



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de Integración
Curricular previa la obtención
del Grado Académico de
Licenciada en Enfermería

Estudio de Caso:

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA”**

Autora:

Kimberly Yanelly Viteri Mora

Directora de Estudio de Caso:

Psic. Mireya Del Rosario Prado Gaibor, MSc.

Quevedo – Los Ríos – Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Kimberly Yanelly Viteri Mora**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Kimberly Yanelly Viteri Mora

C.I: 1208051902



CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

La suscrita, **Psic. Mireya Del Rosario Prado Gaibor, MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Kimberly Yanelly Viteri Mora**, realizó el Estudio de Caso de grado titulado “**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA**” previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

Psic. Mireya Del Rosario Prado Gaibor, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO

La suscrita, **Psic. Mireya Del Rosario Prado Gaibor, MSc.**, mediante el presente cumpro en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado “**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA**”, presentado por la estudiante **Kimberly Yanelly Viteri Mora**, egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis de COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 90% y similitud 10%, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.



Psic. Mireya Del Rosario Prado Gaibor, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO

Título:

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lic. Bertha Alejandrina Vásquez Morán, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Karen Gabriela
Macias Sánchez, MSc

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Psic. Shirley Vanessa
Betancourt Zambrano, MSc

QUEVEDO – LOS RIOS – ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

Deseo manifestar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que han sido clave en la elaboración de este caso clínico. A mis docentes, por compartir su sabiduría y brindarme una orientación invaluable a lo largo de este proceso; a mi tutor, por su constante apoyo, paciencia y valiosos consejos, que me han ayudado a enfrentar y superar distintos retos tanto académicos como personales. Agradezco profundamente a mi familia por su amor incondicional, su comprensión y su respaldo continuo, los cuales han sido mi motor para seguir adelante. A mis amigos, por su compañía y sus palabras de ánimo que hicieron más llevadero este camino. Extiendo también mi gratitud a los participantes y colaboradores que aportaron de manera significativa a esta investigación. Cada uno de ustedes ha sido parte fundamental en el logro de este proyecto. Este resultado no me pertenece solo a mí, sino a todos los que me han acompañado con su apoyo en cada etapa. ¡Gracias de corazón!

DEDICATORIA

Dedico este estudio de caso a mi familia, cuyo cariño y respaldo incondicional han sido el pilar fundamental de mi fortaleza y mi inspiración constante. A mis profesores y mentores, agradezco profundamente su guía y conocimiento, que han iluminado cada etapa de este recorrido académico. A mi hermana, por su permanente apoyo y empatía, que han significado más de lo que las palabras pueden expresar. Este logro representa no solo mi esfuerzo, sino también el de todos aquellos que me han acompañado con su dedicación y confianza en mí a lo largo del camino.

RESUMEN

Este estudio de caso se enfoca en un paciente masculino de 61 años con diagnóstico de esquizofrenia, un trastorno mental crónico caracterizado por la presencia de episodios psicóticos, alucinaciones y delirios. El propósito principal del trabajo es fomentar el bienestar integral y mejorar la calidad de vida del paciente a través de intervenciones de enfermería orientadas a la educación, el acompañamiento emocional, la vigilancia de los síntomas y la promoción de su inclusión social. El tratamiento consistió en la administración de medicamentos antipsicóticos para controlar los síntomas y en terapia psicológica para facilitar su recuperación emocional y social. Asimismo, se aplicaron medidas para favorecer la adherencia al tratamiento y reducir efectos adversos como la somnolencia y episodios de ansiedad. A lo largo de un seguimiento de seis meses, se evidenció una disminución significativa en la frecuencia e intensidad de las alucinaciones y los delirios. El paciente mostró avances en su funcionalidad diaria y en sus vínculos sociales. No obstante, los efectos secundarios del tratamiento continuaron impactando su calidad de vida y su disposición a seguir con la medicación. La educación permanente sobre su condición y el acompañamiento psicosocial fueron determinantes para fortalecer su compromiso con el tratamiento. En resumen, la atención integral con un enfoque multidisciplinario y el monitoreo continuo son elementos clave para el manejo eficaz de la esquizofrenia. Aunque hubo una evolución favorable en cuanto a los síntomas y la funcionalidad, aún es necesario abordar los efectos adversos del tratamiento para alcanzar un bienestar pleno. La combinación de atención médica y apoyo emocional constituye la base de una intervención terapéutica efectiva.

Palabras claves: alucinaciones, delirios, esquizofrenia, psicóticos

ABSTRACT

This case study focuses on a 61-year-old male patient diagnosed with schizophrenia, a chronic mental disorder characterized by psychotic episodes, hallucinations, and delusions. The main objective of this work is to promote the patient's overall well-being and quality of life through nursing interventions centered on education, emotional support, symptom monitoring, and social integration. The treatment involved the administration of antipsychotic medications to manage symptoms and psychological therapy to support emotional and social recovery. Additionally, strategies were implemented to improve treatment adherence and minimize adverse effects such as drowsiness and anxiety attacks. Over the course of a six-month follow-up, a significant reduction was observed in the frequency and intensity of hallucinations and delusions. The patient showed improvement in his ability to carry out daily activities and in his social relationships. However, the side effects of the treatment continued to affect his quality of life and his motivation to remain on medication. Ongoing education about his condition and psychosocial support were crucial in strengthening his commitment to the treatment. In conclusion, comprehensive care with a multidisciplinary approach and continuous monitoring are key elements in the effective management of schizophrenia. While there was notable progress in terms of symptom relief and functionality, addressing the treatment's side effects remains essential to achieve overall well-being. The combination of medical care and emotional support forms the foundation of effective therapeutic intervention.

Keywords: hallucinations, delusions, schizophrenia, psychotic.

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO	ii
CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	iii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO.....	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
DEDICATORIA.....	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CÓDIGO DUBLÍN	xii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos Específicos	3
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	4
3.1 Historia clínica	4
3.2 Valoración integral de enfermería.....	5
3.3 Plan de cuidados de enfermería	8
3.4 Evaluación.....	11
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	13
5. CONCLUSIONES.....	15
6. BIBLIOGRAFÍA	16
7. ANEXOS	19

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primer plan de cuidados de enfermería.

Tabla 2. Segundo plan de cuidados de enfermería.

Tabla 3. Tercer plan de cuidados de enfermería.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Historia clínica

Anexo 2: Examen de laboratorio

Anexo 3: Medicamentos

Anexo 4: Escala para el síndrome positivo y negativo de esquizofrenia

Anexo 5: Evidencia fotográfica, control de signos vitales

Anexo 6: Charla educativa

Anexo 7: Explicación acerca de su estado de salud

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA”			
Autora:	Kimberly Yanely Viteri Mora			
Palabras claves:	alucinaciones	delirios	esquizofrenia	psicóticos
Fecha de publicación:				
Editorial:	Quevedo- UTEQ, 2025			
Resumen:	Este estudio de caso se enfoca en un paciente masculino de 61 años con diagnóstico de esquizofrenia, un trastorno mental crónico caracterizado por la presencia de episodios psicóticos, alucinaciones y delirios. El propósito principal del trabajo es fomentar el bienestar integral y mejorar la calidad de vida del paciente a través de intervenciones de enfermería orientadas a la educación, el acompañamiento emocional, la vigilancia de los síntomas y la promoción de su inclusión social. El tratamiento consistió en la administración de medicamentos antipsicóticos para controlar los síntomas y en terapia psicológica para facilitar su recuperación emocional y social. Asimismo, se aplicaron medidas para favorecer la adherencia al tratamiento y reducir efectos adversos como la somnolencia y episodios de ansiedad. A lo largo de un seguimiento de seis meses, se evidenció una disminución significativa en la frecuencia e intensidad de las alucinaciones y los delirios. El paciente mostró avances en su funcionalidad diaria y en sus vínculos sociales. No obstante, los efectos secundarios del tratamiento continuaron impactando su calidad de vida y su disposición a seguir con la medicación. La educación permanente sobre su condición y el acompañamiento psicosocial fueron determinantes para fortalecer su compromiso con el tratamiento. En resumen, la atención integral con un enfoque multidisciplinario y el monitoreo continuo son elementos clave para el manejo eficaz de la esquizofrenia. Aunque hubo una evolución favorable en cuanto a los síntomas y la funcionalidad, aún es necesario abordar los efectos adversos del tratamiento para alcanzar un bienestar pleno. La combinación de atención médica y apoyo emocional constituye la base de una intervención terapéutica efectiva.			
Abstract:	This case study focuses on a 61-year-old male patient diagnosed with schizophrenia, a chronic mental disorder characterized by psychotic episodes, hallucinations, and delusions. The main objective of this work is to promote the patient's overall well-being and quality of life through nursing interventions centered on education, emotional support, symptom monitoring, and social integration. The treatment involved the administration of antipsychotic medications to manage symptoms and psychological therapy to support emotional and social recovery. Additionally, strategies were implemented to improve treatment adherence and minimize adverse effects such as drowsiness and anxiety attacks. Over the course of a six-month follow-up, a significant reduction was observed in the frequency and intensity of hallucinations and delusions. The patient showed improvement in his ability to carry out daily activities and in his social relationships. However, the side effects of the treatment continued to affect his quality of life and his motivation to remain on medication. Ongoing education about his condition and psychosocial support were crucial in strengthening his commitment to the treatment. In conclusion, comprehensive care with a multidisciplinary approach and continuous monitoring are key elements in the effective management of schizophrenia. While there was notable progress in terms of symptom relief and functionality, addressing the treatment's side effects remains essential to achieve overall well-being. The combination of medical care and emotional support forms the foundation of effective therapeutic intervention.			
Descripción:	37 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162			
URL:				

1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se caracteriza por una combinación de síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios, junto con alteraciones en el pensamiento, la conducta y la percepción de la realidad (1). Estos síntomas afectan de manera significativa la capacidad del individuo para desenvolverse de forma independiente y funcional (2). Generalmente, la enfermedad aparece en la adolescencia o en la adultez temprana, dificultando el desarrollo social y profesional del paciente (3).

Diversas investigaciones han aportado hallazgos relevantes sobre la esquizofrenia. Se ha demostrado que tiene una importante base genética, aunque también influyen factores ambientales como el estrés y experiencias traumáticas (4). Los estudios recientes han permitido entender mejor los mecanismos neurobiológicos implicados, incluyendo alteraciones en neurotransmisores como la dopamina y el glutamato, así como en ciertas estructuras cerebrales. Este conocimiento ha impulsado el desarrollo de nuevas clases de fármacos antipsicóticos y el uso de terapias complementarias como la intervención psicosocial y la terapia cognitivo-conductual.

El análisis de los antecedentes de la esquizofrenia puede realizarse en distintos niveles. A nivel macro, desde una perspectiva histórica y social, se sabe que la esquizofrenia ha sido reconocida desde hace siglos, aunque antiguamente se interpretaba desde enfoques místicos o supersticiosos (5). En el contexto ecuatoriano, los datos sobre su prevalencia son escasos. Sin embargo, un estudio llevado a cabo entre 2018 y 2020 en las ciudades de Macará y Huaquillas reveló que los trastornos relacionados con la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y las ideas delirantes representaban el 12,61% de los diagnósticos psiquiátricos en esas localidades (6). A pesar de esto, la falta de estudios nacionales consistentes y las diferencias metodológicas dificultan una estimación precisa de su prevalencia en el país.

Durante el siglo XIX, la psiquiatría comenzó a abordar la esquizofrenia de manera más científica, gracias a las contribuciones de figuras como Emil Kraepelin y Eugen Bleuler. A nivel meso, enfocado en el desarrollo científico, el enfoque ha evolucionado desde una simple descripción de los síntomas hasta

una exploración más profunda de sus causas (7). En el siglo XX, la atención se centró en la clasificación de los síntomas y en teorías psicodinámicas. Con los avances en neurociencia y genética, se amplió el estudio hacia las bases biológicas y químicas del trastorno, así como a los factores genéticos y ambientales implicados. La implementación de técnicas de neuroimagen y la identificación de genes relacionados con la esquizofrenia han transformado el conocimiento del trastorno.

En el nivel micro, es decir, en el ámbito clínico individual, los tratamientos han pasado de ser rudimentarios y poco eficaces a ser más sofisticados (8). La aparición de los primeros antipsicóticos en los años 50 representó un gran avance, a pesar de sus efectos secundarios. Con el tiempo, se han desarrollado medicamentos más modernos y se han incorporado terapias psicosociales, adoptando un enfoque más integral que considera también el contexto social y psicológico del paciente (9).

Existen diversas razones para continuar investigando la esquizofrenia. Una de ellas es la necesidad de mejorar los tratamientos actuales, que todavía presentan limitaciones importantes. Además, comprender mejor los factores que inciden en su aparición y evolución podría facilitar su prevención y detección temprana (10). También es prioritario combatir el estigma social que enfrentan los pacientes, ya que este puede derivar en exclusión y empeorar su situación (11).

La investigación en este campo es de gran importancia. La esquizofrenia no solo representa un reto desde el punto de vista clínico por la complejidad de sus síntomas, sino que también genera un fuerte impacto en la vida de quienes la padecen y sus familias. Los costos económicos, tanto por tratamientos como por la pérdida de productividad, son elevados, y el efecto social es profundo. Por ello, seguir investigando es fundamental para encontrar mejores opciones terapéuticas, elevar la calidad de vida de los pacientes y fomentar una sociedad más informada y solidaria.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Promover la calidad de vida y el bienestar general del paciente mediante la implementación de intervenciones de enfermería centradas en la educación y el apoyo emocional.

2.2 Objetivos Específicos

- Acompañar en el cumplimiento de su régimen de medicación mediante la educación sobre la importancia de los medicamentos y la supervisión de la administración.
- Mejorar las habilidades de afrontamiento del paciente, mediante la enseñanza de técnicas de manejo del estrés, resolución de problemas y comunicación efectiva.
- Fomentar la integración social, mediante la participación en actividades de la comunidad y el desarrollo de habilidades sociales.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Paciente de sexo masculino de 61 años, se presenta en la consulta psiquiátrica debido a un empeoramiento de sus síntomas psicóticos. En la anamnesis, se indicó que había sido diagnosticado con esquizofrenia desde hacía más de diez años. En los meses recientes, experimentó un aumento en la intensidad de sus síntomas, manifestando alucinaciones auditivas persistentes y delirios, lo cual derivó en un mayor aislamiento social y dificultades en su funcionamiento cotidiano.

El paciente refirió haber tenido problemas para mantener una adherencia constante al tratamiento, y acudió en varias ocasiones a servicios de urgencias psiquiátricas. Al momento de la evaluación, sus signos vitales fueron: presión arterial de 110/72 mmHg, frecuencia cardíaca de 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno del 98% con aire ambiente y temperatura corporal de 36.5°C. En sus antecedentes familiares, se señaló que su hermano menor también había sido diagnosticado con esquizofrenia, al igual que sus abuelos paternos. No se reportaron alergias conocidas.

Actualmente, el paciente estaba recibiendo risperidona 2 mg diarios para controlar los síntomas psicóticos, quetiapina 25 mg diarios como parte del manejo de la esquizofrenia, y sertralina 100 mg diarios para tratar la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo. Se llevaron a cabo estudios diagnósticos, incluyendo un hemograma completo y química sanguínea, cuyos resultados fueron: hemoglobina 14.2 g/dL, hematocrito 43%, leucocitos 7,800 / μ L, plaquetas 220,000 / μ L, glucosa 120 mg/dL, creatinina 0.9 mg/dL, sodio 140 mEq/L y potasio 4.2 mEq/L.

El tratamiento propuesto incluyó la modificación de la dosis de quetiapina según los niveles de glucosa. También se decidió mantener la sertralina para continuar con el control del trastorno obsesivo-compulsivo y los síntomas depresivos. Se recomendó iniciar una intervención psicosocial junto con terapia cognitivo-conductual para abordar los síntomas psicóticos de manera integral y mejorar la adherencia al tratamiento. El diagnóstico definitivo fue esquizofrenia con exacerbación de síntomas psicóticos, incluyendo alucinaciones auditivas.

3.2 Valoración integral de enfermería

Durante la valoración cefalocaudal, se observó que el paciente presentaba un cráneo normocéfalo, sin deformidades evidentes. Su expresión facial reflejaba un estado emocional alterado y mostraba dificultad para mantener contacto visual. Las pupilas eran isocóricas y respondían adecuadamente a la luz, sin desviaciones oculares. No se identificaron secreciones en los oídos y la capacidad auditiva parecía preservada. La nariz no mostraba signos de obstrucción ni secreciones. La cavidad oral se encontraba húmeda, sin lesiones visibles, con una lengua y dentadura en condiciones aceptables.

En la exploración del tórax, se detectó una expansión pulmonar simétrica, sin presencia de ruidos respiratorios anormales. El abdomen se hallaba blando y no se reportó dolor a la palpación. Las extremidades no presentaban edemas ni malformaciones, y la movilidad era adecuada. En cuanto al sistema neurológico, se evidenció una alteración en el estado mental, caracterizada por delirios y alucinaciones auditivas. A pesar de ello, la movilidad general y los reflejos estaban conservados, sin indicios de rigidez muscular.

La evaluación cefalocaudal fue empleada como parte del proceso clínico, siguiendo un enfoque estructurado que permitió una revisión detallada de todo el cuerpo del paciente para efectuar una valoración integral desde el modelo de los patrones funcionales de Marjory Gordon, se consideraron distintos aspectos de la salud física y mental. En este caso particular, se identificó una interacción compleja entre ambas dimensiones.

Respecto al patrón de percepción y manejo de la salud, se constató que el paciente tenía una comprensión limitada tanto de su condición como del tratamiento, debido a los síntomas psicóticos que presentaba. No fue posible evaluar completamente su adherencia al tratamiento, ya que sus alteraciones cognitivas dificultaban la correcta interpretación y seguimiento de las indicaciones médicas. Se identificaron barreras que comprometían el cumplimiento terapéutico, especialmente en el área de la comunicación, las cuales no pudieron ser superadas del todo durante la atención.

En relación con el patrón nutricional y metabólico, el paciente presentó un peso de

45 kg y una estatura de 1.60 m, un índice de masa corporal de 17.6 lo que indicó un estado de bajo peso. Se evidenciaron alteraciones en el apetito y en el peso corporal, posiblemente como resultado de los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos. Se llevó a cabo una valoración de su ingesta alimentaria y de su peso, aunque no fue posible identificar con precisión todas las deficiencias nutricionales, ya que el paciente mostró resistencia al modificar sus hábitos alimentarios. A pesar de los esfuerzos realizados, las alteraciones en el estado nutricional no pudieron ser corregidas completamente, lo que dificultó mejorar su condición general de salud.

En cuanto al patrón de eliminación, este fue considerado un aspecto relevante, dado que tanto la medicación como la inactividad física pueden influir en el funcionamiento del sistema digestivo. Se observó la necesidad de controlar la regularidad de las deposiciones y de la micción, así como de intervenir en caso de problemas como el estreñimiento o la incontinencia. Durante la evaluación, se identificaron trastornos digestivos, pero no fue posible establecer con certeza si estos eran consecuencia exclusiva de los medicamentos o de la falta de ejercicio físico. Problemas como el estreñimiento fueron tratados de manera parcial, aunque no se logró una resolución definitiva.

Respecto al patrón de actividad y ejercicio, el paciente no manifestó necesidad de asistencia para caminar, ni reportó alteraciones significativas en sus rutinas diarias. Según sus declaraciones, mantenía una rutina estable que incluía caminatas diarias de aproximadamente 30 minutos, lo cual tuvo un efecto positivo tanto en su salud física como en su estado emocional. También realizaba ejercicios suaves, como estiramientos y movimientos controlados, que le permitían mantenerse activo sin poner en riesgo su bienestar. Además, participaba en redes de apoyo comunitario donde se practicaban actividades físicas moderadas, contribuyendo no solo a su condición física, sino también a disminuir el aislamiento social y fomentar la interacción en un entorno de acompañamiento mutuo. De igual manera, solía caminar con frecuencia alrededor del patio, una práctica regular que le ofrecía momentos de contacto con el exterior y disfrute del aire libre.

El patrón de sueño y descanso representó un elemento crucial en el abordaje del caso, dado que el adecuado reposo desempeñó un papel esencial en la estabilidad

emocional y cognitiva del paciente. En este caso, el paciente presentó dificultades marcadas para conciliar el sueño, situación que pudo haber estado influenciada tanto por la propia esquizofrenia como por los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos que recibía. Durante las fases agudas de la enfermedad, síntomas como la ansiedad, los delirios y las alucinaciones interfirieron con su capacidad para relajarse y dormir adecuadamente. Además, los fármacos utilizados para controlar los síntomas psicóticos también generaron alteraciones en el patrón de sueño, incluyendo somnolencia diurna, insomnio nocturno y desregulación del ciclo sueño-vigilia, lo que afectó negativamente su descanso y bienestar general.

En lo referente al patrón cognitivo y perceptivo, el paciente presentó episodios en los que no se encontraba orientado en tiempo, espacio ni persona. La esquizofrenia comprometió su habilidad para procesar información de manera coherente y mantener claridad en su entorno inmediato. Este trastorno impactó distintas funciones mentales como el pensamiento lógico, la memoria y la percepción, lo cual dificultó su capacidad para tomar decisiones, resolver problemas cotidianos e interactuar con otros de forma efectiva. Los delirios que manifestaba, como la creencia de que estaba siendo perseguido o de que sus pensamientos eran controlados, reflejaron una alteración significativa de la realidad, lo cual aumentó sus niveles de ansiedad y afectó su juicio.

Respecto al patrón de autopercepción y autoconcepto, se identificaron problemas relacionados con la autoestima y la imagen personal. El diagnóstico de esquizofrenia afectó negativamente la forma en que el paciente se percibía a sí mismo, lo que subrayó la importancia de trabajar en el fortalecimiento de una autoimagen saludable y en la aceptación de su condición, como parte fundamental para favorecer su estabilidad emocional y mental.

En relación con el patrón de rol y relaciones, la enfermedad limitó gravemente la capacidad del paciente para establecer y mantener vínculos sociales y cumplir con responsabilidades familiares o laborales. Las alteraciones cognitivas y emocionales asociadas a la esquizofrenia afectaron su habilidad para interpretar emociones, comunicarse adecuadamente y relacionarse con los demás, lo cual provocó malentendidos y conflictos. Como consecuencia, tendió a aislarse, en

parte debido a la desconfianza generada por los síntomas psicóticos, especialmente los delirios y las alucinaciones, que distorsionaron su percepción de las interacciones sociales.

El patrón de adaptación y tolerancia al estrés también se vio comprometido. El paciente presentó una capacidad reducida para enfrentar situaciones estresantes, ya que la enfermedad alteró su funcionamiento emocional, cognitivo y social. El estrés actuó como un factor que agravó los síntomas psicóticos, intensificando la paranoia, la ansiedad y los pensamientos desorganizados. Las exigencias cotidianas, como mantener relaciones sociales, cumplir con tareas básicas o afrontar responsabilidades, resultaron abrumadoras, dificultando su capacidad de afrontamiento ante los desafíos diarios.

En cuanto al patrón de sexualidad y reproducción, aunque el paciente no tenía hijos, fue importante considerar cualquier preocupación relacionada con su vida íntima o función sexual, ya que tanto la esquizofrenia como los tratamientos farmacológicos pudieron haber influido en estos aspectos, afectando su bienestar integral.

Finalmente, en el patrón de valores y creencias, el paciente expresó profesar la fe católica. Este dato fue considerado relevante en la planificación de los cuidados, ya que el respeto por sus principios espirituales permitió adaptar las intervenciones a sus valores personales, favoreciendo una atención más empática y centrada en sus necesidades individuales.

3.3 Plan de cuidados de enfermería

Este documento fue diseñado con el objetivo de identificar las necesidades específicas del paciente, establecer metas claras y planificar las intervenciones necesarias para alcanzarlas. A través de una evaluación exhaustiva del estado de salud, el plan de cuidados asegura una atención personalizada y continua, promoviendo la colaboración entre los diferentes miembros del equipo de salud y favoreciendo una recuperación exitosa.

Tabla 1

Primer plan de cuidados de enfermería (Deterioro de la memoria).

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
Dominio 5: Percepción/Cognición	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana	
Clase 04: Cognición 00131 Deterioro de la memoria r/c: Dificultad para recordar información reciente m/p: Enfermedades neurológicas	Dominio 01: salud Mental	090013 comprende el significado de situaciones	1. Gravemente	Mantener en:4 Aumentar a:5	
	Clase 2: Cognición	090005 está orientado	2. Sustancialmente	Mantener en:4 Aumentar a:5	
	0900 Cognición	090009 procesa la información	3. Moderadamente	Mantener en:4 Aumentar a:5	
		090011 toma decisiones apropiadas	4. Levemente	Mantener en:4 Aumentar a:5	
			5. No comprometido	Mantener en:4 Aumentar a:5	
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)					
Dominio 1: Salud Mental		Clase 2: Cognición			
5600 estimulación cognitiva					
- Diseñar actividades de estimulación cognitiva - Fomentar la participación en actividades de grupo - Proporcionar retroalimentación y refuerzo positivo - Evaluar y ajustar las actividades según la respuesta del paciente					
7200 gestión de Trastornos de la Conducta					
- Evaluar los patrones de comportamiento del paciente - Desarrollar un plan de manejo del comportamiento - Implementar y monitorear estrategias de intervención - Coordinar con otros profesionales de salud mental					

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 2

Segundo plan de cuidados de enfermería (Ansiedad).

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 02: respuestas de afrontamiento 00146 Ansiedad r/c: Esquizofrenia m/p: Alucinaciones visuales y auditivas	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana	
	Dominio 03: Salud psicosocial Clase N: Adaptación psicosocial 1211 Nivel de ansiedad	121129 Trastornos del sueño 121114 Dificultades para resolver problemas 121108 Irritabilidad 121109 Indecisión	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 6. Levemente 7. No comprometido	Mantener en:4 Aumentar a:5 Mantener en:4 Aumentar a:5 Mantener en:4 Aumentar a:5 Mantener en:4 Aumentar a:5	
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)					
Dominio 03: Salud psicosocial		Clase N: Adaptación psicosocial			
5820 Disminución de la ansiedad					
- Establecer un enfoque sereno que de seguridad - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad - Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad según corresponda					
6510 Manejo de las alucinaciones					
- Mantener un ambiente de seguridad para el paciente - Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones - Proporcionar al paciente la oportunidad de comentar las alucinaciones - Animar al paciente al paciente a que desarrolle un control/responsabilidad de su propia conducta, si resulta oportuno - Monitorizar la capacidad de autocuidado del paciente					

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 3
Tercer plan de cuidados de enfermería (Sueño).

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
Dominio 4: Actividad/Descanso Clase 01: Sueño	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación de Diana	
00198 Patrón del sueño perturbado r/c: Dificultad para iniciar el sueño m/p: Estrés	Dominio 02: salud fisiológica	000405 Eficiencia del sueño	1. Gravemente	Mantener en:4 Aumentar a:5	
	Clase 3: Sueño	000421 Dificultad para conciliar el sueño	2. Sustancialmente	Mantener en:4 Aumentar a:5	
	0004 Sueño	000422 Pesadillas	3. Moderadamente	Mantener en:4 Aumentar a:5	
			8. Levemente	Mantener en:4 Aumentar a:5	
			9. No comprometido	Mantener en:4 Aumentar a:5	
	000406 Sueño Interrumpido				
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)					
Dominio 2: Salud fisiológica		Clase 3: Sueño			
1850 mejorar el sueño					
- Determinar el patrón sueño/vigilancia del paciente - Determinar los efectos que tienen la medicación del paciente en el patrón sueño - Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar el cansancio en exceso - Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama					
543 insomnio					
- Administración de medicación - Musicoterapia - Manejo de la nutrición - Relajación muscular progresiva - Fomento del ejercicio					

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.
Elaborado por: Autora

3.4 Evaluación

En el plan de cuidados centrado en el deterioro de la memoria, el paciente mostró avances en su habilidad para recordar información reciente y realizó actividades cotidianas con mayor independencia. Tras tres semanas de aplicar estrategias cognitivas y psicoeducación sobre la memoria, se observó una mejora moderada en su capacidad para recordar actividades diarias y seguir instrucciones simples. A

pesar de que aún tenía dificultades para recordar detalles complejos o secuencias de tareas, logró recordar con precisión compromisos importantes, gracias al uso de listas y recordatorios. Las técnicas de estimulación cognitiva, como los ejercicios de memoria y las tareas estructuradas, empezaron a mostrar efectos positivos, aunque se recomendó seguir implementando estas intervenciones de manera regular.

En cuanto al plan de cuidados enfocado en la ansiedad, el paciente reportó una disminución en sus niveles de ansiedad y fue capaz de aplicar técnicas de relajación para gestionar situaciones estresantes de manera más efectiva. Después de un mes de terapia cognitivo-conductual (TCC) dirigida a la reducción de la ansiedad, se observó una disminución moderada de los niveles de ansiedad. Según los informes del paciente durante las entrevistas de seguimiento, sus niveles de ansiedad pasaron de un 7 en una escala de 1 a 10 a un 4, lo que indicó una mejoría en la gestión de los síntomas ansiosos. Además, el paciente comenzó a utilizar técnicas de respiración profunda y relajación muscular progresiva en momentos de tensión, indicando que estas estrategias le ayudaron a sentirse más calmado.

En lo que respecta al patrón de sueño, el paciente experimentó una mejora tanto en la calidad como en la cantidad de su descanso, estableciendo una rutina de sueño más regular y reportando menos dificultades para dormir. Durante un mes, el paciente experimentó una mejora parcial en su patrón de sueño, con menos despertares nocturnos y un incremento en las horas de sueño continuas, pasando de 4 horas a 6 horas por noche. Sin embargo, aún reportaba dificultades para conciliar el sueño al acostarse, principalmente debido a la ansiedad nocturna relacionada con la esquizofrenia. Se implementó una rutina de sueño constante.

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

El análisis del caso clínico de un paciente con esquizofrenia permite resaltar aspectos clave en cuanto al manejo y tratamiento de esta patología. El paciente, de 61 años, evidenció una disminución notable en la frecuencia e intensidad de los síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios, tras seis meses de intervención basada en antipsicóticos combinados con terapia psicoterapéutica. Estos resultados coinciden con investigaciones previas que señalan la efectividad del tratamiento combinado para el control de los síntomas de la esquizofrenia.

Torres Valencia J. de J., (12) en su estudio "El funcionamiento social en la esquizofrenia y la alta emocionalidad expresada desde una perspectiva familiar", subraya que la integración de fármacos antipsicóticos con psicoterapia contribuye significativamente a la disminución de los síntomas, brindando un enfoque más integral y eficiente en el abordaje de esta enfermedad (13).

Diversas investigaciones respaldan la idea de que una intervención precoz y un abordaje desde distintas disciplinas son fundamentales para optimizar los resultados en personas con esquizofrenia. Este enfoque favoreció, en el caso analizado, una mejora en la realización de actividades diarias y en la interacción social del paciente. Arango y Baeza, en su estudio "Long-acting injectable antipsychotics for the treatment of schizophrenia in Spain", destacan que dichas estrategias son efectivas para reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida, particularmente en el manejo de las actividades cotidianas (14).

No obstante, el tratamiento también presentó desafíos, ya que el paciente experimentó efectos secundarios como somnolencia y aumento de peso, los cuales influyeron negativamente en su calidad de vida y en su adherencia terapéutica. Este hallazgo se alinea con estudios que indican que los efectos adversos de los antipsicóticos pueden interferir en la adherencia al tratamiento, haciendo evidente la necesidad de una adecuada selección de fármacos y de una gestión cuidadosa de estos efectos.

El documento "Psicosomática y psiquiatría: definiciones y conceptos en esquizofrenia" advierte que efectos como el aumento de peso o la somnolencia pueden dificultar la continuidad del tratamiento, comprometiendo su eficacia (15). Asimismo, Cortés, Chávez, Ochoa y Meneses, en su estudio "Esquizofrenia en

adolescentes: un reto diagnóstico y terapéutico”, resaltan el valor de las intervenciones de enfermería, especialmente la educación continua sobre la enfermedad y el apoyo psicosocial, para fomentar la adherencia y el bienestar del paciente (16). En el presente caso, tanto el apoyo emocional como la información brindada al paciente fueron fundamentales para mejorar su comprensión del trastorno y su compromiso con el tratamiento.

Barra A.F. y Bulnes N.J., en su investigación “The evaluation of verbal fluency as a marker of primary communicative deficit in the first episode of schizophrenia”, destacan el papel esencial del personal de enfermería en la educación terapéutica, asegurando que los pacientes comprendan sus tratamientos y se mantengan adherentes, lo cual contribuye a mejores resultados clínicos a largo plazo (17).

Comparando este caso con otros documentados en la literatura, se observa que, si bien hubo una evolución positiva en los síntomas psicóticos, los efectos adversos representaron un reto adicional. Esto subraya la necesidad de mantener un enfoque equilibrado que no solo apunte a la reducción sintomática, sino también a la gestión efectiva de los efectos secundarios, para así mejorar los resultados terapéuticos.

Según Merchán y Franco Cajas J.L. (18) en su estudio “Esquizofrenia. Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería”, los antipsicóticos son eficaces en el control sintomático, pero es fundamental vigilar y tratar oportunamente sus efectos indeseables para evitar complicaciones en el largo plazo.

Por tanto, la combinación de un tratamiento personalizado con un acompañamiento constante resulta esencial para afrontar la complejidad del manejo de la esquizofrenia. Tal como se menciona en la revista “Esquizofrenia de inicio precoz: Revisión bibliográfica” (19), un abordaje integral debe incluir la individualización del tratamiento farmacológico, el apoyo psicosocial y la terapia psicológica, con el objetivo de atender todas las dimensiones del trastorno y favorecer tanto los resultados clínicos como la calidad de vida del paciente.

5. CONCLUSIONES

- La educación continua y el acompañamiento sobre la relevancia de la medicación y la supervisión periódica de su administración fueron fundamentales para asegurar la adherencia del paciente al tratamiento. El paciente adquirió una comprensión más profunda de los beneficios y posibles efectos adversos de sus medicamentos, lo que condujo a una mayor adherencia al tratamiento y a una disminución significativa de los síntomas psicóticos. Este resultado demuestra la efectividad de las estrategias educativas y de supervisión en el manejo de la esquizofrenia.
- El entrenamiento en técnicas de manejo del estrés, resolución de problemas y comunicación efectiva provocó una mejora destacada en las habilidades de afrontamiento del paciente. Estas técnicas le permitieron gestionar mejor sus emociones y situaciones estresantes, lo que favoreció una mayor estabilidad emocional y una mejor capacidad para afrontar los retos diarios. Este enfoque resalta que el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento puede tener un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar general del paciente.
- Mediante la participación en actividades comunitarias, se logró promover la integración social del paciente, así como el desarrollo de habilidades sociales y el fortalecimiento de redes de apoyo. Esto resultó en una notable mejora en su funcionalidad y satisfacción personal. La involucración en la comunidad y la construcción de relaciones significativas ayudaron al paciente a sentirse más conectado y respaldado, disminuyendo el aislamiento social. Esto resalta la importancia de una intervención integral que considere tanto las necesidades clínicas como sociales del paciente para lograr un manejo efectivo de la esquizofrenia.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Enriquez-Sánchez H, Ochoa-Madrigal MG. Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2019 Jul 25;62(4):9–23. Available from: http://revistafacmed.com/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=1173:espectro-de-la-esquizofrenia-en-nios-y-adolescentes&Itemid=1
2. Janet Torres Lugo D, Castillo Ledo I, Rojas Díaz I, Masot Rangel A, Janet Masot Torres S, Esther Cabrera Pérez A, et al. La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad Schizophrenia: a Look from Science, Technology and Society. 2022;
3. Insuasti López MD, Castillo Rivera MJ; MD, Castillo Rivera MJ. Esquizofrenia. Fases, etiología, factores de riesgo y diagnóstico. 2023;5(14):12–21. Available from: <https://doi.org/10.53734/mj.vol5.id257.12>.<https://doi.org/10.53734/mj.vol5.id257>
4. Yalenis Velazco Fajardo L, Idany Quintana Rodríguez L, Mercedes de la Caridad Fernández Romero D, Anisleydis Alfonso Fernández D, Elizabeth Zamora Lombardía Hospital Psiquiátrico Docente Provincial Antonio Guiteras Holmes Matanzas L. Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso Paranoid schizophrenia. An approach to its study on the purpose of a case.
5. Masedo Gutiérrez AI. La psicopatología de la esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2021 Dec;41(140):69–85.
6. Escamilla-Orozco RI, Becerra-Palars C, Armendáriz-Vázquez Y, Corlay-Noriega IS, Herrera-Estrella MA, Llamas-Núñez RE, et al. Treatment of schizophrenia in mexico: Recommendations from an expert panel. Gac Med Mex. 2021;157:S1–12.
7. Javier L, Fabiola S, Aleida G, Kurt O. Citocinas y sistema nervioso: relación con la esquizofrenia Revista Médica del. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2019;57(2).
8. Del Carmen Martínez-Cardona M, Estrada González C, Bermeo M, Rubio D, Lucía Vélez-Velásquez A, Toconas-Morea R, et al. Family relationships in

- patients with schizophrenia. 39:2020. Available from: <http://www.revistaavft.com>
9. Tinjaca Del Castillo JS, Castro Santos AMA, Pachon Amon AL, Alfonso Caicedo MC. Esquizofrenia, diagnóstico y tratamiento en pacientes pediátricos. RECIMUNDO. 2022 Sep 27;6(4):12–25.
 10. Coll-Florit M, Miranda X, Climent S. Metáforas de la esquizofrenia. Revista Española de Lingüística Aplicada/Spanish Journal of Applied Linguistics. 2019 Jul 24;32(1):1–31.
 11. Pena-Garijo J, Monfort-Escrig C. Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (I): métodos de evaluación y correlatos neurales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2020 Jun;40(137):109–30.
 12. Audiffred Jaramillo RI, González Lozano LA, García de Alba García JE, García Sandoval K, Almaraz Cortez BA, Torres Valencia J de J. El funcionamiento social en la esquizofrenia y la alta emocionalidad expresada desde una perspectiva familiar. Psicumex. 2022 Aug 11;12:1–25.
 13. Mora-Castañeda B, Fernández-Liria A, Pedroso-Chaparro M, Márquez-González M. CARGA, DEPRESIÓN Y FAMILISMO EN CUIDADORES INFORMALES COLOMBIANOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y PACIENTES CON DEMENCIA 1. Vol. 28, Behavioral Psychology / Psicología Conductual. 2020.
 14. Arango C, Baeza I, Bernardo M, Cañas F, de Dios C, Díaz-Marsá M, et al. Long-acting injectable antipsychotics for the treatment of schizophrenia in Spain. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2019 Apr 1;12(2):92–105.
 15. Noviembre O•, Diciembre •, Seeman M V. PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DEFINITIONS AND CONCEPTS DEFINICIONES Y CONCEPTOS ESQUIZOFRENIA 2023 SCHIZOPHRENIA 2023. Available from: <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum230801>
 16. Cortes-Vega A, Chávez-Martínez EA, Ochoa-Madrigal MG, Meneses-Luna O. Esquizofrenia en adolescentes: un reto diagnóstico y terapéutico. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2024 Nov 10;67(6):8–16. Available from: https://www.revistafacmed.com/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=2725:esquizofrenia-en-adolescentes-un-reto-diagnostico-y-terapeutico&Itemid=1

17. Barra AF, de la Cruz NM, Bulnes NJ. The evaluation of verbal fluency as a marker of primary communicative deficit in the first episode of schizophrenia. *Revista Signos*. 2019 Dec 1;52(101):780–803.
18. Merchán Chóco PD, Franco Cajas JL, Zumba Castillo JE, Shagñay Pucha GI. Esquizofrenia. Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería. *RECIAMUC*. 2023 Jan 6;7(1):111–23.
19. Erak Otárola P. Esquizofrenia de inicio precoz: Revisión bibliográfica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*. 2022 Jun 15;6(3):139–44.

Anexo 1: Historia clínica

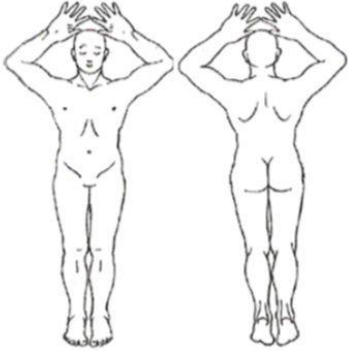
7 EXÁMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO		
MARCAR "SI" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGÍA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGÍA REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLÓGICOS		
9. OTROS	CON PATOLOGÍA	PACIENTE QUE SE ENCUENTRA INTERNADO EN SALA DE MEDICINA INTERNA, DE NUESTRA CASA DE SALUD. PRESENTA EL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, ES ATENDIDO POR PSIQUIATRÍA E INTEGRALMENTE CUANDO HA SIDO NECESARIO. SE HA MANTENIDO ESTABLE, SE HA MANTENIDO EN EL HOSPITAL, PORQUE EL MIES NO HA GARANTIZADO UN LUGAR QUE RESPONDA A SUS CARACTERÍSTICAS. SE ENCUENTRA EN ESPERA DE DECIDIR CIERRE CECOSTOMIA. POR PARTE DE CIRUGÍA. DEFINIR CONDUCTA.

 $\frac{1}{2}$

EN SU EVOLUCIÓN DE SALUD MENTAL, SE ENCUENTRA ESTABLE, TRANQUILO, ORGANIZADA LA CONDUCTA, SE RELACIONA BIEN. PENSAMIENTO INFANTIL, MAS COHERENTE, LOS DELIRIOS ESTÁN MAS ATENUADOS, CON TEMÁTICAS INFANTILES, QUE MOVILIZAN SU CONDUCTA. DUERME TODA LA NOCHE. SE ENCUENTRA EVOLUCIONANDO BIEN.

NOTA ACLARATORIA SE DA ALTA SOLO DIGITAL, NO FÍSICA, POR PROBLEMAS INFORMÁTICOS, HISTORIA MUY PESADA. SE REINGRESA AL PACIENTE

	EN SU EVOLUCIÓN DE SALUD MENTAL, SE ENCUENTRA ESTABLE, TRANQUILO, ORGANIZADA LA CONDUCTA, SE RELACIONA BIEN. PENSAMIENTO INFANTIL, MAS COHERENTE, LOS DELIRIOS ESTÁN MAS ATENUADOS, CON TEMÁTICAS INFANTILES, QUE MOVILIZAN SU CONDUCTA. DUERME TODA LA NOCHE. SE ENCUENTRA EVOLUCIONANDO BIEN. NOTA ACLARATORIA SE DA ALTA SOLO DIGITAL, NO FÍSICA, POR PROBLEMAS INFORMÁTICOS, HISTORIA MUY PESADA. SE REINGRESA AL PACIENTE
--	---

8 LOCALIZACIÓN DE LESIONES	9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA																												
	<table><tr><td>GESTAS</td><td>PARTOS</td><td>ABORTOS</td><td>CESÁREAS</td></tr><tr><td>FECHA ÚLTIMA MENTRUACIÓN</td><td></td><td>FECHA PROBABLE DE PARTO</td><td></td></tr><tr><td>NIVEL DE RIESGO</td><td></td><td>SEMANAS GESTACIÓN</td><td>MOVIMIENTO FETAL</td></tr><tr><td>FRECUENCIA C. FETAL</td><td></td><td>MEMBRANAS ROTAS</td><td>TIEMPO DE RUPTURA</td></tr><tr><td>ALTURA UTERINA</td><td></td><td>PRESENTACIÓN</td><td></td></tr><tr><td>DILATACIÓN</td><td>BORRAMIENTO</td><td>PLANO</td><td></td></tr><tr><td>PELVIS ÚTIL</td><td>SANGRADO VAGINAL</td><td></td><td>CONTRACCIONES</td></tr></table>	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS	FECHA ÚLTIMA MENTRUACIÓN		FECHA PROBABLE DE PARTO		NIVEL DE RIESGO		SEMANAS GESTACIÓN	MOVIMIENTO FETAL	FRECUENCIA C. FETAL		MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO DE RUPTURA	ALTURA UTERINA		PRESENTACIÓN		DILATACIÓN	BORRAMIENTO	PLANO		PELVIS ÚTIL	SANGRADO VAGINAL		CONTRACCIONES
GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS																										
FECHA ÚLTIMA MENTRUACIÓN		FECHA PROBABLE DE PARTO																											
NIVEL DE RIESGO		SEMANAS GESTACIÓN	MOVIMIENTO FETAL																										
FRECUENCIA C. FETAL		MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO DE RUPTURA																										
ALTURA UTERINA		PRESENTACIÓN																											
DILATACIÓN	BORRAMIENTO	PLANO																											
PELVIS ÚTIL	SANGRADO VAGINAL		CONTRACCIONES																										

10. SOLICITUD DE EXÁMENES

11 DIAGNOSTICO DE INGRESO	CIE	TIPO	12 DIAGNOSTICO DE ALTA	CIE	TIPO
1 OTRAS ESQUIZOFRENIAS	F208	Definitivo Control			

13 PLAN DE TRATAMIENTO							
INDICACIONES MEDICINAS	MEDICAMENTO	POSOLÓGIA					
FECHA: 2023-05-10 10:15:18	Cantidad	Nombre - Presentación - Concentración	Dosis	Unidad	Vía	Frecuencia	Duración
INDICACIONES: DEP 50MG CADA MES RISPERIDONA 2MG CADA DIA QUETIAPINA 25MG CADA 12 HORAS SERTRALINA 100MG CADA DIA							

14 ALTA							
LUGAR DE ALTA:	Domicilio	CONDICION ALTA:	Egres a Vivo - Condicion Estable	DÍAS DE INCAPACIDAD:	1		
SERVICIO DE REFERENCIA:		ESTABLECIMIENTO:		CAUSA ALTA:	Tratamiento Terminado		
DESCRIPCION ALTA:				FECHA Y HORA	2023-05-10 10:17:25		
FECHA Y HORA DE EMISION	2024-05-30 17:33:12	NOMBRE PROFESIONAL	CALVO GUERRA ESVIETA Reg. Senecyt: 1756815500	FIRMA		NUMERO DE HOJA	1033756

Anexo 2: Examen de laboratorio

	Resultado	Unidad	Valores Referenciales
Bioquímica			
BIOQUIMICA:			
GLUCOSA	101.5	mg/dl	60 - 100
COLESTEROL	129.4	mg/dl	HASTA - 200.0
HDL COLESTEROL	40.6	mg/dl	0 - 34.7
LDL COLESTEROL	73.5	mg/dl	0 - 158
TRIGLICERIDOS	129.4	mg/dl	40 - 160
UREA	38.9	mg/dl	16 - 43.2
CREATININA	1.59	mg/dl	0.6 - 1.4
ACIDO URICO	5.15	mg/dl	3.6 - 8.2
TGO	24.4	UL37G	< 35 IU/L
TGP	28.3	UL37G	< 45 U/l
GAMMA GT	33.5	UL37G	11 - 61 U/L
AMILASA	190.7	U/L	28 - 100
LIPASA	37.8	U/L	< 60 U/l
FOSFATASA ALCALINA	135.6	UL37G	30 - 120
PROTEINAS:			
PROTEINAS TOTALES	7.08	g/dl	6.6 - 8.3
ALBUMINAS	4.22	g/dl	3.5 - 4.9
GLOBULINAS	1.48	g/dl	
BILIRRUBINAS:			
BILIRRUBINA TOTAL	0.27	mg/dl	0.2 - 1.1
BILIRRUBINA DIRECTA	0.12	mg/dl	0 - 0.25
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.15	mg/dl	
HEMOGLOBINA GLICOSILADA			
HB GLICOSILADA	4.50	%	4 - 6



VICENTE EDUARDO
JARAMILLO BUSTOS

Profesional: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS
Fecha Validación: 09-07-2024 02:00:48



	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
<u>P.especiales</u>			
<u>P.ESPECIALES</u>			
LDH Deshidrogenasa	133.1	U/L	< 248 U/l
INSULINA BASAL	36.44	uIU/ml	2.7 uIU/mL - 24.8 uIU/mL
TESTOSTERONA	1.23	ng/dl	2.27 - 9.76 ng/ml
PSA TOTAL	0.82	ng/ml	0 - 4
PSA LIBRE	0.32	ng/ml	0 - 1
Ag. CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	1.26	ng/ml	0 a 5.09 ng/ml
CA. 19-9		U/ml	
ALFAFETOPROTEINA (AFP)	1.10	IU/ml	0 A 6.05 IU/mL
FERRITINA	180.39	ng/ml	28 - 390
<u>PRUEBAS TIROIDEAS</u>			
TSH	4.16	uIU/ml	0.3 uIU/ml HASTA 4.5 uIU/ml
T3 TOTAL	0.69	ng/ml	0.58 ng/ml a 1.62 ng/ml
T4 TOTAL	7.16	ug/dl	5 - 13
T3 LIBRE	2.25	pg/ml	2 - 4.2
T4 LIBRE	1.08	ng/dl	0.9 - 1.75



Profesional: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS
Fecha Validación: 09-07-2024 06:46:41



Anexo 3: Medicamentos

Medicamento	Clasificación	Uso Clínico	Dosis Típica	Efectos Secundarios Comunes	Consideraciones Especiales
Sertralina	ISRS	Depresión, TOC, ansiedad	50-200 mg/día	Náuseas, insomnio, disfunción sexual	Efectos en 4-6 semanas; riesgo de síndrome serotoninérgico
Risperidona	Antipsicótico atípico	Esquizofrenia, bipolar, irritabilidad autista	1-6 mg/día	Aumento de peso, somnolencia, síntomas extrapiramidales	Monitorear peso y glucosa; riesgo de síndrome neuroléptico maligno
Quetiapina	Antipsicótico atípico	Esquizofrenia, bipolar, depresión mayor	150-800 mg/día	Somnolencia, aumento de peso, sequedad de boca	Monitorear peso y glucosa; ajustar dosis según respuesta

Anexo 4: Escala para el síndrome positivo y negativo de esquizofrenia

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Suspiciousidad/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
Escala positiva (PANSS-P)	Puntuación directa:			Percentil:			
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Escala negativa (PANSS-N)	Puntuación directa:			Percentil:			
Escala compuesta (PANSS-C)	Puntuación directa:			Percentil:			
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
Psicopatología general (PANSS-PG)	Puntuación directa:			Percentil:			
	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 5: Evidencia fotográfica, control de signos vitales



Anexo 6: Charla educativa



Anexo 7: Explicación acerca de su estado de salud

