

DEDICATORIA

Este proyecto es dedicado a Dios, a mis padres, mis hermanos y mi bella hija Liarita. A Dios porque siempre está conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome sabiduría y fortaleza para continuar, a mis padres y hermanos quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su total confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo instante en mi inteligencia y capacidad. Y a mi bella hija que a su corta edad siempre ha estado allí conmigo y ha sido la inspiración para seguir adelante. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo.

AUTORA

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera especial a las autoridades de esta honorable Institución UTMACH, por abrirnos sus puertas de sus aulas para poder estudiar la carrera que nos hemos propuesto, cabe recalcar estoy totalmente agradecida con los docentes que nos apoyaron y se esforzaron día a día para enseñarnos sus conocimientos.

AUTORA

RESUMEN

La Esquizofrenia es un problema de salud es una prioridad, en la actualidad es un trastorno mental, se encuentra agrupado de síntomas y signos muy variados, de los cuales ninguno es patognomónico. Los síntomas son subjetivos, es decir sólo el paciente los experimenta, estas personas no entienden que tienen una enfermedad, ni que se comportan de manera diferente a los demás., Además no todos los casos son iguales y existen diferentes niveles o grados de enfermedad. Aparece en todo el mundo y afecta, aproximadamente al 1 % de la población general. Se distribuye por igual en ambos sexos, presentándose generalmente entre los 16 y 30 años de edad; su aparición a una edad más temprana involucra un pronóstico incierto, sobretodo en varones que son más vulnerables a sufrir estrés. Su tratamiento se deberá tratar con médicos especialistas en psiquiatría, por la cual se enfocaran prescribir medicamentos de acuerdo a su diagnóstico.

La intervención de enfermería se debe enfocar en las alteraciones físicas o psicológicas que presente el paciente, de esa manera se observara el aspecto alterado, Porque las personas que padecen de esta enfermedad mental son más vulnerable, expuesto a sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos.

Por ende se implementa planes de cuidados individualizados, adaptados a cada paciente con Esquizofrenia, (con Déficit de Autocuidado, Ansiedad, Alteración del Patrón del Sueño) que son las intervenciones de enfermería. Según la taxonomía Nanda, Nic, Noc.

ABSTRACTO

Schizophrenia is a health problem is a priority, today it is a mental disorder, is grouped varied symptoms and signs, none of which is pathognomonic. The symptoms are subjective, it is only the patient's experience, these people do not understand that they have a disease, or who behave differently than others., Also not all cases are alike and there are different levels or degrees of disease. It appears worldwide and affects approximately 1% of the general population. It is distributed equally in both sexes, usually appearing between 16 and 30 years old; It appeared at a younger age involves uncertain prognosis especially in males who are more vulnerable to stress. Your treatment should be treated with medical specialists in psychiatry, which will focus on prescribing medicines according to their diagnosis.

Nursing interventions should focus on the physical or psychological disorders presented by the patient, thus altered aspect being observed, because people suffering from this mental illness are more vulnerable, at risk of stigmatization, discrimination and violation of their human rights.

Hence individualized plans tailored to each patient with schizophrenia, (Self-Care Deficit Anxiety Impaired sleep pattern) care are Nursing interventions is implemented. According to Nanda, Nic Noc taxonomy.

INTRODUCCION

El tanto por ciento de pacientes que padecen de esta enfermedad llamada Esquizofrenia, Se ha aumentado de una manera alarmante en todo el mundo, El Informe Mundial sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos define que Esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo (1).

En la población mundial el 1% de personas sufren de esta grave enfermedad y se dice que en el país de España padecen unas 400.000 personas de esta patología y en porcentaje abarca el 0.7 a 1.5%. El comienzo de esta enfermedad nos demuestra que en los hombres comienza desde los 24 años y en las mujeres desde los 27 años y en porcentaje varones 0,84 por 10.000 a hombres y 0,79 por 10.000 a mujeres (3).

En Ecuador La esquizofrenia es la más persistente y discapacitante de las enfermedades mentales mayores. Suele también padecerá personas entre 16 a 30 años de edad, cuando recién comienzan a desarrollar su potencial. Probabilidades de morir de esta enfermedad es en la edad temprana es de 2 a 2.5 veces más probable. Porque esta clase de edad vienen sufriendo otro padecimiento como cardiovasculares, metabólicas y otras infecciosas (1).

Para los servicios públicos de salud mental tiene que haber una buena atención de enfermería, se debe seguir un objetivo prioritario para tratar con personas que padezcan de esta enfermedad y son los más vulnerables a padecer discriminación, estigmatización y abuso a sus derechos humanos por ende se necesita un buen grupo de servicios sanitarios y sociales que estén bien coordinados, como también profesionales comprometidos para implementar programas de intervención eficaces.

Surge la necesidad de elaborar planes de cuidados individualizados, para cada paciente que padece de Esquizofrenia, (con Déficit de Autocuidado, Ansiedad, Alteración del Patrón del Sueño) que son las intervenciones de enfermería. Según la taxonomía Nanda, Nic, Noc.

DESARROLLO

LA EQUIZOFRENIA

DEFINICION DE EQUIZOFRENIA

La Esquizofrenia es un trastorno mental grave en la cual las personas sufren alteraciones en su manera de percibir la realidad y esto les puede conducir errores de juicio o en la toma de decisiones las cuales pueden poner riesgo en su vida o de las personas que los rodea. Esta enfermedad está dentro de los grupos de trastornos psicótico, la persona con esquizofrenia demuestra distorsión en el pensamiento, emociones alteradas, y hacen contacto fuera de la realidad y alucinan

SIGNOS Y SINTOMAS

La esquizofrenia es un trastorno mental muy comprometedor. Y son una mezcla de signos y síntomas inconfundibles (3).

Se observa dos etapas que son: síntomas positivos, síntomas negativos y por último se añadió la tercera etapa que es el síntoma cognitivo.

SÍNTOMAS POSITIVOS:

En este síntoma el paciente frecuentemente pierde el contacto con la realidad. Y por ende se ha incluido en esta etapa a las alucinaciones, delirios.

LAS ALUCINACIONES: Las alucinaciones no son otra cosa que oír voces. Estas personas que sufren de esquizofrenia escuchan voces que le dicen cómo deben de comportarse y les manda órdenes para hacer algo malo o a la vez les advierte de algún peligro.

LOS DELIRIOS: Estas personas que sufren de esta enfermedad se mantienen firmes de sus creencias falsas, por ese motivo no creen cuando una persona sana les dice que las creencias de ellos son falsas.

SÍNTOMAS NEGATIVOS:

Aquí en este síntoma son más difíciles de identificar ya que nos podemos equivocar con lo síntoma de la depresión. Ya que este síntoma negativo se encarga en interrumpir las emociones y los comportamientos normales. Por ello hemos incluido el afecto plano para aclarar mejor este síntoma.

AFECTO PLANO: La persona que padece de esquizofrenia nos demuestra que tiene una disminución de satisfacción en su vida cotidiana, carencia de comunicar, también cuando la persona se comunica lo hace de una manera desalentado y regular y su rostro no lo mueve.

SÍNTOMAS COGNITIVOS:

Esta clase de síntomas es difícil de examinar ya que aquí equivale a los problemas de concentración. A su vez el paciente no demuestra una densidad. Si en el momento al paciente se le da una información no esperara segundo para que el paciente no recuerde nada. De esa manera le sea dificultoso e su vida cotidiana.

SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

TIPO PARANOIDE:

Los pacientes que presenta esquizofrenia de tipo Paranoide nos demuestran los síntomas pasivos especialmente los delirios. Que escuchan voces que los mandan a hacer cosas que están fuera de la realidad como hacerse daño así mismo o a los familiares más allegados y también ellos dicen tener cabida para adivinar el futuro, lo que existe en este mundo es mentira.

TIPO HEBEFRÉNICO O DESORGANIZADO:

Tiene una conducta desorganizada, el paciente realiza comentario desubicados juega con sus propias palabras..

TIPO CATATÓNICO

Este tipo de paciente no es otra cosa más que presenta una inmovilidad general de su cuerpo. Al parecer permanece la mayoría del tiempo con catalepsia.

También presenta peculiaridades en sus gestos, y presenta ecolalia que hace repetición de palabras.

CAUSAS

Causas de la esquizofrenia no las hay se dice que familiares de paciente que hayan padecido de esta enfermedad son más vulnerables a que sufran lo mismo, puede ser genética o puede ser circunstancia ambientales (3)

FASES DE LA ENFERMEDAD (2)

FASE AGUDA (O CRISIS). Como su nombre lo dice fase aguda. Es la fase más grave, aquí es el conjunto de síntomas positivo - negativo en general a feta al pensamiento, a las emociones, a la voluntad, a las relaciones sociales.

FASE DE ESTABILIZACIÓN (O POSTCRISIS). Aquí disminuye la magnitud de síntomas psicóticos fase crisis puede tener una duración de tratamiento de 6 meses o más.

FASE ESTABLE (O DE MANTENIMIENTO). Como su nombre lo dice fase estable aquí el paciente esta asintomático u otros con síntomas no psicótico. Con su medicación permanece estable y ya disminuirá sus delirios, alucinaciones.

TRATAMIENTO

La esquizofrenia necesita varios tratamiento: farmacológico, psicológico, y terapia electroconvulsiva en pocos casos (2).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

El médico debe tener una técnica buena para su tratamiento para estos paciente que sufre de esquizofrenia los fármacos más empleados son: Benzodiazepinas, Levomepromazina, Amisulprida, Flufenazina, Clorpromazina, Haloperidol,

El curso del tratamiento primero es de 12 a 24 meses pero tiene que ser súper estricto. Pero si el paciente ha abandonado su tratamiento. Y vuelve a recaer. Su procedimiento en la medicación será por largo tiempo o toda su vida.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

Este punto de tratamiento es el más importante por que interviene grupos de personas que ayudara al paciente en su vida cotidiana. Como la intervención de psicólogos, psicoeducativas familiares y los terapéuticos y el más relevante que es la atención de grupos de enfermeras en la ares psiquiátrica.

INTERVENCIONES

INTERVENCIONES FAMILIARES PSICOEDUCATIVA:

Los familiares de los pacientes que sufren de esquizofrenia. Deben pasar por unas charlas de afrontamiento e instruirles tácticas para sobrellevar los problemas, y saber cómo manejarse al estar cuidando enfermo que padece esta enfermedad (4).

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (2)

Independientemente de modelos y teorías, son funciones de enfermería y base de sus intervenciones, prestar cuidados en materia de salud al individuo, la familia y a la comunidad. Hay que buscar estrategias para tener un buen dialogo con los familiares.

PLANES DE CUIDADOS

Es una prioridad que hay que resaltar ya que los cuidados de enfermería nos demuestran o nos comunican la posición del paciente, y por ende el resultado que se espera

Es decir se abarca los 6 pasos de intervención de enfermería como son la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Nos enfocaremos en la valoración junto con los dominios de MARJORY GORDON. Siguiendo con la taxonomía NANDA, NIC, NOC, prosiguiendo con la ejecución y por resultado una buena evolución en planes de cuidados individualizados.

PLAN DE CUIDADO 1: (5, 6)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO A OBTENER (OBJETIVO) NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC
<p>(00102) Déficit autocuidado: alimentación Dominio 4: Actividad / Reposo Clases 5: autocuidado Pág.: 248</p>	<p>Autogestión de los autocuidados y actividades rutinarias de la vida diaria</p>	<p>Campo 1: Fisiológico: básico Clase F: Facilitación del autocuidado (1803) Ayuda con el autocuidado: alimentación Pág. 108 Intervención para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria - Manejo ambiental - Organización de ayuda -Ejercitar las actividades junto con el paciente.</p>

PLAN DE CUIDADO 2: (5,6)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO A OBTENER (OBJETIVO) NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC
<p>(00146) Ansiedad</p> <p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés</p> <p>Clases 2: Respuesta de afrontamiento</p> <p>Pág. 351</p>	<p>Control de ansiedad, impulsos e inquietud</p>	<p>Campo 3: Conductual</p> <p>Clase T: Fomento de la comunidad psicológica.</p> <p>(5820) Disminución de la ansiedad pág.174 -175</p> <p>Intervenir para fomentar la comunidad utilizando técnicas psicológicas</p> <ul style="list-style-type: none">- Protección al paciente para darle confianza y disminuir su temor.- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.- un régimen de tratamiento para disminuir su ansiedad.

PLAN DE CUIDADO 3: (5,6)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO A OBTENER (OBJETIVO) NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC
<p>(00198) Trastorno del patrón del sueño</p> <p>Dominio 4: Actividad / Reposo</p> <p>Clases 1: sueño / Reposo</p> <p>Pág.: 219</p>	<p>- Descanso y bienestar</p>	<p>Campos 1: fisiología básica</p> <p>Clases F: facilidad del autocuidado (1850) Mejora el sueño pág. 334.</p> <p>Intervención para</p> <p>Proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria.</p> <ul style="list-style-type: none">. Acomodar el cuarto donde estará el paciente de acuerdo a su enfermedad , disminuir el ruido, una buena luz-. Educación para el manejo de la medicación.. Descanso y bienestar. Fomentar el sueño

CUADRO DE RELACION (5, 6)

PROBLEMA	TIPO DE DATO	SISTEMA O ORGANO	PATRÓN RESPUESTA	CATEGORÍA DIAGNOSTICA
Déficit de autocuidado	Objetivo	Sistema nervioso	Actividad / Reposo	(00102) Déficit autocuidado: alimentación Dominio 4: Actividad / Reposo Clases 5: autocuidado Pág.: 248
Ansiedad	subjetivo	Sistema nervioso	Afrontamiento/tolerancia al estrés	(00146) Ansiedad Dominio 9 :Afrontamiento/tolerancia al estrés Clases 2 Respuesta de afrontamiento Pág. 351
Trastorno del patrón del sueño	subjetiva	Sistemas nerviosos	Actividad / Reposo	(00198) Trastorno del patrón del sueño Dominio 4: Actividad / Reposo Clases 1: sueño / Reposo Pág.: 215

CIERRE

Las intervenciones de enfermeras es la parte esencial del proceso de atención, nos sirve de base para la ejecución de actividades en pacientes con Esquizofrenia.

En primer lugar, el objetivo principal, es diseñar un plan de cuidados de enfermería para estos pacientes de manera individualizados, utilizando NANDA, NIC y NOC. Por ende se enfocará en las alteraciones físicas o psicológicas del individuo, para ver qué Dominios están alterados y de esa manera se deberá realizar una valoración de enfermería para obtener un mejor resultado.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS CDPNDN3. ESQUIZOFRENIA. [ONLINE].; 2014, OCTUBRE [CITED 2015 OCTUBRE 3. AVAILABLE FROM: HYPERLINK "[HTTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS397/ES/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/)" [HTTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS397/ES/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/) .
2. SALUD SMD. GUIA PRACTICA CLINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA. [ONLINE].; 2009 JUNIO [CITED 2015 3 OCTUBRE. AVAILABLE FROM: HYPERLINK "[HTTP://WWW.GUIASALUD.ES/GPC/GPC_443_ESQUIZOFRENIA_MURCIA.PDF](http://www.guiasalud.es/gpc/gpc_443_esquizofrenia_murcia.pdf)" [HTTP://WWW.GUIASALUD.ES/GPC/GPC_443_ESQUIZOFRENIA_MURCIA.PDF](http://www.guiasalud.es/gpc/gpc_443_esquizofrenia_murcia.pdf) .
3. OMS CDP, DN. ESQUIZOFRENIA. [ONLINE].; 2014, OCTUBRE [CITED 2015 OCTUBRE 3. AVAILABLE FROM: HYPERLINK "[HTTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS397/ES/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/)" [HTTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS397/ES/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/) .
4. MDRD ILE. ENFERMERIA PSIQUIATRICA Y SALUD MENTAL. SF ED. JUDEM M, EDITOR. BARCELONA: INSTITUTO MONSA DE EDICIONES S.A; SF.
5. ELSEVIER. INTERNACIONAL DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (NANDA). 4TH ED. T. HEATHER HERDMAN P, EDITOR. SN: DEFINICIONES Y CLASIFICACION; 2012 - 2014.
6. HKJMCM GM. CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC). SEXTA ED. ELSEVIER , EDITOR. ESPAÑA; 2014.



ANEXO: 1 REF:1

Centro de prensa**Esquizofrenia**

Nota descriptiva N°397
Septiembre de 2015

Datos y cifras

- La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo.
- La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios.
- En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral.
- Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.
- Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos.
- La esquizofrenia es tratable. La farmacoterapia y el apoyo psicosocial son eficaces.
- La facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral son medidas eficaces de apoyo a las personas que padecen esquizofrenia.

Síntomas

La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son:

- Alucinaciones: oír, ver o percibir algo que no existe.
- Delirios: ideas persistentes erróneas de las que el paciente está firmemente convencido incluso cuando hay pruebas de lo contrario.
- Conducta extravagante: aspecto estrafalario, abandono del aseo personal, discurso desorganizado, vagabundeo, habla balbuceante.

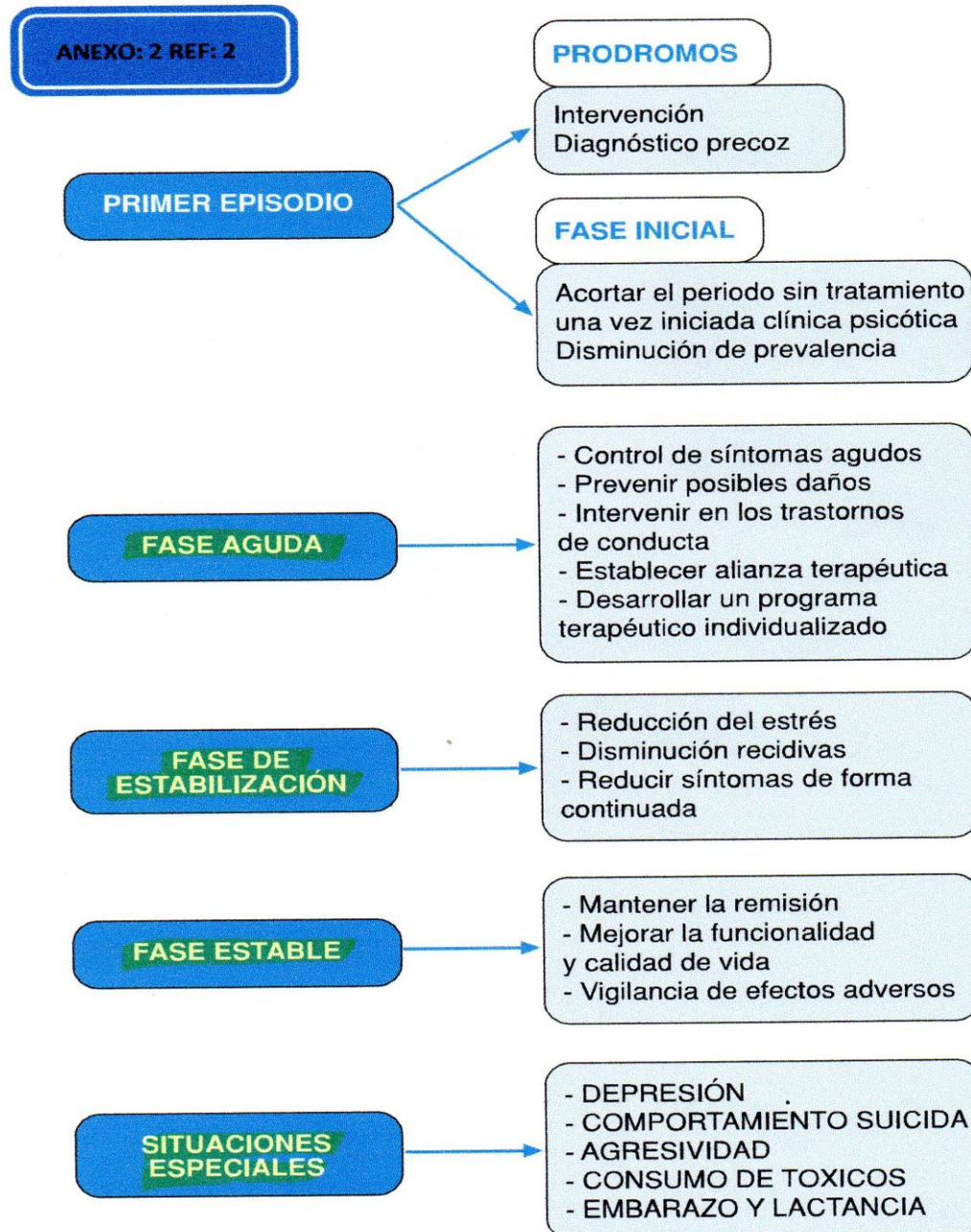
Magnitud e impacto

La esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, pero no es tan común como muchos otros trastornos mentales. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana.

La esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

RESUMEN: DEFINICIÓN DE FASE O ESTADO



6.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

ANEXO:3 REF: 2

Independientemente de modelos y teorías, son funciones enfermeras y base de sus intervenciones prestar cuidados en materia de salud al individuo, la familia y a la comunidad.

Las funciones pueden clasificarse en:

- *Funciones independientes o propias.* Aquellas que la enfermera ejecuta en el cumplimiento de las responsabilidades de una profesión para la cual está facultada y autorizada.
- *Funciones derivadas o dependientes.* Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico.
- *Funciones interdependientes.* Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud.

Los objetivos de enfermería dentro de la Guía de Práctica Clínica pueden clasificarse en:

Objetivo general:

Unificar cuidados de enfermería en la red asistencial, dentro de un trabajo interprofesional, dada la variabilidad de prácticas existentes entre los diferentes profesionales de enfermería (según formación, experiencia, recursos, etc.).

Objetivos específicos:

- Seguir el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) según el Modelo desarrollado por Roy desde el 1975, estableciendo sus cinco etapas:
 - Valoración según los Patrones funcionales de M. Gordon.
 - Diagnósticos enfermeros según taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
 - Planificación de los Resultados Nursing Outcomre Classification (NOC).
 - Planificación de las Intervenciones Nursing Interventions Classifications (NIC).
 - Ejecución.
 - Evaluación de los resultados.
- Proporcionar un lenguaje estandarizado que pueda utilizarse en sistemas informatizados, que en un futuro inmediato está previsto implantarse en la red de salud mental.

La atención se establecerá de forma individualizada, es decir se hará el Proceso de Cuidados de Enfermería Individualizado (PCEI).

Para trabajar en Salud Mental sus profesionales deben tener una formación especializada, para poder ofrecer unos cuidados de calidad; y basar estos en las mejores evidencias disponibles. Aunque durante la elaboración de esta guía encontramos dificultad para localizar investigación específica de calidad publicada sobre cuidados de enfermería en pacientes con esquizofrenia. Por lo que animamos a reflexionar y analizar la realidad en la que actuamos en nuestro que hacer cotidiano, es decir a investigar.

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

Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos.

ANEXO:4 REF: 3

Causas de la esquizofrenia

En las investigaciones no se ha identificado un único factor. Se considera que la esquizofrenia puede estar provocada por la interacción entre la genética y una serie de factores ambientales.

Factores psicosociales también pueden contribuir a la esquizofrenia.

Servicios

Más del 50% de los esquizofrénicos no están recibiendo una atención apropiada. El 90 por ciento de los esquizofrénicos que no reciben tratamiento viven en países de renta media y baja. La falta de acceso a servicios de salud mental es un problema importante. Por otro lado, las personas con esquizofrenia son menos proclives a solicitar asistencia que el resto de la población.

Atención clínica

La esquizofrenia es tratable. La farmacoterapia y el apoyo psicosocial son eficaces. Sin embargo, la mayoría de las personas con esquizofrenia crónica no tiene acceso al tratamiento.

Hay pruebas evidentes de que los hospitales psiquiátricos a la antigua usanza no son eficaces a la hora de proporcionar el tratamiento que necesitan las personas con trastornos mentales y violan sus derechos humanos básicos. Los esfuerzos por transferir la asistencia desde las instituciones de salud mental hacia la comunidad tienen que ampliarse y acelerarse. La disposición de los familiares y de la comunidad más amplia a brindar apoyo es muy importante.

Los programas emprendidos en varios países de renta media y baja (por ejemplo Etiopía, Guinea-Bissau, la India, Irán, el Pakistán y la República Unida de Tanzania) han demostrado que es posible proporcionar asistencia a las personas con enfermedades mentales graves a través del sistema de atención primaria de la salud mediante:

- la capacitación del personal de atención primaria de la salud;
- la facilitación de acceso a medicamentos esenciales;
- el apoyo a las familias en la atención a pacientes en el hogar;
- la concienciación de la opinión pública para reducir la estigmatización y la discriminación; y
- se pueden ofrecer a las personas que padecen esquizofrenia y a sus familias y/o cuidadores intervenciones psicosociales rehabilitadoras para mejorar la capacidad de vivir con autonomía (por ejemplo, aprendizaje de habilidades para las relaciones interpersonales y para desenvolverse en la vida cotidiana).
- facilitar la autonomía de las personas que padecen esquizofrenia, si es posible mediante viviendas asistidas, subvenciones para la

es diferenciar la ansiedad de la fobia, aunque esta última venga a través de la ansiedad. Más adelante trataremos más ampliamente este mecanismo.

8.2 Manifestaciones de la ansiedad

La ansiedad es un estado emocional desagradable, constituido por dos elementos: a) *la espera de un acontecimiento impreciso y que supone un peligro; b) fenómenos psíquicos objetivos y subjetivos.*

Si bien consideramos que un cierto nivel de ansiedad es necesario para podemos enfrentar de forma adecuada a los acontecimientos de la vida diaria, ésta es patológica cuando interfiere en la capacidad adaptativa e impide llevar adelante las tareas cotidianas.

La ansiedad no siempre se puede detectar, y en muchas ocasiones sólo podemos hacerlo a través de la expresión y experiencia de la propia persona que nos alerta de esta situación. La intensidad de la ansiedad varía en diferentes grados, que describiremos como: ausencia de ansiedad, ansiedad leve, ansiedad moderada y ansiedad severa o pánico.

En la tabla XXI se muestra las características y manifestaciones fisiológicas de cada uno de estos niveles.

Aspectos clínicos

Como hemos mencionado anteriormente, la ansiedad se expresa tanto en el aspecto psíquico, como en el somático. En el aspecto psí-

quico, la pe

con un sent

estado de

presentand

dormir o p

E

pueden se

taquicardia

temblores,

taciones s

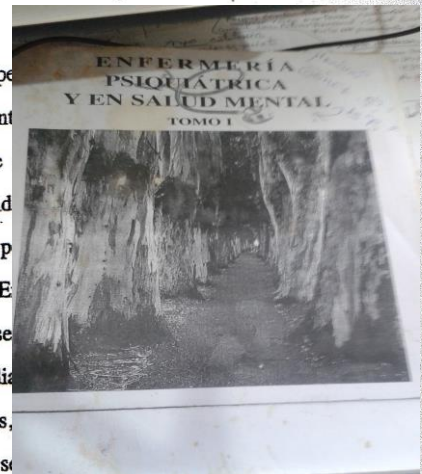
nicas, la crisis de angustia, estado permanente de angustia y las formas somáticas de la ansiedad (Vallejo, Bulbena).

Crisis de angustia

La crisis de angustia, o ataque de pánico, suelen ser de inicio brusco, sin causas aparentes y de aparición diurna o nocturna. La persona se siente invadida por una sensación de peligro inminente y con manifestaciones somáticas y psíquicas. Suele tener una duración de entre 1 y 15 minutos

Las manifestaciones somáticas las podemos englobar en un complejo neurovegetativo, con numerosos problemas funcionales:

- *cardiovasculares:* con taquicardia; palpitaciones; lipotimias.
- *respiratorios:* con disnea; bradipnea; sofocamientos; dolor; malestar torácico.
- *digestivos:* con náuseas; vómitos; diarrea; molestias abdominales.
- *neurológicos:* temblores; vértigo; visión borro-



ANEXO: (6,7)
REF:(5)

Dominio 4 Actividad / Reposo

Clase 1: Sueño/Reposo	217
Insomnio (00095)	217
Trastorno del patrón del sueño (00198)	219
Deprivación de sueño (00096)	220
Disposición para mejorar el sueño (00165)	221
Clase 2: Actividad/Ejercicio	222
Deterioro de la ambulación (00088)	222
Deterioro de la habilidad para la traslación (00090)	223
Deterioro de la movilidad en la cama (00091)	224
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (00089)	225
Deterioro de la movilidad física (00085)	226
Riesgo de síndrome de desuso (00040)	227
Clase 3: Equilibrio de la energía	228
Perturbación del campo de energía (00050)	228
Fatiga (00093)	229
Vagabundeo (00154)	230
Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares	231
Disminución del gasto cardíaco (00029)	231
Intolerancia a la actividad (00092)	233
Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)	234
Patrón respiratorio ineficaz (00032)	235
Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz (00202)	237
Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203)	238
Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)	239
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)	241
Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz (00228)	242
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200)	244
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034)	245
Deterioro de la ventilación espontánea (00033)	247

NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012–2014, First Edition.
Edited by T. Heather Herdman.
© 2013. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos.

Clase 5: Autocuidado	248
Déficit de autocuidado: alimentación (00102)	248
Déficit de autocuidado: baño (00108)	249
Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110)	250
Déficit de autocuidado: vestido (00109)	251
Disposición para mejorar el autocuidado (00182)	252
Descuido personal (00193)	253
Deterioro del mantenimiento del hogar (00098)	256



Gloria M. Bulechek
Howard K. Butcher
Joanne M. Dochterman
Cheryl M. Wagner

- Enseñar al individuo los métodos adecuados de curación en las heridas y de desechar los apósitos sucios.
- Verificar que el individuo es capaz de abrir los envases de los medicamentos.
- Remitir a servicios familiares/comunitarios, si es necesario.

4.ª edición 2004

Ayuda con el autocuidado: alimentación

1803

Definición: Ayudar a una persona a comer.

Actividades:

- Controlar la capacidad de deglutir del paciente.
- Identificar la dieta prescrita.
- Disponer la bandeja y la mesa de forma atractiva.
- Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).
- Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución.
- Proporcionar ayuda física, si es necesario.
- Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, según corresponda.
- Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.
- Fijar la comida en la bandeja, si es necesario, como al cortar la carne o pelar un huevo.
- Abrir los alimentos empaquetados.
- Evitar colocar la comida en el lado ciego de una persona.
- Describir la ubicación de la comida en la bandeja para las personas con impedimentos de la visión.
- Colocar al paciente en una posición cómoda.
- Proteger con un babero, según corresponda.
- Proporcionar una pajita de beber, si es necesario o se desea.
- Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.
- Proporcionar los alimentos y bebidas preferidos, según corresponda.
- Controlar el peso del paciente, según corresponda.
- Controlar el estado de hidratación del paciente, según corresponda.

- Animar al paciente a que coma en el comedor, si estuviera disponible.
- Proporcionar interacción social, según corresponda.
- Proporcionar dispositivos adaptados para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (mangos largos, mangos con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios), si es necesario.
- Utilizar tazas con asa grande, si fuera necesario.
- Utilizar platos y vasos irrompibles y pesados, según se precise.
- Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

- Evans, N. J. (1992). Feeding. In G. M., Bulechek, & J. C., McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 48-60). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J. (2004). *Fundamentals of nursing, concepts, process, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2004). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Ayuda con el autocuidado: baño/higiene

1801

Definición: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades:

- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a la cabecera del paciente o en el baño.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción y productos de aromaterapia).
- Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
- Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.
- Facilitar que el paciente se bañe él mismo, según corresponda.
- Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidado del paciente.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.

- Mantener rituales higiénicos.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (para los niños su manta o juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro o disponer de una almohada de su casa), según corresponda.
- Fomentar la participación de los padres/familia en los rituales habituales a la hora de irse a la cama, si es el caso.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.

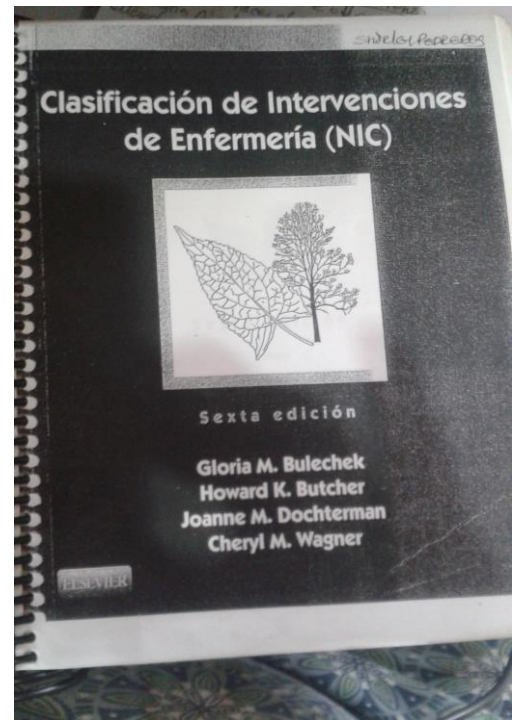
1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2000). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (3rd ed., pp. 696-701). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

¡Error!

ANEXO: 9
REF: 6



- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Comentar las consecuencias de no enfrentarse a los sentimientos de culpa y vergüenza.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazas/deseos.
- Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño.
- Estimular la implicación familiar, según corresponda.
- Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- Proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales adecuadas.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.
- Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.
- Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/o discapacidad crónicas, si es el caso.
- Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.
- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

- Boyd, M. A. (Ed.). (2009). *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carroll-Johnson, R., Gorman, L., & Bush, N. (Eds.). (2006). *Psychosocial nursing care along the concern continuum* (2nd ed.). Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.
- Clarke, P., & Black, S. E. (2005). Quality of life following stroke: Negotiating disability, identity, and resources. *Journal of Applied Gerontology*, 24(4), 319-336.
- García, C. (2009). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 166-185.
- Lorenz, R. (2010). Coping with preclinical disability: Older women's experiences of everyday activities. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(4), 439-447.
- Meadus, F. (2007). Adolescents coping with mood disorder: A grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 209-217.
- Pavlish, C., & Ceronosky, L. (2009). Oncology nurses' perceptions of nursing roles and professional attribute in palliative care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(4), 404-412.
- Peek, G., & Melnyk, B. (2010). Coping interventions for parents of children newly diagnosed with cancer: An evidence review with implications for clinical practice and future research. *Pediatric Nursing*, 36(6), 306-313.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th ed.). St. Louis: Mosby.

Mejorar el sueño

1850

Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades:

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño.
- Observar/registrarse el patrón y número de horas de sueño del paciente.
- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.
- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, etc.), según corresponda.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.
- Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.

- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda.
- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
- Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Disponer sestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño.
- Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.
- Instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.
- Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.
- Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresor(es) de la fase REM.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.
- Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

}

Dominio 9
Afrontamiento/Tolerancia
al estrés

Clase 1: Respuestas postraumáticas	
Síndrome de estrés del traslado (00114)	335
Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149)	335
Síndrome del trauma posviolación (00142)	336
Síndrome postraumático (00141)	337
Riesgo de síndrome postraumático (00145)	338
	339
Clase 2: Respuestas de afrontamiento	
Aflicción crónica (00137)	340
Afrontamiento defensivo (00071)	340
Afrontamiento ineficaz (00069)	341
Afrontamiento ineficaz de la comunidad (00077)	343
Afrontamiento familiar comprometido (00074)	344
Afrontamiento familiar incapacitante (00073)	345
Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)	347
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (00076)	348
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)	349
Ansiedad (00146)	350
Ansiedad ante la muerte (00147)	351
Deterioro generalizado del adulto (00101)	353
Duelo (00136)	355
Duelo complicado (00135)	356
Riesgo de duelo complicado (00172)	358
Estrés por sobrecarga (00177)	360
Impotencia (00125)	361
Riesgo de impotencia (00152)	364
Negación ineficaz (00072)	366
Planificación ineficaz de las actividades (0199)	368
Riesgo de planificación ineficaz de las actividades (0226)	370
Disposición para mejorar el poder (00187)	372
Deterioro de la resiliencia personal (00210)	374
Disposición para mejorar la resiliencia (00212)	376
Riesgo de compromiso de la resiliencia (00211)	378
Temor (00148)	380
	381

ANEXO: 11
REF: 6

Definición:

Actividades:

D

- Determinar la preparación del paciente para el destete (estabilidad hemodinámica, resolución del trastorno que requirió la ventilación, estado actual óptimo para el destete).
- Controlar los factores predictivos de la capacidad de tolerar el destete según el protocolo del centro (p. ej., grado de cortocircuito, capacidad vital, Vd/Vt, VVM, fuerza inspiratoria, VEMS, presión inspiratoria negativa).
- Someter a observación para asegurarse de que el paciente no tenga infecciones graves antes del destete.
- Observar si el estado hidroelectrolítico es óptimo.
- Colaborar con otros cuidadores para optimizar el estado nutricional del paciente, asegurándose de que el 50% de la fuente calórica no proteica de la dieta es grasa en vez de hidratos de carbono.
- Colocar al paciente de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios y optimizar el descenso diafragmático.
- Aspirar la vía aérea, si es necesario.
- Administrar fisioterapia torácica, según corresponda.
- Consultar con otros cuidadores en la selección de un método de destete.
- Iniciar el destete con períodos de prueba (p. ej., 30-120 minutos de respiración espontánea asistida por respirador).
- Alternar períodos de prueba de destete con períodos de reposo y sueño suficientes.
- En pacientes con músculos respiratorios fatigados, no retrasar el retorno a la ventilación mecánica.
- Establecer un programa para coordinar otras actividades de cuidados del paciente con las pruebas de destete.
- Fomentar el uso óptimo de la energía del paciente iniciando pruebas de destete después de que esté bien descansado.
- Observar si hay signos de fatiga muscular respiratoria (elevación brusca de la PaCO₂, ventilación rápida y superficial y movimiento paradójico de la pared abdominal), hipoxemia e hipoxia tisular mientras se procede al destete.
- Administrar los medicamentos prescritos que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.
- Establecer metas discretas y asequibles con el paciente para el destete.
- Utilizar técnicas de relajación, según corresponda.
- Dirigir al paciente durante las pruebas de destetes difíciles.
- Ayudar al paciente a distinguir las respiraciones espontáneas de las respiraciones inducidas mecánicamente.
- Minimizar el trabajo excesivo de respiración que no sea terapéutico, eliminando el espacio muerto adicional, añadiendo soporte de presión, administrando broncodilatadores y manteniendo la permeabilidad de vías aéreas, según proceda.

- Evitar la...
- según con...
- Proporcion...
- destete.
- Permanen...
- pruebas l...
- Explicar...
- que sum...
- Proporci...
- frecuenci...
- Consider...
- determin...
- Explicar...
- los divers...
- Realizar...
- multidisc...

1.ª edición 19...

Bibliografía:

American Ass...
critical care
A Collective T...
cians, the A...
College of C...
weaning as...
69-90.

Evidence-bas...
weaning fro...
Assessment: Number 23. (Publication No. 00-E028). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Fenstermacher, D., & Hong, D. (2004). Mechanical ventilation: What have we learned. *Critical Care Nursing Quarterly*, 27(3), 258-294.

Lynn-McHale, D. J., & Carlson, K. K. (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). Philadelphia: Saunders.

Manno, M. S. (2005). Managing mechanical ventilation. *Nursing 2005*, 35(12), 36-42.

Phelan, B. A., Cooper, D. A., & Sangkachand, P. (2002). Prolonged mechanical ventilation and tracheotomy in the elderly. *AACN Clinical Issue*, 13(1), 84-93.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)



Sexta edición

Gloria M. Bulechek
Howard K. Butcher
Joanne M. Dochterman
Cheryl M. Wagner

ELSEVIER

Disminución de la ansiedad

5820

Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro revisto.

Actividades:

Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.
- Proporcionar objetos que simbolizen seguridad.
- Administrar masajes en la espalda/cuello, según corresponda.
- Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado.
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.
- Escuchar con atención.
- Reforzar el comportamiento, según corresponda.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda.

- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Badger, J. M. (1994). Calming the anxious patient. *American Journal of Nursing*, 94(5), 46-50.

Noud, R. B., & Lee, K. (2005). Anxiety disorders. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 374-419). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby.