, Olanzapina Tabletetas de 10 mg v.o 1-0-1, Valproato de magnesio tabletetas de 200 mg v.o 2-0-2.

4.5 Descripción del caso.

Salud Mental previa.

Atención psiquiátrica previa.

Acudió por primera vez a los 17 años al Hospital Infantil Juan N.Navarro por conducta desorganizada, en donde se brindó diagnóstico de "Brote psicótico", ameritando tratamiento hospitalario durante un mes, egresando con tratamiento a base de quetiapina 300 mg/día y clonazepam 4 mg/día.

Acudió por segunda vez a los 18 años con psiquiatra privado, con tratamiento consistente en risperidona 4 mg/día y clonazepam 4 mg/día y posteriormente, decanoato de haloperidol en dosis no especificadas, negando mejoría clínica.

Acude por tercera ocasión a los 20 años con psiquiatra privado quién recetó quetiapina XR 600 mg/día, quetiapina 200 mg/día y lorazepam, con mejoría parcial.

Acudió por cuarta ocasión a esta institución (Instituto Nacional de Psiquiatría) en donde se brindó diagnóstico de trastorno psicótico en estudio probable esquizofrenia de curso continuo con seguimiento en clínica de Esquizofrenia, prescribiendo tratamiento con

quetiapina 300 XR 1-0-1, quetiapina 100 mg 1-0-1 y lorazepam 1 mg 0-0-1+ ½ PRN, con parcial mejoría referida. Último esquema de tratamiento a base de risperidona 2 mg 1-0-1, el 4 de octubre de 2021.

Por medio de fuentes secundarias (madre, padre) se obtienen los siguientes datos. Identificación de inicio del padecimiento actual hace un año y medio, a su decir, relacionado con múltiples cambios entre los antipsicóticos prescritos por psiquiatra particular, refiriendo alucinaciones auditivas complejas consistentes en comentarios peyorativos, a la que la usuaria les otorgaba la interpretación de tratarse de desconocidos que deseaban invadir su mente, normando su conducta al presentar inquietud psicomotora y agresividad ante las mismas, emitiendo gritos “para que la dejaran en paz”(sic. familiar). A decir de los familiares, presentó la idea que defendía con firme convicción de daño, comentando que desconocidos intentaban meterse a su hogar para dañarla, mostrándose suspicaz e hipervigilante, solicitando en múltiples ocasiones cambiarse de domicilio. Durante la misma temporalidad, la usuaria presentó conducta desorganizada, realizando actividades no dirigidas a objeto, por ejemplo, vagabundeo por el hogar, así como pararse y sentarse repentinamente, así como discurso predominantemente desorganizado que rara vez llegaba a metas debido a las disgregaciones entre las oraciones. Hace dos meses aproximadamente, acudieron con facultativo quién reinició tratamiento a base de quetiapina (hasta 800 mg/día) y lorazepam (1 mg/noche), presentando una atenuación modesta de las alucinaciones y delirios, no obstante, persistiendo discurso desorganizado, motivo por el cual se refirió a la usuaria a esta institución, con manejo en la clínica de esquizofrenia desde entonces.

- ⇒ Antecedentes de violencia: Interrogado y negado
- ⇒ Antecedente de gestos/intentos suicidas: Interrogado y negado
- ⇒ Antecedente de conductas autolesivas: Interrogado y negado.
- ⇒ Antecedentes personales patológicos: interrogados y negados
- ⇒ Uso de sustancias: Interrogado y negados.

Línea del tiempo

Acudió por primera vez a los 17 años al Hospital Juan N.
diagnóstico "Brote psicótico"

Acudió por segunda vez a los 18 años a psiquiatra privado,

hloperidol, negando mejoría clínica.

Acude por tercera ocasión a los 20 años de edad con
psiquiatra privado, quien brinda tratamiento farmacológico a
base de quetiapina y lorazepam, notando parcial mejoría.

brinda diagnóstico de trastorno psicótico en estudio, probable
esquizofrenia.

4.6 Valoración por patrones funcionales.

Patrón 1. Percepción / manejo de la salud. (Alterado).

Durante la valoración se observa con adecuado aliño e higiene personal, parcial conciencia de enfermedad, niega antecedentes de cirugías previas, refiere agudeza visual disminuida, sin problemas auditivos y de extremidades, no cuenta con cartilla de vacunación y a decir de la usuaria mantiene un esquema completo, el baño y el cambio de ropa es diario, higiene dental tres veces al día, estado general de la dentadura completa.

Niega hábitos y conductas adictivas.

Patrón 2. Nutrición-metabólica. (Sin alteración).

Peso: 52 kg, Talla: 1.62 mts, Complejión: Delgada

En cuanto a su alimentación refiere alimentarse por sí sola, mantiene una dieta normal, realiza tres comidas al día con horarios establecidos, desayuno 9:00, comida 14:00, y cena 19:00 con una colación de fruta o verdura a las 17:00 horas.

El apetito es normal, se siente satisfecha después de cada comida, toma de 2-3 litros de agua en 24 horas, entre agua natural y té, refiere que en un día habitual desayuna: fruta huevo y pan, comida: frijoles y guisado y en la cena, algo ligero como té y fruta. Procura evitar tomar café y refrescos, acostumbra comer todo tipo de alimentos, prefiriendo alimentos como verduras.

Alimentos de preferencia: jícama

Alimentos que le desagradan: chocolate.

Conocimientos suficientes sobre una alimentación saludable.

Patrón 3. Eliminación. (Sin alteración).

Hábitos intestinales: Evacuaciones 3 veces por día, con características de heces blandas, tipo 3 y 4 con tránsito regular según la escala de bristol.

Hábitos urinarios: 3 micciones durante el día, sin urgencia para la micción, sin distensión vesical, sin presencia de hematuria ni retención,

Patrón 4. Actividad y ejercicio. (Sin alteración).

No refiere cambios en cuanto a la función cardiaca al realizar actividades cotidianas.

Las actividades que realiza en sus tiempos libres son recreativas como ver televisión y leer, ocasionalmente caminar y resolver juegos de lógica.

Es totalmente independiente para su autocuidado.

Patrón 5. Sueño y descanso. (Alterado).

Hábitos de sueño: Duerme 6 a 7 horas en 24 horas, toma siestas durante el día de aproximadamente 20-30 minutos, sin embargo familiar (madre) refiere "no ha dormido bien" Sic. Así mismo presenta somnolencia medicamentosa.

En cuanto a su medicación toma 1 tableta de Lorazepam 1 mg antes de dormir.

Patrón 6. Cognitivo-perceptual. (Alterado).

Usaria con alteración sensoperceptual: Presencia de alucinaciones auditivas (acoasmas) complejas consistentes en comentarios peyorativos, a lo que le otorgaba la interpretación de tratarse de desconocidos que deseaban invadir su mente(delirios),

hecho que normaba su conducta al presentar inquietud psicomotora y agresividad antes las mismas, emitiendo gritos “Para que la dejaran en paz”sic. Familiar.

Se observa suspicaz, hipervigilante, discurso disgregado y soliloquios.

Se aplica Escala de mini-examen cognoscitivo (lobo et al, 1079): con puntaje de 36 puntos. Se interpreta sin deterioro cognitivo.

Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto. (Alterado).

Presenta actitud de rechazo hacia su cuerpo, refiere que no se han producido cambios en su cuerpo. Se observa hipotímica, inapropiada, con afecto ansioso y aplanado, con sentimientos de tristeza.

Patrón 8. Rol/relaciones. (Alterado)

La usuaria presenta dificultad para relacionarse con sus compañeras debido a su padecimiento actual.

Patrón 9. Sexualidad y reproducción. (No coopera a los ítems).

Refiere no tener hijos, no utiliza algún método de planificación familiar. (No coopera con los ítems complementarios del patrón funcional número 9).

Patrón 10. Adaptación/tolerancia al estrés. (Alterado)

Las reacciones durante algún trauma físico o psicológico son: falta de atención y alteración en el estado del humor.

⇒ Respuesta física: Deterioro funcional y trastorno del sueño.

⇒ Afrontamiento: Inefectivo y Ansiedad.

⇒ Con presencia de irritabilidad, movimientos descoordinados ocasionales (marcha).

Patrón 11. Valores y creencias. (No alterado)

Normalmente suele conseguir lo que quiere, ve bien su futuro de buena manera, algunas creencias importantes “los santos”sic usuaria, es católica, la religión es importante en su vida y le ayuda en sus problemas.

4.7 Salud mental actual.

Se trata de una usuaria de 20 años de edad con diagnóstico de trastorno psicótico en estudio, probable esquizofrenia. Los familiares responsables, comentaron que en las últimas dos semanas, la usuaria presentó insomnio global, describiendo un sueño global de tres horas, así como aumento en la cantidad de discurso, irritabilidad, soliloquios, agitación psicomotriz, alucinaciones auditivas “murmullos” sic usuaria.

4.8 Jerarquización de patrones alterados

*Se abordarán los cuatro principales patrones alterados (Patrón 6, 10, 7 y 8).

Patrón 6. Cognitivo-
Perceptual

Patrón 10. Adaptación
tolerancia al estrés.

Patrón 7.
Autopercepción-Autoconcepto

Patrón 8. Rol-
Relaciones.

Patrón 1. Percepción y
manejo de la salud

Patrón 5. Descanso y
sueño

4.9 Diagnósticos de enfermería.

Patrón alterado 6. Percepción-cognición

Alteración en el proceso del pensamiento r/c trastorno psicótico m/p alucinaciones auditivas, soliloquios.

Objetivo de enfermería: Mejorar la capacidad cognitiva.

Objetivo del paciente: Recuperar funcionalidad cognitiva

Intervenciones	Fundamentación
----------------	----------------

Psicoeducación conciencia de enfermedad.	Hace referencia al entendimiento real y nivel de conocimiento respecto al tipo de enfermedad y expectativas de vida que el paciente deduce a partir de la información que se le proporciona. El hecho de que un usuario no conozca su padecimiento y/o expectativa de vida, puede traer consigo dificultades para tener una comunicación abierta que permita coordinar entre médicos, usuarios y familiares(51).
--	--

Evaluación inicial: Muestra poco interés en querer escuchar la psicoeducación.
Evaluación final: El binomio usuario-familia se observa interesada en el tema y acceden a la psicoeducación.

Orientación a la realidad (informar a cerca de personas, lugares, circunstancia y tiempo).especificar	Es una técnica mediante la cual la usuaria toma conciencia de su situación en el tiempo, es decir, orientación espacial y respecto a su propia persona, es decir, orientación personal. Posibilita un clima de interacción favoreciendo las relaciones sociales, la comunicación, la escucha, el respeto y la expresión de sus propias ideas(52).
---	--

Evaluación inicial: Se observa desorientada, con dificultades para lograr recordar hechos recientes y remotos.
Evaluación Final: Logra recordar información reciente y datos personales (posterior a una semana de la intervención).

<p>Disminuir ansiedad, agitación psicomotriz e irritabilidad mediante actividades recreativas(rehabilitación psicosocial).</p>	<p>Son acciones que permiten que una persona se entretenga y divierta. Además son beneficiosas para la salud mental, porque inducen en cada individuo una sensación de bienestar general, repercutiendo positivamente en su estabilidad emocional, mejorando las funciones intelectuales, lo que sin duda alguna hace incrementar la capacidad para desarrollar tareas cotidianas o laborales, se mejora la autoestima, el autocontrol, el funcionamiento, los hábitos de sueño, el optimismo, las relaciones sociales, etc.(53)</p>
<p>Evaluación inicial: Se integra superficialmente en las actividades (se observa desconfiada). Evaluación Final: Se integra totalmente a las actividades con las demás usuarias, observándose con más confianza.</p>	
<p>Contención ambiental</p>	<p>Esta acción contempla espacios adecuados, una buena disposición del personal, control de los estímulos visuales, auditivos y desplazamientos, lo que busca promover confianzas mutuas, una rápida y eficaz actuación del equipo clínico y aminorar el cuadro de agitación que se presenta(54).</p>
<p>Evaluación inicial: Se logra llevar adecuadamente la contención ambiental. Evaluación Final: Se mantiene la contención ambiental en todo momento y se educa al familiar para llevar a cabo la contención ambiental en su domicilio.</p>	

Patrón alterado 10. Adaptación-tolerancia al estrés.

Afrontamiento ineficaz r/c estado de salud mental actual m/p ansiedad, hipotimia e irritabilidad.

Objetivo de enfermería: Mejorar el afrontamiento de la usuaria mediante la psicoeducación.

Objetivo del paciente: "Estar bien personal y emocionalmente". Sic usuaria.

Intervenciones.	Fundamentación.
Psicoeducación terapia de aceptación y compromiso,	La terapia de aceptación y compromiso (ACT) se basa en "dar a la gente la oportunidad de experimentar ansiedad sin estar luchando contra la ansiedad". La ACT no se centra en los síntomas, si no en la aceptación de experiencias internas y en el debilitamiento de la literalidad del lenguaje o fusión cognitiva(55).

Evaluación inicial: Se consigue que la usuaria se integre a la psicoeducación.

Evaluación final: La usuaria se interesa en el tema y realiza preguntas de mejora, se pretende que continúe trabajando en la psicoeducación hasta lograr disminuir los síntomas descritos.

Técnica de relajación: Respiración diafragmática,.	La relajación es una técnica para inducir una respuesta parasimpática, ya que restablece el estado basal vegetativo del organismo anulando las respuestas reactivas simpáticas provocadas por algún factor estresante. La actividad parasimpática, en un primer momento restablece los ritmos normales del corazón, la respiración y demás parámetros fisiológicos, dejando al cuerpo en estado basal(56).
--	--

Evaluación inicial: Práctica adecuadamente la respiración diafragmática.

Evaluación final: Logra dominar la técnica de respiración diafragmática y la lleva a cabo antes de dormir.

Psicoeducación Comunicación paradójica y asertividad.	La comunicación asertiva busca proveer la información necesaria para que las personas puedan corregir problemas de comunicación, ya que influye en el desarrollo de un clima estable y es propulsora de logros comunes. La satisfacción y bienestar de los usuarios.
---	--

Evaluación inicial: Se interesa en la psicoeducación realizando preguntas sobre la comunicación.

Evaluación final: Logra mejorar la comunicación con las demás usuarias, se integra a las actividades recreativas.

Patrón alterado 7. Autopercepción/Autoconcepto

Diagnóstico: Deterioro en la regulación del estado de ánimo r/c Psicosis m/p irritabilidad, deterioro de la concentración, soliloquios.

Objetivo de enfermería: Mejorar el estado de ánimo.

Objetivo del paciente: Recuperar la funcionalidad.

Intervenciones	Fundamentación
Intervención en crisis de primer orden (Escucha activa)	Cuando se escucha activamente hay un dominio para controlar y dirigir la conversación hacia el objetivo trazado, logrando de esta forma la capacidad para influir, proyectando sobre el participante una imagen de inteligencia y respeto (57).

Evaluación inicial: Expresa sus emociones superficialmente, se trabaja en generar confianza con la usuaria.
Evaluación final: Se consigue una relación terapéutica.

<p>Intervención: Utilizar principios de la terapia cognitivo conductual (Establecer límites).</p>	<p>Fundamentación: Lo que busca la psicoterapia cognitivo-conductual es que el usuario, evidencie sus propias interpretaciones acerca de su enfermedad, la entienda y sobre todo la acepte, ayudándolo a definir unos objetivos y enseñándole aplicar técnicas psicológicas que contribuyan a disminuir dicho malestar asociado al trastorno.</p>
--	--

Evaluación inicial: No acepta adecuadamente, el establecimiento de límites, se involucra al familiar al establecimiento del mismo para mejora del usuario y el manejo hospitalario.

Evaluación final: Acepta el establecimiento de límites, se involucra al familiar para mayor reforzamiento y tener mejor manejo en casa.

<p>Intervención: Potenciación de la comunicación (apoyo emocional, facilitar la expresión de sentimientos y emociones).</p>	<p>Fundamentación: Nos permite recopilar información, conocer ideas, pensamientos y expresiones a través del habla. De esta manera se favorece los avances expresivos que contribuyen en las relaciones interpersonales.</p>
---	---

Evaluación inicial: Se observa mejora en el estado de ánimo posterior a la escucha activa y expresión de sentimientos y emociones.

Evaluación final: Se observa mejor comunicación con la familia (madre), usuarias y personal de salud.

Patrón alterado 8. Rol/Relaciones

Deterioro de la interacción social r/c Padecimiento (psicosis) m/p dificultad para expresar de manera satisfactoria sentimientos de afecto e interés.

Objetivo de enfermería: Mejorar la interacción social entre familiares y amigos

Objetivo del paciente: Mejorar la comunicación.

Intervenciones	Fundamentación
Psicoeducación sobre comunicación y asertividad.	La comunicación asertiva busca proveer la información necesaria para que las personas puedan corregir problemas de comunicación, ya que influye en el desarrollo de un clima estable y es propulsora de logros comunes. La satisfacción y bienestar de los usuarios(58).

Evaluación inicial: El binomio usuario-familia escucha adecuadamente el psicoeducativo.

Evaluación final: Manifiesta dudas respecto a la comunicación, se resuelve adecuadamente, se observa mejor comunicación con usuarias, familiares y personal de salud.

Intervención: Manejo de la conducta (habilidades sociales).	Fundamentación: Las habilidades sociales son una serie de conductas observables, pero también de pensamientos y emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias, y a procurar que los demás respeten nuestros derechos y no nos impiden lograr nuestros objetivos. Permiten relacionarnos con otras personas, de tal forma, que consigamos un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas, tanto a corto plazo, como a largo plazo(59).
--	---

Evaluación inicial: Se integra superficialmente a las actividades con las demás usuarias.

Evaluación final: Se integra adecuadamente posterior a una semana de intervenciones.

Plan de alta adaptado. (CUIDARME). Lina pinzón.

Plan de alta adaptado.	
Usuaría: K.I.M	**Información adicional: Atención psicológica UNAM
Edad: 20 años	Call center: 5553507218/8004610098.
Alergias: Negadas	
Nombre de quien recibe la información: K.I.M/Familiar	
Comunicación.	
⇒ Cuando usted identifique molestias que antes no había sentido, procure platicar con alguien cercano y de confianza que le puedan ayudar y orientar.	
Urgente.	
Si percibe la presencia de signos y síntomas de alarma, independientemente de tomar adecuadamente su medicamento, ejemplo:	
⇒ Insomnio constante.	
⇒ Irritabilidad y/o agresividad	
⇒ Poca tolerancia a la frustración	
⇒ Latidos de corazón irregulares o acelerados	
⇒ Palidez, sudores, temblores	
⇒ Náuseas y vómito, sequedad de boca, desorientación,	
⇒ Debilidad, falta de aire.	
Información.	
Solicite información oportuna a su médico tratante si tiene dudas respecto a:	
⇒ Su estado de salud	
⇒ Su padecimiento o enfermedad	
⇒ El tratamiento indicado.	
Dieta	
Siga la dieta con el plato del bien comer y la jarra del buen beber, aliméntese de forma equilibrada, esto le permitirá mantenerse saludable. Continuar con la dieta proporcionada por el área de nutrición.	
	
Ambiente	

Identificar factores en casa que pongan en riesgo su salud.

Utilice calzado antiderrapante y adecuada iluminación en sus espacios.

- ⇒ Procure utilizar con frecuencia el uso de técnicas de relajación.
- ⇒ Evite actividades que le generan cansancio excesivo y/o estrés.



Recreación y tiempo libre

- ⇒ Practique diariamente ejercicio adecuado acorde a sus condiciones, (siempre y cuando no interfiera con su tratamiento o ponga en riesgo su salud y/o integridad).
- ⇒ Por lo menos de 20 a 30 minutos, ya que ayuda a prevenir múltiples enfermedades y mejora la calidad de vida.
- ⇒ Evitar tiempo de ocio



Medicamentos

No olvide tomar su medicamento ni suspenderlo, hasta que su médico tratante lo indique.

Ponga especial atención en:

Medicamento	Psicotrópicos.
Efectos secundarios	Boca seca, hiperhidrosis palmar (sudoración excesiva de manos), temblor fino de manos,



En caso de aparición de síntomas distintos que afectan sus actividades diarias, acercarse a su médico tratante.

Espiritualidad

Busque un equilibrio en cada ámbito de su vida, siga sus creencias religiosas o particulares siempre y cuando esta no interfiera en su tratamiento médico.

Capítulo V. Conclusiones

Con este estudio de caso se logró profundizar en la temática del trastorno psicótico en la implementación de las intervenciones especializadas en enfermería en salud mental logrando una atención de calidad, calidez y con evidencia científica al binomio usuaria-familia, en el entorno intrahospitalario y promoviendo el autocuidado a su egreso para lograr una reinserción social lo más efectiva en la comunidad.

Se trabajó la conciencia de enfermedad para favorecer la adherencia terapéutica y así evitar una recaída, el trabajo con el binomio usuaria-familia no fue sencillo, sin embargo se involucra a los mismos en el plan de alta durante todo su internamiento, como actividad de enseñanza para la protección y manejo de la salud mental en casa.

Las intervenciones fueron adecuadas para el tratamiento de la usuaria, ya que disminuyeron los síntomas como la ansiedad y el comportamiento que involucra una comunicación no asertiva con el personal y las demás usuarias, a través de la rehabilitación psicosocial se logra la integración total a las diferentes actividades implementadas por el personal de enfermería

Uno de los obstáculos encontrados durante el proceso de investigación fue el propio padecimiento de la usuaria (psicosis) que no permitió valorar al 100% los patrones alterados, por ello se recurre a una fuente secundaria (madre).

Cuando estamos frente a un trastorno psicótico debemos prestar especial atención a proporcionar una adecuada psicoeducación, sobre qué son los trastornos psicóticos y cómo afectan a la persona enferma, cuáles son los tratamientos disponibles y ayudar a los familiares directos o a las personas cercanas a entender mejor al paciente y sus comportamientos, para asegurar un mejor pronóstico y calidad de vida.

5.1 Recomendaciones

Considero que es importante la implementación de programas de psicoeducación a nivel comunidad (primer nivel) donde no se cuenta con la información necesaria para detectar y realizar psiquiatría de enlace para el correcto seguimiento del padecimiento.

La especialidad en salud mental tiene un gran campo de acción para la detección en distintos padecimientos mentales ya que contribuyen a la promoción, prevención y rehabilitación psicosocial.

Implementar un programa de educación ante un padecimiento psicótico a la familia y comunidad, para mejorar el trato al usuario y apoyar a la familia en la recuperación.

Referencias.

1. Sabina Roméu Beatriz, Sarmiento González Daimí, Alzuri Falcató Mario, Leyva Madrigales Anais. Caracterización clínico-farmacológica de pacientes psicóticos atendidos en Servicio de Salud Mental, Hospital Pediátrico de Cienfuegos. *Medisur* [Internet]. 2016 Jun [citado 2022 Ene 30]; 14(3): 289-299. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000300011&lng=es.
2. Marcelli, D., Braconnier, A., (2005). *Psicopatología del adolescente*. 2a edición.
3. Morales Noemí, Luís Tizón Jorge, Cabré Víctor, Artigue Jordi. Estudio de la calidad de vida en pacientes con psicosis incipiente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2012 Dic [citado 2022 Ene 30]; 32(116): 723-738. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000400004&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000400004>.
4. Velazco Fajardo Yalenis, Quintana Rodríguez Idanys, Fernández Romero Mercedes de la Caridad, Alfonso Fernández Anisleydis, Zamora Lombardía Elizabeth. Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2018 Ago [citado 2022 Ene 30]; 40(4): 1163-1171. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400022&lng=es.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Pub Inc; 2013.
6. Rojas Malpica, Carlos, *Las alucinaciones y el delirio como representaciones anancásticas*. *Salud Mental* [Internet]. 2010;33(5):379-987. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58219793002>
7. Mangalore R, Knapp M. Cost of schizophrenia in England. *J Ment Health Policy Econ*. 2007;10:23–41.
8. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia 1; just the facts 5. Treatment and prevention. Past, present, and future. *Schizophr Res*. 2010;122:1–23.
9. Patterson TL, Leeuwenkamp OR. Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res*. 2008;100:108–19.
10. Zapata Ospina, Juan Pablo, Rangel Martínez-Villalba, Andrés Mauricio, García Valencia, Jenny, *Psicoeducación en esquizofrenia*. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (Internet). 2015;44(3):143-149. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80643082004>
11. Alcántara Moreno, Gustavo, *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación* [Internet]. 2008;9(1):93-107. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>

12. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1053-8.
13. Scott J, Martin G, Bor W, Sawyer M, Clark J, McGrath J. The prevalence and correlates of hallucinations in Australian adolescents: Results from a national survey. *Schizophr Res* 2009;109:179-85.
14. Gómez-Restrepo Carlos, Rodríguez Malagón Nelcy, Eslava-Schmalbach Javier, Ruiz Rafael, Gil Jacky Fabian. Factores asociados al reconocimiento de trastornos y problemas mentales en adolescentes en la Encuesta Nacional de Salud Mental, Colombia. *rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. 2021 Mar [cited 2022 Jan 30] ; 50(1): 3-10. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502021000100003&lng=en. Epub May 13, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.002>.
15. Fonseca-Pedrero, Eduardo, Inchausti, Felix, ACTUALIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO PSICÓTICO. *Papeles del Psicólogo* [Internet]. 2018;39(2):127-139. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77855949008>
16. Mingote Adán José Carlos, Pino Cuadrado Pablo del, Huidobro Álvaro, Gutiérrez García Dolores, Miguel Peciña Isabel de, Gálvez Herrer Macarena. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2007 Sep [citado 2022 Ene 31] ; 53(208): 29-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000300005&lng=es.
17. Lagoueyte Gómez, María Isabel, El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud* [Internet]. 2015;47(2):209-213. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343839278013>
18. Palma, Carol, Gomis, Ona, Farriols, Núria, Frías, Álvaro, Gregorio, Miriam, Palacio, Ana, Horta, Ana, Aliaga, Ferrán, Barón, Francisco J., La Intervención Familiar Domiciliaria en Psicosis: Análisis Cualitativo de los Cambios Observados tras la Psicoterapia. *Clínica y Salud* [Internet]. 2019;30(3):147-154. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180660970005>
19. Linszen, D., Haan, L. and Amesvoort, T. «Early intervention in first-Episode of Psychosis and Schizophrenia: A critical period for patients, families and professionals». *J. Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry*, Vol. I, Number 1, 2004.
20. Minuchin, S. *Familias y Terapia Familiar*, Barcelona, Ed. Gedisa, 1979.
21. Nardone G. y Watzlawick, P., *El arte del cambio*, Barcelona, Ed. Herder, 1995.
22. Beck, J.S. *Terapia cognitiva*. Barcelona, Ed. Gedisa, 2000
23. Suarez, José Luis Álvarez, et al. "Manual de valoración de patrones funcionales." *Gijón (Asturias): Servicio de Salud del Principado de Asturias* (2010).
24. . Castro M, Simian D. La enfermería y la investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2018 May 1;29(3):301-10. Disponible en: <http://bitly.ws/nulj>

25. Reyna Márquez EE. Deontología de la enfermería. Disponible en: <http://bitly.ws/nulo>
26. Lagoueyte Gómez MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. 2015 Aug;47(2):209-13. Disponible en: <http://bitly.ws/nulr>
27. Alcántara Moreno, Gustavo, La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación [Internet]. 2008;9(1):93-107. Recuperado de: <http://bitly.ws/nulv>
28. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental[Internet]. OMS; 2004. [Consultado el 4 nov 2019]. Disponible en: <http://bitly.ws/nulB>
29. World Health Organization (WHO). Mental Disorders [Internet]. 9 abr 2018 [Consultado el 4 nov 2019]. Disponible en: <http://bitly.ws/nulG>
30. Díaz JD. CAPÍTULO 3. MARCO CONCEPTUAL DE LA ENFERMERIA. Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (I).:57. Disponible en: <http://bitly.ws/nulH>
31. Real Academia de la Lengua Española. [Homepage en Internet]. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición. [Acceso Enero de 2021]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drael/>
32. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
33. Araya-Cloutier J, Ortiz-Salgado A. Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma. Enfermería. 2010;2005(26/1):5-12. Disponible en: <http://bitly.ws/nulM>
34. <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>
35. Mingote Adán José Carlos, Pino Cuadrado Pablo del, Huidobro Álvaro, Gutiérrez García Dolores, Miguel Peciña Isabel de, Gálvez Herrer Macarena. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Med. segur. trab. [Internet]. 2007 Sep [citado 2021 Nov 02] ; 53(208): 29-51. Disponible en: <http://bitly.ws/nuJ6>
36. Fonseca Pedrero, Eduardo. *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico*. Comercial Grupo ANAYA, SA, 2018. Disponible en: <http://bitly.ws/nuJa>
37. León-Quismondo Leticia, Lahera Guillermo, López-Ríos Francisca. Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2014 [citado 2022 Ene 24] ; 34(124): 725-740. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352014000400006&Ing=es.
38. <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiapsicoeducacionfamiliaspsicosis.pdf>
39. Medina-Mora M.E y Robles R. Eds. (2009). El manejo de la depresión y la esquizofrenia en México: Un estudio de costo efectividad. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz, Secretaría de salud.
40. Serret Fumadó, Vanessa. *Ambiente familiar, rasgos de personalidad y cognición en pacientes con un trastorno psicótico: relación entre factores*. Diss. Universitat Rovira i Virgili, 2015.

41. BIRCHWOOD, M., «The Critical Period for Early Intervention», en BIRCHWOOD, M.; FOWLER, D.; JACKSON, C. (eds.), *Early Intervention in Psychosis: A Guide to Concepts, Evidence and Interventions*, Chichester, Wiley, 2000, pp. 28-63.
42. BIRCHWOOD, M., «Intervención temprana en psicosis: investigación, práctica clínica y reforma de los servicios en el Reino Unido», en VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L.; CRESPO, B.; HERRÁN, A., *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: Psicosis*, Barcelona, Masson, 2005, pp.145-159.
43. Tizón, Jorge L., Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* [Internet]. 2009;XXIX(103):35-62. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019650003>
44. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1053-8.
45. Scott J, Martin G, Bor W, Sawyer M, Clark J, McGrath J. The prevalence and correlates of hallucinations in Australian adolescents: Results from a national survey. *Schizophr Res* 2009;109:179-85.
46. Ordóñez-Cambor, Nuria, Lemos-Giráldez, Serafín, Paino, Mercedes, Fonseca-Pedrero, Eduardo, García-Álvarez, Leticia, Pizarro-Ruiz, Juan Pablo, Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas. *Anuario de Psicología* [Internet]. 2014;44(3):283-294. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97036176001>
47. Chaves, Viviana Elizabeth Jiménez. "El estudio de caso y su implementación en la investigación." *Revista internacional de investigación en ciencias sociales* 8.1 (2012): 141-150.
48. Rojas B., Milton Andrés, Los principios bioéticos en los principios constitucionales. *Opinión Jurídica* [Internet]. 2006;5(9):63-76. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94550904>
49. Rivas Acuña, Valentina, Estrategias para la aplicación del proceso enfermero y su impacto en la calidad de atención.. *Horizonte Sanitario* [Internet]. 2008;7(2):13-18. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845129005>
50. González Salcedo, Priscila, Chaves Reyes, Alida Mireya, Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* [Internet]. 2009;11(2):47-76. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220480004>
51. http://www.incmnsz.mx/2018/Clinica_Dolor_Resumenes/8_Resumen_Capitulo_3_Modulo_6_Conc_Enfermedad.pdf
52. <https://salusmayores.es/blog/como-comunicarme-con-mi-familiar-cuando-ha-perdido-el-lenguaje-5/>
53. http://accion.uccfd.cu/public/journals/2/accionhtml/issues/Vol_13_No_23/files/3.pdf
54. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e5abf67b3f5395e04001011f017d2e.pdf>
55. León-Quismondo Leticia, Lahera Guillermo, López-Ríos Francisca. Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev. Asoc. Esp.*

- Neuropsiq. [Internet]. 2014 [citado 2022 Ene 24] ; 34(124): 725-740. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02115735201400040000
56. Rodríguez Medina David Alberto, Domínguez Trejo Benjamín, Leija Alva Gerardo, Ortiz Omaña Mariana, Carreño Morales Carolina. Efectos psicofisiológicos de la respiración diafragmática y la estimulación térmica sobre la actividad autonómica del estrés agudo. Acta de investigación psicol [revista en la Internet]. 2018 [citado 2022 Ene 24] ; 8(2): 101-113. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322018000200101&lng=es. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2018.2.09>
57. alderón, Karen Andrea Hernández, and Anggy Karina Lesmes Silva. "La escucha activa como elemento necesario para el diálogo." *Revista convicciones* 5.9 (2018): 83-87.
58. <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/11994/La%20Comunicación%20Asertiva%20como%20ventaja%20Competitiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
59. <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/pdf/Habilidades%20sociales-Dale%20una%20mirada.pdf>

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad

Gustavo Alcántara Moreno
Universidad de Los Andes

RESUMEN

El propósito del presente artículo es dar a conocer un análisis crítico de la definición de salud, particularmente la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946. La investigación es de carácter documental, pues se basó en una revisión biblio-hemerográfica. A partir de un análisis elaborado desde las ciencias sociales, que considera la salud como la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, se evalúan las ventajas y desventajas de la definición de salud que plantea la OMS. Se concluye que, a pesar de las críticas y problemas epistemológicos que pueda presentar la definición, es innegable su utilidad para estudiar y comprender la salud como una realidad compleja, a través de un enfoque interdisciplinario que supere los límites del paradigma positivista de la ciencia clásica.

Palabras clave: salud, Organización Mundial de la Salud, interdisciplinariedad, post-positivismo.



Medicina y Seguridad del Trabajo

versión On-line ISSN 1989-7790 versión Impresa ISSN 0465-546X

Med. segur. trab. vol.53 no.208 Madrid sep. 2007

El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento

José Carlos Mingote Adán^{*}, Pablo del Pino Cuadrado^{*}, Álvaro Huidobro^{**}, Dolores Gutiérrez García^{***}, Isabel de Miguel Peciña^{****}, Macarena Gálvez Herrer^{*****}

(*) Psiquiatra del Plan de Atención Integral al Personal Sanitario Enfermo.

(**) Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Villaverde.

(***) Trabajador Social del Plan de Atención Integral al Personal Sanitario Enfermo.

(****) Enfermera

(*****) Psicóloga

1. Introducción psicopatológica

La palabra psicosis se ha utilizado en Psiquiatría con significados muy diferentes. En ocasiones ha servido para agrupar a todos aquellos pacientes que en algún momento de su enfermedad mental sufren una alteración grave en su conexión con la realidad; así se denominaban psicosis orgánicas a las demencias y al delirium, psicosis tóxicas a los trastornos mentales graves inducidos por sustancias y se hablaba de psicosis maniaco-depresiva para describir a los trastornos bipolares. Daba lo mismo que la causa de esa desconexión de la realidad fuera una enfermedad conocida (enfermedad de Alzheimer), una sustancia (cocaína) o alguna alteración pendiente de caracterizar (esquizofrenia). Incluso se ha

Mi SciELO

Servicios personalizados

Servicios Personalizados

Revista

SciELO Analytics

Artículo

Español (pdf)

Artículo en XML

Referencias del artículo

Como citar este artículo

SciELO Analytics

Traducción automática

Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Compartir

Google Twitter Facebook LinkedIn Otros

Otros

Permalink



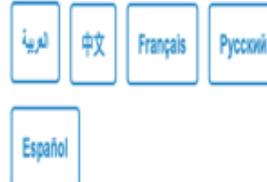
Mental disorders

28 November 2019

Key facts

- There are many different mental disorders, with different presentations. They are generally characterized by a combination of abnormal thoughts, perceptions, emotions, behaviour and relationships with others.
- Mental disorders include: depression, bipolar disorder, schizophrenia and other psychoses, dementia, and developmental disorders including autism.
- There are effective strategies for preventing mental disorders such as depression.
- There are effective treatments for mental disorders and ways to alleviate the suffering caused by them.
- Access to health care and social services capable of providing treatment and social support is key.

The burden of mental disorders continues to grow with significant impacts on health and major



Related

- [More on mental health](#)
- [Mental health action plan 2013-2020](#)

Fact sheets



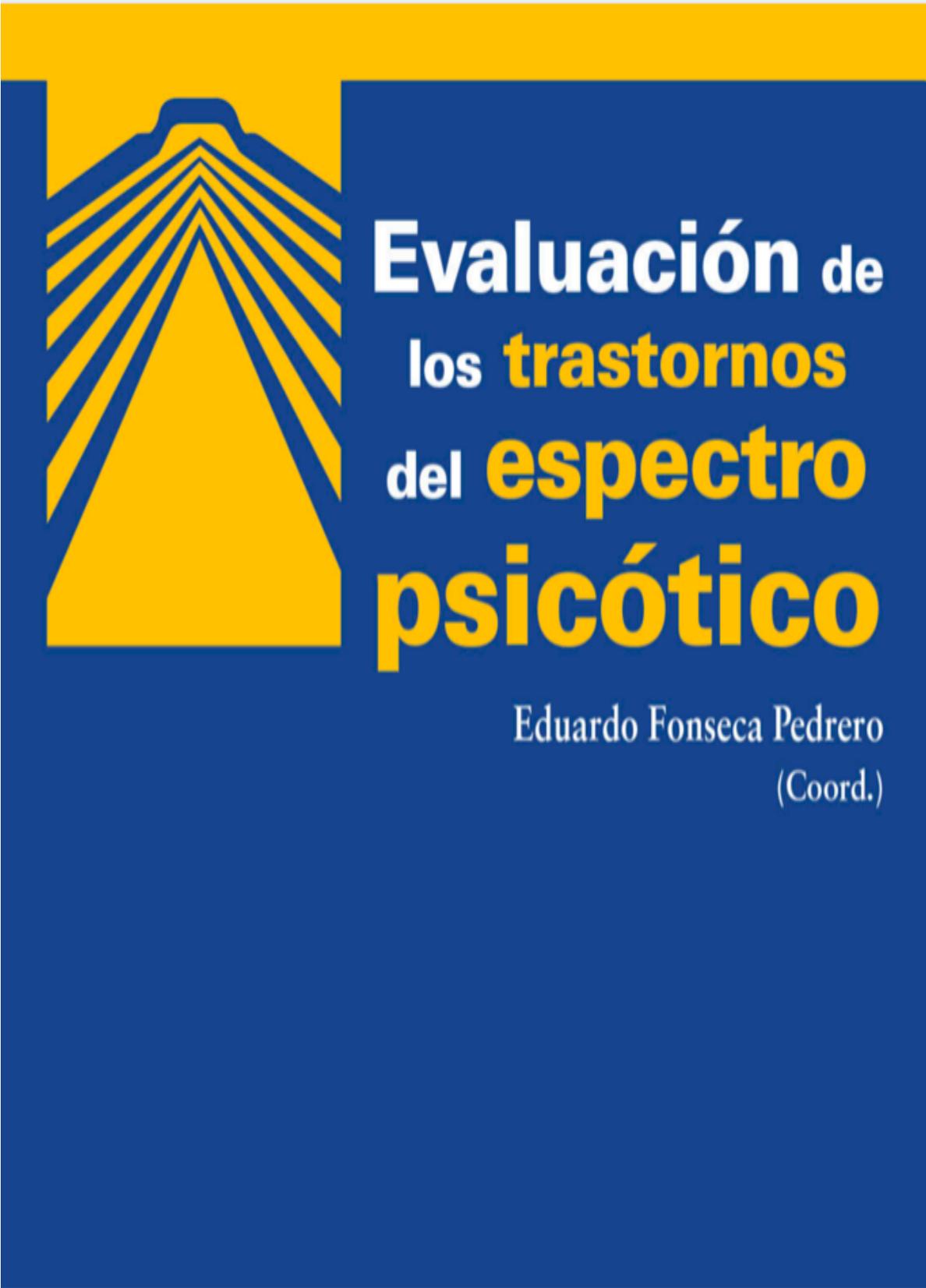
Depression

13 September 2021



Dementia

2 September 2021



Evaluación de
los trastornos
del espectro
psicótico

Eduardo Fonseca Pedrero
(Coord.)

El cuidado de enfermería a los grupos humanos

María Isabel Lagoueyte Gómez¹

1. Universidad de Antioquia, Colombia

Correspondencia: María Isabel Lagoueyte. **Dirección:** Calle 64 53-09.

Correo electrónico: mariaisabel@udea.edu.co. **Teléfono:** +4 219 63 02

Recibido: Noviembre 7 de 2013 **Aprobado:** Marzo 24 de 2015

Forma de citar: Lagoueyte Gómez MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev Univ Ind Santander Salud. 2015; 47(2):209-213.

La enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa pretensión se encaminan los esfuerzos y trabajos que se realizan para la atención de los sujetos de cuidado; la persona, la familia y la comunidad. Los escenarios de cuidado se dan en la vida cotidiana, en tanto que es ahí en donde se desarrollan las actividades diarias de las personas. Por otro lado, los cuidados también se dan en el ambiente hospitalario, pero no es ese el único espacio en donde se desarrolla la esencia de la enfermería. Se puede decir que la enfermería es "una" disciplina, no varias, sino una que se desempeña en diferentes espacios y escenarios, sin perder la esencia que la caracteriza: el cuidado.

Aun cuando lo anterior es cierto y pareciera que no cabe ninguna discusión, es preciso tener presente que esto no ha sido siempre así. Desde sus inicios la enfermería se ha visto marcada de manera categórica por el desempeño de sus funciones en el ambiente hospitalario y al cuidado de los enfermos, todo esto supeditado a las órdenes médicas. Por esta razón, es preciso hacer una reflexión acerca de lo que se puede llamar el otro escenario del ser de la enfermería: el cuidado comunitario.

Para efectos de claridad de conceptos y apropiación de estos, es imprescindible conocer primero la definición de esta disciplina. El CIE¹ (Consejo Internacional de Enfermería) la define como: "La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación"

A partir de esta definición se pueden analizar varios aspectos interesantes. En primer lugar se afirma que la

Services on Demand

Journal 

-  SciELO Analytics
-  Google Scholar HSM5 (2019)

Article 

-  Spanish (pdf)
-  Article in xml format
-  Article references
-  How to cite this article
-  SciELO Analytics
-  Automatic translation
-  Send this article by e-mail

Indicators 

Related links 

Share 

- 
- 
- 
- 
- 
- 

 More

 Permalink

Anexo 2. Lista psicoeducativos impartidos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.



PSICOEDUCACIÓN.

Fecha: 15-Oct-2021.

Nombre del Psicoeducativo: "Prevención del Estigma" ;Sabes porque Estigmatizamos?

Lugar: TIV.

Servicio: TIV.

No.	Nombre Completo	Firma	Comentario o Sugerencia
1	Laura Gutierrez sid Del Puerto	Laura Gutierrez	
2	Karen Sara. Wgo Flores	[Firma]	
3	Karen Andrea Peralta S.	[Firma]	
4	Zazil Zubay Sánchez Arendano	[Firma]	
5	Lary Shaktia Alyz del Rodríguez Celis	[Firma]	
6	Cheris Pames Ucedera	[Firma]	
7	Selene Ruiz Robledo	[Firma]	
8	Nancy G. Oliva Mena (Cundavra)	[Firma]	
9	Karina Miranda Ibarra	[Firma]	
10	Karina Ibarra Martinez	[Firma]	
11	Laura Flores Hernández	[Firma]	
12	Bernardina Reyes Rivera	[Firma]	
13			
14			
15			
16			
17			

Nombre y firma
Enfermera Adscrita del servicio

Nombre y firma
Coordinador o Tutor clínico
E.E.S.M RICARDO ARREGUIN

Responsable del taller EESM
CRUZ SALINAS OMAR.

ANEXOS.

LISTA DE PARTICIPANTES.
Psicoeducativo Plan de Alta T-IV

NUMERO	NOMBRE	FIRMA
1	Tary Shatsia Alvarado Rodriguez	
2	Lorena Baunco Flores	
3	Selene Ruiz Robledo	
4	Sánchez Avenidaño Zazil	
5	Karen Andrea Peralta Salmeron	
6	Laura Flores Hernandez	
7	Karen Sarai Wgo Flores	
8	GABRIELA FLORES LIRA	
9	Martinez Lopez Metzli	
10	Pierres Sidney Voleysace Baardler	
11	Karina Ibarra Martinez	
12	Kanna Miranda Ibarra	
13	Cheris Ramos Uridiana	
14	Laura Edith Anaya	
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Elaborò: L.E. PALACIOS BARRIOS MIGUEL ANGEL



PSICOEDUCACIÓN.

Fecha: 20 Octubre 2021

Nombre del Psicoeducativo: "Cuidado al cuidador primario"

Lugar: Sala T-IV.

Servicio: T-IV.

No.	Nombre Completo	Firma	Comentario o Sugerencia
1	Varellana Chery Ramos		Excelente tema
2	Karen Sarai Wgo Flores		
3	Karen Andrea Peralta Salmerón		Éxito
4	Luzy Shatsia Alyzuel Rodríguez Sols		Echale ganas
5	Lorena Reynoso + lora		Suerte!
6			
7			
8			
9			
10	Karina Ibarra Martinez		excelente
11	Segundo López Jadaí		Buen tema!
12	Laura Flores Hernández		
13			
14			
15			
16			
17			

Nombre y firma
Enfermera Adscrita del servicio

Nombre y firma
Coordinador o Tutor clínico
E.E.S.M RICARDO ARREGUIN

Responsable del taller EESM
CRUZ SALINAS OMAR.



PSICOEDUCACIÓN.

Fecha: 20 Octubre 2021

Nombre del Psicoeducativo: "Salud mental con arte"

Lugar: T-IV Sala

Servicio: T-IV

No.	Nombre Completo	Firma	Comentario o Sugerencia
1	Martha Santuario	Martha	
2	Miranda Ibarra Karina	KIP	
3	Viviana Chelis Ramos	Christina	Excelente tema.
4	Karen Sarai Wgo Flores	Karen	
5	Karen Andrea Peralta Salm.	Karen	Excelente exponente
6	Jany Shatsia Nytre Rodriguez Celis	Jany	Echale ganas
7	Mendoza Carrillo Maria Fernanda	Maria	bien
8	Laura Gutierrez sid del Prado	Laura Gutierrez	Excelente tema
9	Lorena Reynoso Flores	Lorena	Excelente tema
10	Karina Ibarra Martinez	Karina	Excelente
11	Segundo Lopez Jadaí	Segundo	Muy buen tema.
12	Laura Flores Hernández	Laura	
13	Alejandra Nataly Jimenez	Nataly	excelente tema
14			
15			
16			
17			

Nombre y firma
Enfermera Adscrita del servicio

Nombre y firma
Coordinador o Tutor clínico
E.E.S.M RICARDO ARREGUIN

Responsable del taller EESM
CRUZ SALINAS OMAR.

SUGERENCIAS PARA DISMINUIR EL ESTIGMA.

- Trabajar con la perspectiva social.
- Dar importancia de creer en las posibilidades de superación de cada persona con una enfermedad mental.
- Trabajo en red comunitario e inclusivo.
- Actitud profesional activa en defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental.
- Fomento del empoderamiento.
- Trabajar por la discriminación de estereotipos.
- Impulsar proyectos de integración grupal y comunitaria

DIRECTORIO.
Hospital Psiquiátrico.
Dr. Samuel Ramírez Moreno.
Autopista México - Puebla No 83, Ampliación Santa Catarina, 56619 Valle de Chalco Solidaridad, Méx.
Consulta Externa.
Lunes a Viernes de 7:00 a 9:00 a.m.
Sábados, domingos y días festivos de 7 a 19:00 hrs.
Teléfonos: 58-60-15-30 y 58-60-44-39.

¿PORQUE ESTIGMATIZAMOS?

ELABORADO POR:
L.E. CRUZ SALINAS O.MAR.

COORDINADOR:
E.E.S.M. RICARDO ARREGUÍN RESENDIZ.
MTRA. MARIANA CRUZ MARTÍNEZ.
E.E.S.M. ORTEGA ROCHA, JONATHAN ELIU.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
Ramón de la Fuente Muñiz.
Callezada México Xochimilco # 101
Colonia San Lorenzo Huipulco CP
14370 Tlalpan, CDMX
Teléfonos: 41604372 y 41605241
Servicio de atención Psiquiátrica.
Disponible 365 días del año de 8:00 a 2:00 h.

UNAM POSGRADO EN ENFERMERÍA

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO

Estudiantes del posgrado de enfermería en salud mental, tienen el placer de invitarle al taller:



FECHA:
HORA:
LUGAR:

TALLER PSICOEDUCATIVO
APRENDO, ENTIENDO, ME ATIENDO Y ME CUIDO.
"CONCIENCIA DE SALUD ENFERMEDAD"

Coordinadores:
EESM Ricardo Arreguin Reséndiz
MTRA. Mariana Cruz Martínez

Tutor:
EESM: Jonathan Eliú Ortega Rocha

Asignatura:
Intervenciones de Enfermería II

Presenta:
Lic. Brenda Monserrat Espinoza Hernández

ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO

Comunicación Paradojica Y ASERTIVIDAD.

"LA COMUNICACIÓN PUEDE SER MUY PODEROSA SI LA REALIZAMOS DE FORMA ADECUADA"

POSGRADO EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL ENEO-UNAM

PRESENTA

CUIDATE PARA CUIDAR

TALLER PSICOEDUCATIVO
¡También tú eres importante!

Lugar: Octubre 2021

Página 1 / 1

ARTE PARA TU SALUD MENTAL

M.E.E Leslie A. Soberanes Jiménez

¡ESTÁS INVITADO!

Anexo 3. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

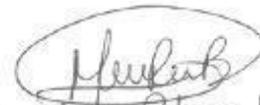
Mi nombre Palacios Barrios Miguel Angel soy licenciado en enfermería y obstetricia y actualmente estoy en el programa de la especialidad en Enfermería en Salud Mental de la UNAM, mi sede se encuentra en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

El objetivo de esta entrevista es conocer las experiencias que ha tenido alrededor del padecimiento actual, además de brindarle información que sea útil para usted. Le comento que esta entrevista tiene una duración aproximada de una hora, su participación es voluntaria y es independiente a la atención que brinda esta Institución, si decide no participar en ella, no afectara de ningún modo la atención que se le proporciona aquí.

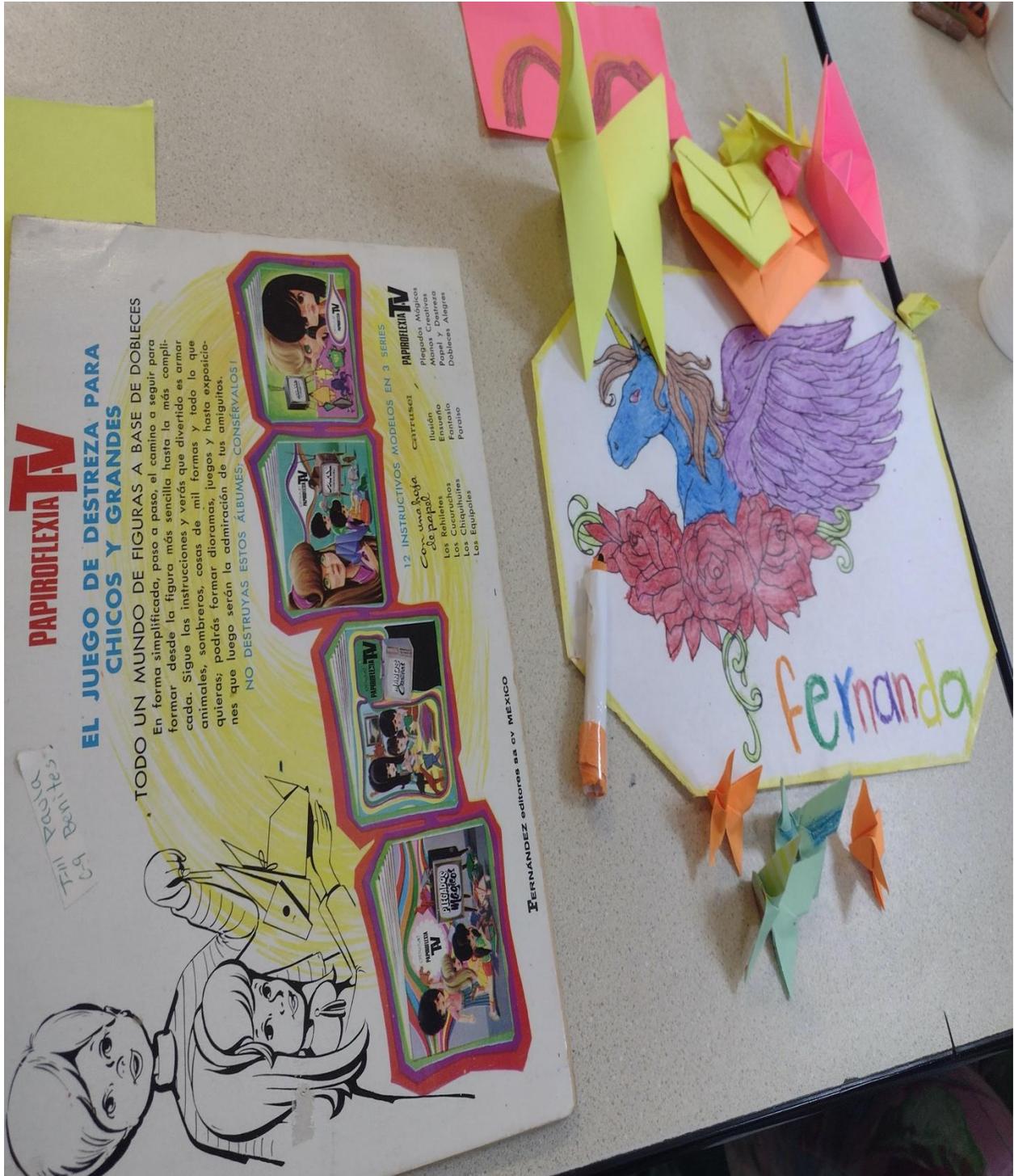
La información que usted me otorgue es confidencial y será utilizada únicamente con fines académicos. Durante la entrevista, estará presente la Dra. Jazmín Mora Ríos, quien se encarga de supervisar estas actividades y quien tomará algunas notas durante el proceso de la entrevista.

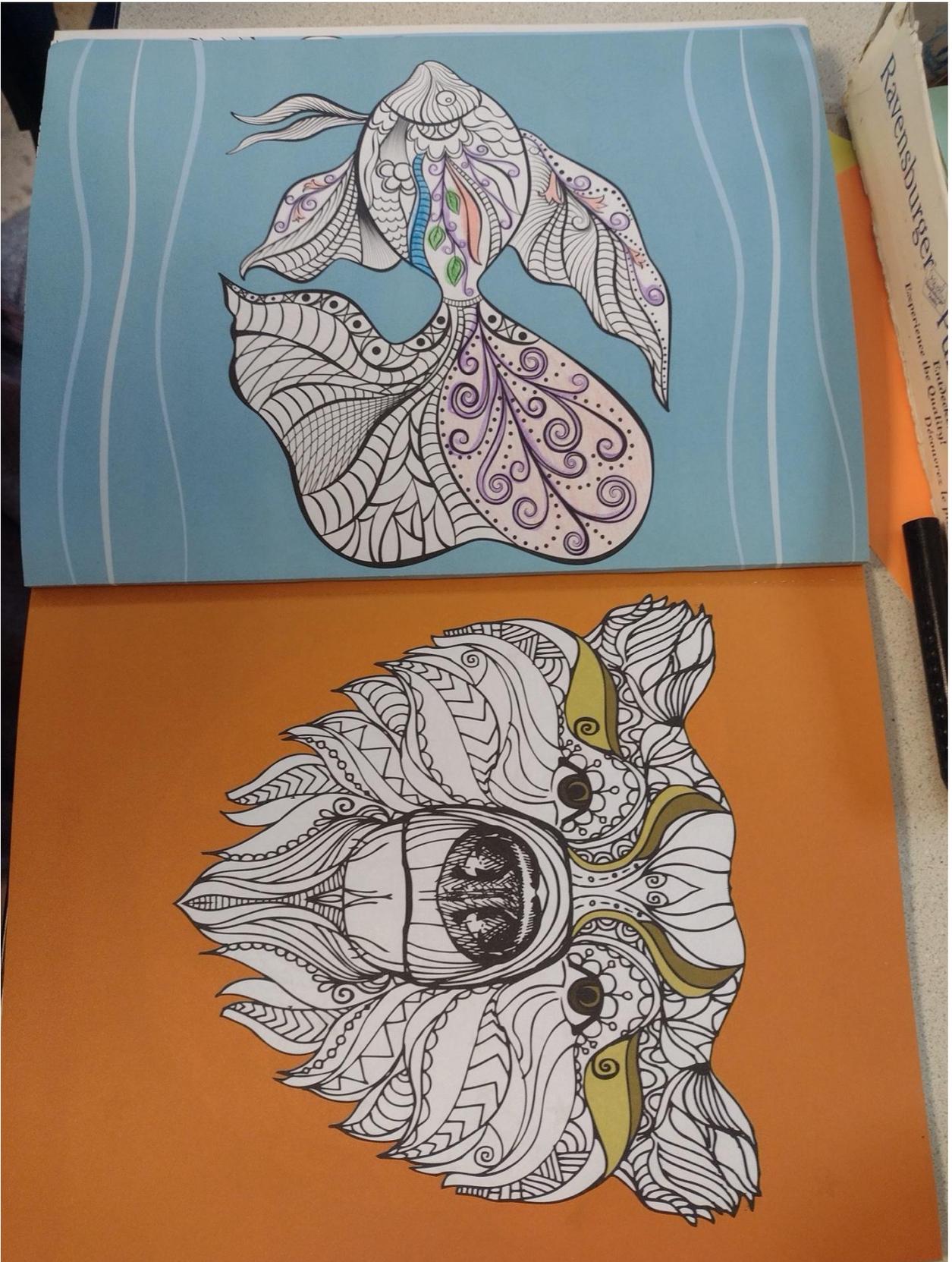
También es importante que sepa que si se siente incómoda puede no responder a las preguntas que le plantee o incluso si quiere finalizar la entrevista antes de tiempo, lo ponemos hacer sin ningún problema.

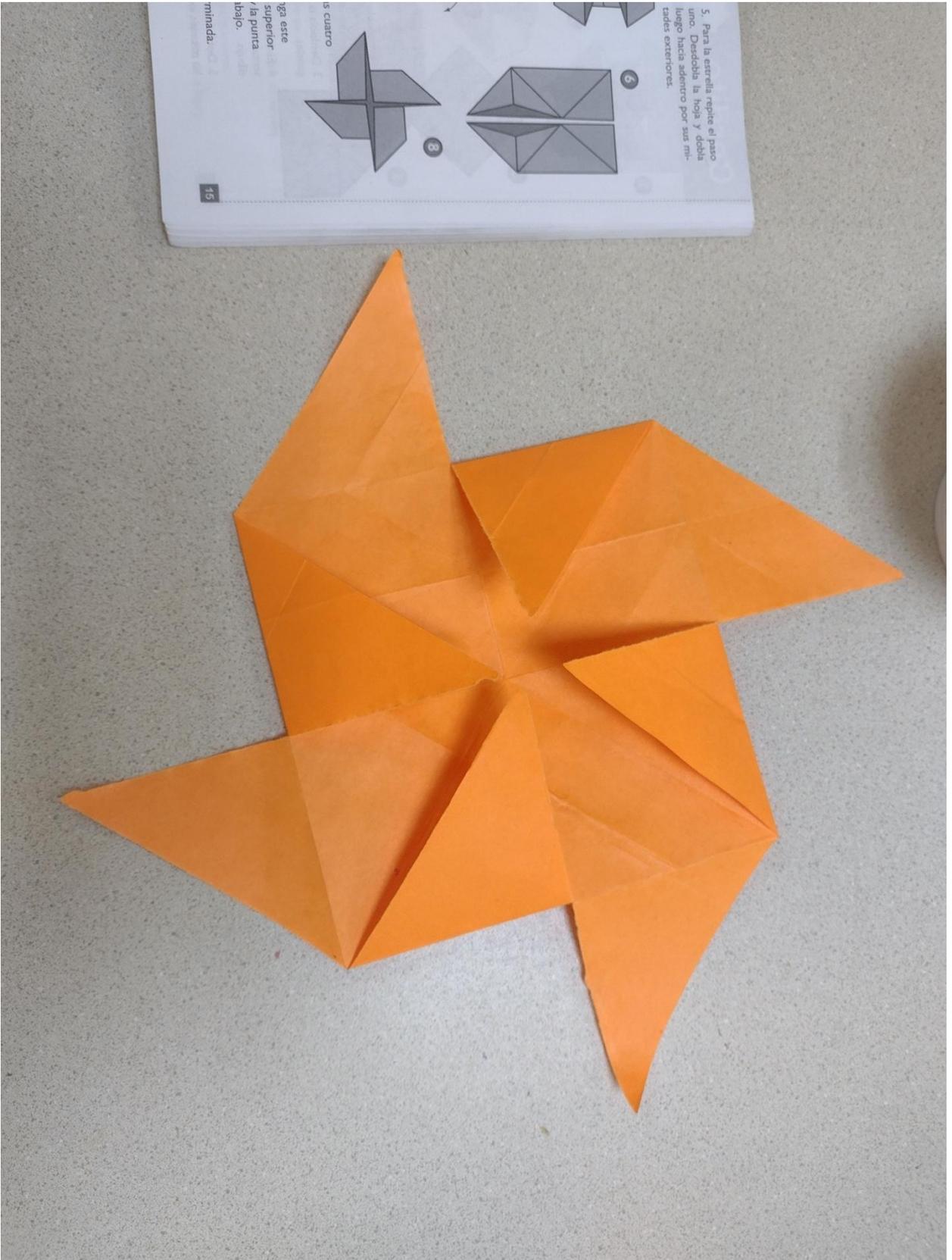

Karina Ibarra Martínez
NOMBRE Y FIRMA


Miguel Angel Palacios B.
FIRMA RESPONSABLE

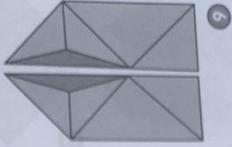
Anexo 4. Evidencia fotográfica.



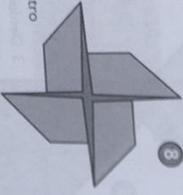




5. Para la estrella repite el paso uno. Desdoble la hoja y dobla luego hacia adentro por sus mitades exteriores.



6



7. Toma este extremo superior y la punta inferior.

8. Repite el paso 7 en la otra mitad.

9. Repite el paso 7 en la otra mitad.

10. Repite el paso 7 en la otra mitad.

11. Repite el paso 7 en la otra mitad.

12. Repite el paso 7 en la otra mitad.

13. Repite el paso 7 en la otra mitad.

14. Repite el paso 7 en la otra mitad.

15. Repite el paso 7 en la otra mitad.

16. Repite el paso 7 en la otra mitad.

17. Repite el paso 7 en la otra mitad.

18. Repite el paso 7 en la otra mitad.

19. Repite el paso 7 en la otra mitad.

20. Repite el paso 7 en la otra mitad.

21. Repite el paso 7 en la otra mitad.

22. Repite el paso 7 en la otra mitad.

23. Repite el paso 7 en la otra mitad.

24. Repite el paso 7 en la otra mitad.

25. Repite el paso 7 en la otra mitad.

26. Repite el paso 7 en la otra mitad.

27. Repite el paso 7 en la otra mitad.

28. Repite el paso 7 en la otra mitad.

29. Repite el paso 7 en la otra mitad.

30. Repite el paso 7 en la otra mitad.

31. Repite el paso 7 en la otra mitad.

32. Repite el paso 7 en la otra mitad.

33. Repite el paso 7 en la otra mitad.

34. Repite el paso 7 en la otra mitad.

35. Repite el paso 7 en la otra mitad.

36. Repite el paso 7 en la otra mitad.

37. Repite el paso 7 en la otra mitad.

38. Repite el paso 7 en la otra mitad.

39. Repite el paso 7 en la otra mitad.

40. Repite el paso 7 en la otra mitad.

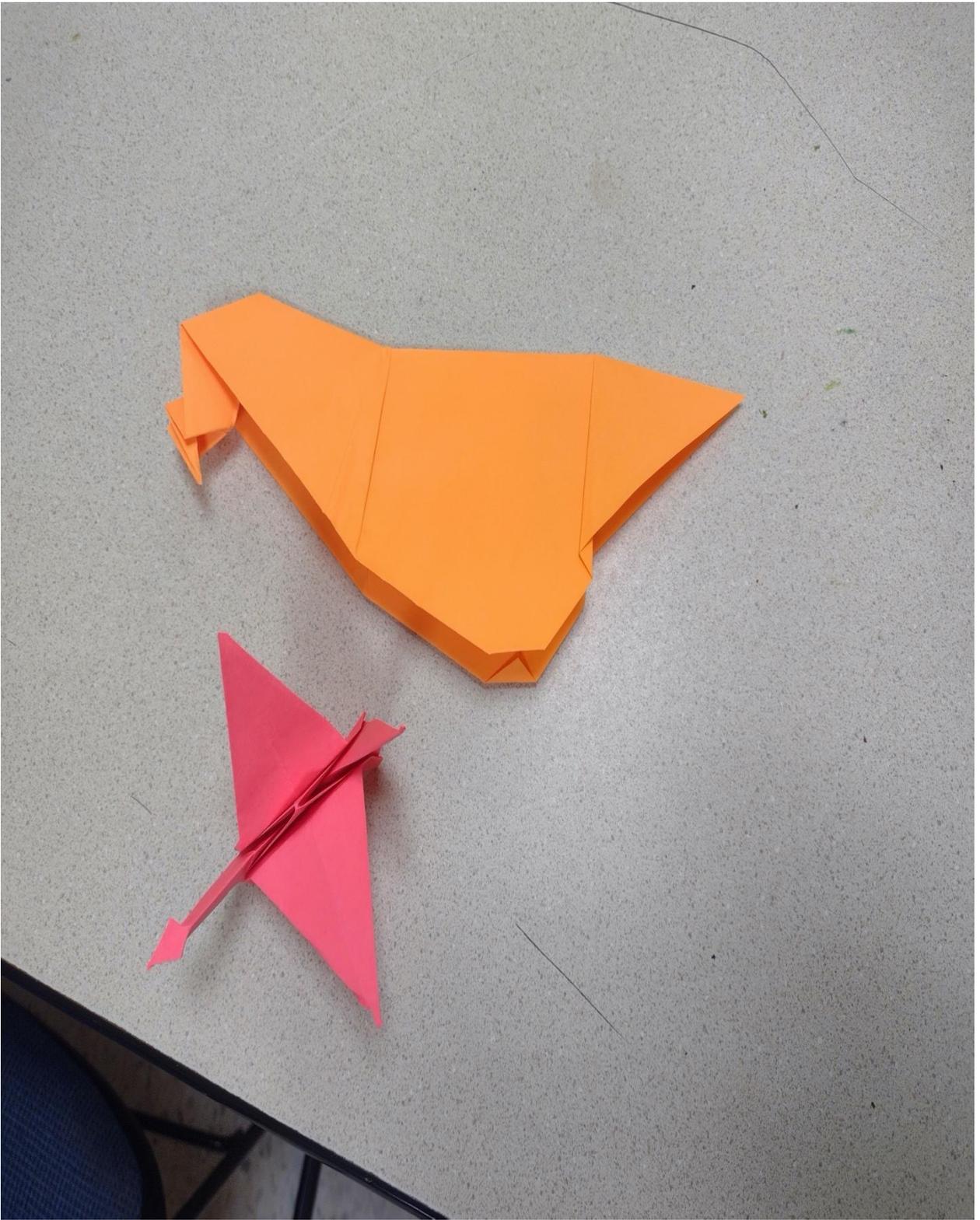
41. Repite el paso 7 en la otra mitad.

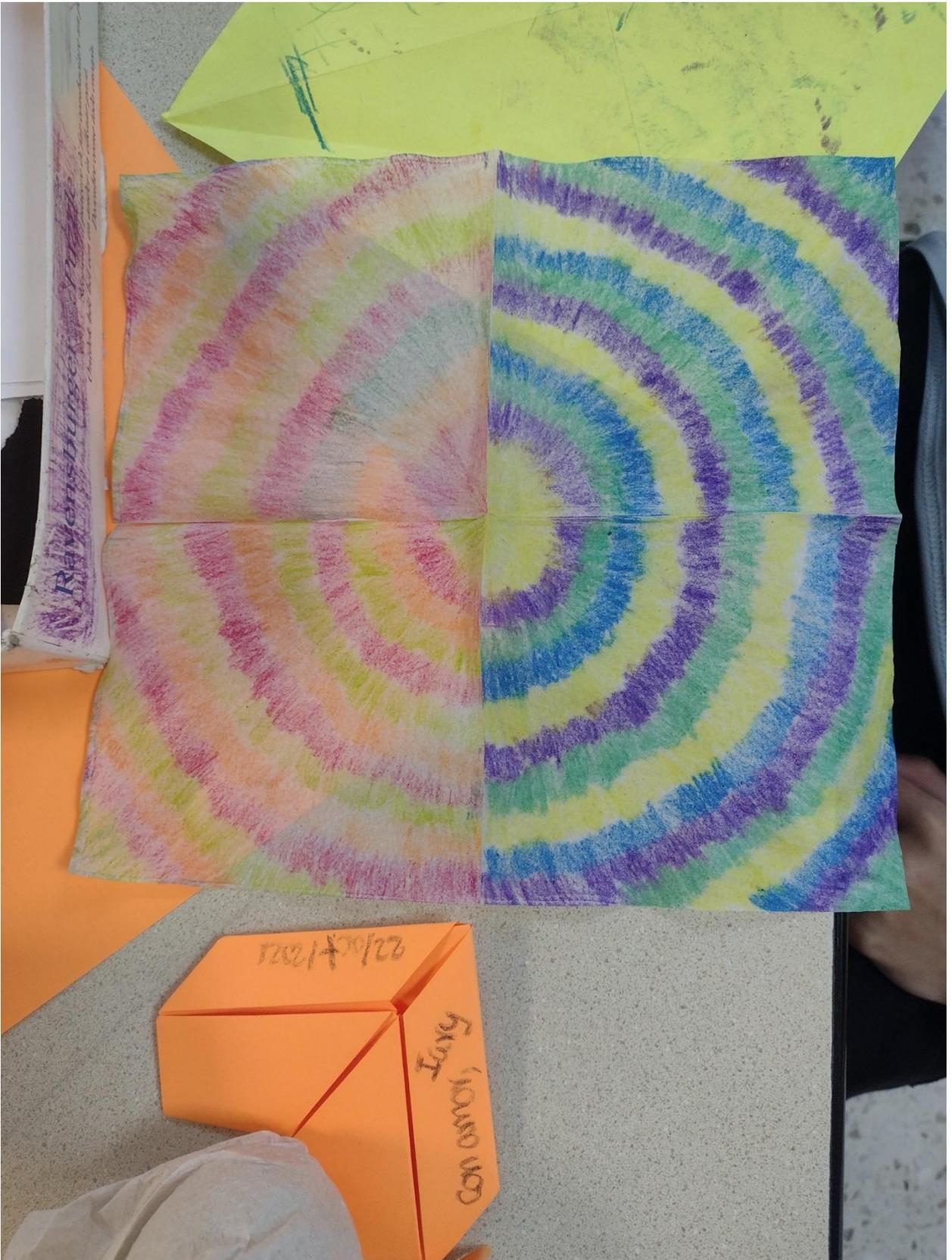
42. Repite el paso 7 en la otra mitad.

43. Repite el paso 7 en la otra mitad.

44. Repite el paso 7 en la otra mitad.

45. Repite el paso 7 en la otra mitad.





Apéndice 1. Cédula de valoración Marjory Gordon, once patrones funcionales



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Especialización en Enfermería en Salud Mental
Sede: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN
Basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon

1. Valoración a cargo de: Palacios Barrios Miguel Angel.

Ficha de identificación

Fecha: 25 Oct. 2021

Nombre: M.I.K.

Fecha de nacimiento: 4 Enero 2001 Edad: 20 años.

Género: Femenino Ocupación: Estudiante.

Estado civil: Soltera Religión: Católica

Nacionalidad: Mexicana Escolaridad: Preparatoria Completa

Lugar de residencia: Agrícola Oriental/Iztacalco Idioma/lengua: Inglés, Francés Intermedio, Español.

Domicilio: Privado. Teléfono: 5521587937/47393511

Alergias: Negadas Antecedentes de riesgo: DM, HAS.

Nombre del responsable o tutor: _____

Motivo de consultoría: Estudio de caso.

Valoración física

❖ *Signos vitales*

T/A: 100/80 F.C: 98. F.R: 18 TEMP: 36.0

Valor escala Glasgow: _____

Aspecto de piel y mucosas: Normal.

❖ *Lesiones o heridas*

Tipo de herida o lesión: Ninguna

Observaciones: _____

❖ *Prótesis*

❖ Si: _____ No: Tipo y ubicación: _____



Movilidad

Adecuada: Inadecuada: _____ Especificar: _____

◆ *Actitud durante la entrevista*

Colabora: No colabora: _____

◆ *Tratamiento médico*

Si: No: _____

Especificar: _____

Patrón 1. Percepción / manejo de la salud

Aliño e higiene personal (vestido/arreglo):

Adecuado al entorno: Inadecuado al entorno: _____

Otros (especificar): _____

Conciencia de enfermedad. Si _____ No _____ Parcial

◆ *Cirugías realizadas*

Especificar detalles:

Ninguna

◆ *Déficits sensoriales*

Alteraciones visuales: Alteraciones auditivas: Extremidades: _____

◆ *Hábitos de salud y conductas preventivas*

Esquema de vacunación completo. Si No _____

Baño (frecuencia): Diario

Cambio de ropa: 2 veces al día

◆ *Higiene dental*

Frecuencia de aseo: 3 veces al día

Estado general de la dentadura: Completa

❖ Hábitos y conductas adictivas

Consumo actual	Sustancia	Frecuencia	Edad de inicio	Dosis	Alguna vez en la vida
	Tabaco				
	Bebidas alcohólicas				
	Cafeína				
	Cannabis				
	Cocaína	NINGUNA			
	Anfetaminas				
	Inhalantes				
	Tranquilizantes				
	Alucinógenos				
	Opiáceos				
	Otras				

Solvencia económica: _____

Independiente: _____

Dependiente de: Padres

Otros datos de interés: _____

Patrón 2 Nutricional-metabólico.

Peso: <u>32</u>	Talla: <u>1.62</u>	Perímetro Abdominal:
Peso ideal:	A perdido o ganado peso (cuanto) <u>Se ha mantenido</u>	
Complejión (delgado, obeso, caquéxico): <u>Delgada</u>		

ALIMENTACIÓN			
COME	SE ALIMENTA CON	TIPO DE ALIMENTACIÓN / HORARIO / CANTIDADES	OBSERVACIONES
Solo <input checked="" type="checkbox"/>	Cuchara <input checked="" type="checkbox"/>	Blanda	Dieta a corde a porción de comidas del instituto.
Con ayuda <input type="checkbox"/>	Vaso <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> (9-2-7) Normal	
	Sonda <input type="checkbox"/>	Papilla	
	Biberón <input type="checkbox"/>	Suplementos	
		Especial	

DATOS DIGESTIVOS					
Anorexia: <input checked="" type="checkbox"/>	Nauseas: <input checked="" type="checkbox"/>	Vomito: <input checked="" type="checkbox"/>	Indigestión: <input checked="" type="checkbox"/>	Hematemesis: <input type="checkbox"/>	Pirosis: <input type="checkbox"/>
Distensión: <input type="checkbox"/>	Masticación dolorosa: <input checked="" type="checkbox"/>	Disfagia: <input type="checkbox"/>	Polidipsia: <input checked="" type="checkbox"/>	Polifagia: <input type="checkbox"/>	Sialorrea: <input type="checkbox"/>
Odinofagia: <input type="checkbox"/>	Regurgitación: <input checked="" type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>			

Sede: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

OBSERVACIONES:

- ❖ ¿Cómo es su apetito? Normal.
- ❖ ¿Cómo se siente después de la comida? Satisfecha.
- ❖ ¿Cómo reparte las comidas y bebidas durante el día? _____
- ❖ ¿Cuántas comidas realiza al día? 3 actual, anteriormente 5/6
- ❖ ¿Cuánto líquido toma al día bebe al día y que tipo de líquido (leche, agua, zumos, vino, etcétera)? 2 Litros.
- ❖ ¿Relate lo que come en un día habitual? Cremado de elote, agua de papaya, Betabel, chicharos con zanahoria
- ❖ ¿Qué alimentos son los preferidos y cuáles son los menos deseados? + Ensaladas, - Tortas
- ❖ ¿A qué atribuye cualquiera de los dos anteriores? _____
- ❖ ¿Hay algún alimento que tome en mayor proporción? Jicama
- ❖ ¿Hay algún alimento que no le siente bien en las comidas? Ninguno.
- ❖ ¿A qué atribuye cualquiera de las elecciones anteriores? _____
- ❖ ¿Existe historia familiar o cultural relacionada con la elección? _____
- ❖ ¿Conoce de que alimentos está compuesta una dieta equilibrada? Si.
- ❖ ¿Hay alimentos que no suela comerse? ¿Cuáles? Chocolate.

Patrón 3 Eliminación

Eliminación intestinal

Hábitos Intestinales: N° de evacuaciones por día: 3 Estreñimiento: Diarrea:

Incontinencia: urgencia de defecar:

Características:

Situación Actual: N° de evacuaciones por día: 3 Estreñimiento: NO Diarrea: NO

Incontinencia: NO urgencia de defecar: NO

Características: Sólidas

Motilidad Gastrointestinal: X'

Ruidos Intestinales: tono agudo NO tono borboteo NO débil NO fuerte NO

Distensión Abdominal: NO cm dolor abdominal NO

Flatulencias: ausente ocasional frecuente

Auxiliares de la Eliminación: uso de laxante NO uso de enemas NO uso de supositorios NO

Sede: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Estomas: ileostomía NO colostomía NO cecostomía NO

Características de la Eliminación: _____

Eliminación urinaria

Hábitos Urinarios: frecuencia por día 3 disuria NO nicturia NO Urgencia a la micción NO hematuria NO retención NO

Situación Actual: frecuencia por día 3 disuria nicturia Distensión vesical si / no / Urgencia a la micción NO hematuria NO retención NO

Función: Incapacidad para iniciar la micción NO incapacidad para inhibir la micción NO Incontinencia: si no total parcial diurna nocturna

Dispositivo de Ayuda: si no Especificar: _____

Características: color: ámbar / pajizo amarillo oscuro rojo oscuro Aspecto: transparente turbio sedimento

Verificar escala de Bristol

Patrón 4 Actividad y ejercicio

Refiere cambios en función cardíaca al realizar actividades cotidianas: No / Si Especificar (palpitaciones, lipotimias, necesidad de detener la acción que realiza):

*Presencia de marcapaso: No / Si Fecha de instalación: _____

*Ha sentido cambios en patrón respiratorio: No / Si especificar (fatiga, disnea al caminar, al comer, al subir escalera, al estar acostado, y a qué distancia

*Referencia de cambios en estado vascular periférico: No / Si especifique (distensión venosa yugular, equimosis, hematomas, varicosidades, red venosa alterada, parestesias, edema de miembros inferiores etc.)

*Referencia de cambios neuromusculares: No / Si especifique (calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc.)

*Dificultad para movilizarse: No / Si especifique



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Especialización en Enfermería en Salud Mental



Sede: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

* ¿Que actividades realiza en los tiempos libres?: recreativas domésticas _____
especificar (salida, paseo, ver televisión, etc.) Juegos de lógica.

* ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, vestido, movilidad en cama?

Patrón 5 Sueño descanso

Responda sobre la línea lo que se pregunta

Horas de sueño en 24 horas 7 ¿Duerme durante el día? Si ¿Cuánto tiempo? 20/30 minutos.
¿Tiene problemas para conciliar el sueño? NO ¿Se despierta por la noche? NO
¿Aparición de pesadillas o temores? NO ¿Duerme o ha dormido bien? NO ¿Se
siente cansado después de dormir? NO ¿Ronca? Si ¿Su sueño es reparador?
NO ¿Presenta irritabilidad durante el día? Si ¿Presenta ojeras? Si ¿Presenta
bostezos durante el día? NO ¿Se siente somnoliento durante el día? Si

TIPO DE SUEÑO		MEDICAMENTOS E INFUSIONES DE SEDACIÓN, ANESTÉSICOS ETC.	OBSERVACIONES
Fisiológico			
Inducido	<input checked="" type="checkbox"/>	LORAZEPAM	1 antes de dormir.

Consultar: Escala de somnolencia Epworth (ESE)

Patrón 6 Cognitivo-perceptual

2. Orientación espacial y temporal

¿Sabe dónde se encuentra? Instituto Nacional de Psiquiatría.

¿Dónde vive: calle, número, pueblo/barrio, país, etcétera? Colonia Agrícola Oriental

¿Dónde viven otros familiares? Martin Carrera.

¿Domicilio del lugar de trabajo? Ninguno.

Alteraciones perceptivas

¿Escucha alguna vez voces o ruidos?

SI

En caso afirmativo preguntar si son conocidas, qué le dicen, si hablan entre ellas, si son agradables o desagradables, si le insultan, de donde proceden.

¿Puede describir las? Son murmullos, personas desconocidas que desean invadir mi mente y quieren hacerme daño. Sic usuaria.

¿Ha visto alguna vez luces, sombras, imágenes?

NO.

En caso afirmativo preguntar ¿Puede describir las? NO.

¿Ha tenido la sensación de ser tocada o manoseada? NO.

En caso afirmativo, ¿qué o quién cree que es? NO.

¿Ha notado alguna vez olores extraños? NO

En caso afirmativo, ¿de dónde proceden? NO.

Memoria e inteligencia

¿Qué es lo que ha comido hoy, cenado, etcétera, hoy? Agua de melón, fruta.

¿Quién vino verle ayer? "Mi tía" Sic usuaria

¿Qué hizo el pasado fin de semana? Estar aquí, platicar con mis familiares y juegos de mesa

¿Cómo se llamaba el colegio donde iba a clase de pequeño/a? Alfa Omega "Preescolar"

¿Cuántos años tenía cuando terminó la escuela, se graduó? 19 años, sí.

Que relate algún acontecimiento agradable o desagradable de su infancia y comprobar grado de exactitud: Iba a comprar mi mapple de chocolate.

Pensamiento y lenguaje

¿Ha notado alguna vez que su pensamiento va tan rápido que no le da tiempo de decirlo todo? Si, y me salto de temas de conversación.

En sus discursos, ¿le cuesta pasar de un tema a otro, o lo hace fácilmente? Lo hago fácilmente, pero me han dicho que me salto de temas.

Observaciones: Se observa hipotímica, ansiosa, irritable, con lenguaje desgregado, ocasionalmente con risas imotivadas y soliloquios.

ESCALA: Mini-examen cognoscitivo (lobo et al, 1079)

Patrón 7 Autopercepción-concepto

- 1) ¿Cómo se ve a sí mismo? Como una reflexión hacia las personas.
- 2) Actitud hacia su cuerpo: a) Aceptación b) Rechazo
- 3) ¿Se han producido cambios en su cuerpo? NO
- 4) ¿Cómo los ha asumido? —
- 5) Autopercepción: a) Ajustada a la realidad B) Fuera de la realidad

6) Sentimientos respecto a la percepción

Hipotímico	Si	no
Eutímico	Si	No

Sede: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hipomanía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Manía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Equilibrio emocional.

7) Humor

Tristeza	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> no
Inferioridad	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Culpa	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Inutilidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Minusvalía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Desesperanza	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Impotencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Rabia	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Superioridad	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No

8) Afecto

Eufórico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apropiado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Aplanado	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lábil	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apatía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Inapropiado	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Embotado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Patrón 8 Rol/relaciones

Contesta con un sí o un no, según consideres.

1. ¿Puedo moverme y desplazarme libremente? Sí
2. ¿Puedo satisfacer mis necesidades básicas de manera autónoma? Sí

Sede: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

3. ¿Soy independiente económicamente? NO
4. ¿Existen problemas de relación en la familia? NO
5. ¿Considera agradable su ambiente familiar? SI
6. ¿Hay apoyo entre los miembros de tu familia? SI
7. ¿Estudia o trabaja? Estudio
8. Amigos ¿Tienes amigos próximos?
SI
9. ¿Podrías mencionar a una persona significativa para ti? Nombre Buena Mamá
10. ¿Puede contar con alguien cuando necesitas hablar? SI
11. ¿Cuenta con alguien con quien divertirse? SI
12. ¿Realiza actividades recreativas o de ocio? SI

Patrón 9 sexualidad y reproducción

Edad menarquia. 12 Edad menopausia. — Embarazos. 0 Gesta. 0
Partos 0 Abortos 0 Numero de hijos Ninguno
Días por ciclo 3-4 FUM No recuerda IVSA — N.de parejas sexuales Ninguno.

Problemas en la menstruación. Ninguno

Métodos anticonceptivos. No, utiliza. Si, utiliza.

Insatisfactorio (a) con el método. —

Que método de planificación familiar utiliza. —

Dificultad para su actividad sexual. Son satisfactorias. SI NO

Ha habido cambios. SI NO Ritmo menstrual —

Disfunción reproductiva. —

Alteraciones percibidas en la menstruación. —

Sequedad vaginal: — Enfermedades ginecológicas: —

Revisiones ginecológicas: — Fecha de último papanicolaou. —

Fecha de autoexploración de mamas. — Fecha ultima mastografía. —

Prácticas sexuales — Problemas de identidad sexual. —

NO
Coopera
con
las
Preguntas

Patrón 10 Adaptación/tolerancia al estrés

Sede: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Marcar con una (X) los síntomas que presente.

Reacciones tras un trauma físico o psicológico

Falta de atención (NO) Agresión (NO) Alteración del estado del humor ()
 Hipervigilancia (SI) Vergüenza (NO) Desesperanza (NO)
 Culpa (NO) Temor (NO) Negatividad (NO)

Respuesta física

Deterioro funcional (SI) Dermatitis (NO) Trastornos del sueño (SI)
 Cambio de rol social (NO) Cansancio (NO)

Afrontamiento

Inefectivo (SI) Defensivo (NO) Inadaptación (NO)
 Duelo (NO) Negación () Ansiedad (SI)

Incapacidad para afrontar las situaciones (NO)

Existencia de búsqueda de aceptación de cuidados para la conservación y/o recuperación de la salud: si () no ()

Emplea técnicas de relajación: si () no ()

Presencia de:

Irritabilidad (SI) Temblores (NO) Movimientos exagerados (NO)
 Contracciones (NO) Movimientos descoordinados (SI) Bradicardia (NO)
 Taquicardia (NO) Arritmia (NO) Bradipnea (NO)
 Apnea (NO) Escalofríos (NO) Color pálido (SI)
 Cianótico (NO) Enrojecido (NO) Cefalea (NO)

Sabor metálico en boca (NO)

Manifestaciones:

Esta normalmente tenso (NO) Emociones inapropiadas (NO) Intolerancia (NO)
 Minimiza los síntomas (NO) Comunicación limitada (SI) Psicopatización (NO)
 Preocupación excesiva/prolongada (NO)

Consultar la escala de Estrés EEP- 14 Remor.

Patrón 11 Valores y creencias

Sede: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

1. ¿Tiene planes a futuro importantes? Sí _____ No
2. ¿Qué es lo que le importa en la vida? La enseñanza.
3. ¿Se encuentra contenta (o) con su vida? Si
4. Tiene conflictos/preocupaciones importantes Sí _____ No
cuál _____
5. Pertenece a grupos /asociaciones Sí _____ No ¿De qué tipo? _____
6. ¿Ha recibido alguna terapia para su salud? Sí _____ No ¿Cómo cuál? _____
7. Suele conseguir lo que quiere Si
8. Ve bien su futuro Sí No _____
9. Algunas creencias e ideas importantes Los santos.
10. ¿Algún conflicto/oposición familiar? _____
11. ¿Qué religión práctica? Católica
12. Es importante en su vida Sí No _____
13. Le ayuda en sus problemas Sí No _____
14. Tiene algún conflicto/preocupación por la vida/muerte Sí _____ No
15. Tiene algún conflicto/preocupación por el sufrimiento/dolor Sí _____ No
16. Tiene algún conflicto/preocupación por la enfermedad Sí _____ No

Otros datos de interés

Hay alguna cosa de la que no hayamos hablado y quiera mencionar?

Ninguno.

Quiere hacer una pregunta o quiere información de algo concreto?

Ninguno.

Apéndice 2 Mini examen cognoscitivo (lobo et al, 1079)

Mini-examen cognoscitivo (lobo et al, 1079)

DESCRIPCION:

El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas.

Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales

Diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración.

Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje

INSTRUCCIONES GENERALES:

Invitar al entrevistado a colaborar. No corregir nunca al paciente, aunque se equivoque. Contabilizar los puntos correctos de cada uno de los 5 ítems del test.

1. Orientación: No se permite la Comunidad Autónoma como respuesta correcta para la provincia ni para nación o país(excepto en las comunidades históricas).

2. Fijación. Repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que el paciente repita las tres palabras correctamente hasta que las aprenda. Están permitidos seis intentos para que las repita correctamente.

3. Concentración y Cálculo: Sustracción de 3 en 3. Si no le entiende se puede reformular la pregunta. Si tiene 30 pesetas y me da tres ¿cuántas le quedan?, y seguir pero sin repetir cifra que dé el paciente. Se dará un punto por cada sustracción correcta.

Repetir los dígitos 5 – 9 – 2 lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda, se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.

4. Memoria: Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo. 1 punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.

5. Lenguaje y construcción: El entrevistador ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada, un error en la letra, es 0 puntos en el ítem:

- Semejanzas: En las semejanzas perro-gato las respuestas correctas son animales de "x" características. Órdenes verbales, si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error, si lo dobla más de dos veces es otro error.

- Lectura, escritura y dibujo: Si utiliza gafas se solicita que se las ponga.

- Frase: Advertir que no se considerará correcta si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que ha de escribir algo diferente. Debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento para valorarla con un punto.

- Figura. Cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto.

PUNTUACIÓN:

La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es < 23 puntos.

Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total.

Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación $(20 \times 35 / 21) = 22,5$ (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23).

INTERPRETACIÓN:

Instrumento sencillo y breve de aplicación, no requiere de especiales habilidades para su administración. La edad y la escolarización influyen en la puntuación total.

Existen limitaciones a su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales. No explora todas las áreas cognitivas. Posibilidad de que pasen inadvertidos los casos incipientes de deterioro cognitivo.

RANGO de PUNTUACION 0 - 35.

Lobo y col, proponen:

- Pacientes GERIÁTRICOS (> de 65 años), punto de corte 23/24 (es decir, 23 ó menos igual a "caso" y 24 ó más a "no caso", y en

- Pacientes NO GERIÁTRICOS punto de corte 27/28 (es decir, 27 ó menos igual a "caso", y 28 ó más igual a "no caso").

En España, la titular de los derechos del MEC de Lobo es Tea Ediciones, y su sitio web es <http://www.teaediciones.com>

Paciente.....	M.A.J.R.	Edad.....	20
Ocupación.....	Estudiante	Escolaridad.....	Universidad (Prepa)
Examinado por.....	Miguel Angel Palacios	Fecha.....	25 OCT 2021
ORIENTACIÓN			
• Dígame el día.....	25	Mes.....	OCT
fecha.....	25	Estación.....	Otero
.....	25	Año.....	2021 (5 puntos) 5
• Dígame el hospital (o lugar).....	Instituto Nacional de Psiquiatría		
planta.....	PA	ciudad.....	CDMX
Provincia.....	Nación.....		Mexicana (5 puntos) 5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos) 3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

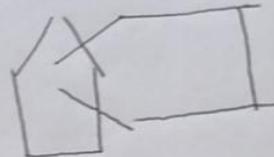
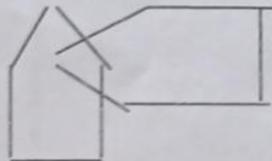
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? (5 puntos) 5
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás (3 puntos) 3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ? (3 puntos) 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj (2puntos) 2
- Repita esta frase : En un trigal había cinco perros (1 punto) 1
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? (2 puntos) 2
¿qué son el rojo y el verde ?
- ¿Que son un perro y un gato ? (1 punto) 1
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos) 3
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS (1punto) 1
- Escriba una frase (1 punto) Alto y bajo, duro de roer 1
- Copie este dibujo (1 punto) 1



Total 36 pts.

Apéndice 3 . Test de Epworth para evaluar somnolencia en adultos

Test de Epworth para evaluar la somnolencia en adultos

El Síndrome de Apneas-Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHS) consiste en la aparición repetitiva de apneas o hipopneas durante el sueño como consecuencia de una alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior que conduce al colapso. Se trata del tipo más frecuente de trastorno respiratorio del sueño y suele manifestarse con episodios recurrentes en los que se limita el paso del aire durante la fase de descanso. Para medir el número de apneas o hipoapneas por hora de sueño se utiliza el Índice de Apnea-Hipopnea (IAH), resultado de dividir el número total de apneas e hipopneas registradas en el estudio poligráfico del sueño por el tiempo de sueño en minutos y multiplicado por 60.

Entre los factores de riesgo que pueden favorecer el colapso de la vía aérea superior se encuentran ser varón, la edad, la obesidad, el alcohol, el tabaco, determinados fármacos o la genética, en relación a las alteraciones anatómicas o fisiológicas. La presencia de estos factores de riesgo junto con la manifestación de determinados síntomas puede hacer sospechar un SAHS en determinadas personas.

El síntoma diurno más característico que permitirá hacer sospechar la presencia de SAHS es la somnolencia excesiva, definida como la tendencia a dormirse de forma involuntaria en situaciones inapropiadas. Su intensidad puede ser variable por lo que puede afectar en distinta medida en la vida sociolaboral de quien la sufre, pero puede llegar incluso a ser una causa de incapacidad laboral y de accidentes de tráfico. Otros síntomas diurnos que pueden aparecer son las cefaleas, la sensación de sueño no reparador o cansancio crónico, trastornos de conducta y personalidad y hasta alteraciones sexuales. En cuanto a los síntomas nocturnos, el más característico es el ronquido, las pausas respiratorias, la actividad motora anormal, los despertares frecuentes, la poliuria nocturna, el insomnio o la pirosis.

Una de las escalas más utilizadas para valorar la repercusión que puede tener el SAHS es la de Epworth pues permitirá ayudar al paciente y al profesional sanitario a tener una aproximación inicial al diagnóstico de distintos trastornos respiratorios del sueño al medir la somnolencia. Consiste en que el paciente estime la probabilidad (0-nunca; 1-pocas; 2-moderadas; 3-muchas) de quedarse dormido en ocho situaciones diferentes. En función de la puntuación total, que puede variar entre 0 y 24, se determinará el grado de somnolencia y el posible diagnóstico: ronquido, SAOS, narcolepsia, hiperosmia o insomnio, entre otros.

TEST DE EPWORTH:

PREGUNTA: ¿Con qué frecuencia se queda usted dormido en las siguientes situaciones?

Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.

- 0 = nunca se ha dormido
- 1 = escasa posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de dormirse

SITUACIÓN	PUNTUACIÓN
Sentado y leyendo	0
Viendo la T.V.	3
Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...)	1
En coche, como copiloto de un viaje de una hora	0
Tumbado a media tarde	0
Sentado y charlando con alguien	0
Sentado después de la comida (sin tomar alcohol)	2
En su coche, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico	0
Puntuación total (máx. 24)	9

Escala de Epworth	RANGO	DIAGNÓSTICO	EDAD
5.9 ± 2.2	2 -10	NORMALES	30 ± 9
6.5 ± 3.0	0-11	RONQUIDO	45.7 ± 10
11.7 ± 4.6	4-23	SAOS	48.4 ± 10
17.5 ± 3.5	13-23	NARCOLEPSIA	46.6 ± 12
17.9 ± 3.1	12-24	HIPERSOMNIA	41.4 ± 14
2.2 ± 2.0	0-6	INSOMNIO	40.3 ± 14.6
9.2 ± 4.0	2-16	SPI+MPPS	52.5 ± 10.3

Esta tabla presenta los datos de la media y los rangos de puntuación de la Escala de Epworth en personas normales y con diferentes patologías, así como la edad media en la que se suelen diagnosticar las mismas. La escala de Epworth no es específica para SAHS por lo que es importante tener en cuenta que en la población española las puntuaciones superiores a 11 se consideran patológicas, y hay que descartar una patología del sueño. También hay que tener en cuenta que la Escala de Epworth mide la somnolencia diurna y ofrece una aproximación de su posible origen, lo que puede ayudar a evaluar la repercusión del SAHS en la calidad de vida del paciente. Sin embargo, también puede ocurrir que haya pacientes con SAHS graves que no sufran somnolencia diurna y por tanto no presentar un valor elevado en este test.

Apéndice 4. Cuestionario Apgar Familia.

Cuestionario APGAR Familiar
Evaluación del Funcionamiento de la Familia

No. De expediente _____ No. de miembros de la familia 6
 Tipo de familia: Estructura Nuclear Demografía _____
 Desarrollo _____ Tipología _____
 Integración/funcionalidad _____ Etapa del ciclo vital _____

De los siguientes aspectos señale con una cruz la categoría de respuesta que más se apegue a su situación familiar. Para cada pregunta se debe marcar solo una x

Aspecto	0 Nunca	1 Casi nunca	2 Algunas veces	3 Casi siempre	4 Siempre
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					X
2. Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					X
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					X
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.	X				
5. Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero				X	

Proporciona una evaluación sobre el grado de funcionalidad de la familia
Cada una de las respuestas tiene un puntaje del 0 a 4 puntos (0: nunca; 4: siempre)
Realizar sumatoria (puntaje de 0 a 20)
Interpretación:

Función	Puntaje
Buen funcionamiento familiar	18-20
Disfunción familiar leve	14-17
Disfunción familiar moderada	10-13
Disfunción familiar severa	≤ 9

15 pts.

Disfunción familiar leve
15 pts

2

Apéndice 5. Cronograma de actividades

	Primera semana (4-8 octubre)	Segunda semana (11-15 octubre)	Tercera semana (18-22 octubre)	Cuarta semana (25-29 octubre)
Octubre	Selección de caso clínico y planeación de psicoeducación.	<p>Valoración de patrones funcionales, con modelo de Mrjory Gordon</p> <p>Jerarquización de diagnósticos de acuerdo a patrones alterados.</p> <p>Psicoeducativos impartidos. “Plan de alta” “Prevención del estigma”.</p>	<p>Planeación de intervenciones Ejecución de intervenciones.</p> <p>Psicoeducativos impartidos</p> <p>“Promoción de la salud mental con arte”.</p> <p>Cuidado al cuidador primario.</p> <p>Conciencia de la salud enfermedad.</p>	<p>Evaluación realizada de intervenciones aplicadas.</p> <p>Psicoeducativos impartidos.</p> <p>Estrategias de afrontamiento y mantenimiento de la salud mental en situaciones de emergencia en contextos escolares.</p> <p>Comunicación paradójica y asertiva.</p> <p>Terapia de aceptación y compromiso.</p>