



# **UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO**

## ***FACULTAD DE ENFERMERÍA***

PROCESO DE ENFERMERIA

### **METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CON EL SUSTENTO DE MARY GORDON**

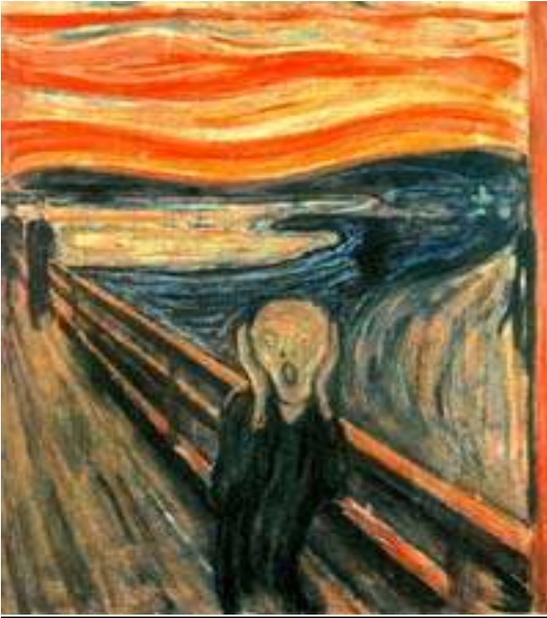
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:  
**ANA GEORGINA MONTAÑO ARIAS**

ASESORA:  
**C.M.C.E. VANESA JIMÉNEZ ARROYO**

**Morelia Michoacán. Enero 2007**





**Edvard Munch**  
*El Grito (1893)*  
*The Scream*  
*Le Cri*

*"No debemos menospreciar el amor  
Como poder curativo de los  
Delirios"*

**A.A.G**

*"La ciencia moderna aún no ha  
Producido un medicamento  
Tranquilizador tan eficaz como lo  
Son unas pocas palabras  
Bondadosas."*

**Sigmund Freud**

## **DEDICATORIA**

A **Dios** por darme vida. Por haberme dejado llegar a este momento profesional tan importante, y sobre todo por haberme dado a los dos mejores Ángeles en mi vida

### **MIS PADRES:**

*Esperanza Arias Garibay*  
*Evaristo Genaro Montaña Quezada*

Este trabajo, hoy parte de mi vida profesional, es gracias a su apoyo, paciencia, constante ánimo y sus muchos sacrificios. Gracias por darme, además de la vida, la preparación profesional y personal e inculcarme buenos principios y unión familiar para ser una mujer de bien.

### **CON AMOR:**

*Su hija A. Georgina M. A.*

## **A MIS HERMANOS**

Susana, Genaro y Manuel, como un símbolo de hermandad, apoyo mutuo, cariño, amor y comprensión que me han brindado a través de mi carrera, gracias a todo ello, he seguido su ejemplo.

## **A MI TIA ESTELA:**

Por el apoyo que me ha brindado desde que llegue ha vivir con ella, Asimismo, por haber sido como una segunda madre durante 6 largos años y brindarme los cuidados necesarios.

## **A MIS ABUELOS<sup>†</sup> Y TIOS**

Por la armonía y la unión que ha mantenido a la familia unida en las buenas y en las malas. Gracias.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la profesora Vanesa Jiménez Arroyo, asesora de esta metodología, por su apoyo personal y profesional.

A los sinodales: que revisaron, evaluaron y aportaron valiosos comentarios para el mejoramiento de este trabajo.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y a todos mis profesores de la carrera por su apoyo y profesionalismo.

Gracias al personal de la salud del hospital Psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco” por las facilidades obtenidas para la realización de este trabajo. Asimismo agradezco a la Secretaria de Salud por la beca obtenida durante el servicio social.

Al biólogo Raúl Ahedo (CIEco UNAM campus Morelia) por su asistencia técnica para capturar en archivos electrónicos, algunos formatos usados en este trabajo y por su participación en la edición final de este escrito.

A los biólogos: Noe Manuel Montaña, Susana Montaña, Genaro Montaña por su asesoría, aportaciones, comentarios, apoyo y tiempo para el mejoramiento y realización del este trabajo.

A mis amigos y compañeros durante la Licenciatura: Griselda de la Paz, Cesar O. Zamudio, Cirila Dimas, Ma.Eugenia Caballero, Mario Méndez, Braulio y Asamanda Acosta, con todos ellos tuve el gusto de compartir muchos momentos de trabajo, compañerismo y calidad humana.

Agradezco a la paciente y a la familia de esta, por permitirme trabajar en su caso y poderla ayudar en su enfermedad.

**La autora:** Ana Georgina Montaña Arias.

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE  
HIDALGO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:  
ANA GEORGINA MONTAÑO ARIAS**

**ASESORA:  
C.M.C.E. VANESA JIMÉNEZ ARROYO**

**SINODALES**

Presidente

\_\_\_\_\_  
C.M.C.E. Vanesa Jiménez Arroyo

1er. Vocal

\_\_\_\_\_  
Q.F.B. Georgina Hernández Mata

2do. Vocal

\_\_\_\_\_  
Dr. Luis Solorio Solorio

## Í N D I C E

	<b>Págs.</b>
Resumen	
Abstract	
<b>I.</b> Introducción	3
<b>II.</b> Justificación	4
<b>III.</b> Objetivos	7
<b>3.1.</b> General	7
<b>3.2.</b> Específicos	7
<b>IV.</b> Metodología aplicada	8
<b>V.</b> Marco teórico	10
<b>5.1.</b> Esquizofrenia	10
<b>5.2.</b> Proceso enfermero	22
<b>5.3.</b> Mary Gordon	26
	29
<b>VI.</b> Caso de estudio	
<b>VII.</b> Valoración por los patrones funcionales de Mary Gordon	31
<b>VIII.</b> Diagnósticos de Enfermería	34
<b>8.1.</b> Diagnóstico I	34
<b>8.2.</b> Diagnóstico II	37
<b>8.3.</b> Diagnóstico III	39
<b>8.4.</b> Diagnóstico IV	41
<b>8.5.</b> Diagnóstico V	43
<b>8.6.</b> Diagnóstico VI	45
<b>IX.</b> Conclusiones	47
<b>X.</b> Sugerencias	49
<b>XI.</b> Referencias Bibliográficas	51
<b>XII.</b> Bibliografías	54
<b>XIII.</b> Glosario de términos	55
Anexos	58

## **RESUMEN**

Este trabajo presenta un “Proceso de Atención de Enfermería (PAE)” aplicado al estudio de la esquizofrenia paranoide y evidencia la práctica profesional de la enfermera en el campo de la atención de la salud mental. Para ello se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva que sirvió como marco conceptual para poder abordar problema de la esquizofrenia paranoide mediante el PAE. Posteriormente, se usó un método de intervención de la enfermería basado en los 11 patrones de respuesta humana propuestos por Mary Gordon, los cuales sirvieron para la valoración del enfermo. Esta metodología fue aplicada a una paciente con esquizofrenia paranoide. Se generaron 6 diagnósticos que revelan información sobre la paciente: desinformación sobre su enfermedad; problemas de autoestima, depresión y angustia; aislamiento y desconfianza; alucinaciones; incapacidad para tomar decisiones; y alteraciones del sistema nervioso autónomo. La aplicación del PAE usando los patrones de respuesta humana resultó eficaz para valorar el estado fisiológico y psicológico de la paciente. Asimismo, mediante este trabajo se establecieron una serie de medidas para permitir el cuidado y la rehabilitación de la paciente. Estas medidas implican el uso de: medicamentos, técnicas de relajación y recreación, socialización y pláticas sobre su enfermedad. Todas estas medidas pueden ser ejecutadas por la acción conjunta entre el Psicólogo, el Psiquiatra y la atención de la Enfermería. En particular, la acción de la Enfermería y el apoyo de la familia son fundamentales para dar un cuidado continuo a la paciente mediante la aplicación de los patrones de respuesta humana.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, proceso enfermero, enfermo mental, cuidados de diagnósticos de enfermería, enfermería, Mary Gordon, salud mental, patrones de respuesta humana.

## **ABSTRACT**

This work presents a Nursing Attention Process (NAP) applied to study the paranoid schizophrenia and it evidences nursing interventions in mental health area. For this, I conducted an exhaustive bibliographical revision which served like a conceptual framework to address paranoid schizophrenia by means of a NAP. A method of nursing intervention was used. This method was based on the eleven patterns of human response proposed by Mary Gordon, which were good for mental-sick valuation. This methodology was applied to a patient with paranoid schizophrenia. Six nursing diagnoses were generated, which showed information on the patient: disinformation on its disease; problems of self-esteem, depression and distress; isolation and distrust; hallucinations; inability to make decisions; and autonomous-nervous system alterations. The application of the NAP using the patterns of human response was effective to value the patient's physiologic and psychological state. Also, I proposed by means of this works diverse measures to allow patient's attention and rehabilitation. These measures imply to use: medications, relaxation and recreation exercises, as well as socialization and chats on its disease. All these measures could be executed by combined action among Psychiatrists, Psychologists and Nursing interventions. In particular, nursing action and the support of the family are fundamental to give an attention continuous to the schizophrenic person by means of the application of human response patterns.

**Key words:** Schizophrenia, nursing process, mental sick, mental health, nursing diagnosis, Mary Gordon, human response patterns.

## **I.- INTRODUCCIÓN**

El diagnóstico y la atención de los enfermos mentales exigen cada vez más la cooperación de los miembros del área de la salud a través del trabajo eficiente con el fin de atender a los pacientes con esquizofrenia paranoide y beneficiar su rehabilitación.

Los estados y tendencias de la vida afectiva de cada individuo con patología psiquiátrica son de forma propia e inmediata e influyen en su personalidad y conducta (1).

La esquizofrenia paranoide es una de las tantas enfermedades desconcertantes de la psiquiatría y la medicina. Esta es una serie de síntomas y trastornos psicóticos (físico-biológicos, clínicos, conductuales, psicodinámico-interaccionales, fenomenológicos-existenciales y de condicionamiento sociológico) que afectan al individuo, la familia y la sociedad (2).

Actualmente, no se conoce un tratamiento que cure la esquizofrenia. Sin embargo, existe tratamiento farmacológico, el cual permite el control de las alteraciones que caracterizan a ésta enfermedad mental, ya que de no ser controlada el paciente puede mostrar agresividad hacía las personas o incluso el suicidio (3).

Conociendo lo anterior, es necesario evidenciar la práctica profesional de la enfermera en este campo de atención a la enfermedad paranoide a través de medidas de control de la enfermedad básicamente. Por ello, en este trabajo se presenta un método de intervención de la enfermería en un caso de esquizofrenia paranoide a través de la metodología de enfermería bajo el sustento teórico de Mary Gordon.

## **II.- JUSTIFICACIÓN**

La Esquizofrenia es un trastorno mental de carácter grave y un importante problema de Salud Pública. Actualmente, una de cada 100 mil personas sufre esta enfermedad crónica producida por una alteración genética en el cerebro. Se estima que a nivel mundial aproximadamente 50 millones de personas padecen esquizofrenia lo que equivale entre el 0.5 y el 1% de la población mundial (4). En general, las tasas de incidencia son consideradas bajas y se estiman en alrededor de 1/10.000 personas al año (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial en el 2001 indican que la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades que representan una “Carga Mundial de Enfermedad” y la colocan en el cuarto lugar dentro de los grupos de diagnósticos más frecuentes. Asimismo, la Asociación Mundial de Psiquiatría indica que la esquizofrenia se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre 18 y 44 años (6).

En México la esquizofrenia es uno de los trastornos cerebrales más serios que afecta a aproximadamente 1.1 millones de adultos, el equivalente a casi el 1.1% de la población mayor de 18 años (7). Por lo general, las primeras señales de la esquizofrenia en hombres y en mujeres surgen en la adolescencia o entre los 20 y 30 años de edad. En México se calcula que entre 500 y 600 mil personas que sufren esquizofrenia solamente el 10 por ciento reciben atención médica hospitalaria, de acuerdo con datos de la Comisión Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud (8).

Debido a que esta enfermedad suele estar presente cada vez más en las personas, su tratamiento es vital en el ámbito de la psiquiatría. En la aplicación del

tratamiento la participación del personal de enfermería es importante, debido a que ambos actores somos responsables de que el paciente mejore y se encuentre controlado de tal forma que se eviten recaídas, reingresos, o lo peor el suicidio o bien la agresión que dé muerte a terceras personas.

Para poder conocer y solucionar un problema hay que determinar primero su existencia y/o extensión, así como los factores que actúan como predictores de la enfermedad. Detectar estos factores tanto farmacológicos como psicosociales, puede ayudar a promover la adherencia al régimen terapéutico con la finalidad de mejorar la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos (9). Para ello, el modelo comunitario de atención a la salud mental, el cual permite la evaluación de las necesidades de los esquizofrénicos, se ha convertido en una de las áreas de mayor interés. Las necesidades de un enfermo mental se ajustan a los 11 patrones funcionales que propone Mary Gordón para el paciente esquizofrénico cuyos objetivos son (1) *determinar que necesidades son cubiertas por el cuidador principal (Enfermería)*, (2) *obtener información para predecir las necesidades que van a surgir cuando el cuidador no esté presente*, y (3) *identificar si son intervenciones específicas y precisas para garantizar el mantenimiento de la salud del paciente ante esa situación*.

La planificación de intervenciones de tipo preventivo puede ayudar a reducir la vulnerabilidad del paciente y conocer la situación de riesgo de los pacientes esquizofrénicos. Además, monitorizar las necesidades de los pacientes genera datos valiosos y pertinentes para la planificación tanto de programas de intervención individual como de planificación de servicios, los cuales contribuyen a asistir a las necesidades del enfermo (10).

En general las necesidades de los pacientes esquizofrénicos cubiertas por los servicios asistenciales del Área de Salud Mental indican que el 81% de los problemas clínicos están cubiertos por los servicios de atención establecidos; mientras que en el área social, este porcentaje es de sólo el 40 %, estando el 41%

descubierto y el 19% sin posibilidad de cubrirse. Asimismo, en el área de destrezas y habilidades relacionadas con el hogar se encuentran cubiertos: higiene personal (70%), compras y tareas domésticas (73% y 76%, respectivamente) y conseguir alimentos (73%) (11).

La esquizofrenia es una enfermedad controlable, pero el paciente en muchas ocasiones puede requerir de la hospitalización si no se atiende adecuadamente. Además, puesto que esta enfermedad afecta los procesos familiares y sociales, es también necesaria la atención personalizada y profesional de la enfermera. Por tal motivo, se realizó el presente "Proceso Enfermero", el cual es un método que permite valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados proporcionados por la enfermería al paciente con esquizofrenia en base a los 11 patrones de respuesta humana propuestos por de Mary Gordon (12,13).

Debido a que no existe referencia en la Escuela de Licenciatura en Enfermería dependiente de la Universidad Michoacán de San Nicolás de Hidalgo acerca de Métodos de Intervención de Enfermería en pacientes con esquizofrenia paranoide, este trabajo contribuye a poner de manifiesto los conocimientos, habilidades, actitudes y experiencia de la enfermera profesional, cuyo resultado redunda en satisfacción de las necesidades de atención a la salud o enfermedad del cliente.

### **III.- OBJETIVOS**

#### 3.1.- GENERAL

- Aplicar el Proceso Enfermero en un paciente con diagnóstico médico de esquizofrenia paranoide, con base en los patrones funcionales de salud propuestos por Mary Gordon.

#### 3.2.- ESPECÍFICOS

- Obtener y sistematizar la información de acuerdo a los patrones de respuesta humana.
- Identificar los problemas del paciente y elaborar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las etiquetas diagnósticas de la taxonomía de la NANDA.
- Establecer los planes de acción en cada diagnóstico elaborado y ejecutar los planes formulados.
- Evaluar el estado y el progreso del paciente, así como el logro de objetivos alcanzados.

#### **IV.- METODOLOGÍA APLICADA**

Para llevar a cabo el presente trabajo se requirió tomar un curso previo sobre la elaboración del proceso enfermero con una duración de 2 meses. Para este trabajo y para la aplicación del Proceso Atención Enfermero (PAE) se tomó como caso de estudio a una paciente con esquizofrenia paranoide egresada del Hospital Psiquiátrico "José Torres Orozco" ubicado en el poblado de Ocolucén, Morelia Michoacán, México.

La paciente que fue elegida para este estudio es del sexo femenino (MMGH) con una edad de 52 años. La paciente presenta un caso de esquizofrenia paranoide, el cual es un trastorno mental común en las mujeres internadas en el Hospital Psiquiátrico antes mencionado. La paciente fue seleccionada debido a que está aún en condiciones de cooperar para la aplicación del diagnóstico y con posibilidades de controlar su enfermedad mediante un tratamiento completo.

Para esto se visitó a la paciente esquizofrénica directamente en su domicilio. Ya que ella se encontraba en disposición para favorecer su salud. Para ello se realizó una visita domiciliar explicándole la dinámica de trabajo y su cooperación de tal manera que la paciente aceptó voluntariamente colaborar.

La valoración a la paciente se llevó a cabo mediante los métodos de la observación, entrevista y exploración física. Esto sirvió para el establecimiento de los diagnósticos (14, 15,16), planes de intervención, ejecución y evaluación de los mismos mediante el modelo de los 11 patrones funcionales de Mary Gordon. (Véase anexo).

Finalmente, para corroborar cada uno de los padecimientos que presentó la paciente se usaron bibliografías científicas (14,15) que muestra la descripción de padecimientos que podrían estar relacionados con la esquizofrenia, así como los problemas que podía presentar la persona. De esta manera se agruparon los padecimientos de la paciente de acuerdo a su desencadenamiento, elaborando cada uno de los diagnósticos con la mayor precisión posible, de acuerdo a la NANDA (16). Por último se aplicaron las acciones de enfermería relacionadas para el control de la enfermedad de la paciente. Estas acciones fueron consultadas en el manual de diagnósticos de enfermería (15).

El trabajo se realizó aproximadamente en cuatro meses de trabajo directo y revaloración en el hogar de la paciente otros dos meses más.

## **V.- MARCO TEÓRICO**

### **5.1.- ESQUIZOFRENIA**

#### **5.1.2. Antecedentes históricos**

La esquizofrenia es descrita en la literatura médica desde hace 200 años, pero fue descrita como entidad patológica hasta 1896, cuando Kraepelin reunió bajo el término “demencia precoz” a síndromes psicóticos antes considerados enfermedades separadas. Kraepelin describió tres tipos básicos de demencia precoz: catatónica, hebefrénica y paranoide. Sin embargo, posteriormente, Bleuler sustituyó el término “demencia precoz” por el de “esquizofrenia” (división de la mente). Bleuler describió a la esquizofrenia simple como un cuarto tipo de enfermedad (17). En la actualidad los subtipos descritos para la esquizofrenia están recogidos en clasificaciones reconocidas internacionalmente, como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en Europa, y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en Estados Unidos (5).

La esquizofrenia presenta al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, elogia) (1). Sin embargo, sólo se habla de psicosis si las ideas delirantes son extrañas, si se trata de una voz que comenta continuamente pensamientos, o si dos o más voces conversan entre ellas. En contraste, no se considera esquizofrenia si la causa es por consumo de sustancias o por una enfermedad médica asociada. Cabe destacar que los trastornos esquizo-afectivo y del estado de ánimo son comúnmente excluidos de la clasificación de esquizofrenia. En cuanto a la esquizofrenia se evalúa el tiempo que duran los

síntomas detectando los síntomas residuales ínter-episódicos o episodios, residuales o continuos, o en remisión parcial o total (18).

De acuerdo a la sintomatología que predomina la esquizofrenia se subdivide en:

- a) **Tipo paranoide** (preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes, y no hay lenguaje desorganizado, ni afectividad aplanada).
- b) **Tipo desorganizado** (con lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad aplanada).
- c) **Tipo catatónico** (inmovilidad motora manifestada por catalepsia, o actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, o con movimientos estereotipados o por adoptarse posturas raras, o ecolalia o ecopraxia).
- d) **Trastorno indiferenciado** (cuando no se cumplen ninguno de las tres subdivisiones anteriores, paranoide, desorganizado o cata tónico).
- e) **Tipo residual** (cuando hay ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o desorganizado, salvo que estén presentes en forma atenuada).

Además de esta clasificación, el manual DSM-IV menciona otras subcategorías dentro del llamado grupo "A" a los que llama "Trastornos de personalidad", los cuales implican manifestaciones que no son exclusivas de una esquizofrenia o de síntomas psicóticos. De esta manera, en el grupo "A" encontramos el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad; los cuales implican: creencias raras, pensamiento mágico, pensamiento o lenguaje raro, experiencias perceptivas inhabituales como las ilusiones corporales, la suspicacia o la ideación paranóide (18).

La esquizofrenia paranoide (“perseguido” disconformidad patológica) es una condición psiquiátrica en la que el individuo tiene una extrema sospecha y desconfianza de los demás. Habitualmente el individuo tiene sentimientos de ser perseguido o blanco de una conspiración, los individuos afectados pueden tener delirios de grandeza asociados a la protección así mismos contra la supuesta conspiración. Generalmente, no involucra la desorganización en el lenguaje y el comportamiento que se observa en otros subtipos de este trastorno, los pacientes con este tipo de trastorno lucen tensos, recelosos, alertas y reservados (19).

### **5.1.3. Incidencia y factores de riesgo**

Los trastornos de la personalidad son patrones de comportamiento crónico que causan problemas duraderos en el trabajo y en las relaciones interpersonales. La causa del trastorno de personalidad paranoica parece ser común en familias con trastornos psicóticos y trastornos del delirio, lo cual sugiere una influencia genética.

Se piensan que la esquizofrenia es una enfermedad relacionada con un desequilibrio de los componentes químicos del cerebro (3). Estos componentes químicos se llaman neurotransmisores. El prefijo “neuro” se refiere al cerebro y un “transmisor” transporta mensajes dentro del cerebro y al resto del sistema nervioso. Uno de los neurotransmisores es la dopamina. La dopamina participa en muchos tipos de actividades diferentes en el cerebro y puede jugar un papel importante a la hora de producir los síntomas psicóticos. La importancia de la dopamina en los síntomas psicóticos está clara por el hecho de que los medicamentos que se usan para tratar los síntomas psicóticos afectan de algún modo a la dopamina. Los científicos creen que los componentes químicos del cerebro, como la serotonina, también podrían estar involucrados en la producción de los síntomas psicóticos.

Algunas personas que enferman de esquizofrenia nacen con una susceptibilidad a contraer la enfermedad. A veces esa susceptibilidad es genética y, al igual que con otras enfermedades, las probabilidades de desarrollarla son de aproximadamente un 10% si algún pariente tiene la enfermedad. Sin embargo, si no hay ningún antecedente familiar entonces las posibilidades de tener la enfermedad son de sólo un 1.5%. Si una persona tiene un gemelo idéntico con esquizofrenia las posibilidades de desarrollar la enfermedad aumentan hasta aproximadamente un 30%. Aunque la constitución genética del individuo juega un papel importante para desarrollar o no la esquizofrenia, muchos individuos que desarrollan dicha enfermedad no tienen antecedentes de algún esquizofrénico en su familia. En estos casos, la presencia de esta enfermedad tiene otras causas difíciles de detectar (6).

#### **5.1.4. Causas**

No es mucho lo que se sabe sobre el origen de la esquizofrenia, debido a que quienes la padecen no suelen buscar ayuda y, por tanto, no es fácil encontrar personas para estudiarla, pero las distintas teorías explicativas pueden dar una idea sobre las diversas formas por las que se genera este trastorno (20):

1. En la infancia del individuo, el mal trato y la falta de amor por parte de los padres suelen ser factores que promueven el surgimiento de la esquizofrenia. Así, el enfermo paranoide piensa que como en su infancia el mundo está lleno de gente malintencionada que puede hacerle daño. En esta situación, el individuo adquiere un comportamiento para prevenir el ataque o daño. Por ejemplo, se mantiene alerta para identificar los signos de peligro y actuar con rapidez. Muchas personas con este trastorno dicen haber crecido en hogares de este tipo, pero no es fácil saber si lo que dicen es un reflejo de la realidad o es sólo su percepción de dicha realidad (21).

2. Cuando algún integrante de la familia presentó una enfermedad psicótica es más probable que las generaciones futuras de estas personas adquieran la enfermedad debido a que puede haber algún tipo de predisposición genética.

3. Los niños despreciados o humillados por otros niños, y cuyos padres les han enseñado que ellos son especiales y diferentes, pueden llegar a la conclusión de que los demás están celosos y desean hacerles daño por envidia.

No obstante, en la actualidad hay más evidencias de que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral y no el resultado de tener malos padres o dificultades emocionales durante la infancia, sin embargo, aún se siguen haciendo estudios.

### **5.1.5. Evolución de la esquizofrenia**

La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. Por ello, no debe hacerse un diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya síntomas esquizofrénicos que antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia, cuando hay una enfermedad cerebral manifiesta, debido a que los trastornos que se desarrollan son similares a cuando hay epilepsia u otra enfermedad cerebral. Asimismo, tampoco debe ser diagnosticada esta enfermedad cuando el individuo se encuentra en estado de intoxicación o de abstinencia de drogas (13).

### **5.1.6. Síntomas y signos**

A menudo los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en tres tipos (22):

## Síntomas positivos

Los síntomas positivos se asocian más frecuentemente con la esquizofrenia y se llaman positivos porque se añaden a las experiencias diarias como los delirios y las alucinaciones. Estos son distorsiones de la percepción y de los pensamientos que experimentan las personas con esquizofrenia, pero que usualmente no experimentan otras personas. Algunos de los que experimentan las personas con esquizofrenia son:

- **Delirios referenciales.** En estos las personas tienen la idea de que las cosas corrientes tienen un significado especial sólo para ellos. Algunas personas con esta enfermedad creen que los acontecimientos que tienen lugar a su alrededor están ligados directamente a ellos.
- **Delirios paranoicos.** Las personas que sufren este tipo de delirios creen que se les está acosando, persiguiendo o que están en peligro. Tienen estos temores aunque no haya pruebas que respalden sus creencias. A menudo las personas con delirios paranoicos viven con miedo y ansiedad constantes.
- **Delirios somáticos.** Las personas creen que tienen algo grave en su cuerpo, aunque estén sin ningún problema de salud.

Las alucinaciones también están clasificadas dentro de los signos positivos. Estas son percepciones o sensaciones que solamente experimenta la persona enferma y que otras personas no experimentan. Estas personas se aferran a lo que ocurre en los sueños, pero ocurren cuando la persona está alerta y despierta. Los diferentes tipos de alucinaciones son:

- **Alucinaciones auditivas:** Oír voces o sonidos que otras personas no oyen. A menudo las voces dicen cosas malas o insultantes.
- **Alucinaciones visuales:** Las personas ven cosas que otras personas no. Pueden ser visiones o imágenes no específicas, o pueden ser visiones completamente formadas de personas, animales u objetos.

- **Alucinaciones relacionadas con el tacto o el olfato:** Las de tacto influyen la sensación de que hay algo en su piel (a menudo insectos), mientras que las olfativas son sensaciones de olores desagradables. Estas alucinaciones son menos frecuentes que las alucinaciones auditivas o visuales, pero pueden ocurrir.

### Síntomas negativos

Algunos de los síntomas negativos tienen que ver con las cosas que deben existir, pero que faltan. Estos síntomas significan una pérdida de motivación o de funcionamiento, ya que hacen desaparecer el interés, la motivación y las habilidades de la persona. Algunos de estos síntomas son:

- **Embotamiento afectivo.** La persona no muestra emociones o sentimientos, risa, o tristeza.
- **Apatía o falta de motivación.** La persona no tienen ganas de hacer nada y tienen muy poca energía. Esto puede resultar muy frustrante para la familia y ser confundida con pereza por ciertas actividades.
- **Anhedonia.** La persona no siente placer y se siente como si estuviera bajo anestesia emocional, ésta persona no tienen una actividad o un programa de televisión preferidos y simplemente no está interesado en tratar de divertirse.
- **Asocialidad.** La persona no está interesada en socializar y sin ser timidez ni depresión-simplemente que la persona quiere estar sola.

### Síntomas cognoscitivos

Estos síntomas incluyen problemas con la concentración, la atención y el aprendizaje. El término cognoscitivo significa pensar. La esquizofrenia puede dificultar la capacidad de pensar claramente. Los problemas cognoscitivos que se experimentan con la esquizofrenia son una especie de incapacidad de aprendizaje, como si la persona no pudiera aprender. Algunos síntomas cognoscitivos que se dan en la esquizofrenia son:

- **Dificultad para concentrarse:** La persona tiene dificultad para poner atención, sobre algún programa de televisión, lectura o conversación.
- **Dificultad para aprender:** El individuo tiene dificultad para asimilar información nueva o adquirir nuevas habilidades.
- **Dificultad para planificar y pensar:** Estos individuos les cuesta mucho pensar, hacer planes o decidir que decisiones pueden tomar para realizar algo.

Los anteriores, sin embargo, no son todos los síntomas de la esquizofrenia, existe uno y de los más importantes llamado depresión postpsicótica. Este tipo de síntoma se manifiesta o empeora después de que los síntomas positivos mejoran. En esta situación, aunque la persona presenta menos síntomas esquizofrénicos, puede sufrir una depresión aguda manifestada como un sentimiento de desesperación. Además, a veces la persona suele empeorar hasta tal punto que se vuelve suicida. Por esta razón, los familiares y los médicos deben estar atentos a la aparición de este tipo de síntoma incluso si el paciente parece estar mejorado. En caso de que los sentimientos suicidas aparezcan la persona debe someterse a una evaluación psiquiátrica enseguida.

Las personas con un trastorno de la personalidad paranoica sienten mucha desconfianza de otras y usualmente son incapaces de reconocer sus propios sentimientos negativos hacia los demás, otros síntomas comunes son:

- Preocupación porque los demás tienen motivos ocultos
- Expectativas de ser explotados por otra persona
- Incapacidad para colaborar
- Aislamiento social, baja autoestima y hostilidad
- Estas personas suelen culpar a los demás de los problemas y no suelen ser conscientes de que ellos mismos contribuyen a crearlos
- Suelen estar siempre atentos y vigilantes porque piensan que cualquiera puede atacarles en cualquier momento y necesitan defenderse de ellos. Perciben el mundo como una jungla de gente egoísta y sin escrúpulos en la que no se puede confiar

- Por este motivo suelen ser bastante independientes, ya que la dependencia de los demás implica la posibilidad de que se aprovechen de ellos. También suelen tener conflictos con las figuras de autoridad.
- Ante la conducta de los demás, sacan conclusiones rápidas y difícilmente consideran explicaciones alternativas
- Tienden a reaccionar con gran intensidad ante pequeños acontecimientos, ya que los interpretan como graves amenazas. Por ejemplo, suelen ser incapaces de ver los aspectos humorísticos de las situaciones. En cierto modo es como si estuvieran constantemente en una situación de grave riesgo donde no hay lugar para bromas.
- Suelen ser personas hipersensibles que se sienten heridas con facilidad.
- Desprecian a quienes ven como débiles, blandos, enfermizos o defectuosos y tienen problemas para mostrar intimidad y sentimientos de ternura. Son reservados, no muestran sus dudas, inseguridades o flaquezas ya que piensan que eso es debilidad y que si los demás los ven como débiles atacarán.
- Sospechan de la fidelidad de sus parejas y suelen tener celos patológicos.
- Estas personas casi nunca realizan una terapia ya que no creen que su desconfianza sea un problema sino que consideran que refleja la realidad y que los demás son así realmente. Sin embargo, sí es posible que busquen ayuda psicológica por otros problemas, como dificultades en sus relaciones de pareja o problemas con sus compañeros de trabajo
- Dado que esperan el maltrato y el engaño por parte de los demás, no tienen muchos motivos para tratarlos bien y, por tanto, no es raro que emprendan los mismos actos maliciosos que esperan de los otros, a no ser que teman ser castigados por ello.

### **5.1.7. Diagnóstico**

Para poder diagnosticar la esquizofrenia la persona tienen que haber experimentado algunos síntomas positivos durante semanas en algún momento

de su vida. Así mismo, no puede haber ninguna otra explicación para los síntomas positivos. Esto se debe que los síntomas de la esquizofrenia pueden ocurrir en otras enfermedades, como los trastornos psiquiátricos o problemas con las drogas o el alcohol. Por lo tanto, sólo una persona calificada puede hacer un diagnóstico basándose en el historial médico y psiquiátrico de la persona. Algunas esquizofrénicos tienen síntomas psicóticos por un largo periodo de tiempo. En contraste, otras tienen síntomas psicóticos, con periodos esporádicos en los que los síntomas están bajo control. Cuando una persona tiene un episodio de la enfermedad, los síntomas positivos empeoran y a veces la situación se descontrola y se hace necesaria la hospitalización (23).

El diagnóstico se basa en un patrón de signos y síntomas presentes durante un tiempo. Los signos indican la enfermedad que otras personas pueden observar. Por ejemplo, puede que una persona con esquizofrenia sea vista hablando consigo misma. Los síntomas son experiencias internas que las otras personas no pueden ver. A menos que la persona indique los síntomas que esta experimentando, el resto de las personas pueden no saber que existen. Por ejemplo, puede que la persona escuche voces sin que las demás personas lo sepan. Para hacer el diagnóstico, un profesional de la salud mental lleva acabo una entrevista detallada y un examen físico para ver si la persona tiene problemas físicos que podrían causar síntomas parecidos a los de la esquizofrenia. Por lo tanto el diagnóstico no se deberá hacer hasta estar seguro de que la causa de los síntomas no es una afección física. Los trastornos de la personalidad se diagnostican con base en una evaluación psicológica y de otros antecedentes, así como la severidad de los síntomas (13).

#### **5.1.8. Tratamiento**

El tratamiento es difícil debido a que las personas esquizofrénicas a menudo sienten extrema desconfianza del médico y del resto del personal de la salud. En caso de ser aceptados, el medicamento y la terapia verbal pueden ser efectivos.

No obstante, el uso de medicamentos es fundamental aunque debe complementarse con una terapia psiquiátrica que involucre a la familia del enfermo. Por ejemplo, a través de un entrenamiento los esquizofrénicos podrían lograr comprender cosas que para los que no están enfermos son elementales, como el saludar a otra persona. Las personas con esquizofrenia casi siempre necesitan medicamentos para controlar sus síntomas psicóticos. Estos medicamentos se denominan antipsicóticos, los cuales bloquean o detienen los síntomas psicóticos. Los antipsicóticos ayudan a controlar alucinaciones, delirios y algunos problemas de pensamiento. Estos medicamentos afectan a los componentes químicos del cerebro que están desequilibrados y que causan los síntomas psicóticos. Es importante que el paciente pruebe diferentes tipos de antipsicóticos antes de encontrar el o los adecuados. Existen dos tipos de antipsicóticos: los convencionales y los atípicos (24,25).

Los antipsicóticos convencionales se han usado durante mucho tiempo y ayudan a corregir problemas en los componentes químicos cerebrales bloqueando algunos de los efectos de la dopamina en el cerebro. Aunque los medicamentos convencionales son eficaces para controlar los síntomas positivos de la enfermedad, tienen más probabilidad de causar efectos secundarios como temblores o rigidez. Por su parte, los antipsicóticos atípicos son los más usados y efectivos para el tratamiento de la esquizofrenia. Estos medicamentos se llaman atípicos porque funcionan de manera diferente a los convencionales, afectando a dos transmisores diferentes en el cerebro: la dopamina, al igual que otros antipsicóticos convencionales y además a la serótina. Sin embargo, además tienen menos probabilidad de causar efectos secundarios que los antipsicóticos convencionales. Los medicamentos atípicos pueden ser más útiles que los convencionales para controlar los síntomas negativos y cognoscitivos (26).

### **5.1.9. Rehabilitación, asistencia y apoyo**

A medida que se mejoran, las personas esquizofrénicas es necesario que éstas también se puedan beneficiar a través de la terapia verbal, la cual proporciona apoyo emocional para afrontar su enfermedad. Asimismo, otras personas con dicha enfermedad pueden proporcionar compañerismo, ánimo y consejos. A menudo estos grupos de apoyo juegan un apoyo valioso de recuperación (27).

La sociedad ha aprendido a apoyar a las personas con incapacidades físicas, sin embargo, las que tienen incapacidades psiquiátricas también necesitan de apoyo adicional para su afección ya que muchas de ellas no pueden trabajar, tienen problemas de transporte, de vivienda o financieros para pagar sus medicamentos.(11). La participación de la familia es fundamental y sumamente importante debido a que los enfermos que reciben apoyo tienen más probabilidades de seguir el tratamiento que las que viven en un lugar sin supervisión (25).

## 5.2.- PROCESO ENFERMERO

Por la propia naturaleza de la profesión en evolución el proceso ha pasado por diferentes etapas

- May lo describió como un proceso distinto (1955).
- Jonson (1959, Orlando (1963) desarrollaron un proceso trifásico distinto que contenía elementos rudimentarios del proceso de 5 fases.
- En 1967, Yura y Walsh crearon el primer texto que describía un proceso con 4 fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación.
- A mediados de la década de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975 y Aspinall (1976 añadieron la fase diagnóstico dando lugar a un proceso de 5 fases.

La aplicación del método científico, en la práctica asistencial de la enfermería, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). El cual permite que las enfermeras presten cuidados de forma racional, lógica y sistemática. El PAE es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que puesto en práctica las etapas se superponen (10,28):

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la colecta y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

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

El proceso enfermero también es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Promoviendo, cuidados humanísticos, centrados en objetivos (resultados) y eficaces, impulsando a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo. Dado que la ciencia de enfermería se basa en un sistema amplio de teorías, dando un enfoque para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar (29).

Actualmente es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar. Esto brinda un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales reales y potenciales de la salud del cliente, de su familia y de la comunidad, estableciendo planes de cuidado y actuando para cubrir y resolver los problemas de estos o bien curar la enfermedad.

### **El proceso enfermero:**

- Tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes
- Considera principalmente, como se ven afectadas las personas por los problemas de funcionamiento de los órganos y sistemas (respuestas humanas)
- Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente

- Requiere la consulta con los médicos para el tratamiento de la enfermedad o traumatismo
- Le interesan las personas, sus seres allegados y los grupos.

### **El desarrollo del proceso de atención Enfermero (PAE):**

En este hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades: capacidad técnica (manejo de instrumental y aparatos), capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico y capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar al cliente).

### **Ventajas**

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son: participación en su propio cuidado, continuidad en la atención, mejora la calidad de la atención. Mientras que para la enfermera son: se convierte en experta, satisfacción en el trabajo, crecimiento profesional.

**Características:**

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

**Beneficios del proceso enfermero**

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico
- Evita que se pierda de vista el factor humano
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad)
- Ayuda a que: los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos y a que las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

### **.5.3.- MARY GORDON**

Después de la aceptación de los estatutos de la NANDA (16), Mary Gordon y el comité para la taxonomía, inicio su trabajo de formulación y modificación de la tarea realizada hasta aquel momento que se introdujo el termino de patrón de Respuesta Humana en 1989, y en 1992 se sustituye por el termino de patrones del hombre unitario que incluye los 9 patrones funcionales. No obstante, en la actualidad tienen uso ambos patrones, que en 1994, Mary Gordon mediante estudios utilizó el termino de patrón Funcional y clasifica 11 patrones funcionales, donde cada patrón es la configuración de un comportamiento secuencial en el transcurso del tiempo.

El juicio de si un patrón es funcional o disfuncional se realiza comparando los datos de la valoración dada (30). Por ejemplo: situaciones básicas del individuo, normas establecidas para cada edad, normas culturales, sociales y otras.

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales que pueden ser tratados por las enfermeras (os); es decir la valoración del paciente para llegar al diagnostico enfermero. Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que dan de una manera secuencia a lo largo del tiempo (31).

La utilización de los patrones funcionales, permite una valoración de enfermería sistemática y premediata, con la que se obtienen una importante cantidad de datos, relevantes del paciente (físico, psíquico, social del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita a su vez, el análisis de los mismos, es decir cumple con todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por patrones funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas, (patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes (31).

Se consideran 11 Patrones funcionales de la salud (16) y que han sido conceptualizados y adaptados al campo de la salud mental por (32):

- **Patrón1: patrón percepción-manejo de la salud.** Recoge dos dimensiones: La percepción de la persona sobre su estado general de salud y las influencias que puede tener en su estado los conocimientos y las prácticas del mantenimiento del patrón saludable como en las prácticas que mantiene la alteración del mismo. También define aspectos tanto de tipo familiar como comunitario en tanto que valora la interrelación entre el individuo y los recursos existentes en la comunidad.
- **Patron2: Nutricional-metabólico.** Este patrón viene descrito por la ingesta habitual de alimentos, líquidos y por el aporte calórico de la persona, incluye cantidad y tipo. Valorando además los desequilibrios alimenticios y en nivel del sedentarismo.
- **Patrón 3: Eliminación.** Describe el padrón la función secretora (intestinal, vesical y cutánea) del individuo (cantidad consistencia, número de veces/día, dolor molestias etc.). Así como la percepción que tiene el individuo sobre la regularidad de la eliminación.
- **Patrón 4: Actividad-ejercicio.** Incluye las respuestas y capacidades del individuo para llevar acabo las necesidades adecuadas y necesarias; incluyendo además habilidades y deseos de la persona para entretenerse de consumo de energía como son: juego, trabajo, ejercicio físico, auto cuidado y ocio y desde el punto de vista de la sicopatología se incluirán trastornos psicomotores.
- **Patrón 5: Sueño-descanso.** Describe los hábitos de sueño, descanso y relajación de la persona, así como la percepción de la calidad, cantidad de

sueño y el nivel de energía. Desde el punto de vista de la sicopatología se incluyen los trastornos del sueño.

- **Patrón 6: Cognitivo-perceptual.** En este patrón se recogen el funcionamiento de las capacidades sensoriales y cognitivas de la persona. Desde el punto de vista de la sicopatología se incluirán trastornos de la percepción como son: conciencia-orientación-memoria, inteligencia, pensamiento y lenguaje así como también algunas alteraciones sensoperceptivas (visuales, auditivas, olfatorias, gustativas táctiles etc.
- **Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto.** Define la percepción que el individuo tiene sobre si mismo, sobre el estado de animo, sobre sus capacidades y competencias (cognitivas, afectivas o físicas). Y desde el punto de vista de la sicopatología se incluirían trastornos afectivos.
- **Patrón 8: Rol-relaciones.** Describe los principales roles, y relaciones del individuo y su grado de satisfacción, hábitat y competencias familiares.
- **Patrón 9: Sexualidad-reproducción.** Refleja la identidad sexual de la persona y su capacidad para expresar su sexualidad y lograr relaciones interpersonales e individuales satisfactorias. Desde el punto de vista psicopatológico se incluirían trastornos sexuales
- **Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés.** Se refiere a la capacidad de la persona que tiene para enfrentar distintos factores y niveles de estrés asociados a la vida diaria. Desde el punto de vista de la sicopatología se incluirán algunos trastornos de la ansiedad
- **Patrón 11: Valores-creencias.** Describe los valores sentimientos o creencias (incluida la espiritual) metas y compromisos que la persona elige en su vida y que puedan explicar su postura frente a los acontecimientos.

## **VI.- CASO DE ESTUDIO**

M.M.H.G. es una señora deL sexo femenino de 52 años de edad, es de religión católica, originaria y residente de Morelia Michoacán. En la familia ocupa el segundo lugar de tres hermanos y es madre soltera con una hija de 12 años de edad. Tiene estudios básicos (primaria completa), trabaja en actividades del hogar en una casa que no es la suya.

Su nivel socioeconómico es de nivel bajo, vive con sus padres e hija, su casa cuenta con todos los servicios intradomiciliarios con hacinamiento. Existe en su familia un ambiente poco integrado y organizado pues no existe en los familiares conocimiento, fuerza y voluntad para brindarle los cuidados necesarios y pertinentes para su enfermedad.

Anteriormente ha tenido múltiples ingresos al Hospital Psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco” ingresando al servicio de sección mujeres debido a su enfermedad crónica (Esquizofrenia Paranoide) con mas de 25 años de evolución. Su último internamiento fue el 29 de septiembre del año 2005 con un estancia hospitalaria de 4 meses y medio, egresando por mejoría y con un tratamiento médico a base de tres medicamentos: risperdal 20 mg cada 8 horas, singan 25 mg por las noches, y clopixon. Sin embargo ella acude a consulta cada 28 días.

No tiene antecedentes de enfermedades crónicas en sus familiares, específicamente esquizofrenia. Asimismo, la usuaria dice no haber padecido ningún tipo de enfermedades crónicas durante su infancia, sin embargo, si padeció las enfermedades típicas de la infancia como: gripe, viruela, etc. No obstante, actualmente ella padece como enfermedad mental esquizofrenia paranóide. La señora M.M. se encuentra con buen estado de apariencia personal y

aparentemente tranquila, sin tener conocimiento sobre su enfermedad, así como de los cuidados que debe tener para su control.

Al entrevistarla se observa inquieta, con falta de concentración, indecisa, desconfiada, poco sociable y con soliloquios. No obstante, su lenguaje es coherente y congruente al contestar las preguntas, aunque el volumen de su voz es bajo.

Su padre es vendedor de artículos domésticos y su madre es ama de casa. Ambos padres refieren que su hija trabaja con la suegra de su hermana ayudándole con aseo de la casa habitación, pero que en su propio hogar no hace nada y no le presta atención a su hija, por lo que ellos son los que la cuidan a la hija de la paciente.

El dinero que la usuaria gana lo utiliza para comprar a veces el medicamento que requiere o bien para comprar comida para su alimentación.

## **VII.- VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARY GORDON**

### **I.- PATRÓN PERCEPCIÓN MANTENIMIENTO DE LA SALUD**

Vive en una casa de tipo urbano que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios y con hacinamiento. Presenta buena higiene personal con baño no diario, cambio de ropa frecuente, aseó bucal sólo 2 veces al día, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

La señora no tiene conocimiento sobre su enfermedad así como de los cuidados que debe tener para el control de esta. No tiene antecedentes de consumo de sustancias toxicas como tabaco, alcohol o drogas, sigue un tratamiento a base risperdal, sinogan y clopixol, acudiendo a consulta medica cada 28 días después de su ultimo internamiento (29 septiembre 2005).

### **II.- PATRÓN NUTRICIONAL/METABÓLICO**

Pesa 67.2 kg y tiene una estatura de 1.69 m, presenta la mayoría de veces una temperatura corporal entre 35.6 °C y 36.8 °C, su cuero cabelludo, piel, uñas y mucosas se encuentran hidratadas, su dentadura es completa, no presentando problemas para la deglución. Realiza tres comidas al día suficientes en cantidad y calidad (verduras, carné, huevos, lácteos, cereales etc.), ingiriendo aproximadamente un litro y medio de agua al día. Presenta un mínimo de nivel sedentario.

### **III.- PATRON DE ELIMINACIÓN**

No presenta problemas de estreñimiento evacua sólo una vez al día. Las heces fecales son blandas pero con forma, presentan un color café y su micción es en

ocasiones transparente y amarilla con una frecuencia de tres o cuatro veces por día sin presentar algún tipo de molestias.

#### **IV.-PATRÓN DE ACTIVIDAD EJERCICIO**

Presenta una tensión arterial de 110/70 mm/Hg. Un pulso de 78 por minuto, con una frecuencia respiratoria de 24 por minuto con un llenado de 1 segundo. Se encuentra negativa para realizar cualquier tipo de actividad deportiva, sin embargo realiza personalmente su auto cuidado (alimentación, higiene personal, funciones de eliminación y vestido. Con una actividad física hipó activa dentro de su hogar en cuestión de las actividades domesticas); acostada en su cuarto viendo televisión o bordando servilletas) Aunque trabaja en una casa ajena a la suya sólo en ocasiones de 10 a.m. a 1 pm.

#### **V.- PATRÓN DE DESCANSO DE REPOSO/SUEÑO**

La usuaria refiere que en su casa duerme 6 a 7 horas diarias, sin interrupción del sueño, acostándose a las 23:30 horas y se levanta a las 5:00 o 6:00 horas de la mañana, observándose y refiriendo sentirse al día siguiente descansada.

#### **VI.-PATRÓN COGNITIVO/PERCEPTUAL**

Sabe leer y escribir, estudió hasta sexto año de primaria abandonando sus estudios porque ya no quería ir a la escuela, se encuentra ubicada en las tres esferas persona, espacio y tiempo, su lenguaje es coherente y congruente, aunque a velocidad de su discursó es, lento, de volumen bajo, negando algunas ideas delirantes. Memoria normal. Sensoperceptivas, su memoria es normal, juicio alterado. No tiene conocimiento sobre su enfermedad, ni sobre los cuidados a realizar para su bienestar. Existiendo conflicto para la toma de decisiones propias en la vida diaria.

**VII.- PATRÓN DE AUTOPERCEPCION /AUTOCONCEPTO**

Se siente en ocasiones triste, ansiosa, desesperada y con miedo. Se considera una mujer joven, gorda y de carácter fuerte. Refiriendo no saber como es.

**VIII.- PATRÓN ROL/RELACIONES**

Pertenece a una familia de origen nuclear. Es la segunda hija de tres hermanos. Su familia esta estructurada con una dinámica disfuncional. Sentido de la comunicación entre los miembros de la familia, ya que sus hermanos ya se casaron y sus padres no tienen el conocimiento para tratar a la enferma, casi no socializa con ellos porque le gusta estar sola.

**IX.- PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN**

Su menarca comenzó a los 12 años con un ritmo regular de 28 días por ciclo, es madre soltera, tiene una hija de 12 años, su hija nació por parto natural, no ha tenido abortos, no es sexualmente activa por lo que no usa ningún tipo de métodos anticonceptivos, no presenta ningún tipo de enfermedad venérea, nunca se ha realizado un examen de mamas y cérvico vaginal.

**X.- PATRÓN DE AFRONTAMIENTO/ESTRÉS**

La usuaria se observa ansiosa, inquieta indecisa, poco sociable, angustiada. Tiene capacidad para realizarse su propio auto cuidado, lo que la relaja es acostarse en su cama. En ocasiones se torna irritable. Refiriendo relajarla acostándose a ver televisión.

**XI.- PATRÓN DE VALORES/CREENCIAS**

Refiere ser católica, aunque no asiste a misa tan seguido, creyendo en Dios y la Virgen Lupita.

## **VIII.- DIAGNÓSTICOS**

### **8. I.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA I:**

- Déficit de conocimientos relacionado con falta de interés y fuentes de información sobre su enfermedad manifestada verbalmente.

#### **OBJETIVO:**

- La usuaria conocerá y adquirirá los conocimientos y habilidades necesarias para manejar su situación de salud.

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

- Llevar a la práctica ejercicios y técnicas para aumentar la capacidad de memorización (a través de juegos).
- Establecer conjuntamente las necesidades de aprendizaje identificadas.
- Elegir los métodos de enseñanza más adecuados a las capacidades e intereses de la persona y del tema a tratar.
- Educar a la usuaria en teoría: sobre su enfermedad, naturaleza del diagnóstico, aspectos físicos, de los cuidados y la importancia de conocer los factores de riesgo.
- Dar información clara, precisa e instrucciones respetando el ritmo de aprendizaje de la persona.
- Proporcionar material permanente de los principales puntos a recordar a fin de poderlos consultar en caso de duda.
- Retroalimentar a la paciente de la información.
- Permitir y fomentar la formulación de preguntas y la expresión de dudas y preocupaciones respecto a la situación.
- Valorar la comprensión de la información brindada respecto a su enfermedad.

**EJECUCIÓN:**

- El día 4 octubre: Se inició el proceso de enseñanza-aprendizaje, con ejercicios de memorización como juegos (memorandum, damas chinas aprender diferentes nombres de animales y decirlos), valorando las necesidades de aprendizaje identificadas. Posteriormente los días siguientes se continuó con la usuaria, para empezar a brindarle información sobre su enfermedad a través de la utilización de material didáctico como: cartulinas, rota folios, manuales y folletos, que se le brindaron para mayor fin de brindarle una información más clara y precisa, y en un ambiente tranquilo (cuarto). De forma sencilla y de acuerdo a sus capacidades de aprendizaje se le enseñó: el curso de la esquizofrenia paranoide, etiología, signos o síntomas, así como los cuidados a realizar para evitar una nueva recaída, dándole la oportunidad de participar en cada sesión, exteriorizando todas sus dudas respecto al tema y sobre lo que ella deseaba saber. Al final de cada sesión se valoraba su conocimiento haciéndole preguntas diferentes y referentes a su enfermedad y en caso de olvidársele se le volvía a reforzar. Durante el turno matutino (11:30 hs.) durante un lapso de tiempo de una hora y media.

**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**

- El conocimiento le permitió adquirir nuevas habilidades en lo laboral.
- El poder entender y comprender las diferentes situaciones que se presentan en las diversas etapas de la vida permite tener un conocimiento amplio sobre como poderlas afrontar en un momento dado.
- El conocimiento es el principal factor de bienestar físico en una persona para poder solventar cualquiera que sea el problema.
- El tener a la mano información proporciona seguridad en lo personal y laboral.

--

**EVALUACIÓN:**

- Se valoró a través de la observación que el objetivo no se logró en su totalidad, por la falta de concentración en ocasiones de la paciente. Sin embargo, por el comportamiento positivo que tuvo durante las charlas, se pudieron aclarar algunas dudas que presentaba y pudo aprender cosas importantes. La usuaria explicó algunos planes para las medidas preventivas, contestando positivamente a las preguntas que se le hicieron referente a su enfermedad.

## 8.2.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA II:

- Negación ineficaz relacionada con etiología desconocida manifestada por no aceptar los propios sentimientos, debido a una baja autoestima depresión y angustia.

### OBJETIVO:

- La usuaria expresará un estado de ánimo positivo sobre si misma proporcionándole apoyo psicológico con manifestación de cariño y atención

### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Fortalecer la relación de ayuda resaltando los elementos positivos y realistas sobre sus sentimientos de inferioridad.
- Estimular a la expresión de sentimientos a través del lenguaje.
- Identificar y registrar las posibles soluciones que pueden aportar al sujeto y valorar su posible viabilidad.
- Valorar el origen de los patrones de pensamiento negativos.
- Estimular la expresión de sentimientos positivos.

### EJECUCIÓN:

- El día 19 de octubre: Se inició una relación de confianza y empatía, a través de una conversación con ella donde pudiera expresar sus sentimientos tanto positivos como negativos de ella misma, escuchando lo que decía cuidadosamente. Junto con ella, se identificaron algunas soluciones para valorar su posible negación sobre sus sentimientos. Asimismo, a través de la conversación eliminar los pensamientos negativos, formulando algunos estándares realistas sobre si misma en cuanto su persona, reconociendo y valorando los logros que había tenido en su vida pasada.

- Por último el día 19 de octubre se le ayudó a escribir por si misma una lista sobre cada uno de los atributos positivos que ella estuviera segura que contaba con ellos en su persona y que nunca más fueran a faltar.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO:

- Fortalecer una relación de ayuda y seguridad contribuye a reflejar resultados positivos como disminuir la inseguridad.
- La comunicación favorece el intercambio de ideas entre las personas para poder solucionar los problemas.
- La comunicación positiva favorece la aparición de un sentimiento de seguridad.
- Las actividades ocupacionales ayudan a mantener la actividad psicomotora lo que mejora la capacidad y el ánimo.
- La expresión de sentimientos positivos ayuda a mejorar la autoestima de la persona y el sentimiento de la inseguridad.

#### EVALUACIÓN:

La usuaria expresó un sentimiento de tristeza con llanto durante algunas de las charlas, sin en cambio, mostró tanto verbalmente como físicamente satisfacción con su identidad personal. Después de haberla valorado a través, de la observación y por su comportamiento. La paciente refirió sentirse segura con lo que ella es escribiendo una lista sobre sus cualidades más importantes que ella cree que tiene.

### 8.3.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA III

- Aislamiento social relacionado con temor y la desconfianza hacia los demás manifestados por la actitud.

#### OBJETIVO:

- La usuaria mantendrá relación social con su padre, madre e hija.

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Ayudar a identificar los factores físicos, emocionales, culturales etc., que contribuyan a sentimientos de aislamiento social.
- Establecer una comunicación confianza que favorezca la aparición de un sentimiento de seguridad.
- Identificar actividades que le agraden y ayuden a la paciente a mantenerse ocupada.
- Fomentar actividades de enriquecimiento personal (leer, trabajos manuales etc.) en compañía de su familia en un entorno tranquilo.
- Dar oportunidad a la persona de observar a otros participando en conversaciones significativas y preguntarle su opinión (FAMILIA).
- Ayudar a desarrollar métodos de comunicación alternativos con otras personas.
- Incluir a la enferma en las conversaciones familiares sobre su hija.
- Elogiar los aciertos, comentando con amabilidad enfoques alternativos.

#### EJECUCIÓN:

- El DIA 31 de octubre: Se fomentó una relación más de confianza personalizada con la usuaria escuchándola y observando las conductas y sentimientos expresados. Animándole mediante un dialogo a expresar sus sentimientos y pensamientos sobre lo que conversaba sola, ofreciéndole

todo el apoyo y tranquilidad que se requería. Posteriormente se le orientó y ubicó durante su discurso en la realidad sobre su vida a través de charlas, consejos y opiniones sobre sus pláticas, todo esto valorando cada uno de los patrones de pensamiento por su lógica y validándola con preguntas y si las palabras estaban dentro de la realidad.

## FUNDAMENTO CIENTÍFICO

- El identificar cual es el motivo del aislamiento social ayuda a considerar alternativas de solución.
- La confianza y la seguridad contribuye a reflejar resultados positivos como disminuir la inseguridad y la incertidumbre.
- Las actividades recreativas y ocupacionales disminuyen el miedo y fomentan la seguridad.
- La interrelación entre personas favorece la comunicación.
- El convivir con las demás personas ayuda a fomentar las relaciones personales con todo tipo de personas.
- Un entorno seguro y agradable proporciona bienestar emocional, disminuyendo la sensación de soledad y tristeza.
- Una adecuada y comprendida comunicación mejora el estado anímico, el bienestar humano y disminuye el estrés.

## EVALUACIÓN

La usuaria logró con mucho apoyo y trabajo conversar y expresar sus pensamientos y sentimientos orientada y ubicada en la realidad con su madre e hija al pedirles perdón por sus actos tan malos según para ella. Con el padre no se pudo porque trabaja demasiado tiempo fuera de su casa.

#### 8.4.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA IV:

- Alteración de los procesos del pensamiento relacionados con patología psiquiátrica manifestadas por hablar, discutir a solas y maniobrar las manos.

#### OBJETIVO:

- La usuaria controlara su patología psiquiátrica a través de la terapia farmacológica y la comunicación con enfermera-paciente.

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Iniciar una relación personalizada con la usuaria.
- Observar conductas y sentimientos expresados por la usuaria.
- Animarla a expresar con palabras sus sentimientos y hablar sobre lo que conversa cuando esta sola mediante un dialogo abierto y sincero.
- Estimular a la administración adecuada de fármacos (medicamentos).
- Relación de ayuda que enfoque la intervención hacia la reorientación del discurso hacia si mismo, dando tiempos limitados a los aspectos, y resaltando los elementos realistas sobre su vida.
- Valorar los patrones de pensamiento por su lógica y validez, preguntándole a la usuaria si son evaluaciones son realistas.

#### EJECUCIÓN

- Día 11 de noviembre: una vez fomentada la confianza con la usuaria, se le escuchó y se observó las conductas y sentimientos expresados. Animándole a expresar sus sentimientos y pensamientos sobre lo que conversaba sola mediante un diálogo, ofreciéndole todo el apoyo y tranquilidad que se requería.

- Se le orientó y ubicó durante su discurso en la realidad sobre su vida valorando los patrones de pensamiento por su lógica y validándola con preguntas si sus palabras eran realidad.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

- La confianza permite la verbalización y esta ayuda a analizar y clarificar los problemas.
- El identificar las causas de los problemas permite buscar una solución a estos.
- La verbalización nos permite descubrir el problema y propicia seguridad a la paciente.
- Durante la enfermedad, la toma de medicamentos correctos y en los horarios establecidos proporciona un mejor bienestar físico-mental a la paciente.
- El apoyo y la confianza proporciona una sensación de bienestar en cuanto la salud mental del individuo.
- Al valorar el pensamiento de las personas en ocasiones ayuda a centrarse en la realidad de las cosas.

#### EVALUACIÓN

- La usuaria logró conversar y expresar sus pensamientos y sentimientos orientada y ubicada en la realidad, refiriendo sentirse bien.

### 8.5.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA V:

- Conflicto para la toma de decisiones relacionada con la enfermedad mental y disminución de la conciencia, manifestada por incapacidad para tomar decisiones propias.

#### OBJETIVO:

- La usuaria de forma paulatina demostrará menor dificultad en la toma de decisiones, desarrollando habilidades, mediante el entendimiento constante.

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Parcialmente compensatorio apoyo/educativo.
- Proporcionar y dar apoyo en la toma de decisiones.
- Asesoramiento en cuanto a la toma de decisiones siempre y cuando fuera lo correcto.
- Entretenimiento de la asertividad.
- Protección de los derechos del paciente.

#### EJECUCIÓN:

- Día 20 de noviembre: Se le asesoró conforme fue necesario con apoyo educativo suficiente para poder tomar decisiones conforme se requiera. primeramente a través de algunos juegos en los que ella pudiera participar y tomar decisiones importantes. memorama, damas chinas etc. Durante 1 hora diaria. Posteriormente se le pusieron algunos problemas como ejemplos familiares donde tuvo que tomar sus propias decisiones para poderlos solucionar, sin presión alguna, donde la usuaria logro hacerlo con un poco de miedo, vergüenza y trabajo.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO:

- La comunicación basada en la confianza permite a la persona la libre expresión de sentimientos e ideas generando una sensación de desahogo.
- El conocimiento de las actividades permite identificar los sentimientos que estos generan.
- El análisis de los problemas permite tener una perspectiva distinta con la posibilidad de encontrar diversas alternativas en la toma de decisiones.
- La confianza permite la verbalización y esta ayuda a analizar y clarificar los problemas.
- El análisis anticipado de los acontecimientos permite afrontarlos de forma más eficaz.
- La verbalización nos permite descubrir el problema y propicia seguridad en la toma de decisiones.

#### EVALUACIÓN:

- La usuaria desarrolló nuevas habilidades en el proceso de toma de decisiones, aunque retarda las decisiones importantes para no equivocarse, toma decisiones lógicas dentro de un contexto adecuado.

## 8.6.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA VI:

- Ansiedad relacionada con sentimientos de inquietud y activación del sistema nervioso autónomo en respuesta a una amenaza vaga inespecífica, manifestada por nerviosismo, irritabilidad, temor y angustia.

### OBJETIVO

- La usuaria adquirirá y manifestará una mejoría en su bienestar psicológico y fisiológico.

### INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Ayudar a la persona a identificar las manifestaciones de ansiedad y sus posibles fuentes.
- Hablar despacio y con tranquilidad utilizando fases cortas y sencillas.
- No exigirle nada a la persona ni pedirle que tome decisiones al momento.
- Ser concientes de las propias preocupaciones y evitarle ansiedad recíproca.
- Transmitir una sensación de comprensión y empatía (presencia tranquila, contacto físico, dejar llevar y hablar con la usuaria).
- Identificar la presencia de ira, frustración ansiedad, desamparo e irritabilidad no interrumpiendo y escuchándola.
- Aconsejar actividades que pueden reducir la ansiedad.
- Seleccionar conjuntamente con la usuaria las técnicas de relajación mas adecuadas.

### EJECUCION

- Día 28 de noviembre: Sólo se permaneció con la usuaria por periodos cortos, durante 1 hora, hablando con ella en fases clara y cortas, no exigiéndole nada, estando concientes de sus preocupaciones y evitando la ansiedad y transmitiéndole una sensación de comprensión y empalizando con tranquilidad e identificando la presencia de ira, frustración, ansiedad,

desamparo e irritabilidad sin interrupciones, aconsejándole y asíéndola participar en las actividades que redujeran su ansiedad.( música terapia, bordar servilletas, caminar.)

## FUNDAMENTO CIENTÍFICO

- El identificar las causas de los problemas de ansiedad permite buscar una solución a esta.
- El hablar despacio y con tranquilidad fases cortas y sencillas facilita el entendimiento en personas con un déficit de conocimientos.
- Las actividades ocupacionales ayudan a mantener la actividad psicomotora lo que mejora la capacidad y el ánimo para realizar actividades.
- El apoyo familiar refuerza y fomenta la seguridad para realizar sus actividades.
- El conocimiento de como afrontar los miedos y la forma de integrarse a los roles de la familia disminuye la angustia.
- Las actividades recreativas sirven para relajar el organismo, despejar y reforzar la mente.

## EVALUACIÓN

- La usuaria manifestó una sensación de tranquilidad solo cuando se platicaba con ella, expresando sentimientos de inquietud, tristeza solo en ocasiones. Observándose que mostraba disminución de la ansiedad paulatinamente a medida que ensaya nuevas conductas de adaptación utilizando las técnicas de relajación como son música terapia y ejercicio. (juegos), bordando servilletas.

## **IX.- CONCLUSIONES**

La esquizofrenia crónica afecta a muchas personas, especialmente a toda la familia de la persona afectada y mediante un programa de tratamiento integral puede controlarse mejorando la calidad de vida tanto de la persona con esquizofrenia como de su familia. Aunque la parte principal del tratamiento son los medicamentos, otros factores como la comunicación y la información son también muy importantes.

La aplicación del método enfermero permitió valorar el estado fisiológico y psicológico de la paciente.

Con base en los diagnósticos:

1.- La paciente M.M. presentó un bajo déficit de conocimiento de su patología psiquiátrica (esquizofrenia). La paciente debe evitar nuevas recaídas y mantener el control de su enfermedad principalmente a través de conocer su enfermedad, llevar un tratamiento farmacológico, asistir a sus consultas médicas. Mediante la aplicación de este proceso enfermero la paciente obtuvo parte de los conocimientos acerca de su enfermedad por medio de folletos de lectura acerca de la esquizofrenia y de aclararle cualquier duda que pudiera tener presente.

2.- Se encontró muy negativa a hablar acerca de su persona, así como de sus sentimientos personales y no personales, observándose deprimida y angustiada.

Durante la terapia se conversó diariamente con ella, tratando de elevar su autoestima (ver diagnóstico 2). Finalmente, la usuaria mostró estar físicamente satisfecha con su persona valorándose a través de la observación.

3.- M.M. presentó aislamiento social, estando encerrada en su habitación sin convivir con su familia, debido a una leve depresión, desconfianza y temor asociados a patología psiquiátrica. En el transcurso de la terapia se le ayudó a disminuir la desconfianza y temor hacia las personas, tratando de que socializara verbalmente con su familia (padre, madre e hija).

4.- Los pensamientos de la paciente se encontraban alterados debido a su enfermedad. Para ello se inició una relación de confianza personalizada, animándola a expresar los sentimientos que le inquietaban.

5.- Presentó problemas para la toma de decisiones, lo cual está asociado a su trastorno mental. Por ello en la terapia se le orientó y se le brindó confianza para que ella pudiera tener seguridad en sí misma al tomar decisiones propias, tal como: trabajar, aprovechar su tiempo libre, decidir acerca de su tratamiento (ir a consultas) etc.

6.- Presentó crisis de ansiedad acompañada en ocasiones de sentimientos de inquietud, nerviosismo, temor y angustia. Durante la terapia se le ayudó a identificar las posibles manifestaciones que se la provocaba por ejemplo, no tomarse sus medicamentos en los horarios establecidos. Para ello, se platicó tranquilamente con la paciente, sin presionarla, evitándole preocupaciones y usando algunas técnicas de relajación como: actividad recreativa (bordar servilletas) y música terapia.

Finalmente, este proceso enfermero muestra claramente que existe una interacción entre las esferas del ser humano y que si alguna de estas se altera repercute y afecta a todas las demás por ser un ser holístico.

## **X.- SUGERENCIAS**

- Es necesario que la usuaria M.M. tenga más atención psicológica (cariño, confianza, seguridad, palabras de cosuelo de aliento etc.) dentro del área familiar y por parte del personal de la salud, ya que no sólo se requiere de dar el medicamento a las horas previstas.
- Establecer alguna estrategia para concienciar a los profesionales de la salud para trabajar con la familia y el usuario como un equipo multidisciplinario y profesional en el área rural o comunitaria, prestando una atención holística a los pacientes con esquizofrenia a fin de mejorar la calidad de vida de los mismos.
- Se requiere que la señora M.M continúe con su terapia por profesionales para evitar nuevas recaídas.
- Enfermería requiere de habilidades especializadas que son necesarias para el desempeño de una profesión única y que el dominio del proceso enfermero que centre la actuación de enfermería en el campo de las respuestas humanas u otro referente.
- La metodología de enfermería es importante e indispensable en el desarrollo de nuestra actividad profesional además de que provee la fortaleza de ejercer la profesión de forma independiente.
- Se invita a que se creen proyectos de investigación en salud – mental donde los estudiantes y el personal del área de la salud puedan dar seguimiento a diversos casos aplicando el proceso de enfermería en

periodos largos para que puedan ver los beneficios y errores, prestando un servicio a la comunidad.

- Es necesario invitar e incentivar en el personal del área de la salud y más específicamente en el de la salud mental, el seguimiento de los casos aplicando el proceso enfermero de forma continúa una vez que egresan del hospital psiquiátrico, así como, involucrar a los familiares de los pacientes en la atención holística de éstos.

## **XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ciafardo R.1958. *Psiquiatría*. Argentina (Buenos Aires): Librería Científica Vallardi, pp. 175 a 207.
2. Cabaleiro M.1961. *Concepto y delimitación de las psicosis esquizofrénicas*. España (Madrid): Paz Montalvo, pp. 15 a 44.
3. García I, Sánchez E. 1999. Factors related to treatment adherence schizophrenic patients. *Actas esp. psiquiatría*, 27(4):211-6.
4. Torres-González F. 2002. Los cuidados comunitarios: Una psiquiatría de nueva generación. En: WWW grupoaulamedicy.com.
5. DSM-IV. 1995. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Masson.
6. Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría (PAMP): Programa institucional: la Esquizofrenia abre puerta. En: www.esquizofreniabrelaspuertas.com (Fecha de consulta septiembre de 2006).
7. Caraveo AJ, Mas CC. 1990. Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública de México* 32(5): 523-531.
8. CIE. 1992 *Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. España (Madrid): Organización Mundial de la Salud, Meditador.
9. Cabeza IG, Amador MS. 2000. Subjective response to antipsychotics in schizophrenic patients: clinical implications and related factors. *Schizophrenia Research* 41(2):349-55.
10. Castillo M, Rodríguez L. 2000 Modelos de Atención en Enfermería. *Revista de Enfermería* 8(1): 348-6328.
11. Moreno B, Jiménez JF, Godoy J.F. y Torres-González F. 2003. Evaluación de las necesidades asistenciales de una muestra de pacientes

- esquizofrénicos del Área de Salud Mental Granada Sur. *Actas esp. Psiquiatr* 325-330.
12. Gordon M. 1982. Nursing diagnosis Process and application USA (New York): McGraw-Hill
  13. Nusing Photobook. 1993. Examen y valoración del paciente en Enfermería. España (Barcelona) Doyma.
  14. Carpenito LJ. 1995. Diagnósticos de Enfermería. 5a edición España (Madrid): McGraw-Hill-Interamericana, pp. 1335.
  15. Carpenito LJ. 2003. Manual de Diagnósticos de enfermería. 9a edición España (Madrid): McGraw-Hill-Interamericana, pp.793.
  16. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2001. NANDA. guidelines: Taxonomy 1 revised St. Louis.
  17. Ackernecht EH. 1962. Breve Historia de la Psiquiatría. Argentina (Buenos Aires): EUDEBA, pp. 30 a 54.
  18. Organización Mundial de la Salud (OMS): 1992a. Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Suiza (Ginebra).
  19. Bumke O. 1946. Nuevo tratado de las enfermedades mentales. España (Barcelona): F. Seix editor. pp. 733 a 774.
  20. Organización Mundial de la Salud (OMS) 1992b. Trastornos mentales y del comportamiento. Suiza (Ginebra).
  21. Touriño Gonzáles R, Domínguez I, Baena E, Fernández J. 2004. Guía de intervención familiar en la Esquizofrenia. Glosa.
  22. Arieti S. 1965. Interpretación de la esquizofrenia, Editorial Labor, pp. 7 a 32.
  23. D.S.M. III y DSM-IV, 2001. Asociación Psiquiátrica Americana, Editorial Salvat, pp. 19 a 37 y pp. 191.
  24. Internet: [WWW.psicofarmacologia.Bizland.com/TAB](http://WWW.psicofarmacologia.Bizland.com/TAB) (Fecha de consulta: agosto 2006).
  25. Alfonso A, 2006. Valoración de las necesidades en el paciente esquizofrénico ante la pérdida del cuidador principal. Trabajo de investigación VII edición pp. 63.

26. Monografías de Psiquiatría, 2002. En: [www.grupoaulamedica.com](http://www.grupoaulamedica.com). (Fecha de consulta: Septiembre del 2006).
27. Boceta J, Cia R, de la cuadra C, Duarte M, Durán M, García E, Marchena C, Medina J, Rodríguez P. 2003. Cuidados Paliativos Domiciliarios Atención integral al Paciente y su familia. España (Andalucía): Consejería de Salud pp. 198.
28. Elsecier-NANDA. 2003-2004. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones España:
29. Atkinson L, Murria M. 1985. Proceso de Atención Enfermería. México (DF): Manual Moderno, pp. 188.
30. Guillén M. 1999. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. *Rev. Cubana Enfermería* 15(1):10-16.
31. Gordon M, 2002. Manual de Diagnósticos enfermeros España (Madrid) Mosby st. Lovis
32. Fornes J, Carballal MC. 2001. Enfermería en salud mental y psiquiatría. Guía práctica de valoración de estrategias de intervención. España (Madrid): Inter-Americana
33. Gispert C. 1990 Diccionario enciclopédico ilustrado. Océano.
34. Villanueva RA. 1998. Diccionario. MOSBY, España (Madrid) EDCT, Harcourt.
35. Torres-González F, Rosales C. y Moreno B. 2000 Prevalencia de la esquizofrenia. Masson, capítulo 38:545-553.

## **XII.-BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTÁRIA**

1. Bellak L. 1962. Esquizofrenia. España (Barcelona): Editorial Hender, pp. 15 a 24; pp. 61 a 71; pp. 78 a 86 y pp. 133 a 205.
2. Caraveo JJ. 1996. La Prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos en la población Mexicana. Estado actual y Perspectivas. *Salud Mental* V (19):8-13.
3. Jiménez J F, Moreno B, Torres-González F, Luna del Castillo JD, Phelan M. 1997. Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. *Archivos de Neurobiología*, pp.113-12.
4. Conrad K. 1961. La esquizofrenia incipiente. Editorial Alhambra, pp. 9 a 37 - 175 a 207.
5. Sadoc C. 1993. Trastorno Afectivo Fase Maniaca. Tesis de Licenciatura. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México.
6. Fernández A. 1979. Fundamentos de la Psiquiatría Actual, Tomo II, 4ta. Edición España (Madrid): Paz Montalvo. pp. 309 a 329 y pp. 336 a 353.
7. Alfaro R. 1998. Aplicación de los Procesos de Enfermería. España (Barcelona): Doyma
8. Web Internet: [WWW.nipe.enfermundi.com/disenometodo/metodologia2gordon.htm](http://WWW.nipe.enfermundi.com/disenometodo/metodologia2gordon.htm) (Fecha de consulta: agosto 2006).
9. Torres-González F, Rosales C. y Moreno B. 2000 Prevalencia de la esquizofrenia. Masson, capítulo 38:545-553.
10. [www.esquizo.com](http://www.esquizo.com)
11. [www.vozprosaludmental.org.mx](http://www.vozprosaludmental.org.mx)
12. [www.esquizofreniabrelaspuertas.com](http://www.esquizofreniabrelaspuertas.com)
13. [www.noahhealth.org/spanish/mentalhealth/cornell/conditions/spschizo.html](http://www.noahhealth.org/spanish/mentalhealth/cornell/conditions/spschizo.html)
14. [www.emental-health.com/schizophrenia.asp](http://www.emental-health.com/schizophrenia.asp).
15. [www.World-schizophrenia.org](http://www.World-schizophrenia.org).
16. [www.amate.org.mx/](http://www.amate.org.mx/) (Fecha de consulta: agosto 2006).

### **XIII.- GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**AFECTIVIDAD.** Término genérico que designa el sentimiento de placer o dolor que acompaña a las emociones

**ANSIEDAD.** Temor anticipado de un peligro futuro cuyo origen es desconocido

**ANTIPSIKOTICO.** Medicamento utilizado para bloquear o detener los síntomas psicóticos.

**COGNITIVO.** Perteneciente o relativo al conocimiento

**DELIRIO.** Trastorno común a muchas enfermedades en el que el paciente está temporalmente desorientado e incoherente y puede sufrir alucinaciones.

**DEPRESIÓN.** Síndrome caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada y por la inhibición de las funciones psíquicas.

**DOPAMINA.** Es un neurotransmisor del sistema nervioso simpático presente en la naturaleza que es precursor de la noradrenalina

**ESQUIZOFRENIA.** Psicosis en el cual el enfermo presenta la pérdida del contacto con el medio que lo rodea.

**ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.** Esta predomina, los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente de tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción, no hay perturbaciones del afecto, ni de la volición ni del lenguaje,

como tampoco síntomas cata tónicos, o bien esta sintomatología es relativamente notoria.

**HIPERACTIVIDAD.** Alteración hiperactiva por déficit de atención, afecta a niños de corta edad y se manifiesta porque presenta niveles de activada exacerbados, dificultad de concentración, incapacidad para controlar los impulsos, intolerancia a la frustración y en muchos casos problemas de comportamiento.

**MÉTODO.** Es la técnica o procedimiento para producir un efecto deseado, o una técnica diagnóstica.

**NANDA.** North American Nursing Diagnosis Association (Asociación Norte Americana de diagnósticos de enfermería).

**NEUROTRANSMISOR.** Cualquiera de los numerosos agentes químicos que modifican o producen impulsos nerviosos entre la sinapsis., son liberados por los botones simpáticos en las hendiduras sinápticas y pasan piel espacio existente entre las neuronas presinápticas y las pos-sinápticas.

**PROCESO ENFERMERO.** Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados de enfermería que se centren en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas y grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales, Linda Cardenito lo define como que utiliza la observación sistemática y las técnicas de solución de problemas para identificar los problemas potenciales, las acciones adecuadas y evaluar su eficacia.

**PSICOTERAPIA.** Tratamiento de las enfermedades mentales por procedimientos basados en la comunicación verbal y emocional, así como en otros comportamientos simbólicos.

**PSICOSIS.** Enfermedad mental que se caracteriza por la pérdida de contacto con la realidad y por la alteración con los vínculos por los demás.

**SEROTONINA.** Sustancia producida en el cerebro que controla el dolor y el sueño.

**SIGNO.** Hallazgo objetivo percibido por un examinador, como fiebre, una erupción, el murmullo que se percibe sobre el tórax y que muchos de estos acompañan a síntomas.

**SÍNTOMA.** Indicación subjetiva de una enfermedad o de cambio en la enfermedad según percepción del paciente.

**TRANSTORNO MENTAL.** Cualquier alteración del equilibrio emocional, que se manifiesta con una conducta de mal adaptación y de alteración funcional, producida por factores genéticos, físicos, químicos, biológicos, psicológicos sociales o culturales.

**TRASTORNO PARANOIDE.** Grupo numeroso de trastornos mentales caracterizados por una alteración del sentido de la realidad y por delirios persistentes

**Basado en:**

*Villanueva RA. 1998. Diccionario. MOSBY, España (Madrid) EDCT, Harcourt.*

*Gispert C. 1990 Diccionario enciclopédico ilustrado. Océano.*

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**

**GUÍA DE VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD PARA EL PACIENTE PSQUIÁTRICO**

**IDENTIFICACIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Religión \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
 Servicio \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Médico \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES:**

Heredofamiliares \_\_\_\_\_  
 Enfermedades anteriores \_\_\_\_\_  
 Enfermedad actual \_\_\_\_\_  
 Tratamiento Médico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**L PATRÓN PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD**

Hábitos higiénicos \_\_\_\_\_  
 Hábitos sociales (alcohol, drogas, café y tabaco) \_\_\_\_\_  
 Exposición a factores de riesgo (hogar, comunidad, y laboral) \_\_\_\_\_  
 Conductas autodestructivas \_\_\_\_\_  
 Asistencia al médico \_\_\_\_\_  
 Seguimiento del tratamiento médico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**IV. PATRÓN ACTIVIDAD / EJERCICIO**

Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_ Tensión arterial \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_  
 Características del pulso \_\_\_\_\_  
 Llenado capilar \_\_\_\_\_ Ritmo cardíaco \_\_\_\_\_

**Presencia de:**

- |                           |                          |                 |                          |
|---------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Soplos                    | <input type="checkbox"/> | Vértigos        | <input type="checkbox"/> |
| Distensión venosa yugular | <input type="checkbox"/> | Venas varicosas | <input type="checkbox"/> |
| Piel marmórea             | <input type="checkbox"/> | Palpitaciones   | <input type="checkbox"/> |
| Sudoración fría           | <input type="checkbox"/> | Otros           | <input type="checkbox"/> |
| Lipotimias                | <input type="checkbox"/> | Fatiga          | <input type="checkbox"/> |

Frecuencia respiratoria \_\_\_\_\_ Características de la respiración \_\_\_\_\_

**Presencia de:**

- |          |                          |              |                          |            |                          |
|----------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Cianosis | <input type="checkbox"/> | Aleteo nasal | <input type="checkbox"/> | Estertores | <input type="checkbox"/> |
| Tos      | <input type="checkbox"/> | Disnea       | <input type="checkbox"/> | Epistaxis  | <input type="checkbox"/> |
| Ortopnea | <input type="checkbox"/> | Disfonia     | <input type="checkbox"/> | Otros      | <input type="checkbox"/> |

Práctica de deportes \_\_\_\_\_

Actividades que puede realizar para el autocuidado \_\_\_\_\_

Actividad física (hiperactivo, hipoactivo, normoactivo, o catatónico) \_\_\_\_\_

Limitaciones físicas para el movimiento \_\_\_\_\_

Actividades recreativas \_\_\_\_\_

**Presencia de:**

- |              |                          |             |                          |
|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Tic          | <input type="checkbox"/> | Manierismos | <input type="checkbox"/> |
| Estereotipia | <input type="checkbox"/> | compulsión  | <input type="checkbox"/> |
| Otros        | <input type="checkbox"/> |             |                          |

**V. PATRÓN REPOSO / SUEÑO**

Horas de sueño al día \_\_\_\_\_ Rutinas de sueño \_\_\_\_\_

**Presencia de:**

- |                    |                          |             |                          |               |                          |
|--------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Insomnio           | <input type="checkbox"/> | Hipersomnio | <input type="checkbox"/> | Somnolencia   | <input type="checkbox"/> |
| Cansancio          | <input type="checkbox"/> | Pesadillas  | <input type="checkbox"/> | Bostezos      | <input type="checkbox"/> |
| Ojeras             | <input type="checkbox"/> | Bruxismo    | <input type="checkbox"/> | Sonambulismos | <input type="checkbox"/> |
| Parálisis de sueño | <input type="checkbox"/> | Otros       | <input type="checkbox"/> |               |                          |

**VI. PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTUAL**

Nivel de conciencia \_\_\_\_\_ Escala de Glasgow \_\_\_\_\_  
 Orientación (persona, tiempo y espacio) \_\_\_\_\_

**Presencia de:**

- |                    |                          |                |                          |                        |                          |
|--------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Cefalea            | <input type="checkbox"/> | Deglución      | <input type="checkbox"/> | Autismo                | <input type="checkbox"/> |
| Demencia           | <input type="checkbox"/> | Movimientos    | <input type="checkbox"/> | Obsesiones             | <input type="checkbox"/> |
| Crisis convulsivas | <input type="checkbox"/> | coordinados    | <input type="checkbox"/> | Fobias                 | <input type="checkbox"/> |
| Midriasis          | <input type="checkbox"/> | Delirios       | <input type="checkbox"/> | Ideas suicidas         | <input type="checkbox"/> |
| Infantilismo       | <input type="checkbox"/> | Reflejos       | <input type="checkbox"/> | Desatención unilateral | <input type="checkbox"/> |
| Confusión          | <input type="checkbox"/> | Visión borrosa | <input type="checkbox"/> | Otros                  | <input type="checkbox"/> |
| Miosis             | <input type="checkbox"/> | Alucinaciones  | <input type="checkbox"/> |                        |                          |
| Dolor              | <input type="checkbox"/> |                |                          |                        |                          |

Alteraciones sensoperceptivas (Visuales, auditivas, olfatorias, gustativas, táctiles, y cinestésicas) \_\_\_\_\_

Información sobre su enfermedad y cuidados \_\_\_\_\_

**VII. PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO**

Autoimagen corporal \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (ansiedad, depresión, temor, aflicción, euforia, duelo, y remordimiento) \_\_\_\_\_

Factores que afecta a su autoestima \_\_\_\_\_

Trastorno con la identidad personal \_\_\_\_\_

**VIII. PATRÓN ROL / RELACIONES**

Personas con las que convive diariamente \_\_\_\_\_

Ambiente familiar \_\_\_\_\_

Personas allegadas al enfermo \_\_\_\_\_

Conductas defensivas por parte del enfermo \_\_\_\_\_

Desempeño del rol (familiar, social, laboral y como enfermo) \_\_\_\_\_

Existencia del aislamiento social \_\_\_\_\_

**IX. PATRÓN DE SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN**

**Mujer**

Menarquia \_\_\_\_\_ Días por ciclo \_\_\_\_\_ F.U.M \_\_\_\_\_  
 Gestaciones \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_  
 Método de planificación familiar \_\_\_\_\_  
 Enfermedades venéreas \_\_\_\_\_  
 Examen de mamas y Cerviño vaginal \_\_\_\_\_

**Hombre**

Número de hijos \_\_\_\_\_ Problemas de próstata \_\_\_\_\_  
 Enfermedades venéreas \_\_\_\_\_

**Presencia de:**

Exhibicionismo	<input type="checkbox"/>	Hiperexitabilidad	<input type="checkbox"/>
Voyerismo	<input type="checkbox"/>	Fetichismo	<input type="checkbox"/>
Paidofilia	<input type="checkbox"/>	Problemas de identidad sexual	<input type="checkbox"/>
Transvestismo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

Actitud ante su propia sexualidad \_\_\_\_\_

**X. PATRÓN DE AFRONTAMIENTO / ESTRÉS**

Respuesta personal ante una situación de estrés \_\_\_\_\_

Respuesta familiar ante una situación de estrés \_\_\_\_\_

Capacidad para la toma de decisiones \_\_\_\_\_

Capacidad para el autocuidado \_\_\_\_\_

Actividades que lo relajan \_\_\_\_\_

Respuesta personal ante su enfermedad (colaboración, desconfianza, negatividad, agresividad o sumisión) \_\_\_\_\_

**XI. PATRÓN VALORES / CREENCIAS**

Actitud religiosa del paciente \_\_\_\_\_

Demanda de servicios religiosos \_\_\_\_\_

Mitos y creencias en relación con su enfermedad \_\_\_\_\_

**ANEXO 2**

**CLASIFICACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA POR CLAVES SEGÚN  
LA CIE Y DSM-IV**

ANEXO
<b>CIE-10:</b>
F20 Esquizofrenia.
F20.0 Esquizofrenia paranoide.
F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.
F20.2 Esquizofrenia catatónica.
F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.
F20.4 Depresión post-esquizofrénica.
F20.5 Esquizofrenia residual.
F20.6 Esquizofrenia simple.
F20.8 Otras esquizofrenias.
F20.9 Esquizofrenia sin especificación.
<b>DSM-IV:</b>
F20.xx Esquizofrenia.
F20.0x Tipo paranóide.
F20.1x Tipo desorganizado.
F20.2x Tipo catatónico.
F20.3x Tipo indiferenciado.
F20.5x Tipo residual.