

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN EL
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO “QHALI KAY”
ABANCAY - 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

YONI VILLCAS TORRES

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 145-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 21 de Agosto del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

AGRADECIMIENTO

A la universidad Nacional del Callao, por contribuir a mi desarrollo profesional.

A la Dra. Norka Concha Ríos, directora del hospital II-E "Túpac Amaru" Cusco, quien con su ejemplo de perseverancia y desarrollo profesional me ha motivado a seguir desarrollándome como profesional de enfermería

A mis docentes, de la universidad del Callao por compartir sus experiencias adquiridas durante el recorrer de su vida profesional.

Finalmente, a mi asesor Mag. Vanessa Mancha Alvarez que ha permitido el término de mi trabajo académico.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I: DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA	
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes	
2.1.1. Antecedentes	8
2.2.2. Antecedentes Nacionales	13
2.2 Bases Teóricas.	18
2.3 Definiciones de términos básicos	21
CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCION	
3.1 Valoración	
3.1.1 Datos de filiación	33
3.1.2 Motivo de la consulta	33
3.1.3 Enfermedad actual	34
3.1.4. Antecedentes	34
3.1.5. Examen físico	35
3.1.6. Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases	35
3.1.7. Esquema de valoración	40
3.2 Diagnósticos de enfermería	

3.2.1. Lista de hallazgos significativos	41
3.2.2. Diagnósticos de enfermería según datos significativos	41
3.2.3 Esquema de diagnóstico de enfermería	42
3.3. Planificación	44
3.3.1. Esquema de planificación	44
3.4. Ejecución y evaluación	45
3.4.1. Registro de enfermería: SOAPIE	47
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52
ANEXOS	56

INTRODUCCIÓN

Vivimos una época inestable, caracterizada por ser altamente estresante y demandante. Percibimos distintos acontecimientos traumáticos de forma directa o indirecta (guerras, terrorismo, problemas económicos, robos/secuestros, accidentes de tráfico, violencia familiar o de pareja, feminicidios, e incluso catástrofes sobrenaturales y cambios climáticos, etc.), los cuales provocan secuelas y marcas emocionales que impactan en el desarrollo psicológico de las personas que los sufren. Entre los diversos trastornos que aparecen en la literatura, el más frecuentemente asociado al trauma es el trastorno de estrés postraumático (TEPT)¹. El TEPT es un problema de salud pública, cuya prevalencia alcanza entre un 5 y un 10%² y se eleva considerablemente en poblaciones en riesgo (personal militar/policial, madres maltratadas o niños en situación de peligro/abuso, etc.). Recientemente, la Organización Mundial de la Salud desarrolló un estudio con la participación de más de 24 países, en el cual determinó que el 70.4% de los evaluados sufrían experiencias traumáticas a lo largo de su vida, con un riesgo y persistencia de TEPT de 77.7 años por persona de cada 100 sujetos³. Solo en Perú, la prevalencia del TEPT se sitúa entre el 14.6 y el 48.4%, variando en función de los grupos evaluados. (1).

Los casos de violencia familiar y sexual continúan creciendo en número y de gravedad. Según reporte de la Policía Nacional del Perú, se han registrado 222 mil 376 denuncias por violencia familiar y 7 mil 789 casos de violencia sexual, en el año 2018; lo que significa, respectivamente, un incremento de 79,3% y 26,2% con relación al año 2012. Las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) revelan que el 63,2% de las mujeres de 15 a 49 años de edad sufrieron algún tipo de violencia ejercida por su pareja en algún momento de su vida; el 58,9% fueron víctimas de violencia psicológica, 30,7% agredidas físicamente y el 6,8%

fueron violentadas sexualmente. El Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual-PNCVFS - Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, atendió 133 mil 697 víctimas de violencia familiar y sexual en el año 2018. (2).

La región de Apurímac, lidera los índices de violencia hacia las mujeres a nivel de todo el Perú desde el año 2012 según las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar del INEI. Las cifras del 2015 muestran hasta un 85% de mujeres violentadas, teniendo un descenso en el 2016 a un 79.1% y ocupando el primer lugar seguido por Puno (78,8%) y Cusco (75.4%). El 75.6%, de las mujeres de la región ha sufrido violencia psicológica, el 45.8% violencia física y el 12.7% violencia sexual. Las provincias con más altos porcentajes son: Chincheros con 22%, Cotabambas con en 17.4% y Andahuaylas 17.1%; dicho sea de paso, la provincia de Cotabambas muestra un ascenso acelerado de casos en los últimos años, dando lugar después que el individuo se enfrenta con un estrés severo o evento traumático que implica la amenaza de muerte o daño significativo a uno mismo o a un ser querido. Es el único trastorno neuropsiquiátrico que puede ser relacionado directamente con un evento desencadenante al cual los pacientes responden con miedo y angustia intensos con otros cuadros (3)

En lo que respecta al centro de Salud Mental comunitario "QHALI KAY" que es un establecimiento de primer nivel especializado donde acuden usuario con diferentes tipos de trastornos mentales, una de ellas es trastorno de estrés post traumático a causa de violencia sexual, violencia física, violencia psicológica de parte de desconocidos de sus vecinos o de su propio entorno familiar, desastre natural, accidente, bullying, violencia política lo que va el año 2019 se han registrado 10 adolescente entre varones y mujeres con trastorno de estrés post traumático, 34 mujeres

adultas con trastorno de estrés post traumático en caso de adulto de sexo masculino acudieron 10 y adulto mayor 16.

Por tal motivo se realizó este trabajo académico con el fin mejorar nuestro plan de cuidado de enfermería en un paciente con trastorno de estrés post traumático siendo un aspecto importante que puede coadyuvar a la mejora del servicio asistencial, así mismo ayudaría en la prevención de otros trastornos mentales asociados así como alcoholismo, depresión, trastorno límite de personalidad etc. promover la búsqueda de asistencia oportuna en etapas iniciales de la enfermedad, trabajar en conjunto con la familia, comunidad con la participación oportuna del equipo multidisciplinario .

Capítulo I: Descripción de la situación problemática

Al exponerse a un suceso altamente impactante, en el cuerpo comienza a aparecer el estrés, que funciona de manera adaptativa, es necesaria para conservar y defender el organismo. Pero cuando el suceso supera el límite de la tolerancia, capacidad de respuesta y adaptación de la víctima, se produce entonces una reacción de estrés exagerada o desadaptativa (Abbene, 2010). El conjunto de respuestas rápidas, intensas ante estímulos externos, el enlentecimiento para el restablecimiento del estado de ánimo equilibrado inicial se la denomina Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (Montt y Hermosilla, 2001). Se sabe que en la actualidad el TEPT afecta a millones de personas en el mundo, aunque comúnmente se cree que es efecto de las experiencias vividas por el personal militar expuesto a la guerra, sin embargo, cualquier persona que pase por algún evento traumático puede experimentar este trastorno que es crónico y tiene un impacto significativo social e individual (Rojas, 2016). (4)

El Trastorno de estrés postraumático es el producto de sentir en peligro nuestra propia existencia, sentir nuestros derechos vulnerados por acciones que dañan nuestra integridad, afectando el sentimiento de seguridad que tenemos con nosotras mismas y el entorno. Pies chacón (2014) explica que el TEPT y sus síntomas hacen que las reacciones como el deterioro en la modulación del afecto, vergüenza, pérdida de creencias, sensación constante de amenaza, aislamiento, incertidumbre e inseguridad sea la sensación que sus víctimas vivan en situaciones traumáticas, vivenciando el aislamiento, sentimientos de ira y hostilidad hacia los demás (5)

El Trastorno de estrés postraumático es el producto de sentir en peligro nuestra propia existencia, sentir nuestros derechos vulnerados por acciones que dañan nuestra integridad, afectando el sentimiento de seguridad que tenemos con nosotras mismas y el entorno. Pies chacón

(2014) explica que el TEPT y sus síntomas hacen que las reacciones como el deterioro en la modulación del afecto, vergüenza, pérdida de creencias, sensación constante de amenaza, aislamiento, incertidumbre e inseguridad sea la sensación que sus víctimas vivan en situaciones traumáticas, vivenciando el aislamiento, sentimientos de ira y hostilidad hacia los demás (5)

Según Aguirre et al.(2010), últimamente se han llevado a cabo algunas investigaciones para estudiar las características de este cuadro clínico del TEPT en víctimas de violencia doméstica que señalan que son los síntomas de re experimentación, evitación y aumento de la activación los más característicos del Trastorno por estrés postraumático , la representación de los recuerdos 2 desagradables y recurrentes sobre el maltrato, el malestar psicológico que revive al recordar los sucesos, la dificultad para conciliar el sueño, el estado hipervigilante y los problemas de concentración que experimentan ya que el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es uno de los escasos cuadros psicopatológicos que parte del componente etiológico (suceso traumático) y no de la sintomatología para su diagnóstico.(Muñoz, 2013 citado por Echeburúa et Al., 2017) . (5)

El Trastorno por Estrés Postraumático es una problemática que si no se atiende a tiempo puede generar consecuencias tan letales como el suicidio, el punto de partida que los profesionales pueden usar para sospechar de la presencia de este trastorno es la presencia de algún evento estresante como guerras, conflictos armados, violencia física o psicológica, violación sexual, accidentes de tránsito, agotamiento físico. (6)

Capítulo II: Marco teórico

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes internacionales

AVELLÁN L. K. J y BOLAÑOS F. G. V. (2019). en su trabajo titulado determinación de trastorno de estrés postraumático y ansiedad en niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad en unidades educativas de la ciudad de Portoviejo, 2 años después del terremoto de abril del 2016 en el período de julio a diciembre del 2018, Quito 2019. Metodología un estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo y analítico, con 277 niños de 10 a 14 años. Se aplicaron las encuestas: factores sociodemográficos y económicos, la Escala Infantil de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático/Child PTSD Symptom Scale (CPSS) y la Escala de Ansiedad de Spence; los datos se procesaron con el programa SPSS V22. Se obtuvieron medidas tendencia central, dispersión, asociación con OR y Chi cuadrado, con IC 95% y p menor a 0.05. Resultados: el Trastorno de Estrés Postraumático se presentó en el 18,1% y el Trastorno de Ansiedad en el 23,1%, fue mayor en el sexo femenino para ambos trastornos, el trastorno de ansiedad presentó una diferencia significativa en los escolares respecto a los adolescentes, la probabilidad de presentar comorbilidad entre ambos trastornos fue elevada se llegó a la Conclusión de que el TEPT está presente en niños de la zona de Portoviejo a dos años del terremoto del 2016, el sexo femenino y los niños de menor edad presentan mayor riesgo. (5)

WALTER, O. P (COORDINADOR) y DANIEL E. S. LLOMAURI C. G. (2016). En su investigación titulado Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en personas que trabajan con víctimas de delitos contra la

vida Guatemala 2016. Objetivo determinar la prevalencia del TEPT en personal que trabaja en una institución asociada al sector justicia. Este documento presenta los resultados de las evaluaciones realizadas a personas que trabajan con víctimas de delitos contra la vida. Básicamente se midió el criterio A4 del trastorno de estrés postraumático (TEPT) el cual se caracteriza por la exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático. La metodología es descriptiva Los métodos para este proceso fueron diferentes a los reportados en la literatura, debido a la triangulación de los procesos cuantitativos (resultado mediante algoritmo de escala de estrés traumático secundario de Bride (2014)) y cualitativos (respuestas a pregunta generadora de sucesos traumáticos), obteniendo la prevalencia puntual resultante de 15%. En adición, se observó que el síntoma de TEPT más frecuente en la población es el de intrusión en comparación con la evitación y la hiperactivación. Se reportan también los sucesos traumáticos experimentados por la población, específicos del criterio A del DSM-5; otro hallazgo relevante es la existencia de sucesos que influyen en la salud de las personas, pero que no están relacionados con los criterios del DSM-5. (7)

PAZ.M.M Y MARTINEZ. V. M.A. (2016) trabajo titulado Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual para el trastorno de estrés postraumático sin conductas de riesgo Quito 2016. El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es descrito como uno de los trastornos más difíciles de ser tratados, por lo cual, para este estudio de investigación de tipo descriptivo se eligió a una terapia encargada de trabajar con trastornos de similares características. La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) ha sido muy estudiada con respecto a su efectividad ante los trastornos con un déficit en la regulación emocional, siendo esta la principal razón de su elección para la investigación actual. Con el objetivo de analizar en base a la teoría las distintas particulares de la terapia en cuestión para lograr así predecir los resultados que su aplicación tendría ante el trastorno especificado

dentro de la población seleccionada de mujeres ecuatorianas. Las herramientas utilizadas para medir los síntomas serían la Escala de Diagnóstico del TEPT, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas. La conclusión a la que se llegó es que las técnicas implementadas en la TDC pueden reducir significativamente la sintomatología encontrada en pacientes con TEPT (8).

ARIADNA C. Z. (2015) en su trabajo titulado Eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático resultados de un estudio Bogotá 2015 El objetivo de éste estudio fue evaluar la eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja. El tratamiento es breve, grupal e implementa técnicas cognitivo – conductual y multicomponente. 8 participantes en el programa de tratamiento y 4 participantes en grupo control. El método de investigación fue cuasi experimental, se utilizaron instrumentos válidos para medir TEPT, depresión y ansiedad y el Cuestionario Síndrome de la Mujer Maltratada. Se evidencia reducción de la sintomatología de la escala global del TEPT (44,9 - 21,4) y tres de las subescalas re experimentación (=11,4 - = 4,87), Alteraciones negativas en la cognición y estado del ánimo (=14,4 - 5,9) y alteración de la alerta y reactividad (=13,4 - =6,75) y de la sintomatología de ansiedad (=25,6 - =12,3) y depresión (=19,2 - =6,1). Estos resultados se mantienen a los tres meses. En conclusión, el estudio piloto fue eficaz en la reducción de estrés postraumático y la ansiedad, pero es importante revisión de la guía para criterio de evitación. Una de las limitaciones es el tamaño de la muestra (9).

ESPINOSA. G. R. M. 2015 En su trabajo Diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y aportaciones para el Trauma Complejo Murcia 2015 el objetivo fue determinar agrupaciones de síntomas para el diagnóstico de TEPT en infancia y adolescencia en el diagnóstico de TEPT en menores expuestos a trauma. La muestra utilizada

fue descriptiva consistió en 221 escolares y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años sometidos a violencia intrafamiliar de forma crónica. Tras el análisis de datos hemos encontrado un solo factor latente obteniendo un buen ajuste del modelo. Conclusiones En población infantojuvenil es recomendable centrarnos en la presencia de síntomas TEPT, independientemente del grupo sintomático y del criterio especificado dentro de cada uno de ellos. En este sentido el enfoque dimensional parece más apropiado que el categorial de cara a dar respuesta a esta población. (10)

ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL:

LILIANA L. Q. P. “2016” en su trabajo título sintomatología de estrés postraumático en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica atendidas en la comisaría de Huaycán, 2016. El objetivo primordial de esta investigación es determinar el nivel de frecuencia e intensidad del estrés postraumático en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica atendidas en la comisaría de Huaycán. La técnica el muestreo ha sido no probabilístico por conveniencia, se seleccionó una muestra de 236 mujeres mayores de edad. Fue de tipo descriptivo-cuantitativo, diseño no experimental transversal, se aplicó la Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático de Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1997). Los resultados obtenidos fueron satisfactorios porque se concluyeron que existe una alta o bastante sintomatología de estrés postraumático debido a que los puntos de cortes tanto de la escala global, 15 (35,27) puntos y como las sub escalas re-experimentación 5 (9,95), evitación 6 (14,83) y activación 4 (10,38) (11).

CAMPOS U. I. K. LOPEZ y GOMEZ S. O. en su trabajo “síntomatología del trastorno de estrés postraumático y autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa – 2017 tiene como objeto de estudio, determinar la relación de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y la autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica. El presente estudio se enmarca en el paradigma Cuantitativo, con un tipo de investigación Descriptivo – Correlacional, y un diseño no Experimental, Transversal - Correlacional. La población de estudio estuvo conformada por 40 mujeres, 25 del poder judicial y 15 de aldeas infantiles; con edades comprendidas entre los 24 a 55 años, siendo la muestra final de 40 sujetos. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés Postraumático (EGS-TEPT) y la escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg S-S). Se empleó la correlación de Spearman para establecer la relación entre la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y la autoestima, encontrando dentro de los resultados más importantes, que existe una relación estadísticamente significativa entre la sintomatología de estrés postraumático y autoestima ($\rho = -0,404$; $p < 0.01$). Encontramos que sí existe una relación inversamente significativa entre la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y la autoestima, en este caso a mayor presencia de sintomatología hay presencia de una menor autoestima. (12)

PONCE DE LEÓN V. A. P. 2015 en su trabajo Síntomas de trastorno de estrés postraumático y calidad de vida en bomberos con diferentes niveles de carga laboral el objetivo fue examinar la relación entre los síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la calidad de vida en una muestra de bomberos voluntarios de Lima Metropolitana con diferente nivel de carga laboral. Participaron 116 bomberos en actividad (84.5% hombres, $M = 31.65$ años, $DE = 10.11$, entre 18 y 66 años). Según el número de horas trabajadas, se dividió a la muestra en dos grupos: el grupo con carga laboral baja ($n = 34$, todos aquéllos que reportaron un máximo de 20 horas por

semana) y el grupo con carga laboral alta (n = 82, más de 20 horas a la semana). Los instrumentos utilizados para evaluar los síntomas de TEPT y la CV, fueron La Escala del Impacto del Evento (IES-R) y el Índice de Calidad de Vida (ICV). En los resultados, se observó que todos los participantes reportaron bajos niveles de sintomatología de TEPT y correlaciones negativas entre sintomatología de TEPT y CV. Al comparar los dos grupos, el grupo de bomberos con alta carga laboral presentó mayores niveles de evitación, que el grupo con carga laboral baja. Se discuten las implicaciones y limitaciones del estudio, además de proveerse recomendaciones para futuras investigaciones. (13).

MG CASTRO E. J. F. (DOCENTE-ASESOR EXTRANJERO). MG. R. B. D. (ASESORA DE LA ASIGNATURA DE PPP-I). ALUMNOS DEL CURSO DE PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES II – 2017 II - CONTRERAS Z. IBAÑEZ V. L. T.; LEÓN A. J.; LLAPAPASCA T. K.; NAVARRO H. N.; SILVA M. D.; TARRILLO T K. Y ZAVALETA A. D. Estrés post traumático por el fenómeno del niño costero en jóvenes y adultos en el Polideportivo del C.P. El Milagro Distrito de Huanchaco, Setiembre 2017 con el objetivo principal de identificar la presencia del estrés post traumático y los niveles en los que se encuentran los pobladores ubicados en el polideportivo del Centro Poblado el Milagro, posterior al fenómeno del niño costero, teniendo para ello el estudio tipo observacional. El instrumento utilizado fue el cuestionario de Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP-5), elaborado por Crespo, Gómez y Soberon. La población de este estudio fue conformada por todos los adultos ubicados en un albergue del C.P. del Milagro, siendo la muestra el total de la población elegida de los cuales el 77% fueron mujeres y el 23% varones. Se identificó en los pobladores que presentan trastorno de estrés post traumático que el 50% se encuentra en un nivel medio bajo, el 30% en un nivel bajo, el 18% se ubica en un nivel medio alto y el 2% en un nivel alto, lo cual indica presencia de los criterios del trastorno de estrés post traumático: evitación, alteraciones cognitivas,

alteraciones en la activación y los síntomas intrusivos ante la experiencia vivida del fenómeno del niño costero, se llegó a la conclusión de que el estrés Post Traumático es un conjunto de síntomas y de fenómenos invasores, como conductas de evitación y un estado de hipervigilancia en respuesta a un acontecimiento traumático, como lo fue en el fenómeno del niño costero, el cual generó el padecimiento de dicho trauma entre los pobladores del Polideportivo C.P. El Milagro. (14).

CASQUI Q. N. R. 2016 en su trabajo relación de signos del estrés pos traumático e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia doméstica en casas del refugio en san juan de Lurigancho - los olivos 2016 objetivo determinar la relación en signos del estrés pos traumático y la ideación suicida en mujeres víctimas de violencia doméstica .La investigación fue de tipo descriptivo correlacional pues se logró describir la relación entre las variables con un diseño no experimental de corte transversal. La muestra probabilística estuvo conformada por 140 mujeres de las casas de refugio. Para medir los niveles de estrés pos traumático se utiliza el instrumento, la escala de síntomas de stress post traumático; asimismo se empleó la escala de ideación suicida de Beck (EBIS) para recopilar datos de la siguiente variable ideación suicida. Los resultados revelaron que existe relación significativa en signos de estrés pos traumático e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia doméstica en un nivel de (0,05 o 5,0%) se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula. Lo mismo sucede con las características de las actitudes hacia la vida en cuanto a ideación suicida, y en cuanto a los pensamientos y deseos de suicidarse. Se concluye que no existe relación significativa entre los signos de estrés pos traumático, características del intento de suicidio y la actualización del intento de suicidio. Así también los niveles de estrés pos traumático; tienen un porcentaje alto (de 2.14 %), medio (69.29%) y bajo 28.27%; los niveles de ideación suicida alto (10.71%) medio (47.86%) y bajo (41.43%). (15)

2.2 Bases teóricas

El trastorno de estrés postraumático (**TEPT**) es una afección de salud mental que algunas personas desarrollan tras experimentar o ver algún evento traumático. Este episodio puede poner en peligro la vida, como la guerra, un desastre natural, un accidente automovilístico o una agresión sexual.

2.2.3 Teoría de Enfermería:

El desempeño cotidiano del profesional de enfermería con relación a su sujeto de cuidado va guiado diariamente por el rol que asume y el rol que representa para sí mismo, es claro que el enfermero no se comporta, no se expresa, no se desempeña igual con todos sus pacientes, siempre tendrá que asumir una postura adecuada a la situación particular que se presente.

2.3 BASES CONCEPTUALES:

TRASTORNO DE ESTRÉS POS TRAUMATICO

El trastorno por estrés postraumático (también conocido como TEPT) es un trastorno que algunas personas presentan después de haber vivido o presenciado un acontecimiento impactante, terrorífico o peligroso.

FACTORES:

- Los factores de riesgo del trastorno por estrés postraumático incluyen:
- ◁ Haber pasado por circunstancias peligrosas o traumáticas

- ◁ Haber salido lastimado ◁ Ver a personas heridas o muertas
- ◁ Haber tenido una experiencia traumática en la niñez
- ◁ Tener sentimientos de terror, impotencia o miedo extremo
- ◁ Tener poco o ningún apoyo social después del acontecimiento traumático
- ◁ Lidiar con un exceso de estrés después del hecho traumático, como la pérdida de un ser querido, lesiones y dolor, o la pérdida del trabajo o la vivienda
- ◁ Tener antecedentes de alguna enfermedad mental o consumo de drogas.

Síntomas

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) pueden comenzar dentro de un mes de un suceso traumático, pero a veces pueden no aparecer hasta años después. Estos síntomas ocasionan considerables problemas en situaciones sociales o laborales y en las relaciones. También pueden interferir con tu capacidad de hacer tus tareas normales de todos los días.

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático por lo general se agrupan en cuatro tipos: recuerdos intrusivos, evasión, cambios en el pensamiento y en los estados de ánimo, y cambios en las reacciones físicas y emocionales. Los síntomas pueden variar con el paso del tiempo o según la persona.

Recuerdos intrusivos

Los síntomas de los recuerdos intrusivos pueden ser:

- Recuerdos recurrentes, involuntarios y angustiantes del hecho traumático
- Revivir el hecho traumático como si estuviera sucediendo otra vez (reviviscencia)
- Sueños perturbadores o pesadillas acerca del hecho traumático
- Angustia emocional grave o reacciones físicas a las cosas que te recuerdan el suceso traumático

Evasión

Los síntomas de la evasión pueden ser:

- Tratar de evitar pensar o hablar acerca del suceso traumático
- Evitar lugares, actividades o personas que te recuerden el suceso traumático

Cambios negativos en el pensamiento y en los estados de ánimo

Los síntomas de los cambios en el pensamiento y en el estado de ánimo pueden ser:

- Pensamientos negativos sobre ti mismo, otras personas, o el mundo en general
- Desesperanza acerca del futuro
- Problemas de memoria, incluso no recordar aspectos importantes del suceso traumático
- Dificultad en mantener relaciones cercanas
- Sentirte distanciado de tus familiares y de tus amigos
- Falta de interés en las actividades que antes te gustaban

- Dificultad para sentir emociones positivas
- Sentirte emocionalmente insensible

Cambios en reacciones físicas y emocionales

Los síntomas de los cambios en las reacciones físicas y emocionales (también llamados síntomas de excitación) pueden ser:

- Asombrarte o asustarte fácilmente
- Estar siempre alerta al peligro
- Conducta autodestructiva, como por ejemplo beber en exceso o conducir demasiado rápido
- Trastornos del sueño
- Dificultad en concentrarte
- Irritabilidad, arrebatos de ira o conducta agresiva
- Sentimientos abrumadores de culpa o vergüenza

En los niños de 6 años y menores, los signos y síntomas también pueden incluir:

- Recrear el evento traumático o aspectos de este a través del juego
- Sueños aterradores que podrían o no incluir aspectos del evento traumático

Intensidad de los síntomas

Con el tiempo, los síntomas del trastorno de estrés postraumático pueden variar en intensidad. Puedes tener más síntomas de trastorno de estrés postraumático cuando estás estresado en general o cuando te encuentras con cosas que te recuerdan lo que atravesaste. Por ejemplo, puedes

escuchar el petardeo de un auto y revivir experiencias de combate. O puedes ver un informe en las noticias acerca de una agresión sexual y sentirte abrumado por los recuerdos de tu propia agresión.

• TRATAMIENTO

Es importante que un profesional de la salud mental experto en el trastorno por estrés postraumático trate a una persona con este trastorno. Los principales tratamientos son la psicoterapia (terapia de “diálogo”), los medicamentos o una combinación de ambos. Cada persona es diferente y el trastorno por estrés postraumático afecta a las personas de diferentes maneras, por lo que es posible que un tratamiento que funciona para una persona no funcione para otra. Las personas con trastorno por estrés postraumático deben trabajar con un profesional de la salud mental para encontrar la mejor manera de tratar sus síntomas. Si alguien con trastorno por estrés postraumático está pasando por alguna situación traumática continua, como, por ejemplo, una relación abusiva, es necesario abordar ambos problemas. Otros problemas que se pueden estar teniendo al mismo tiempo incluyen trastornos de pánico, depresión, drogadicción y pensamientos suicidas.

La investigación muestra que el apoyo de la familia y los amigos pueden ser una parte importante de la recuperación.

PSICOTERAPIA: La psicoterapia es la terapia de “diálogo”. Hay muchos tipos de psicoterapia, pero todos implican hablar con un profesional de la salud mental para tratar una enfermedad mental. La

psicoterapia puede darse individualmente o en grupo y, por lo general, tiene una duración de 6 a 12 semanas, pero puede tomar más tiempo.

Hay muchos tipos de psicoterapia que pueden ayudar a las personas con trastorno por estrés postraumático. Algunos tipos se dirigen a los síntomas del trastorno, mientras que otros se enfocan en los problemas sociales, familiares o laborales. El médico o terapeuta puede combinar diferentes tratamientos en función de las necesidades de cada persona.

TIPOS DE PSICOTERAPIA: Son eficaces tienden a enfatizar algunos componentes clave, entre ellos, conocer los síntomas, aprender habilidades para ayudar a identificar los factores desencadenantes de los síntomas y habilidades para controlarlos. Hay un tipo de psicoterapia que se llama terapia cognitivo-conductual e incluye lo siguiente:

TERAPIA DE EXPOSICIÓN: Esta terapia ayuda a las personas a enfrentar y controlar su temor. Poco a poco se las expone a la situación traumática que sufrieron, pero de una manera segura. Se utilizan imágenes mentales, escritura o visitas al lugar donde ocurrió el hecho. El terapeuta utiliza estas técnicas para ayudar a las personas con trastorno por estrés postraumático a enfrentar sus sentimientos.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: Esta terapia ayuda a las personas a darle sentido a los malos recuerdos. A veces las personas recuerdan el acontecimiento de manera diferente de cómo sucedió. Pueden sentir culpa o vergüenza por algo que no es su culpa. El terapeuta ayuda a las personas con trastorno

por estrés postraumático a mirar lo que ocurrió de una manera realista. Por medio de otros tipos de psicoterapia, se les enseña a las personas formas útiles de reaccionar ante acontecimientos aterradores que desencadenan los síntomas del trastorno por estrés postraumático. Sobre la base de este objetivo general, los diferentes tipos de terapia pueden:

- ◁ Enseñar sobre el trauma y sus efectos
- ◁ Usar habilidades para aprender a relajarse y controlar la ira
- ◁ Ofrecer consejos para mejorar los hábitos de sueño, alimentación y ejercicio
- ◁ Ayudar a las personas a identificar y enfrentar la culpa, la vergüenza y otros sentimientos relacionados con la experiencia traumática
- ◁ Centrarse en cambiar la forma en que las personas reaccionan a los síntomas del trastorno por estrés postraumático

MEDICAMENTOS: Los antidepresivos reducen la intensidad de los síntomas de TEPT y alivian cualquier síntoma depresivo. Si los antidepresivos son eficaces, se debe continuar con ellos durante aproximadamente 12 meses antes de reducirlos lentamente. Si está tan triste que no puede dormir o pensar claramente, puede que necesite medicación ansiolítica, aunque no por más de 10 días.

¿CÓMO SÉ CUANDO HE SUPERADO UNA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA? Cuando usted puede:

- Pensar en el suceso sin angustiarse
- No sentirse constantemente amenazado
- No pensar en ello en momentos inapropiados

¿CÓMO PUEDO AYUDAR A ALGUIEN QUE TIENE TEPT?

Recuerde que las personas que sufren TEPT están irritables y nerviosas porque, en cierto modo, parte de ellos está aún en la situación traumática. Deles tiempo para hablar de lo que pasó. Haga preguntas generales y no les interrumpa ni les hable de sus propias experiencias.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Entre los diagnósticos de Enfermería asociados a trastornos de estrés post traumático incluyen:

1. Riesgo de la alteración de nutrición por exceso R/C inhibición y perdida de significado de las actividades.
2. Alteración del patrón de eliminación R/C malestar emocional M/P deposiciones líquidas.
3. Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento R/C: Pensamiento recurrente y estado de tensión M/P Quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño. Quejas verbales de no sentirse bien descansado.
4. Síndrome postraumático: R/c: Violación, amenaza o lesión, abuso físico o psicosocial M/p: Dificultad para concentrarse, pensamientos intrusivos, cólera, rabia, hipervigilancia, sueños intrusivos, pesadillas, ataques de pánico, abuso de sustancias, depresión, respuesta de alarma exagerada, vergüenza, negación, ansiedad, culpa.
5. intervención farmacológica R/C reducción de niveles de depresión e ideación suicida en el paciente.
6. Riesgo de violencia ideación suicida recurrente

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO

- ✓ Controlar signos vitales: FC, FR, T°, y oximetría de pulso
- ✓ Detectar y evaluar con el paciente los motivos reales.
- ✓ Valorar la aparición de ideas auto líticas a través de sus verbalizaciones
- ✓ Psicoducción al paciente para evitar el sueño durante el día
- ✓ Establecer con el paciente medidas inductoras del sueño: bebidas calientes, ejercicios durante el día.
- ✓ Aumentar la ingesta de líquidos.
- ✓ Valoración nutricional
- ✓ Orientación y consejería nutricional.
- ✓ Animar a realizar algún tipo de actividad física
- ✓ Valorar cualquier problema relacionado con la eliminación.
- ✓ Valorar conductas de riesgo
- ✓ Señalar hechos importantes de su vida y otros aspectos positivos.
- ✓ Establecer un contacto con el paciente.
- ✓ Iniciar administración de medicamentos según orden médico psiquiatra.
- ✓ Realizar terapia respiratoria según sea necesario.

- ✓ Psi coeducación en autocuidado.
- ✓ Brindar educación continua al paciente y su familia sobre el estado de salud y desarrollo de la patología y manejo de medicamentos.
- ✓ Consejería en salud mental.
- ✓ Seguimiento a través de visita domiciliaria.

2.4. Definición de términos:

- **Proceso de Enfermería:** El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales (20).
- **Plan de intervención de enfermería:** es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones (21).
- **Cuidados de enfermería:** El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. (22)

➤ **Cuidados integrales:**

La atención integral es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas. (23)

Capítulo III: Cuidados de Enfermería

3.1. VALORACION

3.1.1 DATOS DE FILIACION:

• DATOS PERSONALES:

Apellidos y nombres: C.B.P

Nacionalidad : peruana

Fecha de nacimiento: 24/07/1972

Sexo : femenino

Localidad : Abancay

Provincia : Abancay

Estado civil : conviviente

Informante : usuaria

3.1.2. MOTIVO DE CONSULTA:

Usuaría adulta de 47 años de edad, acude al centro de salud comunitario "QHALI KAY" señal que la edad de 8 años fue víctima de violencia sexual por parte de su hermano mayor, el abuso es constante. A los 15 años viajó a Cusco y nuevamente es víctima de violencia sexual por parte de otro hermano producto del cual quedó embarazada y sus padres le llevaron a una persona para que se realice el aborto. El abuso se ha mantenido por ambos hermanos aproximadamente los 30 años de edad, todo ello con el conocimiento de sus padres, pero no le brindaron el apoyo necesario, más por el contrario su consideración la culpa fue de la paciente. añade que de

manera personal no pudo denunciar o pedir ayuda ya que para esas fechas no se contaba con instituciones especializados. Por otro lado, comenta que a los 17 años de edad tuvo una pareja, con el cual tiene una hija, pero la relación termino cuando sus hermanos lo golpearon y amenazaron, por lo que la niña no pudo ser reconocida legalmente y ahora lleva su apellido. Trece años después tuvo otra pareja con el cual tuvo otro hijo, pero él le fue infiel y decidieron separarse actualmente tiene una pareja, con el cual llevo 8 años de relación, la relación es cercana le brinda apoyo y soporte emocional.

En lo que refiere los síntomas señalan que a la edad de 35 años aproximadamente intento suicidarse tomando pastillas, pero no lo logro al ser insuficiente la cantidad. Hace tres años comenzaron a ser más intensos los síntomas; llanto frecuente, tristeza, anhedonia fatiga alteración del sueño, alteración del apetito ideación suicida. Todo ello a raíz de los problemas legales con sus hermanos por la casa en disputa, los hermanos la golpean, insultan, amenazan a muerte e ingresan a su vivienda, por lo que tanto la paciente, su hijo, pareja y mama duermen en diferentes lugares por temor. Hace dos semanas preparo veneno para ingerir, pero su hijo se presentó en ese instante y no lo hizo.

indica "hace tres días estoy peor no puedo dormir, me aflojo el estómago he pensado en suicidarme, mejor hubiera sido una vaca o una piedra y no tener esta vida miserable si muero y no voya reclamar ni molestar a nadie sufrir soporto todo esto nadie me cree estoy decepcionada de la justicia el médico legal no da razón agrega que su hijo le dio la `posibilidad de ir a vivir a otro ciudad y dejar el proceso legal, a lo cual

accedió pero aún no inicia las medidas necesarias, también menciona que hace un año no trabaja , luego que sus hermanos la golpearon y le fracturaron la nariz por lo que en el colegio donde trabajaron le pidieron que solucionen sus conflictos actualmente durante el día se sienta en el parque en el hospital , deambula en la calle sin comer finalmente “comenta hay días que estoy como tonta a no me doy cuenta de nada escucho como un zumbido silbar y me está angustiando la oscuridad.

3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL:

Trastorno depresivo recurrente F43.2

Trastorno o de estrés post traumático f43.1

3.1.4 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NINGUNA

ANTECEDENTES PERSONALES:

A la edad de 15 años estuvo hospitalizado por ulcera gástrica después nunca más acudió a médico.

En el 2017 mes de julio a diciembre recibió tratamiento farmacológico sertralina 50mg, clonazepam 0.5mg noche

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

Según los datos recolectados de la usuaria, podemos concluir, que no cuentan con soporte familiar, en casa viven 4 integrantes (mama, hijo y pareja) ingreso económico es poco solo trabaja su pareja, en ocasiones vende en el mercado verduras anteriormente hace aproximadamente trabajaba como docente en nivel primaria lo cual perdió a consecuencia del problema que tiene.

3.1.5 EXAMEN FISICO:

Paciente adulta de 47 años de edad con medidas antropométricas peso de 66kg, talla 147 cm.

Con signos vitales dentro de los parámetros normales con una frecuencia cardiaca 88 x´, frecuencia respiratoria 20 x´, presión arterial 120/80 mmhg.

Cabeza: normo cefálico con rotación.

Cuello: cilíndrico.

Tórax: simétrico con murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos.

Abdomen: blando depresible no dolorosa a la palpación.

Extremidades simétricas móviles sin particularidades.

Genitourinario de acuerdo a la edad y sexo sin particularidad.

3.1.6 VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES:

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 2: Gestión de la salud

Se observa a la usuaria con adecuado aliño y cuidado personal, acorde a la

Edad, género y circunstancia durante la entrevista presente actitud colaboradora y participa activamente, orientada en tiempo espacio y persona. Conciencia clara, con un lenguaje coherente curso poco fluido velocidad, tono de voz y volumen bajo no presenta variaciones durante la entrevista.

F.C:88x´ F.R:20x´ T°:36.3°C Sat. O2: 95%

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1: Ingestión

Durante la entrevista la usuaria manifiesta que presenta apetito disminuido. A la evaluación nutricional se encuentra un incremento de masa corporal 30 lo cual indica que la usuaria se encuentra con diagnóstico de obesidad I.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clase 4: Función eliminación

Usuaría refiere que con frecuencia presenta deposiciones líquidas, micción espontánea normal.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Clase 2: Actividad / ejercicio

Usuaría refiere que no pone en práctica ninguna actividad física por lo que tiene una vida sedentaria.

A la misma vez usuaria padece de insomnio

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN COGNICIÓN

Clase 3: Sensación –.

Orientada en tiempo espacio y persona. Conciencia clara, con un lenguaje coherente curso poco fluido velocidad, tono de voz y volumen bajo no presenta variaciones durante la entrevista.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clase 1: Auto concepto

Se le observa estado de ánimo decaído, facie de ansiedad e intranquilidad, labilidad emocional durante toda la entrevista el llanto es incesante no logra

mantener la calma durante mucho tiempo. Usuaría manifiesta estar cansada desea estar muerta y no quiere irse a su casa prefiere estar en el parque o en la calle haciendo hora.

DOMINIO 7: ROL RELACIONES

Clase 3: Desempeño del rol

Usuaría refiere: "Vivo con mi hijo de 18 años está en la universidad, con mi mamá y mi pareja. Mi hija mayor vive aparte en casa alquilada sola por los problemas que tengo con mis hermanos"

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Usuaría con vida sexual activa con 8 años de relación de pareja.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Usuario refiere: "Estoy triste, no tengo ganas de hacer nada quisiera morirme para no pasar esta vida, pero mi hijo menor está estudiando solo por eso trato de evitar hacerme daño"

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores / creencias

De familia católica, quienes asisten en pocas ocasiones a la iglesia,

DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN

Clase 6: Termorregulación

Su temperatura oscila dentro de los valores normales

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 3: Confort social

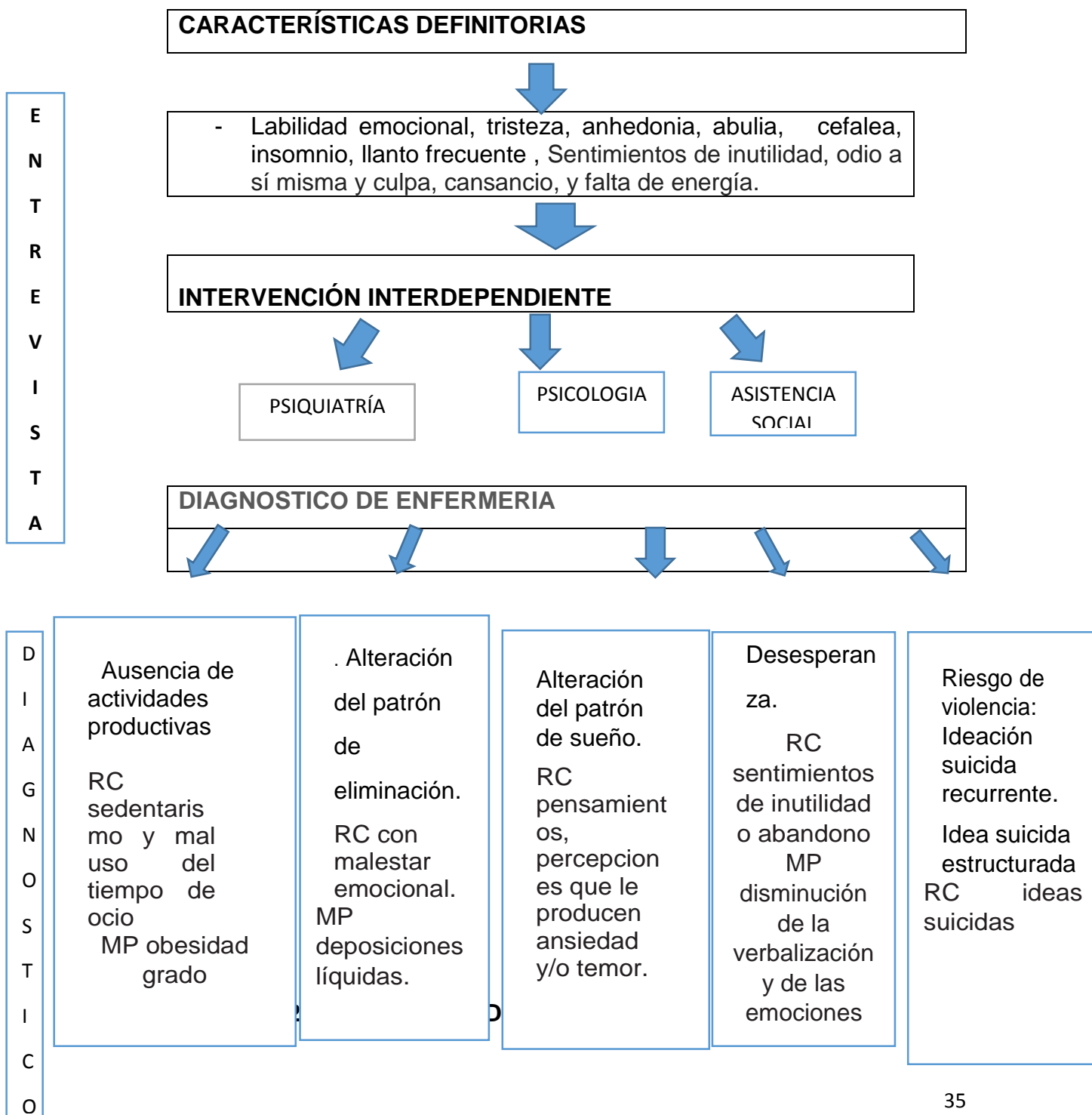
Usuaría refiere que mantiene buena relación social con sus vecinos, amigos de trabajo.

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

No se observan otras alteraciones significativas en este patrón

3.1.7. ESQUEMA DE VALORACION

FLUJOGRAMA 1



3.2.1 LISTA DE HALLASGOS SIGNIFICATIVOS

- ✓ Insomnio
- ✓ Culpabilidad
- ✓ Ansiedad
- ✓ Tristeza
- ✓ Llanto frecuente
- ✓ Inutilidad
- ✓ Anhedonia
- ✓ Abulia

3.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

Entre los diagnósticos de Enfermería asociados a trastornos de estrés post traumático incluyen:

- 1.-Riesgo de la alteración de nutrición por exceso R/C inhibición y perdida de significado de las actividades.
- 2.-Alteración del patrón de eliminación R/C malestar emocional M/P deposiciones liquidas.
- 3.-Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento R/C: Pensamiento recurrente y estado de tensión M/P Quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño. Quejas verbales de no sentirse bien descansado.
- 4.-Síndrome postraumático: R/c: Violación, amenaza o lesión, abuso físico o psicosocial M/p: Dificultad para

concentrarse, pensamientos intrusivos, cólera, rabia, hipervigilancia, sueños intrusivos, pesadillas, ataques de pánico, abuso de sustancias, depresión, respuesta de alarma exagerada, vergüenza, negación, ansiedad, culpa.

5.-intervención farmacológica R/C reducción de niveles de depresión e ideación suicida en el paciente.

6.-Riesgo de violencia ideación suicida recurrente.

3.2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Apellidos y nombres: C.B. P

Edad: 47 años

Diagnóstico médico: Trastorno depresivo recurrente F43.2

Trastorno o de estrés post traumático

FACTORES RELACIONADOS	PROBLEMAS	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Incremento de la masa corporal	Inhibición y Perdida de actividades cotidianas	Obesidad I.	Ausencia de actividades productivas RC sedentarismo y mal uso del tiempo de ocio MP obesidad grado I
Estado emocional	Deposiciones líquidas	Malestar emocional	Alteración del patrón de eliminación. RC con malestar emocional. MP deposiciones líquidas.

FACTORES RELACIONADOS	PROBLEMAS	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Pensamientos intrusivos	Síndrome post traumático	Respuesta de alarma exagerada, vergüenza, negación, culpa, ansiedad	Desesperanza. RC sentimientos de inutilidad o abandono MP disminución de la verbalización y de las emociones.
Ideación suicida recurrente	Ideación suicida	Temor a la violencia	Riesgo de violencia: Ideación suicida recurrente RC Idea suicida estructurada MP ideas suicidas

3.3 PLANIFICACION

3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACION: Para el presente trabajo académico se utilizaron las taxonomías: NANDA, NIC y NOC, los resultados obtenidos fueron satisfactorios, se logró disminución de idea suicida mantenimiento el estado emocional estable y a la vez paciente retoma sus actividades de docencia en un colegio particular.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p>Alteración del patrón de eliminación. RC con malestar emocional. MP deposiciones</p>	<p>Disminuir la intensidad de la alteración del patrón de eliminación a través de la psicoterapia y la medicación</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Identificar patrón habitual de eliminación. 2- Valorar cualquier problema relacionado con la eliminación. 3- Control y registro de deposiciones – características. 4- Proponer la elección de un momento regular para la eliminación. 5- No retrasar la urgencia de defecar. 6- Animar a realizar algún tipo de actividad física. 7- Aumentar la ingesta de líquidos. 8- Dar a beber líquidos calientes en ayunas. <p>Disminuir los niveles de ansiedad a través de la práctica de técnicas de relajación.</p>	<p>Paciente logra disminuir la frecuencia de deposiciones</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p>Alteración del patrón de sueño.</p> <p>RC pensamientos, percepciones que le producen ansiedad y/o temor, dificultad para conciliar el sueño.</p>	<p>Mejorar el patrón del sueño.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Identificar patrón de sueño habitual. 2- Detectar y evaluar con el paciente motivos reales que alteren el patrón de sueño, disminuyendo así la ansiedad que genera este problema. 3- Concientizar al paciente y a la pareja a cerca de la relación significativa del dormitorio y calidad de sueño. 4- Gestionar estímulos ambientales durante la noche. 5- Establecer con el paciente medidas inductoras del sueño: bebidas calientes, ejercicios durante el día, etc. 6- Psicoeducar al paciente para evitación el sueño durante el día. 7- Favorecer la expresión de la evaluación de este problema. 	<p>Paciente logra conciliar sueño</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p>Desesperanza.</p> <p>RC sentimientos de inutilidad o abandono.</p> <p>MP disminución de la verbalización y de las emociones.</p>	<p>Mostrará interés por su entorno inmediato al 4º día del ingreso.</p> <p>Manifestará sus preocupaciones a la semana del ingreso.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Estimular-reforzar percepciones realistas. 2- Evocar recuerdos satisfactorios si no empeoran su estado, evitarlos si aumentan sus sentimientos de desesperanza. 3- Permitir el llanto como facilitador de alivio. 4- Evitar problemas y no dar falso reforzamiento sobre su recuperación. 5- Favorecer la expresión de sentimientos y plantear alternativas reales. 6- Plantear alternativas reales. 7- Realizar con el paciente, si es necesario, las actividades cotidianas para estimularle. 8- Sugerir e iniciar proyectos de futuro de forma gradual; comenzar por una actividad del día siguiente. 	<p>Paciente logra integrarse a su trabajo de docencia en una institución educativa.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p>Riesgo de violencia: Ideación suicida recurrente RC</p> <p>Idea suicida estructurada. MP</p> <p>RC ideas de suicidas</p>	<p>Informar a la familia y personas cercanas del paciente de su ideación suicida</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Valorar conductas de riesgo. 2- Vigilar y controlar las conductas desde la cercanía o acompañamiento familiar o del entorno social. 3- Indagar sobre conductas anteriores. 4- Favorecer la expresión de sentimientos y lo que le induce a ellos. 5- Señalar hechos importantes de su vida y otros aspectos positivos. 6- Evaluar junto con el paciente salidas que puedan usarse para prevenir conductas suicidas, favoreciendo otras más positivas y reales. 7- Que el paciente y las personas allegadas refuercen la seguridad en el hogar alejando de su alcance los elementos de riesgo. 8- Establecer un contrato con el 	<p>Paciente logra disminuir su ideación suicida</p>

		<p>paciente donde identifique que hará y no hará cuando experimente pensamiento o impulsos suicidas.</p> <p>9- Establecer un contrato entre la familia y el centro de salud mental comunitario para realizar un seguimiento dentro del hogar.</p> <p>10- Informar de los impulsos suicidas de la paciente a los familiares o personas más allegas para la vigilancia activa.</p> <p>11- Referencia a establecimiento de mayor categoría cuando se considere que constituye un riesgo incontrolable para sí mismo.</p> <p>Identificar los factores vitales que han precedido a la ideación suicida. Explotar las fuentes de dolor emocional y desesperanza del paciente.</p>	
--	--	--	--

3.4 EJECUCION Y EVALUACION

3.4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE

S: Usuaría refiere que se siente triste, preocupada, ha perdido interés en realizar sus actividades, dificultad para conciliar sueño motivo por el cual acude al centro de salud.

O: usuaria con labilidad emocional llanto incontrolable se muestra muy decaída ansiosa con Signos vitales: Temperatura: 36.6°C, Pulso: 84x', Respiración: 68 x', Sat. O₂ 94%

Al examen físico: Piel: caliente al tacto Cabeza: Nariz: Tabique nasal simétricos. Boca: Labios simétricos, mucosa oral húmedas, cuello cilíndrico móvil, Tórax: con movimientos respiratorios normales a la auscultación murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, miembros superiores e inferiores simétricos.

A: - Alteración del patrón de sueño **RC** pensamientos, percepciones que le producen ansiedad y/o temor.

P: -paciente mejorara su sueño.

I:-Identificar patrón de sueño habitual.

Detectar y evaluar con el paciente motivos reales que alteren el patrón de sueño disminuyendo así la ansiedad que genera este problema.

Concientizar al paciente y a la pareja a cerca de la relación significativa del dormitorio y calidad de sueño.

Gestionar estímulos ambientales durante la noche.

Establecer con el paciente medidas inductoras del sueño: bebidas calientes, ejercicios durante el día, etc.

Psicoeducar al paciente para evitación el sueño durante el día.

E: Paciente queda satisfecha con la atención brindada y a la expectativa de sus familiares ante cualquier evento negativo.

CONCLUSIONES

1. En la valoración clínica de Enfermería a través de entrevista se logró conocer más a fondo las necesidades del paciente, y se proporcionaron cuidados de Enfermería de calidad, basados en una

metodología específica como lo es el proceso de enfermería (PAE), estos cuidados pueden contribuir a disminuir los factores de riesgo de suicidio.

2. Fue muy importante la interacción que se tuvo con el paciente, pues además del fundamento científico que debemos tener como profesionales de Enfermería, debemos ser empáticos e identificar las necesidades del usuario y su familia a través de escucha activa, pues de esta forma nuestras intervenciones serán pertinentes logrando la disminución de sintomatología de trastorno de estrés post traumático.
3. La elaboración de ayudas con materiales visuales como dípticos, trípticos y la información y concientización ayudara a disminuir la sintomatología del trastorno del estrés y practicara la resiliencia post traumática así mismo mejorara su estilo de vida.

RECOMENDACIONES

- 1.- Identificar las necesidades de la paciente a través de la entrevista con el fin de brindar una atención integral.
- 2.- Indagar las redes de soporte de la paciente con el fin de promover la conexión con su entorno

3.-Aplicar en forma correcta y responsable el Proceso de Atención de Enfermería para poder brindar una atención de calidad y calidez a todos los usuarios con trastorno de estrés post traumático basada en los principios científicos para alcanzar una estabilidad física y bienestar emocional emocional.

4.-Valorar y observar la organización del personal de enfermería para la atención de pacientes con trastornos de estrés post traumático.

5.-Realizar seguimiento a través de visita domiciliaria para evaluar el estado actual de la paciente así mismo de terapia farmacológica.

6.-Brindar consejería en salud mental.

7.-seguridad, afecto y conocimiento.

8.-Al alta hospitalaria se coordinó con la asistente social y la enfermera de crecimiento y desarrollo, así como la nutricionista, para las visitas periódicas con el fin de prevenir nuevas recaídas.

REFERENCIAS

1.- JONATHAN A. Z.V, BRENDA N. CH.V. Neurobiología del trastorno de estrés postraumático –Revista [Internet] disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2019/rmn191d.pdf>

2.- INEI. Perú: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2012-2019[internet] disponible.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1686/libro.pdf

3.-noticias SER.PE [internet 2018] disponible

<http://www.noticiasser.pe/informe/feminicidios-en-apurimac-la-region-con-mas-violencia-contra-las-mujeres>

4.- ANDREI. K. L. C. Trastorno por estrés postraumático en militares de una institución del Ejército del Perú [internet 2018] disponible.

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1794/Andrei_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

5.- CAMPOS U. I. K; LOPEZ G. S. O. Sintomatología del trastorno de estrés postraumático y autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica[internet 2017]disponible

<http://bibliotecas.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/7078/PScaunik.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

6.- AVELLÁN.K. J; BOLAÑOS. G.V. determinación de trastorno de estrés postraumático y ansiedad en niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad en unidades educativas de la ciudad de Portoviejo, 2 años posterior al terremoto de abril del 2016 en el período de julio a diciembre del 2018 [internet 2019]disponible.

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16246/TESIS%20COMPLETAJazminy%20Gaby%20final%2011-03-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7.- ANDREI K. L. CC. Trastorno por estrés postraumático en militares de una institución del Ejército del Perú 2018[internet]disponible

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1794/Andrei_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8.-WALTER, O. P (COORDINADOR) ; DANIEL E. S. LLOMAURI C. G. (2016).En su investigación Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en personas que trabajan con víctimas de delitos contra la vida Guatemala 2016 [internet 2016]disponible.<https://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/puiis/INF-2016-29.pdf>

9.- PAZ.M.M Y MARTINEZ. V. M.A. (2016) trabajo Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual para el trastorno de estrés postraumático sin conductas de riesgo Quito 2016[internet 2016] disponible:
<http://192.188.53.14/handle/23000/5474>

10.-ARIADNA C. Z. (2015) en su trabajo Eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático resultados de un estudio Bogotá 2015[internet 2015] disponible:
<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2561/1/Eficaci.a%20de%20un%20Programa%20de%20Tratamiento-violencia%20de%20pareja.pdf>

11.-ESPINOSA. G. R. M. 2015 En su trabajo Diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y aportaciones para el Trauma Complejo Murcia 2015[internet 2015] disponible.

<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/371148/TRMEG.pdf?sequence=1>

12.- LILIANA L. Q. P. “2016” en su trabajo título sintomatología de estrés postraumático en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica atendidas en la comisaría de huaycán, 2016. [internet2016]disponible.

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/1215/Quispe_PLL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13.-CAMPOS U. I. K. LOPEZ y GOMEZ S. O. en su trabajo “sintomatología del trastorno de estrés postraumático y autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa 2017[internet]disponible

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/7078/Pscaunik.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14.-PONCE DE LEÓN V. A. P. 2015 en su trabajo Síntomas de trastorno de estrés postraumático y calidad de vida en bomberos con diferentes niveles de carga labora[internet]disponible

<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/626044/Ponce%20de%20Le%C3%B3n%20VA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15.- MG CASTRO E. J. F. (DOCENTE-ASESOR EXTRANJERO). MG. R. B. D. (ASESORA DE LA ASIGNATURA DE PPP-I). ALUMNOS DEL CURSO DE PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES II – 2017 II - CONTRERAS Z. IBAÑEZ V. L. T.; LEÓN A. J.; LLAPAPASCA T. K.; NAVARRO H. N.; SILVA M. D.; TARRILLO T K. Y ZAVALITA A. D. Estrés post traumático por el fenómeno del niño costero en jóvenes y adultos en el Polideportivo del C.P. El Milagro Distrito de Huanchaco, Setiembre 2017 [internet] disponible

http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2018/numero17vol2_2018_3_estres_post_traumatico.pdf

16.- CASQUI Q. N. R. 2016 en su trabajo relación de signos del estrés pos traumático e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia doméstica en casas del refugio en san juan de Lurigancho - los olivos 2016 [internet]disponible

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/1126/Casqui_QNR.pdf?sequence=1

17.-MEDINE PLUS [internet]disponible

18.- BALLESTEROS O. C. F. en su trabajo Cuidado de enfermería en salud mental a personas con trastorno por estrés postraumático, asociado al combate Bogotá 2018[internet]disponible

19.-MENTAL HEALT INFORMATION[internet] disponible

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/index.shtml>

20.-MAYO CLINIC [internet] disponible

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967>

21.-[internet]disponible

<https://www.google.com/search?q=PROCESO+DE+ENFERMERIA&oq=PROCESO+DE+ENFERMERIA&aqs=chrome..69i57j0l7.5973j0j7&sourceid=chrome&icq=que+es+el+proceso+de+enfermeria>

22.-[internet] disponible

<https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk029LZhF0aJhTSM73ZBH6-BuBfSgPQ%3A1593355634674&ei=cq34XufcKl3C5OUPiMuF0Ac&q=que+es+el+proceso+de+enfermeria>

23.- JUÁREZ R. P.; GARCÍA C. La importancia del cuidado de enfermería[internet]disponible

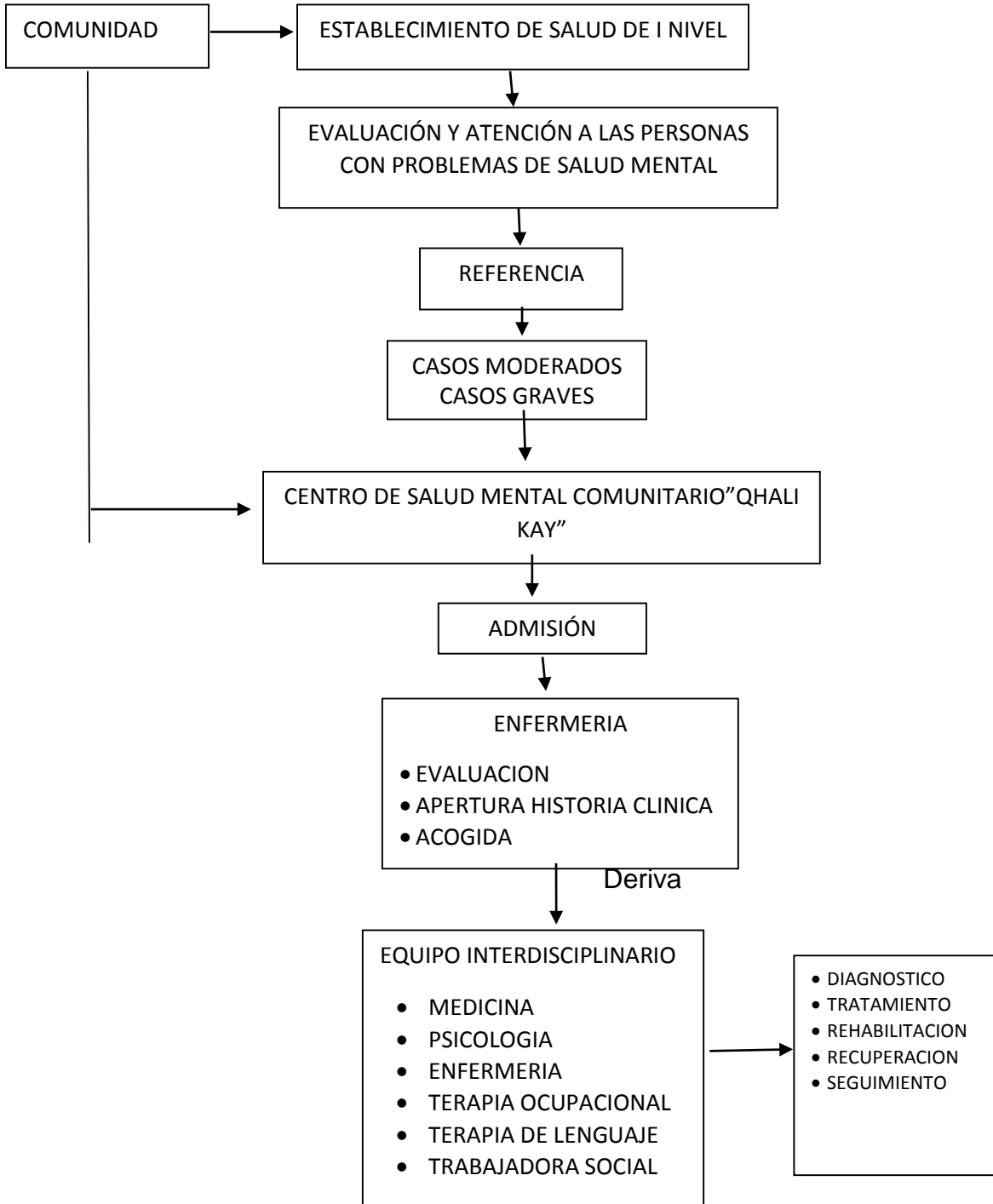
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>

23.-[internet] disponible

<https://www.google.com/search?q=que+es+cuidados+integrales+en+enfermeria&oq=que+es+cuidados+integrales+en+enfermeria>

ANEXOS

FLUJO DE ATENCION



ANEXO N° 02



**CUESTIONARIO DE SINTOMAS:
S.R.Q.-28**



Entrevistador: _____
 Establecimiento: _____ Fecha: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F

Dirección: _____

Motivo de Consulta: _____

1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO
2. ¿Tiene mal apetito?	SI	NO
3. ¿Duerme mal?	SI	NO
4. ¿Se asusta con facilidad?	SI	NO
5. ¿Sufre temblor en las manos?	SI	NO
6. ¿Se siente nervioso o tenso?	SI	NO
7. ¿Sufre de mala digestión?	SI	NO
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO
9. ¿Se siente triste?	SI	NO
10. ¿Llora Ud. con mucha frecuencia?	SI	NO
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?	SI	NO
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	SI	NO
16. ¿Se siente aburrido?	SI	NO
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO
19. ¿Siente Ud. Que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	SI	NO
20. ¿Es Ud. Una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	SI	NO
21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	SI	NO
22. ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?	SI	NO
23. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida de conocimiento?	SI	NO
24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?	SI	NO
25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	SI	NO
26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?	SI	NO
27. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	SI	NO
28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?	SI	NO

DETERMINACION DE LA PUNTUACION:

El cuestionario tiene varias partes. Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros. nueve o mas respuestas positivas en éste grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol. la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".

ANEXO N°03



FICHA DE TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

FECHA: _____ / _____ / _____

DISA: _____ ESTABLECIMIENTO: _____

SERVICIO: Emergencia Medicina Obstetricia CRED Otros _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO: _____

EDAD: _____ SEXO: Masculino Femenino

DIRECCION: _____

LEA AL PACIENTE:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de Salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:

PREGUNTE:

Si es Adulto (a):

	Si	No
¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Quién? _____		

Si es padre o madre de familia:

	Si	No
¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe...

<p style="text-align: center;">FISICO</p> <p><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables.</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras.</p> <p><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables.</p> <p><input type="checkbox"/> Marca de mordeduras.</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas con apetito.</p> <p><input type="checkbox"/> Enuresis. (niños)</p> <p style="text-align: center;">PSICOLÓGICO</p> <p><input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.</p>	<p><input type="checkbox"/> Retraimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Llanto frecuente.</p> <p><input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.</p> <p><input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.</p> <p><input type="checkbox"/> Tartamudeo.</p> <p><input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar.</p> <p><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.</p> <p><input type="checkbox"/> Ausentismo escolar.</p> <p><input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico.</p> <p><input type="checkbox"/> Aislamiento de personas.</p>	<p><input type="checkbox"/> Intento de suicidio.</p> <p><input type="checkbox"/> Uso alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos.</p> <p style="text-align: center;">SEXUAL</p> <p><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños).</p> <p><input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo precoz.</p> <p><input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de abortos.</p> <p><input type="checkbox"/> Enferm. de trans. sexual.</p> <p style="text-align: center;">NEGLIGENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Acciden. o enf. muy frecuentes.</p> <p><input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo.</p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.</p>
--	--	---

FECHA: _____ DERIVADO POR: _____ FIRMA: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CASO: _____

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR Y EL MALTRATO INFANTIL

FICHA MULTISECTORIAL
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

1. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN																				
1.1 Fecha Registro de Ficha:		<input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año		1.3 INSTITUCIÓN NOTIFICANTE: MINSAL <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> PODER JUD. <input type="checkbox"/> PNP <input type="checkbox"/> C.E. MUJER <input type="checkbox"/> SANIDAD <input type="checkbox"/> DEFENSOR. <input type="checkbox"/> M. EDUC. <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> CMMUNICI. <input type="checkbox"/> M. PUBLICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>		1.2 Evaluación anterior : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO														
1.4 Lugar digitación: <input type="text"/> DIRESA <input type="text"/> RED <input type="text"/> MICRORED <input type="text"/> ESTABLECIMIENTO																				
2. DATOS DEL(A) AGREDIDO(A)																				
2.1 Nombres y Apellidos del(a) Agredido(a): <input type="text"/>																				
2.2 Documento de Identidad <input type="text"/>		2.3 Departamento de Residencia en el último año <input type="text"/>																		
2.4 Edad <input type="text"/>	2.5 Tipo edad <input type="text"/>	2.6 Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		2.6.1 En caso de Ser mujer: ¿Se encuentra Gestando? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																
2.7 Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Ex cónyuge <input type="checkbox"/> Ex-conviviente <input type="checkbox"/>																				
2.8 Grado de Instrucción: Iltrada <input type="checkbox"/> Primaria Completo <input type="checkbox"/> Primaria Incompleto <input type="checkbox"/> Secundaria Completo <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleto <input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/>																				
2.9 Ocupación: Tiene empleo remunerado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuál es su ocupación <input type="text"/>																				
2.10 Dirección: <input type="text"/>																				
Departamento		Provincia		Distrito		Localidad		Domicilio												
3. DATOS DEL(A) AGRESOR(A)																				
3.1 Nombres y Apellidos del(a) Agresor(a): <input type="text"/>																				
3.2 Edad <input type="text"/> años		3.3 Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>																		
3.4 Vinculo con la Víctima																				
Esposo(a) <input type="checkbox"/>		Conviviente <input type="checkbox"/>		Hijo(a) <input type="checkbox"/>		Padre <input type="checkbox"/>		Madre <input type="checkbox"/>												
Otro <input type="checkbox"/>		Especifique otro <input type="text"/>																		
3.5 Grado de Instrucción: Iltrada <input type="checkbox"/> Primaria Completo <input type="checkbox"/> Primaria Incompleto <input type="checkbox"/> Secundaria Completo <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleto <input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/>																				
3.6 Ocupación: Tiene Empleo Remunerado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuál es su ocupación <input type="text"/>																				
4. DATOS SOBRE DE LA AGRESIÓN																				
4.1 Ubicación geográfica de la agresión: Departamento <input type="text"/> Provincia <input type="text"/> Distrito <input type="text"/>						4.2 Fecha de agresión: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>														
4.3 Estado del Agresor: Ecánime <input type="checkbox"/> Efecto de Drogas <input type="checkbox"/> Efecto del Alcohol <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>																				
4.4 Tipo de Violencia (CIE): T74.1 Física <input type="checkbox"/> T74.3 Psicológica <input type="checkbox"/> T74.2 Violencia Sexual <input type="checkbox"/> T74.0 Abandono <input type="checkbox"/>																				
4.5 Medio Utilizado: Según tipo de violencia																				
Física: Propio Cuerpo <input type="checkbox"/>		Arma Blanca <input type="checkbox"/>		Arma de Fuego <input type="checkbox"/>		Objeto Contundente <input type="checkbox"/>		Otros <input type="text"/>												
Psicológica: Indiferencia <input type="checkbox"/>		Maltrato Verbal <input type="checkbox"/>		Amenazas <input type="checkbox"/>		Otros <input type="text"/>														
Violencia Sexual: Acoso Sexual <input type="checkbox"/>		Violación <input type="checkbox"/>		Seducción <input type="checkbox"/>		Otros <input type="text"/>														
4.6 Motivo Expresado: Familiares <input type="checkbox"/> Celos <input type="checkbox"/> Económicos <input type="checkbox"/> Laborales <input type="checkbox"/> Sin Motivo <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>																				
Especificar otros <input type="text"/>																				
4.7 Frecuencia: Primera vez que es agredido(a) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																				
Desde cuando sufre Violencia <input type="text"/>																				
Durante la semana cuantas veces fue agredido(a)				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table> veces						1	2	3	4	5	6	7				
1	2	3	4	5	6	7														
Durante el último mes cuantas veces fue agredido(a)				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>más</td> </tr> </table> veces						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	más
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	más										
4.8 Lugar de Agresión: Calle <input type="text"/> Casa <input type="checkbox"/> Centro de Trabajo <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>																				
4.9 Hora de la Agresión: <input type="text"/> : <input type="text"/> 24h A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/> Especifique <input type="text"/>																				
4.10 Defunción por violencia familiar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																				
5. MEDIDAS TOMADAS																				
Atención Médica <input type="checkbox"/>		Atención Psicológica <input type="checkbox"/>		Denuncia Fiscal <input type="checkbox"/>																
Asistencia Social <input type="checkbox"/>		Denuncia Policial <input type="checkbox"/>		Otros <input type="text"/>																
Especifique <input type="text"/>																				
6. SEGUIMIENTO																				
6.1 Fue Derivado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																				

TELEMONITOREO AL PACIENTE



TELECONSULTA EN LINEA A PACIENTE



SESION EDUCATIVA



FERIA INFORMATIVA



MARCHA DE SENSIBILIZACION



VISITA DOMICILIARIA

