



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ENFERMERIA
“SAN VICENTE DE PAUL”**

**PROYECTO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION DEL
TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**TITULO DEL PROYECTO
INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA DE TIPO PARANOIDE**

KATIUSKA ARACELY VEGA JIMENEZ

DIRECTOR: JOSE FARHAT

GUAYAQUIL 29 DE ENERO DE 2011

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos, quienes estuvieron hasta el último momento de elaboración conmigo.

A Dios por concederme todo lo que le pido Fe, Esperanza, Confianza, Apoyo desde el primer momento que empecé con mis estudios hasta finalizar con ellos.

A mis Hijos por el tiempo que me he ausentado, por saber entender lo largo de la preparación de mi carrera.

A mis Padres por la vida que me dieron, sino fuera por ella, no hubiera podido lograrlo.

A mis Hermanas por brindarme el apoyo, del cuidado de mis hijos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios sobre todas las cosas que me ha regalado; por la vida, salud, dinero, paciencia, sabiduría, entendimiento y por la Fe que nunca la perderé ante El, para seguir triunfando en todo momento.

A mis docentes quienes supieron compartir sus conocimientos, saberes que me sirven en mi vida profesional.

A mis compañeras de aula por saber compartir todos los días de estudio, consejos y entretenimientos.

A mis amigos por el apoyo, consejos y confianza que me supieron dar en todo momento para que continúe con mis estudios y no desmaye.

Contenido

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTO	2
TABLA DE CONTENIDO.....	¡Error! Marcador no definido.
ABREVIATURAS.....	6
Palabras Claves	7
INTRODUCCION.....	9
OBJETIVOS	12
1. GENERAL.....	12
2. ESPECIFICOS.....	12
MARCO REFERENCIAL.....	13
Instituto de Neurociencias de La Junta de Beneficencia de Guayaquil	14
Esquizofrenia	15
Definición	15
HISTORIA.....	16
Fisiología de la Esquizofrenia.....	18
EPIDEMIOLOGIA	20
Prevalencia mundial.....	20
Etiología de la Esquizofrenia.....	20
Teoría Bioquímica y Neuroestructural.....	21
Teoría de la predisposición genética.....	21
Teoría Orgánica o psicofisiológica	22
Teoría Ambiental o cultural	22
Teoría Perinatal.....	23
Teoría de la deficiencia Vitamínica	23
Síntomas Clínicos	23
Diagnostico de Esquizofrenia	26
Formas de Evolución	28
Curso Clínico	28

Fase Prodrómica:	28
Fase Activa:	28
Complicaciones.....	29
Pronóstico	29
Tratamiento	32
Farmacología.....	33
Clasificación Clínico-Farmacológica	33
Terapia Electroconvulsiva	35
Rehabilitación Psicosocial	35
Psicoterapia individual.....	36
Educación familiar	36
Terapia de grupo	37
Derechos del paciente psiquiátrico	37
Desempeño Social.....	38
Conductas o Problemas.....	41
Cuidados a Corto Plazo.....	42
Cuidados a Largo Plazo	42
Proceso de enfermería.....	44
Fases del Proceso de Enfermería	46
Modelos para la recolección de datos	47
Fase de Diagnóstico	47
Fase de Ejecución	48
Fase de Evaluación	48
Esquizofrenia Paranoide	39
Estudio de un caso: Esquizofrenia Tipo Paranoide.....	40
METODO	50
UNIVERSO	50
MUESTRA	50
TECNICA	50
CRONOGRAMA.....	66
PLAN ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO.....	67
CONCLUSIONES	68

VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	70
CITAS BIBLIOGRAFICAS.....	71
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXO.....	69

ABREVIATURAS

- PAE:** Sistema de Planeación en la ejecución de los Cuidados de Enfermería, compuesto de cuatro pasos: Valoración, Planeación, Ejecución y Control.
- JBG:** Junta de Beneficencia de Guayaquil.
- DSM IV:** El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- B1:** Grupo de vitaminas relacionadas con el metabolismo fundamental para el proceso de transformación de azúcares y cumple una importante labor en la conducción de los impulsos nerviosos, y en el metabolismo del oxígeno, se encuentra en el, germen de trigo, carne de cerdo, hígado y riñones, pescado, pan integral, leche y sus derivados.
- B6:** Su papel en el crecimiento, conservación y reproducción de todas las células del organismo, es importantísimo. La aportan la levadura seca, el hígado, los riñones, la carne, el pescado, las legumbres, los huevos, la coliflor, los plátanos, las judías verdes y el pan integral.
- B12:** Desempeña un papel muy importante en el crecimiento de la persona, contribuye con el desarrollo normal del sistema nervioso, es indispensable para la médula ósea, la síntesis de glóbulos rojos y el correcto funcionamiento del tracto gastrointestinal. Se consigue en huevos, derivados de la leche, hígado, riñones, pescado y carnes.
- La falta de Vitamina B12 trae como consecuencia anemia perniciosa o debilidad en la mielina, membrana protectora de los nervios de la médula espinal y del cerebro. No se recomienda ingerirla junto con la vitamina C, ya que esta última anula su absorción.

Resumen

Tipo de estudio: Prospectivo- descriptivo con una muestra de 50 pacientes ingresados en la Sala San José del Asilo Lorenzo Ponce del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, con diagnóstico de Esquizofrenia de Tipo Paranoide.

Objetivo: Analizar el cumplimiento de la Intervención de Enfermería a Pacientes con Esquizofrenia.

Summary

Type of study: Prospective descriptive with a sample of 50 patients in the Sala San Jose Asylum Lorenzo Ponce at the Neurosciences Institute in Guayaquil, with a diagnosis of paranoid type schizophrenia.

Objective: To analyze the performance of nursing intervention for patients with schizophrenia.

Palabras Claves

AUTISMO: Fenómeno psicopatológico, caracterizado por la tendencia a desinteresarse del mundo exterior y a ensimismarse.

AMBIVALENCIA: Término de Bleuler para la tendencia en los trastornos mentales, Esquizofrenia especialmente a dar igual expresión a impulsos opuestos.

ALOGIA: Imposibilidad de hablar, debido a una lesión de los centros Nerviosos.

PREVALENCIA: La prevalencia se define como el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado.

TERAPIA DE GRUPO: Es un tratamiento científico de naturaleza psicológica que se proporciona a los pacientes que lo necesiten de manera grupal, para mejorar su salud mental y calidad de vida.

INTRODUCCION

La enfermedad mental es un trastorno por el que los afectados desarrollan comportamientos anormales con más frecuencia que otras personas, una psicopatología asociada a frecuente, la incapacidad para desenvolverse, el hecho de no encajar en la sociedad y una percepción inexacta de la realidad y la ausencia absoluta de presencia constante de unan conducta especifica que entra dentro del abanico de las aceptadas socialmente.

Entre estas enfermedades mentales tenemos la Esquizofrenia que se considera como un trastorno psicótico más frecuente y causante de una mayor discapacidad que se caracteriza por una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, que llevan a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y a una significativa disfunción social.

El ejercicio de las Intervenciones de Enfermería se centra en los distintos aspectos del cuidado a pacientes Esquizofrénicos, dependiendo de las necesidades identificadas o de los problemas presentados por el paciente, por ello la Enfermera actúa y funciona de forma activa, resuelve los problemas, lleva a cabo intervenciones fisiológicas y psicológicas para estos pacientes, complementa el conocimiento y puede convertirse, de forma transitoria, en agente de autocuidado.

Las Intervenciones de Enfermería que se realizan para este tipo de pacientes pueden ser bastante ardua porque debe proporcionar información al mismo y a su familia, a fin de favorecer el manteniendo de la salud, modificar el estilo de vida y capacitar al paciente para afrontar la situación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Salud Mental es de suma importancia en nuestras vidas, por medio de ella podemos controlar nuestros pensamientos, emociones, es tener la capacidad para resolver los problemas que nos rodean, y así poder satisfacer nuestras necesidades.

El motivo de realizar este estudio investigativo surge a partir de haber observado las necesidades que tiene los pacientes con Esquizofrenia de Tipo Paranoide que se encuentran hospitalizados en la sala San José del Asilo Lorenzo Ponce del Instituto de Neurociencias.

Aquí se atiende a 60 pacientes de los cuales el 83% son esquizofrénicos y el 17% representa a pacientes con epilepsia y Adición a las drogas.

El estar trabajando en esta institución hospitalaria y en la sala anteriormente mencionada, he podido darme cuenta que esta enfermedad es un síndrome crónico que tiene una evolución característica de deterioro con el tiempo. Estos pacientes experimentan dificultades para vivir en la sociedad, sus familiares no les proporcionan el apoyo económico y posiblemente tampoco asumen la responsabilidad de controlar el cumplimiento de la medicación.

Las Enfermeras no seleccionan las Intervenciones de Enfermería por lo que no permiten establecer una relación de confianza, ni comunicación con el paciente esquizofrénico, en la comunicación parcialmente se observa un enfoque de apoyo y empatía, no se dan el tiempo suficiente para que los pacientes aclaren y expresen sus sentimientos, por lo general las Enfermeras a menudo imponen sus propios métodos de cuidado y de sus decisiones terapéuticas.

Las Intervenciones de Enfermería a estos pacientes se realiza en una forma rutinaria, no hay un fundamento científico como es la aplicación de los pasos del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el mismo que sirve para resolver problemas y también como marco organizativo para el ejercicio de la profesión.

Razón por la cual, me motivó a investigar si las Intervenciones de Enfermería se realizan basadas en Guías específicas, fundamentadas científicamente y si el cuidado

dado a los pacientes esquizofrénicos son seguros, oportuno con calidad y calidez, por lo tanto mi interrogante es:

Las Intervenciones de Enfermería que realizan las enfermeras a pacientes con Esquizofrenia se basan en Guías específicas fundamentadas científicamente?

Como futura profesional hago referencia a lo dicho por **Virginia Henderson**: “La función primaria de Enfermería es la de dar cuidados directos a la persona sana o enferma, asistirlo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación.” En cuanto al rol profesional establece que la enfermera tiene funciones propias e independientes, y se interrelaciona con los miembros del grupo médico, en un papel de colaboración mutua.

OBJETIVOS

1. GENERAL

Analizar el cumplimiento de las Guías de Intervenciones de Enfermería para Pacientes con Esquizofrenia de Tipo Paranoide de la Sala San José del Asilo Lorenzo Ponce del Instituto de Neurociencias.

2. ESPECIFICOS

2.1 Identificar la existencia de Guías para la Intervención de Enfermería a Pacientes con Esquizofrenia.

2.2 Determinar si la Enfermera realiza la valoración como paso previo a la Planificación de las Intervenciones de Enfermería.

2.3 Establecer si las Intervenciones de Enfermería que se llevan a cabo en beneficio del Paciente con Esquizofrenia se basan en fundamento científicos.

2.4 Elaborar y sugerir la implementación de un Plan de Atención de Enfermería para Pacientes con Esquizofrenia.

MARCO REFERENCIAL

La Organización Mundial de la Salud aporta estadísticas de la situación actual de la salud mental, dicha organización afirma que el 25 % de la población mundial ha sufrido o sufre de trastornos mentales, de la misma manera estos representan el 12% de la carga de morbilidad, la misma que para el año 2020 se estime que llegue a un 15%.

El Ecuador no se escapa de esta realidad, ya que dentro de lo mencionado en la ciudad de Guayaquil, en la avenida Pedro Menéndez Gilbert se encuentra el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, uno de los más grande del Ecuador, en lo que respecta a la Salud Mental.

El edificio fue entregado por el Concejo de la ciudad a la Junta de Beneficencia de Guayaquil en 1881 con el nombre de Manicomio Vélez. En los años 60, se construyó un nuevo edificio en las escalinatas del Cerro del Carmen con el respaldo financiero del Sr. Lorenzo Ponce, siendo esta la razón por la cual el hospital actual lleva su nombre.

En 1934 el estudio de la Psiquiatría y la Patología Mental se convirtió en una clave importante para la transformación del Hospital en un sanatorio de docencia nacional. Posteriormente, en 1954, se convirtió en un verdadero Hospital Psiquiátrico. Además de las actividades académicas, se ha añadido nueva infraestructura para satisfacer las exigencias de la comunidad.

Lorenzo Ponce cambia su gestión

El hospital Lorenzo Ponce, de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), se convirtió en un Instituto de Neurociencias, lo que implica no solo un cambio de nombre y de espacio físico, sino que tendrá un nuevo modelo para el tratamiento de pacientes con cuadros mentales agudos y de diferente índole.

La decisión de cambiar a un Instituto de Neurociencias fue adoptada por la Junta General de Miembros de la JBG ante la solicitud y presentación de una nueva estructura, rediseño e incorporación de áreas, nuevos procesos para la atención y cobertura de los pacientes.

Esta propuesta fue presentada por la directiva de este centro hospitalario, para sustentar por qué ser un Instituto de Neurociencias.

Instituto de Neurociencias de La Junta de Beneficencia de Guayaquil

La JBG ha reestructurado su parte física e implementado nuevos procesos para la atención de los ecuatorianos con problemas de salud mental. No todas las patologías requieren una hospitalización prolongada. Hay pacientes que acuden a las consultas por urgencias psiquiátricas, alrededor de 2.300 por año, de las cuales el 60% requieren ingreso. Las principales causas son los trastornos psicóticos agudos, incluyendo la esquizofrenia, el trastorno bipolar, trastornos delirantes y depresión mayor.

La decisión de ser un Instituto de Neurociencias fue adoptada por la Junta General de Miembros de la JBG ante la solicitud y presentación de una nueva estructura, rediseño de áreas, incorporación de nuevas y nuevos procesos para la atención y cobertura de los pacientes, que desarrolló la directiva de este Centro Hospitalario, que sustentó por qué ser un Instituto de Neurociencias.

SERVICIOS MEDICOS CON LOS QUE CUENTA EL INSTITUTTO DE NEUROCIENCIAS

- Emergencia
- Hospitalización Breve
- Cardiología
- Electroencefalografía
- Odontología
- Reinserción Laboral
- Psicología
- Psicometría
- Rayos X

- Electroterapia
- Servicios Inter hospitalarios de Laboratorio
- Conductas Adictiva

CAPITULO I

ESQUIZOFRENIA

Definición

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud: La Esquizofrenia está caracterizada por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, diluciones bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. “El concepto de esquizofrenia comenzó históricamente con el término demencia precoz”¹.

La Esquizofrenia se considera el trastorno psicótico más frecuente y causante de una mayor discapacidad.

Aunque es un trastorno psiquiátrico, se origina por un funcionamiento fisiológico anómalo del cerebro. Esta enfermedad afecta a todas las razas y tiene mayor incidencia en los hombres que en las mujeres. Ningún grupo cultural es inmune ante este trastorno, ni se salvan las personas con un coeficiente de inteligencia elevado.

La esquizofrenia afecta a las personas solteras y divorciadas, dos veces más que a las casadas o a las viudas. Las personas esquizofrénicas suelen formar parte de grupos socioeconómicos bajos.

La aparición de la esquizofrenia puede producirse al final de la adolescencia o al comienzo de la madurez, normalmente antes de los 30 años. Aunque se ha diagnosticado este trastorno en los niños, aproximadamente, el 75 % de las personas diagnosticadas de esquizofrenia manifiesta los síntomas clínicos entre los 16 y los 25 años.

Los síntomas clínicos pueden ser agotadores, tanto para el paciente como para su familia, porque esta enfermedad es un síndrome crónico que tiene una evolución característica de deterioro con el tiempo. Los pacientes experimentan dificultades para vivir en sociedad, en el colegio y en el trabajo. Sus familiares les proporcionan, a menudo el apoyo económico, y, posiblemente, asumen la responsabilidad de controlar el cumplimiento de la medicación.

HISTORIA

La Esquizofrenia ha sido objeto de estudio por numerosos médicos, psicólogos, filósofos, sacerdotes y artistas a través del tiempo.

“En el año de 1400 A.C. en el Ayur-Veda de la antigua india se describe una condición que podría corresponder a la actual esquizofrenia y para la que recomendaba meditación y técnicas de encantamiento para su tratamiento”.²

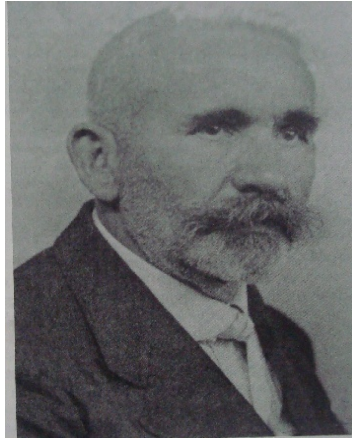
Durante la Edad Antigua y hasta el siglo XIX, no ocurre nada sobresaliente en el campo de la esquizofrenología.

En el año de 1856, Morel que fue un contemporáneo de Krepelin, introduce el término demencia precoz, para catalogar a un adolescente que era brillante activo y que luego se volvió aislado, apático y callado.

En el año 1868, se introduce el término catatonia para designar un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica). Es este mismo año que Sander introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados.

En 1870, Hecker introduce el término hebefrenia para describir un cuadro de inicio en la adolescencia, en donde hay una perturbación mental y que irremisiblemente conduce al deterioro del individuo.

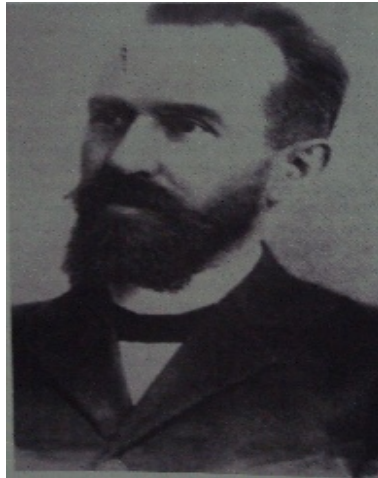
En 1896, Krepelin utiliza nuevamente el término demencia precoz y hace una descripción de esta condición mental cuya descripción aún tiene vigencia en la actualidad. Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro y su oposición a la psicosis maniaco-depresiva en donde éste no existe: Identifica tres subgrupos: paranoide, catatónica y hebefrénica.



EMIL KRAEPELIN

En 1911, Bleuler introduce el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro y el mismo Krepelin aceptaba que un 13% se recuperaban.

“Para Bleuler la esquizofrenia era la enfermedad **de cuatro A: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y efecto incongruente**”.³



EUGEN BLEULER

En 1933, Kasanin introduce el término esquizoafectivo para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presentan alteraciones afectivas.

En 1949., Polatín introduce el término pseudoneurótica para designar un tipo de esquizofrenia en las que el trastorno del pensamiento no era tan sobresaliente, pero se mostraban con un frente de síntomas ansiosos que podían hacer pensar en una neurosis de ansiedad pero que no evolucionaban como ella.

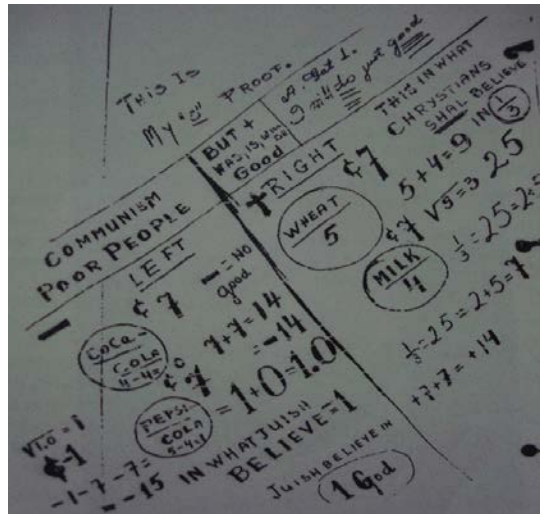
En 1952 en la primera edición del "Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Americana se clasifica a la esquizofrenia como "reacciones esquizofrénicas" y se incluyen los tipos: Simple, Tipo Hebefrénico, Catatónico, Paranoide, Agudo Indiferenciado, Crónico Indiferenciado, Tipo Esquizo-Afectivo, Tipo Infantil Y Tipo Residual.

Fisiología de la Esquizofrenia

Se ha definido como un trastorno del desarrollo neurológico en el cual partes del encéfalo no se desarrollaron de manera apropiada o funcionan incorrectamente por otras causas. La gravedad de los síntomas depende de la magnitud de las anomalías estructurales y del funcionamiento bioquímico.

La gran diversidad de síntomas indica que está implicada más de una zona del encéfalo. Algunos pacientes presentan signos “blandos” de problemas neurológicos: reflejos primitivos, gestos, gruñidos, respiración ruidosa, imitación de gestos, movimientos coreiformes y tipo tic ligeros, deterioro de las habilidades motoras, del tono o de ambos, y problemas de coordinación.

El déficit neurológico puede incluir deterioros de atención, resolución de problemas, memoria o comprensión. Algunos pacientes tienen problemas para la formación de conceptos y el funcionamiento intelectual global.



ESQUEMA DE UN ENFERMO ESQUIZOFRENICO

Las investigaciones presentan indicios que hacen pensar que los pacientes con esquizofrenia podrían padecer neuropatía estructural. Mediante tomografía axial computarizada, imágenes por resonancia magnética y estudios de emisión de fototrones se han identificado variaciones en estructuras que podrían influir en el funcionamiento.

Problemas estructurales en la corteza frontal podrían contribuir a los síntomas negativos, y problemas correspondientes en el sistema límbico podrían contribuir a los síntomas positivos. En caso de esquizofrenia se han identificado decremento del

volumen encefálico y talámico, aumento del tamaño ventricular y circonvoluciones prominentes.

EPIDEMIOLOGIA

Se cree que la esquizofrenia afecta principalmente a la cognición, pero también suele contribuir a la aparición de problemas crónicos de comportamiento y emoción. Las personas con esquizofrenia pueden tener trastornos adicionales, incluyendo depresión y trastornos de ansiedad.

Aproximadamente el 40% de los pacientes esquizofrénicos han consumido drogas al menos en una ocasión durante sus vidas. Ciertos problemas sociales, tales como el desempleo de larga duración, la pobreza y la falta de vivienda, son frecuentes en estos pacientes.

Prevalencia mundial

La Organización Mundial de la Salud estima una incidencia de esquizofrenia de 13.37% por cada 100.000 varones y de 12.94% por cada 100.000 mujeres. La tasa máxima corresponde al grupo de 20 a 64 años de edad.

La prevalencia global para varones y mujeres es de 0.05%. La prevalencia estimada de por vida es de 0.05 a 1% (15 años) y muere prematuramente por enfermedades o por suicidios consumados. La esquizofrenia es el más común de los trastornos con síntomas psicóticos.

Etiología de la Esquizofrenia

“La Esquizofrenia está relacionada con problemas en la química y la estructura cerebral. Sin embargo, no se ha identificado una única causa para todos los casos de esquizofrenia. Los científicos están actualmente investigando los posibles factores que contribuyen al desarrollo de la esquizofrenia”.⁴

Estos factores comprenden las infecciones víricas que se manifiestan en una edad temprana, anomalías en el desarrollo fetal, una lesión en el mesencéfalo debido a complicaciones en el parto, y una predisposición genética.

Las técnicas de imagen cerebral han demostrado que la esquizofrenia es un trastorno orgánico cerebral, al igual que la enfermedad de Parkinson o la esclerosis múltiple.

Se han formulado numerosas teorías sobre la causa de la esquizofrenia. A continuación, se destacan algunas de las más frecuentes.

Teoría Bioquímica y Neuroestructural

La teoría bioquímica y Neuroestructural incluye la **hipótesis de la dopamina**: es decir, que una cantidad excesiva del neurotransmisor dopamina provoca que los impulsos nerviosos bombardeen la vía mesolímbica, la parte del cerebro que, normalmente, participa en la estimulación y motivación. Se altera la comunicación celular, provocando la aparición de alucinaciones y delirio, que son los síntomas de la esquizofrenia.

Aun no se ha determinado la causa de la liberación de la concentración alta de

Parentesco	Riesgo	Similitud Genética
-------------------	---------------	---------------------------

dopamina, pero la administración de fármacos neurolepticos bloquea, en teoría, una liberación excesiva.

Teoría de la predisposición genética

La teoría de la predisposición genética, o hereditaria, propone que el riesgo de heredar la esquizofrenia es el 10% en las personas que tienen un familiar directo con esta enfermedad, y de, aproximadamente, el 40% si la enfermedad afecta a ambos progenitores o a un gemelo. En el siguiente cuadro se muestra el riesgo asociado a la carga genética.

Gemelo Idéntico	46%	100%
Hijo de Padres	46%	100%
Gemelo Dizigoto	14%	50%
Hijo de un Padre	13%	50%
Hermano	10%	50%
Sobrino	3%	25%
Esposo	2%	0%
Persona no relacionada	1%	0%

Teoría Orgánica o psicofisiológica

La esquizofrenia es un defecto funcional que se produce en el cerebro a consecuencia de factores estresantes,, como una infección vírica, sustancias toxicas, un traumatismo o sustancias que alteran alguna función orgánica (Well-Connected, 1999).

Teoría ambiental o cultural

Los seguidores de la teoría ambiental o cultural afirman que la persona esquizofrénica reacciona defectuosamente ante su medio, siendo capaz de responder selectivamente a los numerosos estímulos sociales.

Los teóricos de esta hipótesis consideran que las personas procedentes de regiones con un nivel económico inferior, o que han vivido en hogares monoparentales, en zonas pobres, no están expuestas a situaciones en las que pueden lograr éxito en su vida (Kolb, 1977).

Teoría Perinatal

Algunos investigadores señalan que existe riesgo de padecer esquizofrenia si el feto en desarrollo o el recién nacido tienen carencia de oxígeno durante la gestación o si la madre sufre de desnutrición o inanición durante el primer trimestre de embarazo. El desarrollo de la esquizofrenia puede desarrollarse durante la vida fetal, en la formación crítica del cerebro, generalmente, la semana 34 o 35 de gestación. (Well-Connected, 1999).

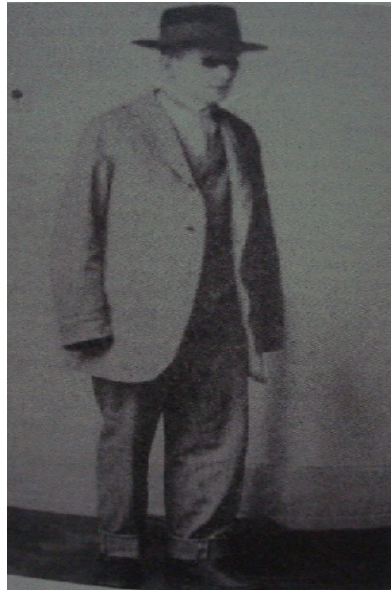
Teoría de la deficiencia Vitamínica

La teoría de la deficiencia vitamínica propone que las personas con deficiencia de las vitaminas del complejo B, a saber, B1, B6 y B12, así como la vitamina C, pueden manifestar esquizofrenia como resultado de una deficiencia vitamínica grave.

Síntomas Clínicos

La tensión nerviosa, la incapacidad para concentrarse, el insomnio, la abstinencia o defectos cognitivos pueden preceder el primer episodio esquizofrénico. Los síntomas clínicos se clasifican en tres categorías:

Los síntomas positivos reflejan la presencia de un comportamiento evidente psicótico o distorsionado, como alucinaciones, delirios o suspicacia, debido probablemente a un aumento de la cantidad de dopamina.



ESTE PACIENTE VESTIA PRENDAS GRANDES CON LA IDEA DELIRANTE QUE LAS DEMAS PERSONAS CREIAN QUE ERA MUY ALTO

Los síntomas negativos reflejan disminución o pérdida de las funciones normales, como la afectividad, la motivación o la capacidad para disfrutar de las actividades, debido a una cantidad insuficiente de dopamina.



MUJER DE 44 AÑOS DE EDAD CON ESQUIZOFRENIA CRONICA MUESTRA MANIERISMO CARACTERISTICO Y MUECAS FACIALES

Síntomas desorganizados en esta clase alude a la presencia de un pensamiento confuso, un discurso y pensamiento desorganizado, como la repetición de gestos rítmicos.



UNA REPRESENTACION SIMBOLICA DE LAS PERCEPCIONES EXTRAÑAS DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO

Se han definido dos categorías para describir la etiología y aparición de la Esquizofrenia: el tipo I y el tipo II.

Esquizofrenia del tipo I, el comienzo de los síntomas positivos, es generalmente agudo, estos síntomas de tipo agudo, responden generalmente a la medicación clásica de los neurolépticos, los teóricos creen que un aumento del número de los receptores de la dopamina en el cerebro, una estructura normal cerebral y la ausencia de defectos intelectuales contribuyen a un pronóstico más favorable que en las personas diagnosticadas con esquizofrenia de tipo II.

Esquizofrenia del tipo II se caracteriza por una aparición lenta de los síntomas negativos, causados por infecciones víricas y alteración en la colecistocinina. Se produce un deterioro intelectual y se manifiesta dilatación de los ventrículos, la respuesta de la medicación con los neurolépticos es mínima.

Clasificación de los subtipos de Esquizofrenia

- Existen cinco subtipos de esquizofrenia:
- Esquizofrenia Paranoide
- Esquizofrenia Catatónico
- Esquizofrenia Desorganizada
- Esquizofrenia Indiferenciada
- Esquizofrenia Residual

Diagnostico de Esquizofrenia



UN PACIENTE ESQUIZOFRENICO QUE SOLO ERA CAPAZ DE EXPRESARSE DIBUJANDO CONSTRUYO UN COLLAGE LLAMADO AFRICA

En la actualidad, el diagnóstico de esquizofrenia se realiza a través de la historia clínica del paciente y de la información de los familiares y compañeros. Es decir, como sucede con otras enfermedades, se diagnostica según unos criterios clínicos, una vez descartadas otras enfermedades (con diversos análisis y pruebas de neuroimagen).

No existe una prueba específica cuyo resultado positivo confirme el diagnóstico de esquizofrenia o el negativo lo descarte.

Criterios clínicos para el diagnóstico de esquizofrenia

Los siguientes criterios aceptados por el DSM IV, son esenciales para el diagnóstico de esquizofrenia.

A.- Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.



ENFERMO CON ESQUIZOFRENIA EN UNA POSICION CATATONICA MANTUVO ESTA POSICION INCOMODA DURANTE VARIAS HORAS.

B.- Disfunción social-laboral: Desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad como el trabajo, las relaciones interpersonales, se encuentran afectadas bajo un nivel, si esta empieza en la infancia o adolescencia, es difícil alcanzar un nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico.

C.- Duración.- Persisten signos continuos durante al menos seis meses, este periodo continuo debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A y puede incluir períodos prodrómicos o residuales.

Formas de Evolución

Las formas de evolución de los trastornos esquizofrénicos se clasifican en las siguientes categorías:

1. Continua.
2. Episódica con defecto progresivo.
3. Episódica con defecto estable.
4. Episódica con remisiones completas.
5. Remisión incompleta.

Curso Clínico

Fases de la Esquizofrenia

El curso clínico de la esquizofrenia suele comprender las fases prodrómica, activa y residual.

Fase Prodrómica: Dura meses o años. En este periodo, el funcionamiento comienza a deteriorarse, y por lo común empieza a aparecer algunos signos negativos de esquizofrenia, como aislamiento social creciente y declinación en las actividades habituales.

Fase Activa: El paciente experimenta síntomas psicóticos por un mínimo, de un mes.

Fase Residual: Sigue a la fase activa y es parecida a la prodrómica en la cual es posible que hay síntomas, pero en menor grado que en la fase activa, es posible especificar mejor el curso de la enfermedad.

Complicaciones

Dadas la gravedad de los síntomas y la cronicidad asociada a la esquizofrenia, los efectos debilitantes del trastorno y la declinación en el funcionamiento son quizá las principales complicaciones.

“En esquizofrénicos, 10% de la mortalidad se debe a suicidio. Los pacientes describen alucinaciones de tipo de órdenes, que les indican matarse o emprender actividades peligrosas, también los pacientes con sentimientos de culpabilidad, síntomas de un trastorno del estado de ánimo, se encuentran en el mayor riesgo de tomar medidas para llevar a efecto ideas suicidas”.⁵

Los pacientes con esquizofrenia crónica tienen mayor incidencia a un desequilibrio de líquidos, conocido como intoxicación por agua o **desequilibrio hídrico crónico**, este se produce por un proceso de tres etapas:

- Polidipsia asociada a poliuria.
- Intoxicación por agua asociada a polidipsia diurna, hiponatremia vespertina y diuresis nocturna.
- Complicaciones fisiológicas de hiponatremia (osteoporosis, insuficiencia cardíaca y daño).

Se estima que el 70 a 80% de los pacientes con este síndrome son esquizofrénicos crónicos, estos pacientes con desequilibrio hídrico exhiben conducta de búsqueda de líquidos repetitivos a veces compulsivos.

Pronóstico

Del 20 al 30% de los pacientes logran llevar una vida relativamente normal. El otro 20-30% experimenta síntomas moderados. Y el 40-60% restante lleva una vida perturbada por el trastorno.

Factores de buen pronóstico

- Edad tardía de comienzo.
- Comienzo agudo de la enfermedad.
- Existencia de factores precipitantes: drogas.
- Ausencia de embotamiento afectivo.
- Factores precipitantes de la enfermedad claramente identificables.
- Si la persona presentaba buena adaptación social, sexual y laboral antes de la aparición de la enfermedad.
- Ambiente social y familiar favorable.
- Buen cumplimiento del tratamiento.
- Antecedentes familiares de trastornos de humor.
- Confusión y síntomas atípicos.
- El subtipo de mejor pronóstico es la Esquizofrenia Paranoide.

Factores de mal pronóstico

- Inicio en edad temprana.
- Comienzo progresivo o insidioso de la enfermedad.
- Prevalencia de síntomas negativos.
- Aislamiento social o pocos sistemas de apoyo social.
- Trastorno previo de la personalidad.
- Embotamiento afectivo.
- Historia familiar de esquizofrenia.
- Larga evolución antes del primer contacto médico.
- Abuso de drogas.
- Presencia de anomalías cerebrales claras (ventrículos dilatados).
- Cuando la enfermedad no remite en tres años y hay múltiples recaídas.

TRATAMIENTO

El tratamiento es farmacológico, los medicamentos antipsicóticos utilizados son los neurolepticos (Haloperidol, Largactil, Meleril, etc.) son muy efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia pero poseen importantes efectos secundarios como temblores, rigidez, inquietud interna, sudor e incluso convulsiones.

También produce efectos indeseables no neurológicos como ictericia (coloración amarillenta de la piel), fiebre alta, anemia aplásica, hipersensibilidad dérmica, hipotensión, incremento de peso y en casos extremos "síndrome neuroleptico maligno" que puede llevar a la muerte.

Actualmente existen nuevas formas de presentación que reducen estos efectos secundarios como la Clizamina o la Risperidona, gracias a este avance los pacientes no abandonan tan fácilmente el tratamiento, pues no sufren tantas molestias.

Frecuentemente se interna al paciente para estabilizar la medicación, evitar que se lastime o que dañe a otros, protegerlo de las ideas suicidas u homicidas, para proveerle cuidados básicos, alimento, higiene, reducir el nivel de estrés y ayudarlo a estructurar sus actividades diarias. También se siguen terapias electroconvulsivas en pacientes catatónicos o que no pueden tomar medicación antipsicótica.

La psicoterapia grupal es muy útil para el entrenamiento en habilidades sociales. Permiten la rehabilitación social y laboral del paciente, que aprende a relacionarse con los demás y a manejarse en la vida cotidiana después de contraída la enfermedad. Lo importante es que puedan tener un comportamiento adecuado dentro del hogar así como una mejor vida social.

Farmacología

Clasificación Clínico-Farmacológica

1. Antipsicóticos típicos (clásicos)

- Su acción antipsicótica se ejerce al bloquear los receptores dopaminérgicos D2.
- Son eficaces sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia.
- Tienen muchos efectos adversos, sobre todo extrapiramidales.

2. Antipsicóticos atípicos (nuevos)

- Su acción antipsicótica se ejerce no sólo por el antagonismo de los receptores dopaminérgicos D2, sino también por los de serotonina, histamínicos y muscarínicos.
- Presentan un espectro de eficacia mayor, incluyendo los síntomas negativos y positivos.
- Ocasionan menos efectos adversos incluyendo una baja incidencia de efectos extrapiramidales, además de una mínima afectación de la prolactina y otras hormonas.

Clasificación Química

En función de su estructura química, hay antipsicóticos:

1. Típicos (Clásicos)

Fenotiazinas.- Las hay de tres tipos distintos:

Alifáticas: Ej: Clorpromazina, Levopromazina, Trifluoroperazina.

Piperidínicas: Son las fenotiacinas menos potentes. Ej: Tioridazina, Periciazina.

Piperazínicas: Contienen un –OH, son muy lipofílicas, tienen mayor potencia.

Butirofenonas.- Ej: Haloperidol: Poca actividad adrenérgica o muscarínica. Su presentación farmacéutica es de liberación lenta.

2. Atípicos (Nuevos)

Dibenzodiazepinas: Pocos efectos extrapiramidales, su acción es antagónica; predominantemente sobre los receptores 5HT₂. Ej.: Clozapina, Olanzapina, Clotiapina, Quetiapina.

Bencisoxazoles: Producen mínima sedación y tienen bajo riesgo de efectos extrapiramidales. Ej.: Risperidona.

Efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos

Los efectos secundarios comunes y molestos de todos los medicamentos antipsicóticos que se usan en el tratamiento de la esquizofrenia incluyen sequedad de la boca, estreñimiento, vista borrosa y somnolencia. Algunas personas sufren de disfunción sexual o disminución del deseo sexual, cambios en la menstruación y aumento de peso significativo.

Otros efectos secundarios comunes son problemas musculares y motores que incluyen inquietud, entumecimiento, temblores, espasmos musculares y, uno de los efectos secundarios más desagradables y serios, un padecimiento que se llama discinesia tardía.

La **discinesia tardía** es un trastorno motor que causa movimientos incontrolables de la cara y a veces, sacudidas o retorcimiento de otras partes del cuerpo. Por lo general, este padecimiento aparece después de varios años de tomar medicamentos antipsicóticos y se ve con más frecuencia en adultos mayores.

Terapia Electroconvulsiva

La **terapia electro-convulsiva**, también conocida como electroconvulsoterapia o terapia por **electroshock**, es un tratamiento psiquiátrico en el cual se inducen convulsiones utilizando la electricidad.

Actualmente la TEC es utilizada mayormente para tratar la depresión aguda que no responde a otros tratamientos. La TEC se usa también para tratar manías, catatonía, esquizofrenia y otros desordenes mentales.

Los efectos secundarios de esta terapia incluyen amnesia, la cual puede ser permanente en la minoría de pacientes, y confusión, generalmente desaparece en las horas siguientes al tratamiento. Está ampliamente aceptado el hecho de que la TEC no causa daño cerebral, aunque varios pacientes se han quejado de pérdida temporal o permanente de la memoria.

El consentimiento del paciente después de habersele informado de los riesgos es un requerimiento habitual en la terapia electro-convulsiva moderna; por otra parte, el tratamiento involuntario no es común y se da típicamente sólo cuando se está ante un caso de vida o muerte.

Rehabilitación Psicosocial

La rehabilitación psicosocial incluye varias intervenciones no médicas para las personas con esquizofrenia y enfatizan la capacitación social y vocacional para ayudar a los pacientes recién diagnosticados o que han estado enfermos por un tiempo a superar dificultades en las áreas cognitivas o de habilidades sociales afectadas.

Una de las razones principales de complementar el tratamiento farmacológico con tratamientos psicoterapéuticos es que los primeros solo tienen mayor efectividad sobre los síntomas positivos pero poco ante los negativos no logrando una mejoría en la integración social del paciente.

Los programas pueden incluir asesoramiento vocacional, capacitación para el trabajo, técnicas para solucionar problemas de la vida diaria, administración del dinero, uso del transporte público y aprendizaje de destrezas sociales para interactuar mejor con otras personas. Estos métodos son muy útiles para los pacientes tratados en la comunidad, porque proporcionan las técnicas necesarias para poder llevar mejor la vida en comunidad a los pacientes que han sido dados de alta del hospital, lo que conlleva a disminuir las recaídas, adquirir habilidades, disminuir los síntomas negativos e incrementar el ajuste social.

Psicoterapia individual

La psicoterapia individual o terapia personal incluye sesiones programadas con regularidad en las que el paciente conversa con su psicólogo o psiquiatra. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos, sentimientos o reacciones personales.

El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva. También puede aprender a distinguir entre lo real y lo distorsionado.

Los métodos cognoscitivos y de comportamiento enseñan técnicas de adaptación, solución de problemas y dotan al individuo de estrategias de afrontamiento. A pesar de sus beneficios, la psicoterapia no es un sustituto de los medicamentos antipsicóticos, y resulta más útil una vez que el tratamiento con medicamentos ha aliviado los síntomas psicóticos.

Educación familiar

La colaboración con la familia en la rehabilitación tiene dos objetivos fundamentales, prevenir las recaídas y fomentar comportamientos que lleven a una rehabilitación satisfactoria, desalentando las conductas que impidan este proceso.

El educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento se llama “Psico-educación familiar. La psico-educación familiar incluye aprender estrategias para manejar la enfermedad y técnicas de solución de problemas.

Es útil llevar un registro de los síntomas que van apareciendo, los medicamentos (incluyendo las dosis) que toma y los efectos que han tenido los diversos tratamientos. Al saber qué síntomas estuvieron presentes anteriormente, los familiares pueden tener una idea más clara de lo que puede suceder en el futuro.

Además de colaborar a obtener ayuda, la familia, los amigos, y los grupos de personas con condiciones similares, pueden proporcionar apoyo y fomentar que el paciente esquizofrénico recupere sus capacidades. Es importante plantearse metas alcanzables ya que un paciente que se siente presionado o criticado probablemente tendrá estrés, lo que puede causar un empeoramiento o una recaída.

Terapia de grupo

La terapia de grupo en la esquizofrenia, así como la aplicación de técnicas de discusión en grupo y lecturas de apoyo, se ha mostrado similar en eficacia a la psicoterapia individual y en algunos casos más aún, aumentando el entusiasmo de pacientes y terapeutas, disminuyendo recaídas y rehospitalizaciones, mejorando cumplimiento, relaciones sociales y funcionamiento global.

La terapia de grupo, al margen de ser menos costosa, aporta una serie de beneficios en las habilidades sociales del paciente psicótico: ofrece un contexto realista, igualitario, seguro, horizontal y neutral donde se desarrollan múltiples y multifocales interacciones que favorecen la realimentación y aprendizaje interpersonal, pudiendo proceder la ayuda de cualquier miembro del grupo y no sólo del terapeuta.

Derechos del paciente psiquiátrico

El paciente puede necesitar ayuda de los profesionales de los programas terapéuticos residenciales, los administradores de programas de acogida temporal para las personas que se encuentran sin vivienda, los amigos o compañeros de vivienda, los

profesionales que manejan el caso clínico, las autoridades religiosas de iglesias y sinagogas, así como de su familia.

A menudo el paciente se resiste a recibir tratamiento, por lo general porque cree que no necesita tratamiento psiquiátrico y que los delirios o alucinaciones que experimenta son reales. A menudo es la familia o son los amigos los que deben tomar decisiones para que el enfermo sea evaluado por un profesional. Cuando otras personas tomen decisiones de tratamiento, los derechos civiles del enfermo deben ser tomados en consideración. El consentimiento informado es un derecho del paciente psiquiátrico establecido por la Declaración de la Asociación Mundial de Psiquiatría de Hawái en 1977 y la de la Asociación Médica Mundial de Lisboa en 1981.

Hay leyes que protegen a los pacientes contra el internamiento involuntario en hospitales. Estas leyes varían de país a país, pero fundamentalmente el paciente en pleno uso de sus facultades mentales puede negarse a realizar los procedimientos indicados, por escrito, ejerciendo su «derecho a vivir su enfermedad» o su «derecho a la enfermedad». Debido a las restricciones impuestas por la ley, la familia puede sentirse frustrada en sus esfuerzos de ayudar al enfermo mental grave.

Generalmente la policía solo puede intervenir para que se realice una evaluación psiquiátrica de emergencia o sea hospitalizado cuando el estado del enfermo representa un peligro para sí mismo o para otros. Si el enfermo no va por su voluntad a recibir tratamiento, en algunas jurisdicciones, el personal de un centro de salud mental de la comunidad puede ir a su casa para evaluarlo.

Desempeño Social

La esquizofrenia sin síntomas negativos se ha relacionado a menudo con un buen ajuste social entre las crisis. Los pacientes con esquizofrenia tienen una alta tasa de abuso de sustancias, y los que consumen drogas tienen sus primeras hospitalizaciones a edades más tempranas, tienen hospitalizaciones más frecuentes y tienen más disfunción en sus relaciones interpersonales y familiares.

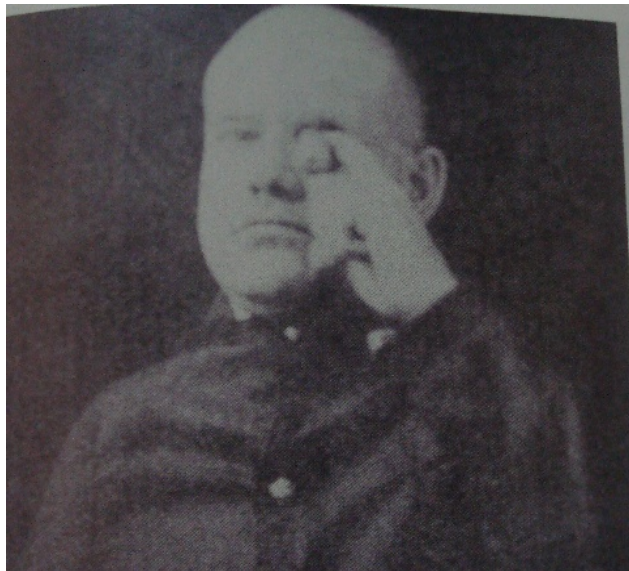
Algunos pacientes se vuelven tan psicóticos y desorganizados que no pueden satisfacer sus necesidades básicas, tales como resolución de problemas, establecer y alcanzar metas futuras, proveer su propia vivienda, comida, vestido y pueden requerir un mayor apoyo para mantener su independencia.

Este tipo de pacientes tienen una mayor probabilidad de comportamiento agresivo que aquellos con menos síntomas psicóticos. Los pacientes con esquizofrenia también tienen una tasa disminuida de matrimonio y aumentada de divorcios.

CAPITULO II

Esquizofrenia Paranoide

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción.



ESTE PACIENTE LLEVABA UNA PROTESIS OCULAR Y CREIA,QUE CUANDO SE LA EXTRAIA DE LA ORBITA OCULAR, ESTA POSEIA PODERES ESPECIALES

Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

1. Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
2. Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
3. Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, pero rara vez dominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados.

Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

Estudio de un caso: Esquizofrenia Tipo Paranoide

El Sr. Juan Pérez de 29 años de edad, había estudiado para ser contador. Después del segundo año de universidad, su familia noto que se aislaba y discutía.

Dejo de salir con sus amigos y de cuidar su higiene personal, después de trabajar por dos años, renuncio de manera repentina porque sentía que todos lo molestaban y hablaban de él. Desde entonces fue incapaz de conservar cualquier empleo por más de unos pocos meses, porque tenía problemas de desempeño, y con el tiempo dejo de buscar trabajo.

Pasaba la mayor parte del tiempo solo en la habitación, y rara vez participaba en las actividades familiares. El paciente informo oír tres voces distintas que no podía identificar, las voces no cesaban de decirle que “no era bueno” y que era “un perdedor”, y le advertían que sus alimentos habían sido envenenados.

Se torno cauteloso e hipervigilante, y no comía alimentos que le fueran llevados por otros. Sospechaba del alimento del hospital, y solo comía naranjas y manzanas. Entre paciente presento síntomas de esquizofrenia tipo paranoide: pensamientos de persecución, comportamiento reservado, alucinaciones e ideas delirantes.

CAPITULO III

Cuidados de Enfermería en la Esquizofrenia

La Esquizofrenia es un conjunto de trastornos que se manifiestan por alteraciones características del humor y de la conducta. El pronóstico es mejor:

- Cuando el paciente tiene antecedentes de buen ajuste social, laboral y sexual.
- Cuando el inicio de la enfermedad es agudo.
- Si hubo un evento desencadenante, obsérvese también que el paciente probablemente estará tomando medicamentos, como tranquilizantes mayores o ansiolíticos.

Conductas o Problemas

- Conducta retraída o inhibida.
- Conducta regresiva.
- Ansiedad en incremento, agitación
- Disminución de la autoestima.
- Alucinaciones
- Ideas delirantes

- Pensamiento desorganizado, ilógico
- Respuestas emocionales inadecuadas o insuficientes
- Trastornos de la volición y de la actividad dirigida a objetivos
- Malas relaciones interpersonales
- Dificultad para entablar comunicación verbal
- Agresión hacia sí, otras personas o propiedades
- Alteraciones del sueño, fatiga
- Trastornos del apetito, nutrición insuficiente
- Conflictos sexuales

Cuidados a Corto Plazo

- Nutrición suficiente del paciente.
- Mantenerle en un ambiente de seguridad.
- Entablar con él una comunicación que genere confianza.
- Animarle a que participen con los demás pacientes en tareas rehabilitadoras y en grupos, que se comunique con los demás.
- Intentar reducir los síntomas delirantes, alucinaciones e ideas delirantes y los impulsos.
- Reducir el riesgo de autolesión.
- Reducir los comportamientos impulsivos. Aumentar la autoestima.

Cuidados a Largo Plazo

- Debemos conseguir que el paciente acepte su enfermedad y que se encare con sus limitaciones, y que esto lo haga de forma eficaz.
- Pasar el mayor tiempo posible con ellos.
- Proporcionar un medio adecuado y que se sienta seguro con el medio que le rodea. Que sean los miembros los que le atiendan, que no haya cambios continuos de personal porque aumentara la angustia del paciente.
- Aumentar la autoestima del sujeto con una atención sincera e interesada.
- Mejorar su aseo y todo lo relacionado con su aspecto personal.
- Pasar el tiempo suficiente con el enfermo. Valoran mucho la compañía.

- Intentar que conozca sus capacidades y potencialidades. Que tenga una mejor imagen de sí mismo.
- Reorientarlo con la realidad, ayudar a distinguir lo que es real de lo q no lo es aunque a él le parezca que si es real.
- Permanecer con el paciente si tiene miedo, ya que si no reaccionara con impulsos agresivos.
- Ser sencillo, honrado y conciso, hablando de temas simples y concretos que él pueda comprender.
- No hay que decirles que lo que nos cuenta son bobadas.
- Rodearle de un ambiente de seguridad, que poco a poco viva su ambiente como un lugar seguro.
- Percatarse de cuando el paciente trama situaciones nocivas o autoagresiones para sí mismo o para los demás.
- Protegerle de autolesiones y tendencias autoagresivas.
- Percatarse de que el paciente está preocupado por algo en respuesta a sus alucinaciones, ya que fundamentalmente son auditivas de tipo imperativo que le mandan hacer algo.
- Ayudarle a superar la disociación y las conductas represivas, evaluando el nivel actual de tiempo y a partir de el marcar metas a conseguir en cuanto a su conducta.
- Insistir en que son infantiles ni animales y se tienen que adaptar a conductas adultas.
- Establecer unos objetivos realistas que nos debemos marcar día a día y no plantear objetivos que sean inalcanzables, porque será más angustiante para el enfermo y para nosotros.
- Procurar que el paciente se percate de lo que esperamos de él para que lo pueda conseguir con nuestra ayuda.

- Darle la oportunidad de tomar decisiones personales para ir teniendo responsabilidades.
- Disminuir la ansiedad, la agitación psicomotriz y la agresividad. Disminuir los estímulos excitantes, ya que a veces habrá comportamientos que resulten molestos o incluso peligrosos.
- Controlar la toma de medicación y estar alerta de los efectos secundarios. Muchas veces son pacientes que se niegan a comer y a beber por el miedo que tiene a ser envenenados, por eso se debe mantener una alimentación sana y hacer balance hídrico de lo que entra y lo que sale.
- Hay que conservar los patrones de alimentación e ingesta de líquidos. Mantenerse alerta para satisfacer las necesidades del paciente.

Proceso de enfermería

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (**PAE**) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.

Es un método sistemático y **organizado** para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

- Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- Estimula la participación de quien recibe los cuidados.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución del resultado.
- El sistema, al contar con una etapa de evaluación, permite su retroalimentación y mejora en función del tiempo.

Características del proceso de enfermería

El proceso de enfermería es un proceso **cíclico** y **continuo** que puede terminar en cualquier etapa si se resuelve el problema. Existe un solo proceso para todos los problemas de los pacientes y para todos los elementos su cuidado.

La evaluación de los cuidados de enfermería llevará posiblemente a cambios en la realización de los mismos; es probable que las necesidades del paciente cambien durante su estancia en el hospital ya sea por mejora o deterioro de su estado de salud.

El proceso de enfermería está enfocado, además en las necesidades fisiológicas del paciente, en las de seguridad y protección, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

Características:

- Cíclico y dinámico.
- Metas dirigidas y centradas en el cliente.
- Interpersonal y colaborativo.
- Universalmente aplicable.
- Sistemático.

Habilidades

El proceso de enfermería implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tengan que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del cliente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente.

Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, y la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.

Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente el realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

Fases del Proceso de Enfermería

Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería:

- Valoración de las necesidades del paciente.
- Diagnóstico de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir.
- Planificación del cuidado del paciente.
- Implementación del cuidado.
- Evaluación del éxito del cuidado implementado y retroalimentación para procesos futuros.

Fase de valoración

El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tomar en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado una teoría de Enfermería o escala de Waterlow.

Estos problemas son expresados tanto como reales o potenciales (de riesgo). Por ejemplo, un paciente que se halla inmóvil debido a un accidente de tráfico en la carretera puede ser valorado como con "riesgo de alteración de la integridad cutánea", relacionado con un problema potencial al quedar atrapado al interior del automóvil.

Modelos para la recolección de datos

Los siguientes modelos de enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de enfermería.

- Patrones de salud funcional de Gordon
- Modelo de adaptación de Roy
- Modelos de sistemas corporales
- Jerarquía de necesidades de Maslow

Fase de Diagnóstico

Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en

evidencia. El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del paciente.

Fase de Planificación

En acuerdo con el paciente, el profesional de enfermería planifica el tratamiento de cada uno de los problemas identificados en la fase de valoración y desarrollados en la de diagnóstico. Para cada problema se establece una meta mensurable. Por ejemplo, para el cliente que se discutió más arriba, la meta sería para el paciente que su piel permanezca intacta. El resultado es un plan de cuidados de enfermería.

Fase de Ejecución

En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo el cuidado de enfermería.

Fase de Evaluación

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería debe cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables - el fallo para establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios donde sea apropiado.

HIPOTESIS

Las enfermeras de la sala san José del asilo Lorenzo Ponce del instituto de neurociencias realizan las intervenciones de enfermería a pacientes con esquizofrenia de tipo Paranoidea basadas en guías específicas y fundamentadas científicamente.

METODO

Este estudio es de tipo prospectivo - descriptivo se llevara a cabo del mes de Enero a Abril del 2011 los que están dirigidos a determinar “como es” o “como esta” la situación que se estudia.

UNIVERSO

El universo está conformado por 60 pacientes con problemas mentales hospitalizados en la sala San José del Asilo Lorenzo Ponce del Instituto de Neurociencias.

MUESTRA

La muestra se tomo al 83% del universo, que equivale a 50 pacientes.

TECNICA

Se utilizo como técnica la encuesta la que permite al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la misma, mediante el cuestionario destinado a tener respuesta sobre el problema en estudio (anexo 1).

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS

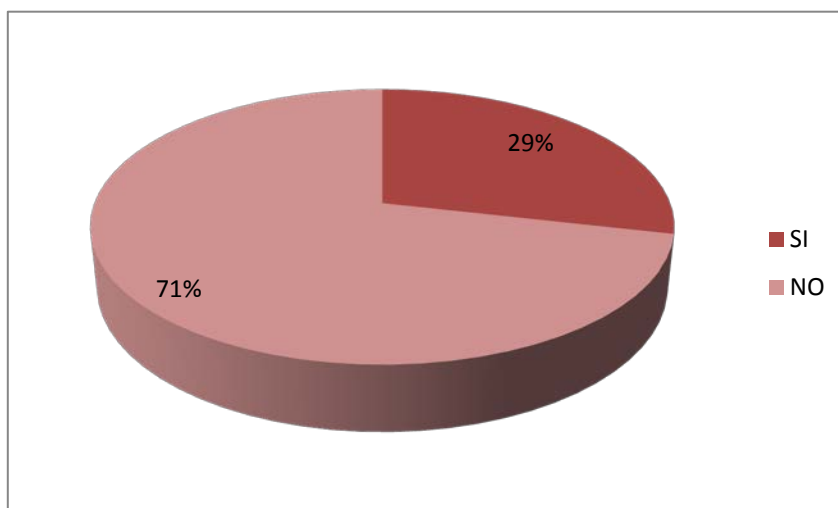
A continuación la presentación de los resultados obtenidos:

TABLA # 1

Conocimientos de las Enfermeras de los síntomas denominados las 4 A.

RESPUESTA	No	%
SI	2	29
NO	5	71
TOTAL	7	100

Fuente: Encuesta realizada a Enfermeras de la sala San José.



De la encuesta realizada se observa que el 29% de las enfermeras conocen los síntomas denominados las 4 A, trastorno afectivo, pensamiento autista, ambivalencia y trastorno asociativo, el 71% desconoce.

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA DE TIPO PARANOIDE**

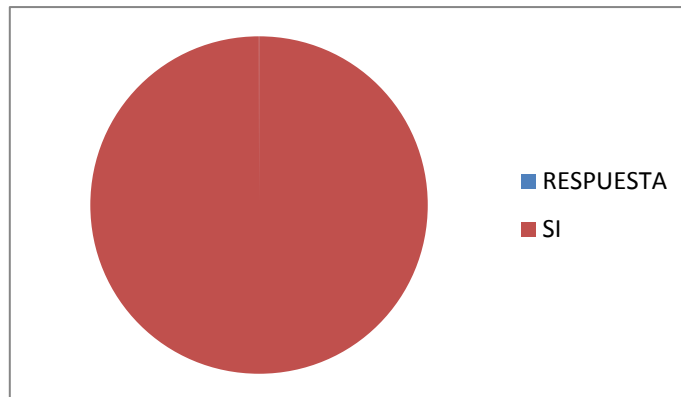
Encuesta realizadas a las Enfermeras.

TABLA # 2

Existencia de Guías de Enfermería para pacientes con esquizofrenia

Respuesta	No	%
SI	0	0
NO	7	100
TOTAL	7	100

Fuente: Encuesta realizada a Enfermeras de la sala San José.



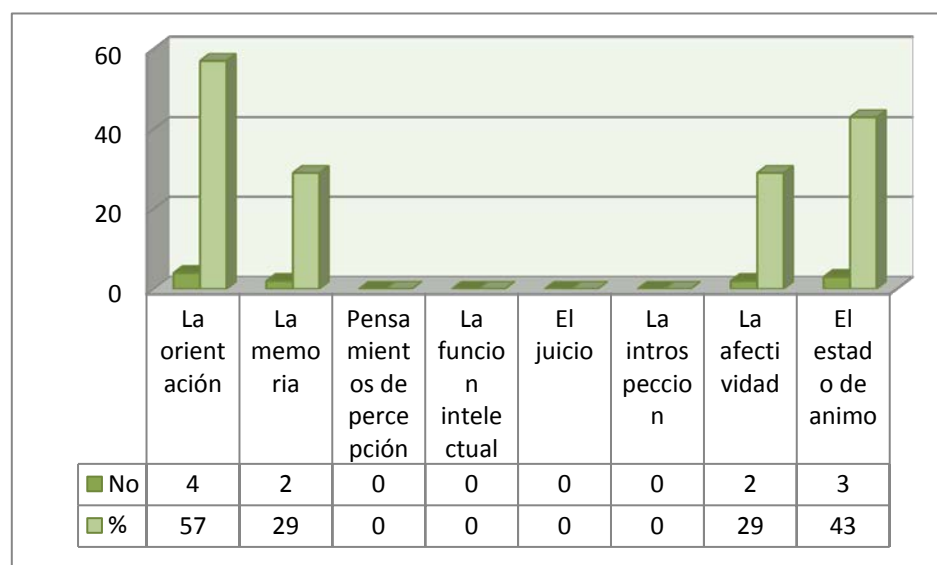
De la encuesta realizada se detecta que las Enfermeras no tienen una Guía de Enfermería para dar cuidados a pacientes con Esquizofrenia.

TABLA # 3

Valoración de la enfermera al paciente esquizofrénico previo a la planificación de las intervenciones de enfermería.

Respuestas	No	%
La orientación	4	57
La memoria	2	29
Pensamientos de percepción	0	0
La función intelectual	0	0
El juicio	0	0
La introspección	0	0
La afectividad	2	29
El estado de ánimo	3	43

Fuente: Encuesta realizada a Enfermeras de la sala San José.



Se observa que las enfermeras no valoran parcialmente al paciente esquizofrénico ya que, el 57% indican que valoran la orientación, el 43% el estado de ánimo y con igual porcentaje el 29% la memoria y la afectividad.

Análisis cualitativo de la pregunta número 3 de la encuesta.

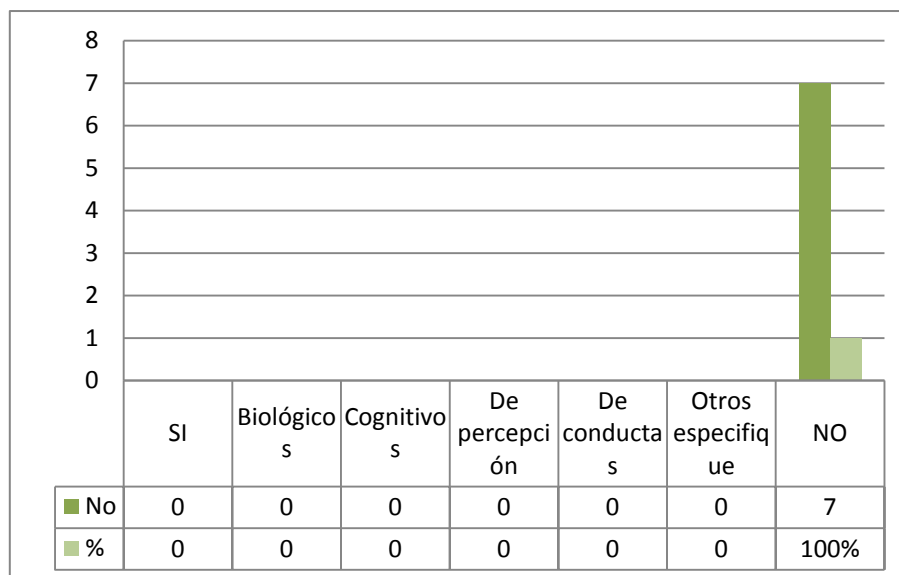
La pregunta numero 3 se analiza cualitativamente, se procedió a calificar sobre 8 las respuestas de las 7 enfermeras de los síntomas clínicos de la esquizofrenia, obteniéndose que el 5 % de las enfermeras tienen conocimiento sobre los mencionados síntomas.

TABLA # 4

Planificación de las intervenciones de enfermería para pacientes con esquizofrenia

Respuestas	No	%
SI	0	0
Biológicos	0	0
Cognitivos	0	0
De percepción	0	0
De conductas	0	0
Otros especifique	0	0
NO	7	100
TOTAL	7	100

Fuente: Encuesta realizada a Enfermeras de la sala San José.



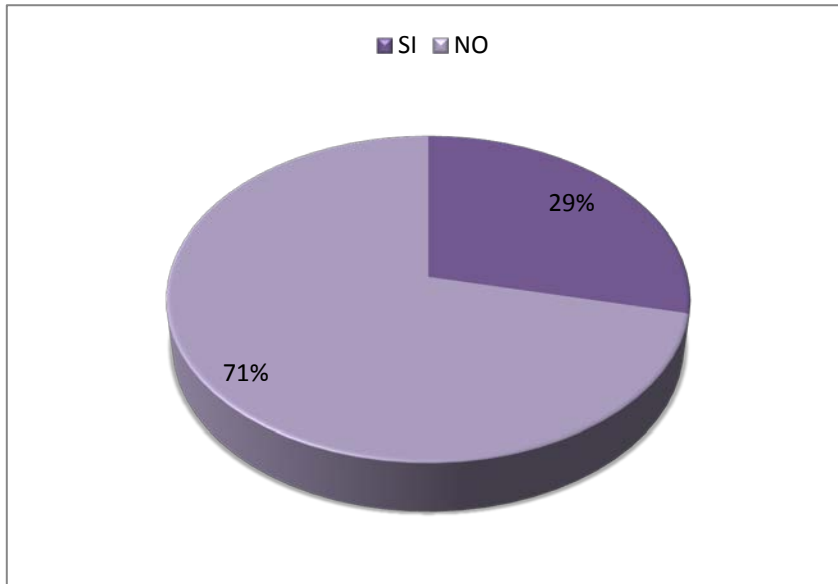
Los datos obtenidos indican que 100% de las Enfermeras no planifican las Intervenciones de Enfermería para pacientes con esquizofrenia

TABLA #5

Relación de confianza de las enfermeras con pacientes esquizofrénicos

respuestas	No.	%
SI	2	29
NO	5	71
TOTAL	7	100

FUENTE: Encuesta realizada a Enfermeras Profesionales de la Sala San José.



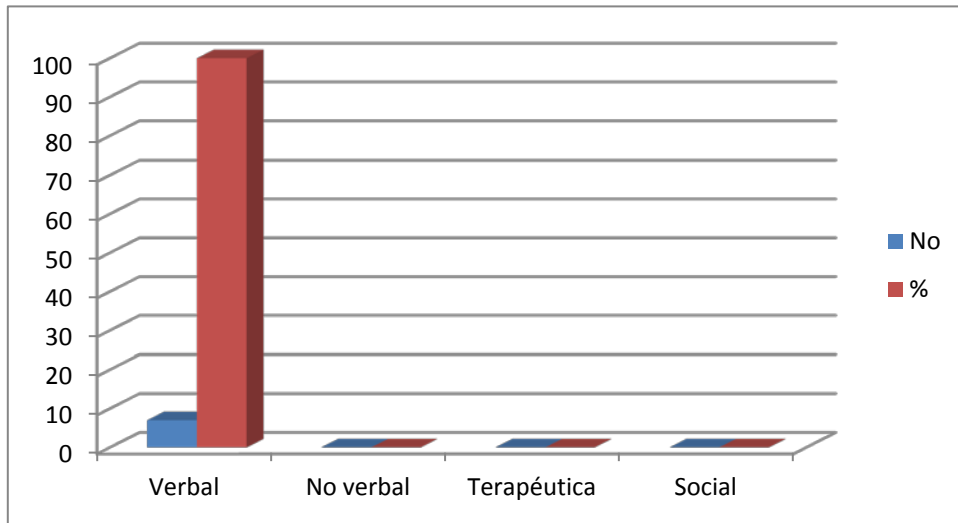
De los datos obtenidos se observa que el 71% de las enfermeras no establecen una relación de confianza con los pacientes, tan solo el 29% contestan afirmativamente.

TABLA # 6

Tipos de Comunicación que establece la enfermera con el paciente esquizofrénico.

Respuestas	No	%
Verbal	7	100
No verbal	0	0
Terapéutica	0	0
Social	0	0
TOTAL	7	100

Fuente: Encuesta realizada a Enfermeras Profesionales de la Sala San José.



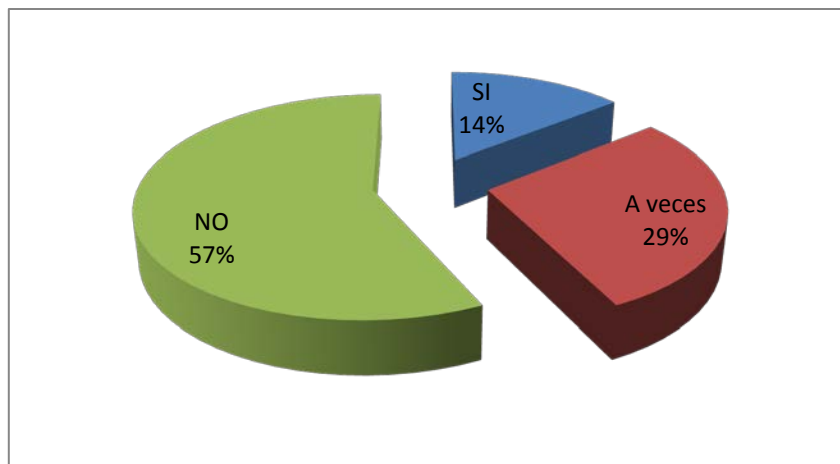
Los datos obtenidos según la encuesta realizada indican que las enfermeras solo establecen comunicación con el paciente de manera verbal.

TABLA # 7

Comparación del estado general del paciente con esquizofrenia con los resultados propuestos al realizar las enfermeras intervenciones de enfermería

RESPUESTA	No	%
SI	1	14
A veces	2	29
NO	4	57
TOTAL	7	100

Fuente: Encuesta realizada a Enfermeras Profesionales de la Sala San José.



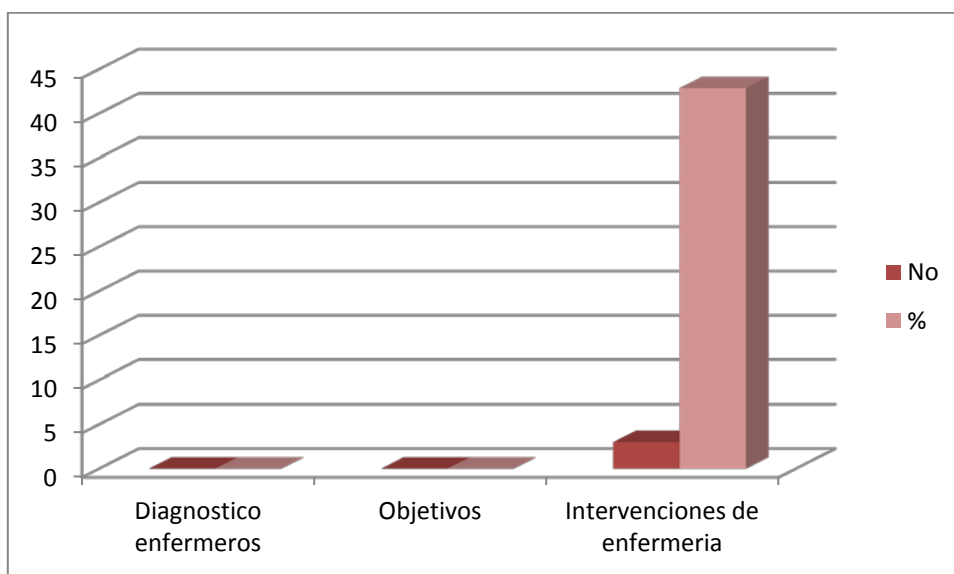
Los datos obtenidos evidencian que el 57% de las enfermeras no comparan los resultados esperados al realizar las intervenciones de enfermería, el 29% lo hacen a veces y a penas el 14% contestan que si lo hacen.

TABLA # 8

Pasos para la Planificación de los planes de atención de enfermería para pacientes con esquizofrenias

Respuesta	No	%
Diagnostico enfermeros	0	
Objetivos	0	
Intervenciones de enfermería	3	43
TOTAL		

Fuente: encuesta realizada a familiares de pacientes de la sala san José.



Los datos obtenidos reflejan que un 43% de las enfermeras planifican solo intervenciones de enfermería.

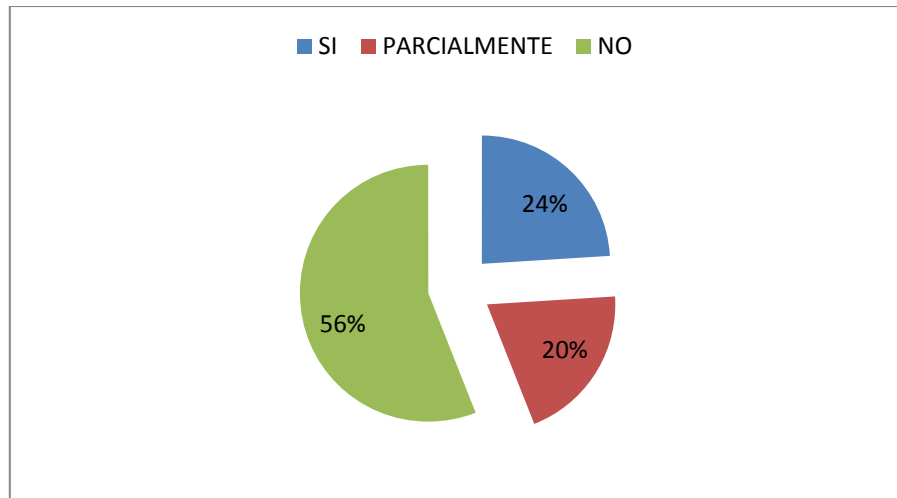
Encuestas realizadas a familiares de los pacientes con Esquizofrenia

TABLA # 9

Conocimiento de Síntomas que presentan los pacientes con Esquizofrenia.

Respuesta	No	%
Si	12	24
Parcialmente	10	20
No	28	56
total	50	100

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes con Esquizofrenia.



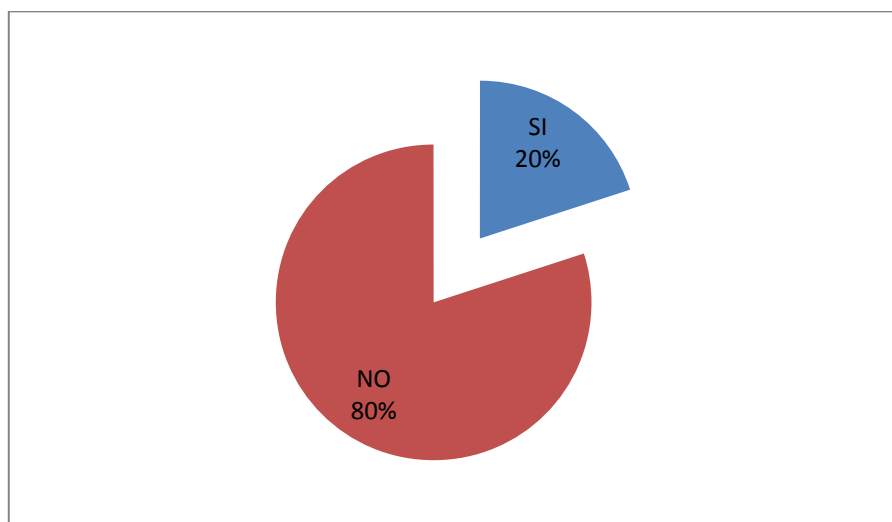
De las encuestas realizadas se observa que el 24% si conocen los síntomas cuando el paciente presenta una crisis mientras que el 56% no conocen.

TABLA # 10

Conocimiento sobre cómo actuar cuando un paciente con Esquizofrenia presenta alucinaciones y/o delirios

RESPUESTAS	No	%
SI	10	20
NO	40	80
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes con Esquizofrenia.



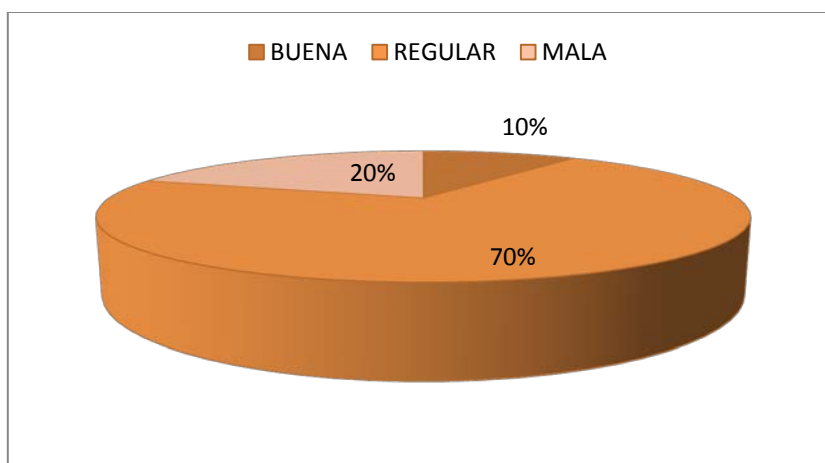
Los resultados obtenidos reflejan que el 20% si tienen conocimiento y un alto porcentaje 80% no saben cómo actuar antes las mismas.

TABLA # 11

Opinión de los familiares sobre la calidad de las Intervenciones de Enfermería

RESPUESTAS	No	%
BUENA	5	10
REGULAR	35	70
MALA	10	20
TOTAL	50	100

FUENTE: Encuesta realizada a familiares de pacientes con Esquizofrenia.



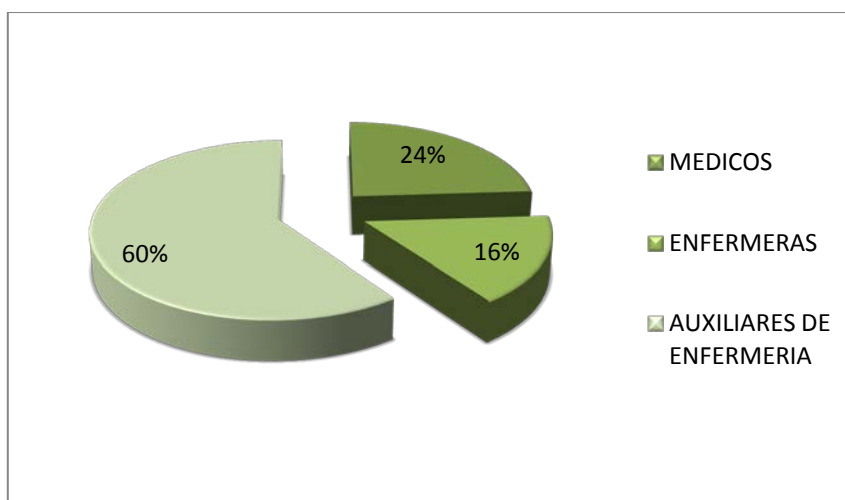
De las encuestas realizadas el 70% califican como regularmente las Intervenciones de Enfermería que dan las Enfermeras, el 20% es mala y solo el 10 % que es buena.

TABLA # 12

Información que reciben los familiares del personal de salud sobre el tratamiento del paciente con Esquizofrenia.

RESPUESTAS	No	%
MEDICOS	12	24
ENFERMERAS	8	16
AUXILIARES DE ENFERMERIA	30	60
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta realizada a familiares de pacientes con Esquizofrenia.



Los datos obtenidos indican que el 60% recibe información de los auxiliares de enfermería, el 24% de los médicos y el 16% de las enfermeras.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ENERO				FEBERERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
PRESENTACION DEL ESQUEMA DE TRABAJO DE GRADO.	→																			
REUNIRSE CON EL DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO					→															
PRIMERA REUNION CON EL ASESOR DE TRABAJO DE GRADO.									→											
PRESENTAR CORRECCION DEL TRABAJO DE GRADO													→							
PRESENTACION DEL 1° BORRADOR HASTA EL MARCO TEORICO																	→			
PRESENTAR CORRECCION																				
SUSTENTACION DEL TRABAJO DE GRADO																				

PLAN ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

RECURSOS MATERIALES:

DETALLE	CANTIDAD	VALOR
Lápiz	1	\$ 0.30
Esferográfico	2	\$ 0.60
Carpetas manilas	10	\$ 2.50
Hojas A4	5000	\$ 30.00
Pendrive	1	\$ 8.00
Anillado	3	\$ 5.00
Empastado	3	\$ 120.00
Lapto	1	\$ 700.00
Transporte	-	\$ 30.00
Lunch	-	\$ 20.00
Cybert	-	\$ 40.00
Tóner de tinta impresión	1	\$ 50.00
Total		\$ 1006.40

RECURSOS HUMANOS:

- ❖ Medico de la sala.
- ❖ Licenciadas de Enfermería
- ❖ Auxiliares de Enfermería
- ❖ Familiares de Pacientes
- ❖ Pacientes
- ❖ Director del Trabajo de Tesis.
- ❖ Alumna

CONCLUSIONES

La presente investigación se basó en analizar el cumplimiento de las guías de Intervención de Enfermería de tipo Paranoidea de la Sala San José del Asilo Lorenzo Ponce del Instituto de Neurociencias que luego de la aplicación de encuesta a Enfermeras, tabulación de los resultados se pueden concluir que las intervenciones de enfermería no se basan en guías específicas, ni están fundamentadas científicamente por lo que la hipótesis resulta negativa por los siguientes resultados:

1. No existen guías para las intervenciones de enfermería a pacientes con Esquizofrenia de tipo paranoidea, las enfermeras trabajan rutinariamente obteniendo el 100% de respuestas negativas de parte de las Enfermeras.
2. Las enfermeras desconocen (71%) los síntomas denominados las 4A de la Esquizofrenia, solo un porcentaje mínimo (29%) conocen sobre los trastornos afectivos, el pensamiento autista, la ambivalencia y trastornos asociativos.
3. Las enfermeras no cumplen con el proceso de atención de enfermería al planificar las intervenciones de enfermería ya que:
 - No realizan el primer paso como es la valoración previo a la planificación, no obtienen datos sobre la orientación, la memoria, los procesos de pensamiento y percepción, la función intelectual, el juicio, la efectividad y el estado de ánimo
 - No tienen en cuenta los trastornos biológicos, cognitivos, de percepción y de conducta y emocionales propias de la esquizofrenia obteniéndose igual resultado que el numeral #1
- 4.- Las enfermeras al realizar las intervenciones de enfermería:
 - No establecen una relación de confianza con los pacientes, apenas el 29% centran sus intervenciones en una relación de confianza y comunicación abierta.
 - No tienen una comunicación terapéutica ni social con los pacientes, utilizan solo la comunicación verbal.

- No comparan el estado mental actual del paciente con los resultados esperados ni analizan las razones para ello, por lo tanto, no se modifican ni las intervenciones de enfermería ni los resultados esperados.

5.- Hay un desconocimiento por parte de las enfermeras en los pasos que se deben de seguir en el proceso de atención de enfermería por lo que no se asegura un nivel de atención a través del cual se pueda lograr satisfacer las necesidades siempre cambiantes del paciente, tan solo el 43 % de las Enfermeras establecen las Intervenciones de Enfermería o sea el paso de ejecución del proceso.

7.- Los familiares de los pacientes con esquizofrenia desconocen parcialmente de esta enfermedad, no así que en un porcentaje muy alto (80%) no saben actual frente al comportamiento del paciente que presentan alucinaciones e ideas delirantes, lo que se evidencia que las enfermeras no dan información sobre los diferentes aspectos relacionados con esta patología.

8.- Es sorprendente que la información que reciben los familiares sobre el tratamiento del paciente lo hacen los auxiliares de enfermería (70%), seguido en porcentaje medico y enfermeras.

9.- La opinión de los familiares sobre la calidad de las intervenciones de Enfermería que reciben los pacientes es regular (70%).

VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

- Que la enfermera jefe del Instituto de Neurociencias del asilo Lorenzo Ponce conforme un comité de enfermeras para la elaboración de guías para las intervenciones de enfermería para pacientes con esquizofrenia de tipo Paranoidea.
- Que las enfermeras utilicen el proceso de la atención de enfermería: valoración, planificación, ejecución y evaluación para pensar críticamente, teniendo en mente que es importante que los diferentes pasos del mismo estén interrelacionados.
- Que las enfermeras en su quehacer diario usen el proceso de atención de enfermería de manera dinámica para valorar rápidamente las situaciones y coordinar mentalmente la información.
- Que las enfermeras identifiquen las intervenciones de enfermería específicas para este tipo de pacientes las misma que deben ser ajustada a las necesidades y deseos del paciente y diseñada para prevenir, manejar y eliminar los problemas y factores de riesgo los que deben ser monitorizados y manejados con oportunidad.
- La ejecución de las intervenciones de enfermera deben centrarse en establecer una relación de confianza y una comunicación abierta, coherente y clara. Utilizando los tipos de comunicación para esta clases de pacientes como son la social y terapéutica en las que la enfermera ayuda al paciente a comunicar sus percepciones, temores, y ansiedades.
- Socializar con las enfermeras el plan de atención de enfermería para pacientes con esquizofrenia el mismo que consta en el anexo 3

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia
- 2.- www.binasss.sa.cr/poblacion/esquizofrenia.htm
- 3.- www.binasss.sa.cr/poblacion/esquizofrenia.htm
- 4.- Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. L Rebrasca Shives. 6. Edición.
- 5.- Ballard, O. B.-K. Enfermería Psiquiatra. (O. B. Patricia G, Ed

BIBLIOGRAFIA

- es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia.
- [es.wikipedia.org/wiki/Salud mental](http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental) –.
- www.terra.es/personal/.../psiq1.htm -.
- librosaulamagna.com/.../ENFERMERIA...PSIQUIATRICA.
- Louise, R. S. Enfermeria Psiquiatrica y de Salud Mental (6 ta edicion ed.).
- who.int/topics/mental_health/es/.
- html.rincondelvago.com/enfermeria-psiquiatica.html.
- elergonomista.com/enfermeria/esquizofrenia.
- www.anesm.net/.../modelos%20teoricos.
- Kaplan & Sadock, B. J. Sinopsis de Psiquiatria (Decima Edicion.).
- [es.wikipedia.org/wiki/Proceso de enfermería](http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso_de_enfermeria) - .

www.educacioninicial.com/ei/contenidos/.../501.ASP.

J. Sue Cook, R. K. Fundamentos esenciales de Enfermería en Salud Mental (Segunda Edición.).

Ballard, O. B.-K. Enfermería Psiquiátrica. (O. B. Patricia G, Ed.)

enfermeria-psiquiatrica.blogspot.com/.../planes-de-cuidados-de-enfermera-

[enfermeria-psiquiatrica.blogspot.com/.../el-papel-de-enfermeria-en-una-unidad.](http://enfermeria-psiquiatrica.blogspot.com/.../el-papel-de-enfermeria-en-una-unidad)

www.saludmental.info/.../enfermeria-y-salud-mental-julio08.html -.

www.educacioninicial.com/ei/contenidos/.../501.ASP.

www.encolombia.com/.../enfermeria/.../Procesosdeatenciondeenfermeria.htm

www.terra.es/personal/.../psiq1.htm -.

Calderon Rivas, F. (2009). El Origen de la Esquizofrenia. (D. G. Sanchez, Ed.)
Revista Medica de Nuestros Hospitales , 15 (4), 148, 149.

es.wikipedia.org/wiki/Terapia_de_grupo [Fuente](#)

sameens.dia.uned.es/.../Trab.../Prevalencia.htm

es.wikipedia.org/wiki/Vitaminas_del_grupo_B - [En caché](#) - [Similares](#)

NEWS

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERIA
“SAN VICENTE DE PAUL”

ENCUESTAS REALIZADAS A LAS ENFERMERAS

Solicito su colaboración considerando este Formulario, de cuya veracidad dependerá el éxito de este trabajo que tiene por objeto mejorar la calidad de atención de enfermería al paciente esquizofrénico.

Marque con una (x) la respuesta que usted considere:

1.- Conoce los síntomas denominados las 4 A de la esquizofrenia.

a. Si

b. No

En caso de ser afirmativa la respuesta indique cuales.

- | | |
|---|-----|
| a) Alucinaciones. | 7/8 |
| b) Delirios. | 5/8 |
| c) Disminución de la motivación. | 4/8 |
| d) Pensamiento confuso. | 3/8 |
| e) Susplicacia. | 5/8 |
| f) Disminución de la afectividad. | 2/8 |
| g) Discurso incoherente o desorganizado. | 3/8 |
| h) Incapacidad para disfrutar de las actividades. | 3/8 |

2.- Existe una Guía de Enfermería para pacientes con Esquizofrenia.

a. Si

b. No

3.- Previo a la Planificación a la Intervención de Enfermería valora al paciente Esquizofrénico.

Obtiene datos sobre:

- a () La orientación.
- b () La memoria.
- c () Los procesos de pensamientos de percepción.
- d () La función intelectual.
- e () El juicio.
- f () La introspección
- g () La afectividad.
- h () El estado de ánimo.

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERIA
“SAN VICENTE DE PAUL”

Encuesta a los familiares de los pacientes con esquizofrenia de la Sala San José del Asilo Lorenzo Ponce del Instituto de Neurociencias.

1.- ¿Sabe usted que es la Esquizofrenia?

Si No

2.- ¿Usted sabe cómo proceder ante las alucinaciones y/o delirios del paciente?

Si No

3.-¿Cómo califica usted las Intervenciones de Enfermería que recibe el paciente por parte de la Enfermera?

a. Buena

b. Regular

c. Mala

4.- De quien recibe información sobre el tratamiento del paciente?

a. Medico

b. Enfermera

c. Auxiliar de Enfermería

d. Otros específicos

ANEXO # 3

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE TIPO PARANOIDE

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO	CUIDADO ENFERMERO	EVALUACION
Alteración sensoperceptiva causada por la presencia de alucinaciones visuales e ideas delirantes	El paciente deberá expresar la ausencia de alucinaciones e ideas delirante a cabo de 48-72 horas de cumplir el tratamiento	<ul style="list-style-type: none">➤ Analizar los factores estresantes que contribuyen a la aparición de los síntomas psicóticos.➤ Pedir al paciente que comunique las respuestas a los medicamentos prescritos.➤ Animar al paciente a participar en actividades reales en su sala hospitalaria.➤ Involucrar en las actividades con otros según determine la situación individual.	Paciente manifiesta que han disminuido las alucinaciones e ideas delirantes.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE TIPO PARANOIDE

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO	CUIDADO ENFERMERO	EVALUACION
<p>Deterioro de la comunicación verbal relaciona por un pensamiento desordenado secundario por la esquizofrenia</p>	<p>El paciente manifestara una mejoría en su capacidad para expresarse al cabo de 48-72 horas de cumplir el tratamiento prescrito</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Darle a entender que es importante que nos comunique sus necesidades. ➤ Proporcionar métodos alternativos de comunicación si es necesario a través de señas o gestos. ➤ Infundir confianza y reforzar positivamente los esfuerzos del paciente para mejora su comunicación. ➤ Ofrecer un ambiente tranquilo, y sin distracciones. ➤ Enseñar a los familiares estrategias de repetición para mejorar la comunicación. 	<p>Paciente presenta una mejoría parcial en su comunicación verbal.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE TIPO PARANOIDE

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO	CUIDADO ENFERMERO	EVALUACION
Afrontamiento individual ineficaz r/c la percepción errónea a los estímulos ambientales	El paciente deberá desarrollar técnicas de afrontamientos positivos durante su hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No discutir sobre la absurdidad de su comportamiento. ➤ Investigar si existe un factor estresante que desencadene los pensamientos delirantes. ➤ Explorar las medidas de afrontamiento, alternativas y las habilidades para resolver problemas. ➤ Aconsejar que si cumple con el tratamiento y las terapias tendrá una pronta recuperación en su salud. 	Paciente manifiesta sentirse mejor y en momento de crisis pide ayuda.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE TIPO PARANOIDE

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO	CUIDADO ENFERMERO	EVALUACION
<p>Deterioro de la integración social r/c los delirios de persecución.</p>	<p>El paciente deberá explorar las consecuencias de sus delirios en la socialización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar a identificar como afecta su vida el aislamiento hospitalario. ➤ Involucrar a la familia en el tratamiento para hablar de los cambios que hayan ocurrido en la socialización con los demás. ➤ Informar a los familiares del paciente sobre las ideas delirantes y las respuestas terapéuticas. ➤ Incrementar de forma gradual la relación con los otros. ➤ Hacer que participe en las terapias, las veces que sean necesarias. 	<p>Paciente se integra con el grupo, manifiesta que su problema ha disminuido parcialmente.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE TIPO PARANOIDE

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO	CUIDADO ENFERMERO	EVALUACION
Alteración del patrón del sueño r/c trastorno sensoriales.	El paciente mantendrá un sueño reparador mediante la noche un mínimo de 7 horas.	<ul style="list-style-type: none">➤ Establecer y respetar el horario para el descanso y sueño.➤ Proporcionar descanso suficiente y restringir el sueño diurno según su necesidad.➤ Incrementar el tiempo de interacción entre el paciente y la familia del personal durante el día.➤ Administra la mediación prescrita para el sueño.➤ Recomendar medidas adecuadas que le ayuden a conciliar el sueño.	Paciente duerme toda la noche y manifiesta sentirse mejor.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE TIPO PARANOIDE

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO	CUIDADO ENFERMERO	EVALUACION
Riesgo de lesión r/c la alteración del juicio.	El paciente no mostrara lesiones durante su estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none">➤ Evaluar el grado de alteración de la capacidad y presencia de conductas impulsivas➤ Controlar rutinariamente la conducta, registrar la hora de los cambios del comportamiento, incremento de la confusión e hiperactividad.➤ Ayudar a identificar las situaciones o acontecimientos que desencadenan o agravan sus sentimientos.➤ Vigilar los efectos secundarios de la medicación prescrita.➤ Explicar al paciente cuando haya que realizarle procedimientos que exijan contactos directos de forma clara y sencilla.	Paciente no presenta lesión, por lo que ha manifestado cambio en su conducta.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE TIPO PARANOIDE

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO	CUIDADO ENFERMERO	EVALUACION
Déficit del autocuidado: higiene r/c el deterioro cognitivo.	El paciente realizara el autocuidado de la higiene dentro de sus capacidades	<ul style="list-style-type: none">➤ Identificar los motivos que dificultan el autocuidado sobre higiene personal.➤ Establecer las necesidades de higiene y ayudar de acuerdo a su limitación.➤ Colocar los elementos de aseo en sitio accesibles y siempre en el mismo sitio➤ Inspeccionar regularmente la piel.➤ Ayudar y hacer recordatorio para los cuidados perineales después de la eliminación o incontinencia.	Paciente realiza aseo personal con ayuda.