

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



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS CON
ESQUIZOFRENIA, SERVICIO DE MEDICINA GENERAL, HOSPITAL
REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY- APURÍMAC,
2014-2016**

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

ADELA FLORES ARREDONDO

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN | SECRETARIA |
| ➤ MG. WILLIAM HOLDEN HORNA PÍZARRO | VOCAL |

ASESORA: MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 513

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 09/11/2017

Resolución Decanato N° 3104-2017-D/FCS de fecha 07 de Noviembre del 2017 donde se designan Jurado Examinador del Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialización Profesional.

INDICE

| | |
|--|----|
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 4 |
| 1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA..... | 4 |
| 1.2 OBJETIVO | 8 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN..... | 8 |
| II. MARCO TEORICO | 10 |
| 2.1 ANTECEDENTES..... | 10 |
| 2.2 Marco Conceptual..... | 17 |
| 2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS..... | 44 |
| III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL | 51 |
| 3.1 RECOLECCION DE DATOS..... | 51 |
| 3.2 Experiencia Profesional..... | 63 |
| 3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME | 67 |
| IV. RESULTADOS | 69 |
| V. CONCLUSIONES | 88 |
| VI. RECOMENDACIONES | 91 |
| VII. REFERENCIALES | 93 |

INTRODUCCIÓN

La OMS describe la esquizofrenia Como una perturbación severa, crónica y discapacitante Del cerebro que origina pensamientos distorsionados, sentimientos y conductas extrañas; interfiere en las capacidades de autocuidado y las habilidades sociales del enfermo. Afecta a todo su entorno social, en especial a la familia; que asumen el rol de cuidador permanente, y por brindar un cuidado constante y agotador experimentan deterioro de su bienestar físico, emocional y social, que se define como Sobrecarga. (1)

La esquizofrenia es una enfermedad mental que deteriora las emociones, los pensamientos y el comportamiento del individuo, logrando alterar su vida de forma total. La familia es quien asume el soporte fundamental para el cuidado de estas personas, sin embargo consecuente a su rol se ven afectados al máximo Durante la convivencia familiar. Frente a lo mencionado se ve conveniente, conocer la situación real de las familias a cargo de una persona con esquizofrenia, con la intención de hacer visible las dificultades que experimenta y plantear estrategias para mejorar la calidad de vida familiar. (2)

Durante el año 2011 se atendieron 530 casos de agitación psicomotora o conducta agresiva en el Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental -Honorio Delgado – Hideyo Noguchill, lo que representó el 9.4% del total de atenciones en dicho periodo (11).

Coincidiendo aproximadamente con estadísticas de otros países (10% de las urgencias psiquiátricas según datos de Estados Unidos y España) (8, 12). No se cuenta con estadísticas poblacionales (3)

El presente informe titulado **-CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY-2014-2016**II, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes adultos con esquizofrenia; asimismo, contribuirá a identificar y prevenir oportunamente el riesgo de complicaciones, y disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, disminuir la estancia hospitalaria, y la morbimortalidad, mejorando así la calidad de vida de los pacientes con enfermedades con esquizofrenia. Consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe del planteamiento del problema, el capítulo II incluye el marco teórico referencial, el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV los resultados, el capítulo V conclusiones, capítulo VI recomendaciones, y el capítulo VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

De conformidad con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud -es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedadesll. Esta noción ha ganado vigencia en la medida en que se ha hecho cada vez más evidente el importante rol que desempeña la salud mental en el bienestar de la población. La salud mental tiene repercusiones en las condiciones de vida de las personas ya que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional. Además es un factor que contribuye a la prosperidad de la sociedad. Al respecto, se debe tener presente que la falta de atención de los problemas de salud mental puede generar consecuencias adversas en la capacidad económica y productiva de quienes los presentan. Por estas razones es evidente que la salud mental produce un impacto en los esfuerzos de la lucha contra la pobreza y es un elemento importante para el desarrollo. Sin embargo, la salud mental continúa siendo un tema postergado en la agenda pública y en las políticas. (4)

Los trastornos mentales son una problemática de gran magnitud para los sistemas de salud a nivel mundial. Si se compara a los trastornos mentales con otras enfermedades en relación con la invalidez que generan al individuo, los trastornos mentales poseen valores tan altos

como los de las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias e incluso sobrepasan a otras como diferentes tipos de cáncer. Al mismo tiempo, se calcula que la depresión unipolar será para el 2020 la segunda causa de invalidez después de la enfermedad isquémica del corazón, las proyecciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) identifican que la depresión unipolar será para el 2030 la principal causa de carga de enfermedad. Se considera también que los trastornos depresivos presentan altos índices de mortalidad y morbilidad, que deterioran seriamente la capacidad de funcionalidad social y laboral, en el último aspecto propiciando ausentismo que llevan al desempleo. En varias condiciones la depresión es una comorbilidad común, este es el caso de la enfermedad cardiovascular, la artritis, la enfermedad pulmonar obstrusiva crónica, en adultos mayores con deterioro cognitivo leve, en la diabetes; en la epilepsia, en pacientes positivos al virus de inmunodeficiencia humana y en pacientes con cáncer. De manera general la depresión al estar presente en estas condiciones médicas proporciona un peor pronóstico, afecta seriamente la calidad de vida de los pacientes e impide un afrontamiento adecuado ante el diagnóstico y/o evolución de la enfermedad. (4)

En el caso de la depresión en la esquizofrenia se ha identificado Fuertes correlaciones, siendo este un tema polémico. Según la American Psychiatric Association entre las características clínicas de la esquizofrenia predominan los delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta catatónica o groseramente desorganizada, así como la disminución de la expresión emocional, la pérdida de interés, el aplanamiento afectivo entre otros síntomas. Para el diagnóstico de la enfermedad, entre otros criterios, es necesario que estén presente dos o más de los síntomas antes mencionados, sin embargo existen otras alteraciones psíquicas que suelen estar presentes, aunque no sean determinantes para el diagnóstico según los manuales de clasificación; este es el caso de la depresión; una revisión reportada refiere que tiene una prevalencia que fluctúa entre un 7 y 75%. (5).

En Perú, la prevalencia de esquizofrenia muestra las mismas cifras de la tendencia mundial (0,5 a 1%) y a pesar de tener un Plan Nacional de salud mental, lineamientos y estrategias de salud mental y cultura de paz hasta el año 2012, aún no se aplican en su totalidad en todos los niveles de atención del Ministerio de Salud (MINSA), tal vez porque la salud mental no se considera prioritaria dentro de las líneas de atención. En cuanto a los recursos humanos especializados (psiquiatras y enfermeras especialistas en salud mental) y de infraestructura (hospitales Larco Herrera, Hermilio Valdizán y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi), éstos se centralizan en la ciudad de Lima. Por otro lado, las

investigaciones en ésta área son escasas y algo antiguas, como el estudio epidemiológico de salud mental realizado por el instituto nacional de salud mental el año 2004 en la selva peruana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa), donde la esquizofrenia es el trastorno psiquiátrico más prevalente con 39,3% que indica haber sufrido un primer episodio, siendo 13,5% en varones y 29,2% en mujeres, y que en general la población muestra algún trastorno mental de diversa naturaleza con una prevalencia de 24,8% en hombres y 9,8% en mujeres. (4)

Estudio Epidemiológico de Salud Mental en el área urbana de la ciudad de Abancay, en el marco del Proyecto Apurímac: -Salud Mental para el Desarrollo de la Región Apurímac en el Marco del Aseguramiento Universal, que busca fortalecer las redes sociales y las redes de salud de la Región Apurímac para la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental desde la perspectiva de la salud mental colectiva. La Región de Apurímac es la segunda más pobre del Perú (INEI, 2009), con índice bajo de desarrollo humano (PNUD), asimismo, es una de las regiones más afectadas por el conflicto armado interno. El estudio de carga de enfermedad (Dirección de Epidemiología, 2009) muestra que las enfermedades neuropsiquiátricas representan la primera causa de carga de enfermedad en Apurímac; y que durante el periodo 2004-2007

produjeron una pérdida de 35,4% AVISA (Años de vida saludables perdidos) por cada mil habitantes, contribuyendo con el 14,9% del total de la carga, siendo relevantes el abuso y dependencia de alcohol, la depresión unipolar, la esquizofrenia, los trastornos de estrés postraumático y la demencia. Unido a ello, los servicios de salud mental son escasos al igual que los recursos humanos especializados (6).

1.2 OBJETIVO

Describir los cuidados de enfermería en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia, en el servicio de medicina general del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay-2014-2016.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La enfermera de salud mental está integrada en el procesos de atención integral, dentro del equipo de salud, con una visión holística, favoreciendo el proceso de desarrollo humano individual y colectivo. Los cuidados de enfermería, son la esencia de la profesión, y se orienta a la persona, familia y comunidad; basada en conocimientos científicos, y técnicos.

De la calidad del cuidado que brinde el profesional de enfermería, va a depender que el usuario recupere su salud y puede reinsertarse, tanto en el ámbito familiar, social y laboral. Se pretende mejorar la autoestima de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y el afrontamiento de la enfermedad.

Al ofrecerles apoyo y soporte emocional, educación para la salud y técnicas y estrategias, conseguir la aceptación de la enfermedad y la adherencia terapéutica tanto a los dispositivos como a los tratamientos.

La misión específica de la enfermera especialista es proporcionar los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia, garantizando su participación, autonomía y dignidad, así como el derecho a la intimidad y confidencialidad. La incorporación de las intervenciones basadas en la recuperación nos sirve para avanzar hacia cuidados basados en la recuperación, aunque se precisa ahondar en el uso de las taxonomías enfermeras y su aplicabilidad en los planes de atención basados en la perspectiva de la recuperación. Si bien las taxonomías enfermeras han dotado a las enfermeras de unas herramientas básicas e indispensables para la gestión de los cuidados con criterios de calidad, su uso ha de adaptarse a las necesidades cambiantes de la población que atienden, contribuyendo y en ningún caso obstaculizando el proceso de recuperación.

Los cuidados de enfermería se realizan valorando el estado de salud o enfermedad -diagnóstico enfermero-, en principios científicos y éticos, basándonos en los diferentes estudios de investigación, orientándonos hacia la máxima calidad asistencial en los pacientes con esquizofrenia

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Pino LG en su estudio "Influencia sociodemográfica y clínica de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, Portugal 2017".

Se han revisado trabajos de investigación de ámbito internacional y nacional que ha permitido elaborar el informe nombramos lo siguientes: **Objetivo:** La evaluación de la calidad de la vida de los pacientes con los niños con Schizophrenia y la vinculación a los aspectos socioeconómicos y clínicos.

Método: La cuantitativa intersectorial de los estudios de la salud en el estudio de la incidencia de la enfermedad de Schioto en el territorio continental de Portugal, a través de la sociodemográfica y el cuestionario clínico y la calidad de vida de corto plazo (QLS7PT). Parametric and non-parametric tests se realizaron para evaluar la correlación entre variables.

Resultado: El ejemplo consta de 282 participantes. En el caso de que se trate de una mejor calidad de vida para una habitación individual en residencias independientes o con sus padres, que tienen a los estudiantes, que han tenido el desorden para el tiempo de espera y que son jóvenes, que han completado la tercera clase de escuela y no son medicado con la primera generación neurolepticos. **Conclusión:** Los resultados indican que una socio demografía y una característica

clínica influyen en la calidad de la vida de los pacientes con la schizophrenia y se debe considerar en la evaluación de pacientes y en un plan apropiado y eficaz para su psicocial rehabilitación. (7)

Ansari-Lari M, en su estudio **“La asociación de la infección por Toxoplasma gondii con la esquizofrenia y su relación con intentos de suicidio en estos pacientes, Facultad de ciencias Médicas de Shiras. Iran 2017”**; **Objetivos:** Investigar la asociación entre la esquizofrenia y Toxoplasma gondii, y evaluar la asociación de la infección con intentos de suicidio y la edad de inicio de la esquizofrenia en estos pacientes. **Métodos:** Estudio de casos y controles en la provincia de Fars, sur de Irán. Los casos fueron individuos con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Los controles fueron donantes sanos de sangre, con frecuencia de acuerdo con los pacientes de acuerdo con la edad y el sexo. Para la detección de anticuerpos IgG, se utilizó el ensayo inmunoabsorbente enzimático (ELISA). Los datos sobre la información demográfica en todas las asignaturas y la duración de la enfermedad y el historial de intentos de suicidio en pacientes con esquizofrenia se obtuvieron mediante un breve cuestionario y registros hospitalarios. La prueba de Chi cuadrado y la regresión logística multivariable se utilizaron para los análisis estadísticos. **Resultados:**

Entre 99 casos, 42 individuos (42%) fueron positivos para el anticuerpo de *T. gondii*, frente a 41 (27%) entre 152 controles (OR = 2, IC 95%: 1.2-3.4, P = 0.012). Comparamos los intentos de suicidio en pacientes con esquizofrenia en función de su estado serológico de *T. gondii*. Hubo una menor tasa de intentos de suicidio en pacientes seropositivos masculinos que seronegativos (OR = 0.3, IC 95%: 0.1-0.97, P = 0.04). La edad de inicio de la esquizofrenia no difirió entre los pacientes infectados por *T. gondii* y los no infectados. **Conclusiones:** Estos hallazgos pueden tener implicaciones para la esquizofrenia y los programas de prevención del suicidio. Sin embargo, claramente se requieren más estudios para confirmarlos. (8)

Carmen Valdez Silva, Rivera en la tesis titulado **-Intervención De Enfermería En El Cumplimiento Terapéutico Del Paciente Esquizofrénico, Área De Emergencia, Instituto De Neurociencia, Junta De Beneficencia De Guayaquil 2013-2014**II.

La investigación tiene como propósito determinar la Intervención de Enfermería en el cumplimiento terapéutico a través de estrategias que mejoren al paciente esquizofrénico para disminuir su reingreso. Estudio realizado en el área de Emergencia en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, donde se ha observado alta incidencia de casos de esquizofrenia y en su mayoría son reingresos.

El diseño de investigación es de enfoque cualicuantitativo, modalidad bibliográfica; los resultados estadísticos fueron tomados de los archivos y luego de revisadas las historias clínicas; los métodos utilizados fueron: analítico-sintético, y descriptivo; se aplicó la técnica de observación y análisis; los resultados arrojaron razones suficientes para buscar solución a la problemática investigada por medio del diseño y aplicación de estrategias de intervención de Enfermería para el cumplimiento terapéutico como propuesta, lo cual disminuiría la rehospitalización de pacientes esquizofrénicos como aprobación de la hipótesis señalada. El trabajo de titulación beneficiará a los Profesionales del Instituto de Neurociencias, a los pacientes y sus familiares.

En Ecuador, se reportan 175 casos de esquizofrenia en personas que oscilan entre los 5 y 24 años. Esto, según las Estadísticas de Camas y Egresos Hospitalarios 2011. En el Instituto de Neurociencias se especializan en tratar todo tipo de trastornos mentales, existe alrededor de un ingreso diario, la patología más frecuente es la esquizofrenia, en este se encuentran varios tipos.

La labor de los profesionales de Enfermería es dar a conocer a la familia la importancia de cumplir el tratamiento del paciente para una mejor recuperación y conocer las diferentes terapias, para crear conciencia que este necesita del apoyo emocional y la integración de cada uno de ellos en cada actividad que realiza, para unir la relación del paciente con la familia y viceversa para estabilizar su desenvolvimiento familiar y psicosocial. (9).

Humberto Castillo Martell en el estudio titulado **Impacto De La Esquizofrenia En La Calidad De Vida Y Desarrollo Humano De Pacientes Y Familias De Una Institución De Atención En Salud Mental De La Ciudad De Lima**” 2014 donde desarrolla en documento con los Objetivos: Analizar el impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias, de un instituto especializado en salud mental de la ciudad de Lima. **Material y Métodos:**

Estudio transversal descriptivo, que aplica una encuesta semiestructurada, a familiares de 130 pacientes de los consultorios externos del Instituto Especializado de Salud Mental -Honorio Delgado - Hideyo Noguchill en el año. Resultados: Se encontró que los pacientes luego de un promedio de 10 años de enfermedad, mostraban un deterioro significativo en los aspectos clínicos, ocupacionales, educativos y relacionales afectando su calidad de vida y desarrollo humano. A pesar de estar en tratamiento, el 49% presentó síntomas de la enfermedad por más de un mes, y solo el 45% estuvo libre de eventos críticos, como episodios violentos o internamientos de urgencia.

La tasa de ocupación (estudio y/o trabajo) cayó de 90% al inicio de la enfermedad a 36% al momento de la encuesta. Durante el periodo de enfermedad ninguno cambió de nivel de instrucción, y solo el 5% formó pareja, lo cual está muy por debajo de las tasas para población general. En relación a la calidad de vida de las familias, encontramos que esta

se vio seriamente afectada por la esquizofrenia de uno de sus miembros, tanto en los aspectos económicos como psicosociales. Encontramos que el gasto familiar en el tratamiento y cuidado de la los pacientes representaba el 24% del ingreso familiar bruto, y en un 13% de las familias el gasto alcanzaba el 50% del presupuesto familiar. Este gasto era 50% mayor que el gasto familiar en educación y 15 veces más que el gasto familiar en recreación. Casi la mitad de las familias, en algún momento, habían tenido que deshacerse de propiedades o generar endeudamientos para solventar el gasto del tratamiento. Conclusiones: Las familias perciben que su calidad de vida ha sido afectada principalmente por el sacrificio económico, la discriminación, pena y preocupación constante por la salud del paciente. Atribuyen además, a la enfermedad, el truncamiento de proyectos básicos de desarrollo familiar. (10)

Milagros Jennifer Nolasco Villa; del estudio de investigación titulado **-Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Lima 2014** tiene como objetivo general determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. Es de tipo cuantitativo, corte transversal, nivel aplicativo y método descriptivo. La población estuvo conformada por 30 familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos en el consultorio externo del HVLH. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento Escala

tipo Likert modificada, aplicada previo consentimiento informado. Los resultados fueron procesados y analizados en cuadros estadísticos, obteniéndose que los familiares en un 60% (18) presentan una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar y 40% (12) una actitud desfavorable.

En lo que respecta a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral en la dimensión necesidades básicas del paciente esquizofrénico en el hogar, 53% presentan una actitud desfavorable, y 47% una actitud favorable. En cuanto a la dimensión psicosocial del paciente esquizofrénico en el hogar, 73% presentan una actitud favorable, y 27% una actitud desfavorable. En lo que se relaciona a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral en el tratamiento farmacológico del paciente esquizofrénico en el hogar, 87% presentan una actitud favorable, y 13% una actitud desfavorable Y por último, en relación a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral durante las crisis del paciente esquizofrénico en el hogar, 60% presentan una actitud desfavorable, y 40% una actitud favorable. Concluyéndose que la mayoría de los familiares presentan actitud favorable hacia el cuidado integral en la dimensión psicológica y tratamiento farmacológico. También existe una mayoría de ellos que presentan actitud desfavorable hacia el cuidado integral Durante las crisis y hacia la satisfacción de las necesidades básicas del paciente en el hogar. (11)

2.2 Marco Conceptual

TEORIA DE HILDEGARD PEPLAU

El ser humano es un organismo que vive en un equilibrio inestable, con capacidad para aprender y desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por sus necesidades.

La salud implica el avance de la personalidad y demás procesos humanos que hacen sentirse útil.

La enfermera, a través de su personalidad, guía los resultados de aprendizaje durante el período en que se prestan los cuidados.

Este proceso interpersonal es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a madurar y que se propone facilitar una vida en toda su plenitud.

Estas relaciones se establecen durante las fases que atraviesa la persona en el proceso de su enfermedad o necesidad de ayuda.

Estas fases son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución; en cada una de ellas la persona y la enfermería actúan de manera coordinada.

Fase de orientación. El paciente intenta clarificar sus dificultades y la amplitud de las necesidades de ayuda. La enfermera valora la situación de la persona.

Fase de identificación. El paciente clarifica su situación, identifica la necesidad de ayuda y responde a las personas que le ofrecen ayuda. La enfermera hace el diagnóstico de la situación y formula el plan de cuidados.

Fase de aprovechamiento. El paciente hace uso de los servicios de enfermería y obtiene el máximo provecho de ellos. La enfermera aplica el plan de cuidados, con lo que la ayuda a la persona y a sí misma a crecer hacia la madurez.

Fase de resolución. El paciente reasume su independencia. La enfermera evalúa el crecimiento que se ha producido entre ambos.

Funciones de enfermería

En el modelo de Hildegard Peplau consisten en ayudar al ser humano a madurar personalmente facilitándole una vida creativa, constructiva y productiva.

Objetivo

En este modelo el objetivo es que el ser humano alcance el máximo grado de desarrollo personal.

3. PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS en esquizofrenia y trastorno delirante

PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD

a de enfermedad

- Incumplimiento terapéutico
- Riesgo de traumatismo/infecciones/ intoxicaciones debido a los efectos secundarios de los fármacos.

NUTRICIONAL-METABOLICO

- La relación consumo/ gasto puede ser superior al requerido o por la Contraria inferior.

- La forma de alimentarse es desordenada y compulsiva,
- Preferencia por alimentos ricos en HC y comida de fácil preparación
- Tendencia a la obesidad además de por los malos hábitos nutricionales por los efectos secundarios de la medicación.
- A veces sólo comen alimentos envasados y que ellos mismos comprueban, por temor al envenenamiento
- Son reticentes al seguimiento de las dietas especiales
- Pueden presentar disfagia como consecuencia de los efectos Secundarios de los neurolépticos.

ELIMINACION

- Alteración tanto vesical como intestinal.
- Estreñimiento, causado por: mala alimentación, vida sedentaria, Disminución de la ingesta hídrica, descuido de hábitos higiénico-dietéticos, efectos secundarios de la medicación.

ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Abandono de la autonomía en cuanto a autocuidados: higiene, imagen corporal y AVD
- Alteración en el habla, tono de voz uniforme, velocidad enlentecida y un período de latencia en la respuesta alto, en el otro extremo podemos encontrar un tono de voz elevado y verborrea
- Incoordinación en la expresión y la emoción

- Vida completamente sedentaria
- Su actividad física habitual puede verse reducida debido a algunos síntomas negativos y a la confusión mental
- En su comportamiento motriz podemos encontrar: agitación, inquietud, inhibición temblores, catatonía, estereotipias, manierismos, bloqueos, tics
- Dentro del comportamiento motriz debemos tener en cuenta los efectos secundarios de los neurolépticos, las llamadas reacciones extrapiramidales, que consisten en: reacciones dritónicas agudas, sd. parkinsoniano, acatisia, discinesia tardía, sd. Neuroléptico maligno

SUEÑO-DESCANSO

- Las ideas delirantes/ alucinaciones se intensifican por la noche, por lo se evita el sueño
- Suelen usar hipnóticos que suelen autoadministrarse incluso de madrugada y manteniendo sus efectos en las primeras horas del día. Durante el día se sienten fatigados y con sensación de que el sueño no ha sido reparador
- Pérdida del ritmo sueño -vigilia.

COGNITIVO-PERCEPTIVO

- espacial e incluso la orientación personal
- Alteraciones sensoperceptivas: les va a provocar síntomas característicos tales como: hablar solos, taparse los oídos, poner música a volumen alto, mirar hacia algo concreto que no parece important

- Las alteraciones en el pensamiento son múltiples tanto en curso (incoherencia y disgregación) como en contenido (delirios)
- Dificultades concentración y memoria.

PERCEPCION DE SI MISMO-AUTOCONCEPTO

- Los pacientes mayoritariamente presentan baja autoestima:
- No se sienten a gusto consigo mismos capacidades y logros
- Se destapan sentimientos de miedo, angustia y vacío
- Se sienten presionados por sus pensamientos, por su entorno, Pudiendo llegar a la desesperanza e ideación suicida
- Excepcionalmente pueden presentar una autoestima elevada en cas de ideación megalomaniaca

ROL-RELACIONES

- Aislamiento social
- Pérdida de relaciones

SEXUALIDAD-REPRODUCCION

- Relaciones sexuales insatisfactorias, en ocasiones se debe a los afectos secundarios de la medicación.
- Las pacientes femeninas presentan de Sarreglos menstruales, riesgo de embarazos debido a la promiscuidad sexual.

ADAPTACIÓN/ TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Este patrón se ve altamente alterado debido a la pérdida de la realidad

- En otros casos utilizan las creencias religiosas como refugio a su situación de indefensión personal
- Son más vulnerables a situaciones estresantes
- Un estado de tensión y/o ansiedad pueden provocar una Descompensación.

VALORES Y CREENCIAS

- Este patrón se ve altamente alterado debido a la pérdida de la realidad
- En otros casos utilizan las creencias religiosas como refugio a su situación de indefensión personal.

2.3 DEFICION DE TERMINOS

Alucinaciones: son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo. No está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presenta en el mundo externo. , Pueden ser de tipo auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas.

Delirio: se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas. El alcance con la realidad está restringido. El paciente ve el delirio como la única realidad válida. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Cuando se advierte de este estado, a veces no hay que pensar el inicio de un tratamiento o la hospitalización, ya que la desesperanza que puede llegar a producir en el paciente hace que haya intentos de suicidio.

tipos: persecución, de culpa, de grandeza, religioso, somático, de referencia...

Trastornos del pensamiento: la manera de hablar suele darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado. Relatan a menudo que han perdido control sobre sus pensamientos, que estos le han sido sustraídos, impuestos o que son dirigido por extraños poderes o fuerzas relacionados con el lenguaje tenemos: descarrilamiento, tangencialidad, ilogicalidad, presión del habla, distraibilidad... en las crisis psicóticas, estos síntomas anteriores descritos pueden ir acompañados de:

2.2.1 LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno mental del neurodesarrollo (cuyas manifestaciones clínicas se inician en la adolescencia o adultez temprana, con anomalías en muchas funciones cerebrales, cuyos síntomas principales son la alteración en el juicio de realidad, alucinaciones, ideas delirantes, trastornos cognitivos (memoria ejecutiva, atención) y puede ser altamente discapacitante.

Desde el punto de vista neurobiológico, la esquizofrenia se da, entre otros mecanismos, por una excesiva actividad del circuito dopaminérgico mesolímbico, una desregulación en la función de los receptores de NMDA, un estado proinflamatorio y una alteración de los factores tróficos cerebrales (9). Esto se traduce en atrofia cerebral y disfunción cognitiva a largo plazo.

Conductas o problemas:

- Conducta retraída o inhibida.
- Conducta regresiva.
- Ansiedad en incremento, agitación
- Disminución de la autoestima.
- Pérdida de los límites del yo —incapacidad para percibir o diferenciar el concepto de sí mismo de los elementos del medio exterior
- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Pensamiento desorganizado, ilógico
- Respuestas emocionales inadecuadas o insuficientes
- Trastornos de la volición y de la actividad dirigida a
- Malas relaciones interpersonales
- Exageración (de las respuestas a los estímulos
Personas o propiedades)
- Alteraciones del sueño, fatiga
- Trastornos del apetito: nutrición insuficiente
- Conflictos sexuales
- Estreñimiento
- Trastornos menstruales

2.2.2. Epidemiología

La esquizofrenia es la decimoséptima causa de años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo y la decimonovena causa en la región (Latinoamérica) estimada para el año 2011 según el último reporte de la carga global de la enfermedad. Tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 1% y anual del 1,4 al 4,6 por 1.000 habitantes y una incidencia entre 0,16 a 0,42 casos por 1.000 habitantes.

El Estudio Internacional de Esquizofrenia (International Study of Schizophrenia [ISoS]), realizado por la OMS y publicado en 1998, encontró diferencias significativas en el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia, en relación con su procedencia: los de países en desarrollo tienen un pronóstico significativamente mejor que en países desarrollados o del Primer Mundo.

2.2.3. Factores de riesgo

La esquizofrenia es un trastorno mental complejo que probablemente surge de una combinación de factores de riesgo, principalmente en pacientes genéticamente vulnerables.

Entre los factores de riesgo asociados a esquizofrenia se incluyen: historia familiar, padre mayor de 60 años, microdeleciones del cromosoma 22q11 o síndrome velocardiofacial, exposición prenatal a hambruna, exposición prenatal a infecciones como toxoplasmosis, rubeola o influenza, estrés materno, incompatibilidad Rh, complicaciones del embarazo o el parto, infecciones del SNC durante la

infancia, el consumo de *cannabis* durante la adolescencia o la migración. Nuevos factores de riesgo descritos son: el coeficiente intelectual bajo (reportándose hasta cinco veces más riesgo de esquizofrenia en personas con coeficiente intelectual menor de, el ser fumador debido a modulación de mecanismos genéticos, el trauma craneoencefálico.

Otro concepto relacionado con la etiología de la esquizofrenia son los llamados factores de vulnerabilidad, factores marcadores o endofenotipos. Estos factores, asociados pero no causales, se encuentran tanto en la población enferma como en la vulnerable y en los familiares de los enfermos. Incluyen rasgos biológicos o neuropsicológicos que indican una tendencia genética a desarrollar la enfermedad.

En el caso de la esquizofrenia se han descrito varios: déficits neurocognitivos como alteraciones en la atención o la memoria, disminución de los movimientos oculares, déficit de la identificación olfatoria. Estos factores marcadores no son utilizados para realizar tamizaje, pero sirven para llevar a cabo una evaluación más fina de las personas que presentan hallazgos clínicos o factores de riesgo para la esquizofrenia.

2.2.4 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Los tipos principales son:

- **Desergonizada o Hebefrénica:** Se caracteriza por un predominio de trastornos afectivos y conductuales, un empobrecimiento del de

comportamiento y deterioro intelectual. Su inicio es precoz, coincidiendo con los primeros años de la adolescencia. Aparece de forma insidiosa y su pronóstico es malo.

- **Catatónica:** Se caracteriza por importantes alteraciones psicomotoras, que van desde:

- 1) Variedad excitada, se caracteriza por actividad motora excesiva y a veces violenta y excitación;

- 2) Inhibida, que se caracteriza por inhibición generalizada que conductualmente se revela por estupor, mutismo, negativismo y flexibilidad cérea.

- **Paranoide:** La sintomatología está dominada por trastornos del pensamiento de tipo persecutorio, poco sistematizados y estructurados.

Su inicio es más tardío, lo que permite una mayor adaptabilidad social

- **Indiferenciada:** Se caracteriza por presencia de síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

- **Residual:** Es aquella en la que se ha dado al menos un episodio de esquizofrenia, en que aparece afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia, pero que sin que el momento existan síntomas psicóticos tales como ideas delirantes o alucinaciones.

SINTOMAS MÁS FRECUENTES.

Síntomas Positivos:

1. Alteración de la conducta

- Afecto inapropiado a los estímulos
- Risas inmotivadas

2. Alteración de la afectividad

Afecto inapropiado a los estímulos

- Risas inmotivadas

3. Alteración del pensamiento

- Pensamiento disgregado e incoherente
- Taquipsiquia
- Ideas delirantes y alucinaciones (auditivas)
- Los delirios más frecuentes: de persecución, de grandeza, celotípicos

4. Alteración de lenguaje

- Neologismos
- Ecolalia
- Verborrea

5. Alteración de la Sensopercepción

- Alucinaciones auditivas
- Alucinaciones visuales
- Alucinaciones olfativas y gustativas
- Alucinaciones táctiles
- Alucinaciones cenestésicas

Síntomas Negativos

1. Alteración de la conducta

- Déficit de autocuidados
- Disminución y desinterés en las relaciones sociales
- Inhibición
- Estupor y perplejidad
- Disminución de la voluntad

2. Alteración de la afectividad a

- Aplanamiento afectivo
- Alogi
- Anhedonia
- Apatía
- Sensación de vacío o indiferencia ante lo que les rodea
- Incapacidad de verbalizar o expresar emociones
- Impotencia para tomar una decisión o cumplir un acto deseado y reconocido como necesario por el paciente

3. Alteración del pensamiento

- Embotamiento mental
- Pobreza de discurso con pensamiento concreto y pobre
- Pensamiento enlentecido o inhibido pudiendo llegar al mutismo

4. Alteración del lenguaje

- Lenguaje redundante
- Simbolismos
- Disartria
- Bradifemia

1. 5. CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA Fase prodrómica

- Comportamiento autista
- Comportamiento ansioso
- Abandono o descuido de actividades habituales
- Alteraciones premórbidas de la personalidad

Fase aguda

- Brote esquizofrénico con presencia de síntomas psicóticos claros

Fase residual

- Persistencia de algunos síntomas

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO

ESQUIZOAFECTIVO

A. Un período continuo durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Los trastornos esquizoafectivos se subdividen en:

Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco

Se trata de un trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y los maníacos, son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La alteración del humor es generalmente en forma de euforia acompañada

de aumento de la estimación de sí mismo e ideas de grandeza, pero a veces son más evidentes la excitación o irritabilidad, acompañadas de un comportamiento agresivo y de ideas de persecución. En ambos casos existe un aumento de la vitalidad, hiperactividad, dificultades de concentración y una pérdida de la inhibición social normal. Pueden estar presentes ideas delirantes de referencia, de grandeza o de persecución, pero se requieren otros síntomas más típicamente esquizofrénicos para establecer el diagnóstico.

Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo:

Se trata de un trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y depresivos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La depresión del humor suele acompañarse de varios síntomas depresivos característicos o de trastornos del comportamiento tales como inhibición psicomotriz, insomnio, pérdida de vitalidad, de apetito o de peso, reducción en los intereses habituales, dificultades de concentración, sentimientos de culpa, de desesperanza e ideas de suicidio. Los trastornos esquizoafectivos de tipo depresivo tienden a durar más y el pronóstico es menos favorable.

Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

En este trastorno los síntomas esquizofrénicos coexisten con los síntomas de manía y depresión.

- Atención de pacientes que eventualmente requieran de hospitalización por o presentar respuesta satisfactoria en el tratamiento
- Tratamiento médico integral dos concomitantes,
- Atención de conductas suicida
- Tratamiento psicoterapéutico.
- Programa de seguimiento.
- Generación de redes de soporte.
- Generación de redes de derivación, referencia y coordinación con otros equipos terapéuticos
- Psicoeducación - Apoyo social y familiar con grupos comunitarios, derivación a Instituciones comunitarias.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

1. Estilos de vida. La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas maximizan estos factores. Entre estas últimas figuran los casos de inestabilidad emocional de los padres, especialmente de la madre, ya que la depresión materna es un elemento determinante para la depresión del niño, así como también las familias con continuos problemas y discusiones, y las familias separadas, aunque en este caso los niños tienden a asumir esta nueva situación al cabo de un año, si sus padres

mantienen una buena relación tras la separación. Una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión, por consiguiente el soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo. Un estudio de mujeres deprimidas demostró, sin embargo, que los padres tanto sobreprotectores como muy distantes estaban asociados a una recuperación lenta de la depresión. Los estudios indican que las personas con creencias religiosas tienen un menor riesgo de depresión. Por tanto, las fuentes menos estructuradas como la meditación u otros métodos de autorrealización espiritual constituyen parte de esta red de soporte social para la depresión.

2. Factores hereditarios. Existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indicaría una predisposición biológica, riesgo algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad, si tenemos en cuenta que la depresión grave también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de este tipo, lo que sugiere que existen factores adicionales causales de depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

TRATAMIENTO:

Manejo Según Nivel De Complejidad Y Capacidad

RESOLUTIVA Medidas generales y preventivas La depresión afecta a entre un 50/0 y un 9% de la población adulta que acude a la consulta

médica y casi la mitad de estos casos no son detectados ni tratados. Los factores de riesgo para la depresión incluyen el sexo femenino, historia familiar de depresión, situación de desempleo y enfermedad crónica.

Las medidas generales para la prevención de la depresión toman las siguientes orientaciones:

a.- En la educación familiar y escolar

- La prevención de las violencias y agentes estresores y la falsa maduración precoz.
 - El aporte al niño de un nivel de autoestima familiar y escolar adecuado
 - El aprendizaje del autocontrol
- b.- En la política social
- La defensa de los grupos de población con alto índice de malestar
 - La extensión del apoyo social informativo y emocional a toda la población, en particular a los grupos de familias densos y con limitadas oportunidades educativas.

c.- En la acción sanitaria

- La facilitación de una calidad de vida suficiente a los enfermos somáticos crónicos
 - La supresión del consumo de alcohol y otras drogas
- d.- En el trabajo
- La organización empresarial con un suficiente grado de intercomunicación personal a todos los niveles.

Medidas individuales preventivas

El desenvolvimiento adecuado ante el stress es muy importante, tanto que en la depresión situacional se puede utilizar como el referente

selectivo de máximo riesgo depresivo el índice de vulnerabilidad de la personalidad en relación con el estrés, conjugándose dos variables: el individuo y el ambiente. La dedicación de un tiempo suficiente a la relación social para poder construir un soporte sociofamiliar, que sirva de amortiguador a los factores psicosociales determinantes de depresión es una actividad que siempre debe ser considerada. Esta especie de amortiguador brinda al sujeto apoyo social de tipo emocional, instrumental e informativo. Aquí nos referimos sobre todo al apoyo emocional, capaz de contrarrestar la sensación de soledad. La orientación preventiva idónea de este tipo de intervención se evidenciará por el cultivo de una verdadera comunicación con los familiares, los amigos y los compañeros, que debería ser estructurada como vínculo confidencial al menos con relación a dos personas. La práctica sistemática de un grado de ejercicio físico suficiente para prevenir la depresión va desde una actividad deportiva hasta contentarse con un paseo acelerado o el andar rápido en los ratos de ocio, medida esta última recomendable a quienes no disponen de preparación para el deporte o que están afectados por algún proceso de debilidad física. Este plan de movimientos activos toma un sentido antidepresivo cuando se practica al menos con una frecuencia de tres o cuatro veces a la semana con una duración entre veinte y cuarenta minutos. Sus efectos beneficiosos antidepresivos son múltiples: la elevación de la autoestima, el refuerzo positivo de la imagen corporal, la estimulación de la capacidad de autocontrol, la oxigenación de todo el organismo, la mejora de la circulación en el sistema nervioso

central, el incremento de las tasas cerebrales de noradrenalina y otros neurotransmisores y el aumento plasmático del colesterol bueno (HDL). La eficacia antidepresiva del plan de movimientos o ejercicios deportivos se potencia cuando su desarrollo se produce al aire libre (actividad física aeróbica) y en presencia de la luz natural. Para los más recalcitrantes a abandonar el sedentarismo se les puede recomendar el ir andando al trabajo, el aparcar.

Distanciados del lugar de destino, el renunciar al uso de ascensor y el pasear cuando se tengan ganas. Dentro del estilo de vida regular aquí indicado, hay que respetar como un hábito saludable el mantenimiento fijo de la hora de acostarse, como un hábito, lo que supone una medida de prevención importante para la preservación del ritmo sueño/vigilia. La preferencia por acostarse más bien temprano y levantarse también temprano conduce al adelantamiento de la presentación del sueño lento, con lo que se facilita su sincronización con el sueño rápido, a la par que se evita la desincronización causada por la presentación precoz del sueño rápido, el marcador biológico más constante en el síndrome depresivo. Las comidas regladas por una dieta normocalórica no dejan de ser operativas en la prevención de la depresión, en parte directamente y en parte al evitar el sobrepeso, terreno muy favorable para la incidencia de la depression. La autoprotección contra las enfermedades orgánicas toma aquí un especial énfasis en las cuatro clases de procesos somáticos más propensos a complicarse con un estado depresivo: los sumamente graves, los crónicos y debilitantes, los extremadamente dolorosos y los

cerebrales. Debe conocerse además que el efecto depresógeno producido por el trastorno somático en sí es a menudo potenciado por el influjo de los medicamentos empleados y mucho más por el consumo de alcohol u otras drogas y por la limitación psicosocial impuesta por la dolencia somática en forma de estrés, aislamiento, inactividad y brusco cambio en los hábitos de vida, elementos que deben evitarse en la medida de lo posible. Niveles de Atención por complejidad Según la realidad nacional de los niveles de atención por complejidad, en esta Guía se denomina al nivel 1-1 al establecimiento sin personal médico, a los niveles 1, (2, 3, 4) Y 11-1 a los establecimientos con personal médico que no es psiquiatra; nivel 11-2 y 111-1 con servicio de psiquiatría.

NIVEL II-2 III-I

Objetivos: Atención de pacientes que eventualmente requieran de hospitalización por no presentar respuesta satisfactoria en el tratamiento ambulatorio.

Tratamiento médico integral de otros trastornos concomitantes.

Atención de conductas suicidas Aplicación de protocolos de manejo de la depresión. Tratamiento psicoterapéutico. Programa de seguimiento.

Generación de redes de soporte. Generación de redes de derivación, referencia y coordinación con otros equipos terapéuticos.

Psicoeducación

Apoyo social y familiar (entrevista familiar, contacto con grupos comunitarios, derivación a instituciones comunitarias, derivación a organizaciones comunales)

Trabajo en habilidades sociales con niños y adolescentes Enseñanza de pautas de crianza a padres de familia Prevención del maltrato.

Examen Físico: Descartar causas de naturaleza médica no psiquiátrica que puedan generar síntomas depresivos, tales como endocrinopatías (hipotiroidismo, enfermedad de Addison), enfermedades infecciosas (mononucleosis, brucelosis), entre otras. Importante para tomar decisiones terapéuticas y evaluar la respuesta clínica aplicar la Escala de valoración de Hamilton para depresión de 17 ítems¹⁰ con el siguiente umbral:

Muy severo: > de 23 puntos Severo: 19-22 puntos Moderado:
14-18 puntos Leve: 8-13 puntos Normal: 7 ó < punto

Tratamiento Médico

Este procedimiento es aplicable a población igual o mayor de 15 años tanto en establecimientos de salud del primer como de segundo nivel de atención: Se propone el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) por carecer de efectos sobre la recaptación de noradrenalina y sobre receptores colinérgicos, histaminérgicos y adrenérgicos, por lo cual son mejor tolerados y facilitan el cumplimiento del tratamiento a largo plazo. Además por tener una cinética lineal pueden administrarse de inicio en la dosis terapéutica y mantenerse con una toma única diaria. No

poseen efectos cardiotóxicos ni disminuyen el umbral convulsivo. No se han registrado casos letales por sobredosis con monodroga. Así mismo se ha tenido en cuenta la accesibilidad económica del usuario.

Plan A para depresión:

1. Iniciar con Fluoxetina: 1 tableta de 20 mg por las mañanas en forma diaria.
2. Si en la cuarta semana la puntuación del Hamilton no mejoró a 13 o menos, incrementar 1 tableta de Fluoxetina 20 mg al mediodía.
3. Si en la sexta semana la puntuación del Hamilton no mejora a 13 o menos, derivarlo al Servicio de Psiquiatría o a un Centro Especializado.
4. Si la respuesta es favorable, mantener el tratamiento por 24 meses con controles cada mes durante el primer semestre y luego al noveno mes, al año, al año y medio y a los dos años de iniciado el tratamiento.
5. Al cabo de dos años, evaluar condiciones del paciente a fin de continuar o suspender gradualmente el tratamiento. Las consideraciones actuales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (A.P.A.) para mantener o retirar el tratamiento son las siguientes: Primer y segundo episodio de depresión: Retiro gradual de medicación.

Tercer episodio de depresión o ser mayor de 45 años: considerar mantener tratamiento de por vida. Si la ansiedad y el insomnio no mejoran con la administración matutina o aparece acatisia, se recomendaría su cambio. Si éste se hace de un inhibidor de la recaptación de la serotonina (IRSS) a otro IRSS no es necesario el

período libre de droga antes de medicar con el siguiente antidepresivo (wash out).

Plan B para depresión:

1. Iniciar con Sertralina a la dosis recomendada de 50 mg/día. Debe ser administrada una vez al día y en la mañana.

2. Si en la sexta semana no se advierte modificación en la puntuación del Hamilton para depresión a 13 o menos, transferirlo al Servicio de Psiquiatría o a un centro especializado. Los IRSS pueden ser asociados a ansiolíticos durante las dos primeras semanas de tratamiento, cuando la depresión se acompaña de manifestaciones de ansiedad de moderada intensidad. Podría considerarse en este caso el empleo de Clonazepan en dosis de 2 mg/día como promedio, en dosis fraccionada mañana y noche o sólo por la noche. Criterio de referencia Depresión muy severa o severa de acuerdo a la puntuación de la Escala de Hamilton para depresión

paciente con riesgo suicida: transferencia a Hospital con Servicio de Psiquiatría o a un centro especializado. Si el paciente presenta un estresor de difícil solución a corto plazo considerar psicoterapia de apoyo una sesión semanal por 8 semanas para manejo del conflicto por los médicos tratantes o psicólogo de acuerdo a las pautas enseñadas en el curso inicial de capacitación. Si los conflictos persisten derivarlo al Servicio de Psiquiatría o a un Centro Especializado.

INSTAURACIÓN DEL TRATAMIENTO

1. FASE AGUDA: Se considera fase aguda hasta la remisión de los síntomas (8-12 semanas). Es recomendable iniciar el tratamiento con dosis bajas para minimizar los efectos adversos e ir aumentándolas poco a poco, hasta observar una respuesta adecuada.

En general, las dosis terapéuticas pueden alcanzarse más rápidamente con los IRSS (dosis orientativas de 20-30 mg/día para fluoxetina, paroxetina y citalopram; 100-200 mg/día de fluvoxamina y de 75-150 mg/día para sertralina), que con los antidepresivos tricíclicos (A TC), en los que los aumentos deben ser más graduales, cada 3-7 días hasta alcanzar la dosis de 125-150 mg/día. Una vez alcanzada la dosis recomendada el efecto tardará al menos 2 semanas en hacerse evidente y no se obtendrán los efectos máximos hasta las 4-6 semanas. Es importante hacer un seguimiento del tratamiento en las primeras dos semanas a fin de controlar los efectos secundarios y el riesgo de suicidio.

En los casos de falta de respuesta o respuesta parcial, debe revisarse el diagnóstico, la dosis, valorar el grado de cumplimiento y reevaluar el riesgo de suicidio. Una vez alcanzada la dosis terapéutica, si no se observa respuesta después de 4 semanas de tratamiento o sólo es parcial tras 6 semanas, debe valorarse una variación en el tratamiento cambiando a otro antidepresivo de otro grupo o del mismo grupo en el caso de los IRSS, aumentando las dosis o combinando distintos fármacos. Las ventajas de cambiar a otro antidepresivo incluyen la simplicidad de la monoterapia, así como evitar

potenciales interacciones fármaco-fármaco. Generalmente no es necesario suspender un antidepresivo durante un tiempo antes de empezar con otro. Con la mayoría de los fármacos se puede ir retirando el primer fármaco mientras se incorpora el segundo, aunque algunos pacientes pueden presentar efectos adversos en este periodo de solapamiento. Entre los ATC puede hacerse en 2 ó 3 días, en dosis equipotentes (p.ej., cambiar 25 mg de un antidepresivo por otro, administrándolos simultáneamente hasta completar la dosis). Entre ATC e IRSS puede hacerse directamente sin interrupción. Al cambiar de un ATC o IRSS o mirtazapina a un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO) es necesario dejar pasar un periodo de lavado de dos semanas, salvo en el caso de fluoxetina que se requieren 5 semanas. Con venlafaxina y nefazodona es suficiente una semana. Promover paralelamente a lo anterior el apoyo emocional.

2. FASE DE CONTINUACIÓN: Esta fase tiene una duración de 6 meses y su objetivo es prevenir las recaídas. Más de un tercio de los pacientes con depresión mayor recaen en el primer año tras la remisión inicial, la mayoría de ellos en los 4 primeros meses. Se debe utilizar la misma dosis de antidepresivo usado en la fase aguda. En los pacientes con un solo episodio de depresión se debería utilizar el tratamiento un mínimo de 8-9 meses, 8-12 semanas de la fase aguda más 6 meses de la fase de continuación.

3. FASE DE MANTENIMIENTO: objetivo de esta fase es prevenir la aparición de recurrencias. Son candidatos a este tratamiento los pacientes que presentan 3 o más episodios de depresión mayor en los últimos 5 años o más de 5 en toda su vida. La duración óptima de esta fase no se conoce, puede ser de 6 meses en adelante, entre 2 y 5 años e incluso algunos pacientes pueden necesitar tratamiento a dosis terapéuticas indefinidamente. Como en las fases anteriores, las dosis son las mismas a las utilizadas en la fase aguda. Se recomienda que esta fase se lleve a cabo bajo supervisión de un especialista.

RETIRO DEL TRATAMIENTO La retirada de los fármacos debe ser lento y gradual a fin de evitar un síndrome de retirada. Este síndrome puede constar de distintos síntomas en función del grupo de antidepresivo que se haya administrado:

- Los ATC pueden producir síntomas gripales y gastrointestinales, fatiga,

ansiedad, agitación, y alteraciones del sueño.

- Con los ISRS los síntomas más frecuentes son mareos, náuseas, letargia, dolor de cabeza (más frecuente con paroxetina). Este síndrome también se ha descrito con venlafaxina. Cuando el tratamiento ha durado entre 6-8 meses, una posible pauta de retirada puede consistir en ir disminuyendo la dosis de forma gradual, se puede optar por una reducción de un cuarto de la dosis cada 4-6 semanas. Si el síndrome aparece, suele remitir al administrar de nuevo el mismo fármaco y retirarlo más lentamente. Fluoxetina debido a su vida media

prolongada presenta menos capacidad de producir síndrome de retirada. Paroxetina, en cambio, presenta mayor riesgo. Recientemente la FDA ha realizado una advertencia sobre este hecho, informando sobre la necesidad de retirar paroxetina de forma gradual debido a los problemas que puede ocasionar su retirada. Hasta un 7% de pacientes pueden presentar alteraciones del sueño, parestesias y vértigos. También hace referencia a casos aislados de agitación, sudoración y náuseas.

Criterios de referencia Aparición o emergencia de complicaciones psiquiátricas severas. No respuesta a protocolos de tratamiento para la depresión.

Criterios de contrarreferencia Remisión de cuadro agudo. Remisión de ideación suicida. Respuesta a protocolo de depresión. (12)

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS

2.3.1 Hiperglicemia

Para este desenlace solo se incluyeron los resultados de un metaanálisis la Hiperglicemia se considera un valor superior a 100 mg/dl de glucosa en sangre en ayunas de acuerdo con los criterios de síndrome metabólico. Mitchell y colaboradores (44) estimaron la prevalencia de hiperglicemia mediante el metaanálisis de estudios observacionales en tres grupos poblacionales: sujetos con esquizofrenia no medicada, sujeta con primer episodio psicótico y pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que no estuvieran en primer episodio. La prevalencia fue significativamente más alta en el

grupo de pacientes tratados frente a los sujetos en primer episodio (chi2 156,2; $p < 0,0001$).

2.3.2 Síndrome metabólico

El síndrome metabólico es un concepto clínico que se desarrolló para identificar pacientes que tienen mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares de origen aterosclerótico (el doble) y de desarrollar diabetes mellitus tipo II. Para este desenlace en particular se incluyó un reporte que evaluaba las propiedades operativas de los criterios diagnósticos para el síndrome metabólico en sujetos con esquizofrenia y un metaanálisis que reportó la prevalencia de síndrome metabólico en estudios observacionales.

2.3.3. Sobrepeso

Se incluyeron tres artículos que reportaron la evaluación de sobrepeso en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

2.3.4. Dislipidemia

Se incluyeron tres artículos sobre la evaluación de dislipidemia en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Bresee y colaboradores, encontraron una asociación débil de la dislipidemia con la esquizofrenia; Crump y colaboradores, reportaron que el riesgo de dislipidemia en personas con esquizofrenia era menor en hombres, pero no era diferente en mujeres, al comparar con la población general y al ajustar por edad, variables sociodemográficas y abuso de sustancias.

2.3.4. Arritmias y alteraciones en la conducción cardiaca

Curkendall y colaboradores encontraron que las personas con esquizofrenia tenían mayor riesgo de arritmias cardiacas y de arritmias ventriculares en comparación con la población general. Enger y colaboradores compararon sujetos esquizofrénicos con la población general; también encontraron mayor incidencia de arritmias cardiacas.

2.3.5 Costos de la enfermedad

Se reporta que a nivel internacional el costo de la esquizofrenia abarca aproximadamente 1% a 2% del presupuesto de cada nación en salud. En cuanto a los costos locales y regionales, son escasos los estudios de costo económico en esquizofrenia en América Latina. En una revisión sistemática se hallaron los costos de este trastorno en Puerto Rico, donde el costo total (todos los costos asociados a la enfermedad, directos e indirectos) es de 266 millones de dólares y el costo directo es de 60 millones, adoptando un abordaje basado en la incidencia. Cuando se compara con los costos de otros países, se observa que es menos de la mitad de los costos de la esquizofrenia en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, entre otros. En ese mismo estudio se informa que el costo total de la esquizofrenia por paciente por año en México son 1.230 dólares, cifra que al ser comparada con los otros países, está entre la mitad y un tercio de los costos.

Los costos de la esquizofrenia se pueden dividir en directos e indirectos. Los costos directos se refieren al tratamiento

intrahospitalario, tratamiento ambulatorio y a largo plazo, y costo de los medicamentos. Los costos indirectos se refieren a la pérdida de la productividad de los pacientes con esquizofrenia, sus familias y cuidadores.

España se afirma que el 80% del costo de la enfermedad está a cargo de los familiares de los pacientes, pues solo se atienden en el sistema de salud del 25% al 30% del total de afectados y además se estima que el porcentaje tratado solo lo es parcialmente.

La mayoría de los costos directos en la esquizofrenia se deben a las hospitalizaciones por episodios nuevos o por recaídas. Por lo menos la mitad de las recaídas son prevenibles, pues se atribuyen a mala adherencia al tratamiento o a falta de eficacia del tratamiento antipsicótico, por lo que si se controla adecuadamente a esta población, se pueden reducir las hospitalizaciones y así los costos directos e indirectos de la enfermedad. En España los costos por hospitalización de trastornos psicóticos van de 0,9 a 270 millones de euros, dependiendo de la duración de la hospitalización.

El costo de la esquizofrenia en Estados Unidos en 2002 se estimaba en 62,7 billones de dólares (22,7 billones de costo indirecto); comparado con los datos de 1991, a pesar de que la mayor parte del costo de la esquizofrenia se debe al tratamiento intrahospitalario, la diferencia con respecto al costo ambulatorio ha disminuido, pues el costo del tratamiento a largo plazo y el de los medicamentos ha aumentado.

La adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas de cualquier especialidad oscila entre el 43% y el 78% y tiene un costo aproximado en Estados Unidos de 300 billones de dólares por año. Las tasas de adherencia en esquizofrenia son muy variables según los estudios: en una revisión de 10 de ellos publicados se ha estimado una tasa media del 41,2% y a la mala adherencia a los medicamentos para el tratamiento de la esquizofrenia se le atribuye hasta el 22% de todos los costos por enfermedades mentales.

Mortalidad

En los tres estudios en los que se compara la mortalidad en los pacientes con esquizofrenia frente a la población general se encontró una mayor mortalidad en los primeros. En el estudio de Crump y colaboradores los pacientes tuvieron una mayor mortalidad por todas las causas: cardiovascular, cáncer, diabetes mellitus, influenza o neumonía y EPOC. Los autores afirmaron que en los casos de muerte por enfermedad isquémica cardíaca o por cáncer la probabilidad de recibir un diagnóstico

30 días o más antes de la muerte fue menor que para la población general, y al ajustar por esta variable la fuerza de la asociación disminuyó para infarto y no se encontró asociación con cáncer. En el estudio de Curkendall y colaboradores también se encontró que las personas con esquizofrenia tenían una mayor mortalidad por todas las causas incluyendo la cardiovascular, y en el de Enger y colaboradores se halló una mayor densidad de incidencia en la mortalidad por las variables estudiadas: mortalidad

general, mortalidad cardiovascular y causas diferentes a suicidio en personas con esquizofrenia al compararlas con la población general.

Abulia – carencia de deseos y decisiones. Se observa frecuentemente en la neurastenia por la imposibilidad de tomar decisiones.

Agorafobia - palabra proveniente del griego que significa literalmente "miedo a la plaza del mercado". Se trata de un trastorno de la ansiedad con temor de sufrir un ataque de pánico en lugares o situaciones de los cuales puede ser difícil o avergonzante escapar.

Alucinaciones - fuerte percepción de un hecho u objeto que no ocurre en la realidad; puede involucrar cualquiera de los sentidos (es decir, visual, auditivo, gustativo, olfativo o táctil).

Anorexia nerviosa (También llamada anorexia.) - trastorno de la alimentación caracterizado por bajo peso corporal (menos del 85 por ciento del peso normal para la estatura y edad), imagen distorsionada del cuerpo y miedo intenso a engordar.

Autoestima - sentimientos acerca de uno mismo

Comportamiento suicida - acciones realizadas por la persona que está pensando o planeando su propia muerte.

Catatimia – estado en que una intensa reacción afectiva interfiere la apreciación que se hace de la realidad objetiva produciendo juicios alterados.

Delirio - percepción considerada como verdadera por quien la percibe, a pesar de ser errónea.

Depresión - trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y abatimiento.

Depresión grave (También llamada depresión clínica o depresión unipolar.) - clasificada como un tipo de trastorno afectivo (o trastorno del estado de ánimo) que excede los altibajos normales, convirtiéndose en un serio trastorno médico y una importante preocupación relacionada con la salud en este país.

Desarrollo cognitivo - desarrollo de la capacidad de pensar y razonar.

Distimia (También llamada trastorno distímico.) - clasificada como un tipo de trastorno afectivo (o del estado de ánimo) que a menudo se parece a una forma de depresión grave (clínica) menos severa, pero más crónica. Además, las personas que tienen distimia también pueden experimentar, a veces, episodios de depresión grave.

Enfermero psiquiátrico - especialista clínico con una maestría en enfermería especializada en salud mental psiquiátrica. El enfermero psiquiátrico está capacitado educativa y clínicamente en psicopatología, terapia individual, de grupo y familiar y en intervención en casos de crisis.

Esquizofrenia - uno de los trastornos de salud mental más complejos; caracterizado por pensamientos distorsionados, sentimientos extraños y comportamiento y utilización del lenguaje inusual; implica una alteración severa, crónica e incapacitante del cerebro.

Euforia - sensación de júbilo o bienestar que no está basada en la realidad y por lo general es exagerada.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCION DE DATOS

La experiencia en la recolección de datos para elaborar el Plan de Cuidados primeramente se tuvo los siguientes criterios: Primero se solicita el permiso a la Dirección del Hospital- Investigación y Docencia y jefatura de enfermería – Jefe de servicio de Medicina para poder acceder, otro permiso de la paciente para darme su consentimiento y debí firmar un permiso donde exponía mis intenciones con el trabajo y comprometerme a la confidencialidad de datos a los que tuve acceso.

Se tuvo los criterios de inclusión y exclusión: La aplicación del plan de cuidados en los pacientes que eran mayores de edad para poder obtener su consentimiento para la realización del informe.

PLAN DE CUIDADO: PRESENTACION DEL CASO DATOS

GENERALES: Paciente de 56 años de edad.

Procedente de Yanaca- Huancapampa Instrucción: 2° de primaria

ANTECEDENTES PERSONALES: PSIQUIÁTRICOS:

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide. Paciente en el 19/11/2011 acude por consultorio externo con contrareferencia de Noguchi natural de huancapampa soltera con 5 hijos de 2 parejas distintas separada hace varios años, con instrucción primaria completa vive con su hija en Abancay hace 20 años. Refiere que inició a los 24

años con tratamiento con antipsicóticos refiere por violación y amenaza de muerte por terroristas, con indicación de flujenazina 25mg 1 amp, después de 1 año con su tratamiento se colocó flujenazina 25mg IM

07/03/2012; y se le aprecia con sialorrea y rígida, parkinsonismo.

18/02/2013 acude a control refiere problemas con su hija con indicación médica de haloperidol 50 mg 1 amp IM

Diagnóstico: esquizofrenia paranoide.

Tratamiento:

Respiridona 2 mg. 1 en la noche Biperidino 2 mg 1 en la noche Clonazepan 0.5 mg 1 en la noche Control en 1 mes.

06/12/2014 acude con su hija quien nos dice que sra. Madre estaba en Lima y -recibió tratamiento en el Noguchi con inyectables y tabletasll y desde hace 3 meses no recibió tratamiento, la paciente responde sin dificultad -a veces no puede dormirll cuando hay dificultades y discusiones en su casall comenta que ya no llora como antes, dice que no tiene visiones ni piensa cosas raras.

07/05/2015 Acude sola a consultorio externo y refiere que tuvo discusión con su hija motivo por el cual acude sola examen mental: actitud cooperadora conciencia catatónica niega alucinaciones; con indicación de haloperidol 50 mg 1 amp. IM, biperadina 2 mg 1 tb en el desayuno, clonazepan 05 mg 1 tab. En la noche continua con los controles todo el año y refiere estar estable

16/09/2016 Acude por emergencia incoherente por no adherencia al tratamiento con alucinaciones siente que la persiguen, motivo por el cual se hospitaliza. Con indicación médica de haloperidol (decanato 150mg) 1 amp IM c/ 30 días. Biperadina 2 mg 1 tab. c/ día y clonazepan 05 mg 1 tab. en la noche. Primer ingreso al servicio de Medicina, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega con una estancia de 4 días. Curso de la enfermedad caracterizado por acudir en forma continua a consultorio externo de Salud Mental y motivados por escasa adherencia al tratamiento farmacológico frente a la reacción adversa con disquinesia tardía, sialorrea, y Parkinson. Con evolución favorable, recomendación a los familiares continuar su tratamiento en casa.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Convive en el domicilio de la familia de origen con sus hijos diagnosticada con esquizofrenia paranoide, generalmente acude acompañada de su hija y aunque en los últimos meses acude sola con más frecuencia sin necesidad de estar supervisada por la familia.

ENFERMEDAD ACTUAL:

En la actualidad está diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide (F20.0). Psicopatológicamente estable. Con marcado predominio de sintomatología negativa en su cuadro. Los síntomas positivos han estado ausentes desde el alta del hospital. Tiene buena adherencia al tratamiento inyectable, aunque la adherencia al tratamiento oral es algo dudosa.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. Patrón Percepción - Manejo De Salud

Aspecto físico: Descuida en su aspecto y su higiene.

Conciencia de enfermedad: Si, habla sola con risa, con temblores involuntarios en los labios.

Conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento: escasos. Cumple los tratamientos con ayuda.

2. PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO

Peso: 82 kg, T: 36, P/A: 120/80 mmhg, FC: 70X'

Dieta: Inadecuada. Ingesta de agua aumentada (cantidad difícil de precisar)

Dieta: Supervisión para la alimentación. Problemas digestivos: estreñimiento

Hábitos en la mesa: ingesta desorganizada compulsiva y voraz.

Dentición: Falta de higiene, falta de algunos molares que no le impiden masticar con normalidad.

Mucosa oral: Hidratada e íntegra, con buen color.

Tiene conocimientos limitados sobre alimentación equilibrada

Sialorrea: Nocturna.

Piel: Hidratada, íntegra, algo pálida, debido a la escasa exposición a la luz solar.

3. PATRÓN ELIMINACIÓN Urinaria: frecuencia aumentada Intestinal:

dolor abdominal

Sudoración: En consulta en muchas ocasiones aparece sudorosa.

4. PATRÓN ACTIVIDAD - EJERCICIO

FC: 68 x' Respiración: normal TA: 110/70 mmHg

Expresión facial: contacto psicótico (no dirige la mirada, alternancia entre expresión de tensión, alegría o enfado, gestos que responden posible actividad alucinatoria).

Comportamiento motor: inquietud, estereotipias

Autocuidados: desorganizada autocuidado supervisado no precisa lo que se le dice, necesita ayuda especialmente para el baño/higiene y el vestido

Movilidad: normal

Ejercicio físico: no

Actividades de ocio: hablar sola con rizas y presenta momentos de tristeza depresión.

Movilidad: autónomo

5. PATRÓN SUEÑO - DESCANSO

Horas de sueño: 5h

Problemas de sueño: Ciclo de sueño alterado, se acuesta a altas horas de la madrugada y se levanta a mediodía.

Precisa de medicación hipnótica para conciliar el sueño.

6. PATRÓN COGNITIVO - PERCEPTIVO

Expresión facial relajada. Distraída conversa sola. Estado de conciencia:

Alerta.

Orientación: en algunos momentos orientada en persona y espacio, a veces desorientada en tiempo, espacio y persona.

Percepción: Se aprecian alteraciones.

7. AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO Reactividad emocional:

Baja autoestima Autolesiones: no

8. PATRÓN ROL - RELACIONES

Nº de hermanos: 2

Familia propia: no tiene pareja tiene 5 hijos. Existen conflictos en las relaciones familiares.

Reacción de la familia respecto a la enfermedad: Vive con su hija. La persona que le cuida supervisa su estado un poco distanciada,

Generalmente almuerza sola no establece relaciones sociales con otras personas ni participa en actividades grupales ocupacionales o de ocio.

No participa en terapias de grupo.

9. PATRÓN SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Disfunción sexual: No

No mantiene relaciones sexuales.

10. PATRÓN ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Ansiedad y estrés controlados. Dificultad para adaptarse a cambios.

11. PATRÓN VALORES - CREENCIAS

Creencias: No profesa ninguna religión.

Valores: No especifica valores importantes en su vida

TABLA 1

| <p>TABLA 1: DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL (00052) :NANDA</p> <p>R/C: Alteración de la sensibilidad debido a actividad delirante</p> <p>Objetivo final: La paciente establecerá intercambios sociales y familiares adecuados y satisfactorios en el plazo de tres meses.</p> | | |
|---|---|---|
| <p>NOC: 1502 Habilidades de interacción social</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Afronta los problemas. -Controla los problemas. -Expresa libremente sentimientos y emociones. -Utiliza estrategias para reducir el estrés. -Obtiene ayuda familiar. | <p>NIC 1: 4362 Modificación de la conducta: Sociales.</p> | <p>Actividades 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La habitación del paciente debe estar ubicada cerca del control de enfermería para realizar una vigilancia más exhaustiva. - Ayudar a la paciente a identificar los resultados indeseables de su conducta. - Establecer límites a la conducta. El paciente debe entender cuáles serán las conductas que se aceptarán y cuáles no. - Ayudar a la paciente a identificar y manejar interpretaciones delirantes que originan conductas sociales inadecuadas. |
| | <p>NIC 2: 4640 Ayuda para controlar el enfado.</p> <p>NIC 3: 7110 Fomentar la implicación del familiar.</p> | <p>Fomentar el establecimiento de relaciones Interpersonales sanas y eficaces.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la paciente a utilizar los apoyos sociales que dispone. -Ayudar al paciente a emplear estrategias de autocontrol. |

TABLA 2

| <p>TABLA 2: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: SOBREPESO 00233: NANDA</p> <p>Objetivo final: La paciente adquirirá unos hábitos nutricionales adecuados a sus necesidades energéticas en el plazo de tres meses.</p> | | |
|---|--|---|
| <p>NOC: 1802 Conocimiento: dieta 180210 Selección de comidas recomendadas por la dieta. Indicadores: -Minimiza la ingesta y la eliminación de alimentos con alto contenido calórico y poco valor nutricional. -Mantiene la hidratación.</p> | <p>NIC 1: 5614 Enseñanza de dieta prescrita.</p> | <p>Actividades 1: - Explicar pirámide de alimentos. - Explicar cómo combinar, cocinar y condimentar los alimentos sin aumentar su contenido calórico.</p> |
| <p>NOC: 1612 Control de peso Indicadores: Sigue las recomendaciones dietéticas prescritas para reducir el peso.</p> | <p>NIC 2: 1280 Ayuda para Disminuir peso.</p> | <p>Actividades 2: -Educación de alimentación rica en ensaladas -Pactar pérdida progresiva de peso. - Pactar control de peso quincenal. - Fomentar ejercicio físico diario.</p> |

TABLA 3

| | | | |
|---|--------------------|--|--------------------|
| <p>TABLA 3: ESTREÑIMIENTO/IMPACTACION: 0011 NANDA Objetivo final: La paciente adquirirá unos hábitos nutricionales adecuados a sus necesidades energéticas en el plazo de tres meses.</p> | | | |
| <p>NOC: 0501 intestinal Indicadores: -Estreñimiento</p> | <p>Eliminación</p> | <p>NIC 1: 0430 intestinal</p> | <p>Eliminación</p> |
| | | <p>Actividades 1: -Tomar nota de problemas intestinales, rutina y uso de laxantes -Instruir al paciente sobre alimentos de alto contenido en fibra. -Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. - Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo. - Fomentar el aumento de ingesta de líquidos.</p> | |

TABLA 4:

| | | | |
|---|--------------------|---|--|
| TABLA 4: BAJA AUTOESTIMA: 00120 NANDA Objetivo final: La paciente adquirirá unos hábitos nutricionales adecuados a sus necesidades energéticas en el plazo de tres meses. | | | |
| NOC: 0501 intestinal | Eliminación | NIC 1: 0430 manejo intestinal | Actividades 1: -Tomar nota de problemas intestinales, rutina y uso de laxantes -Instruir al paciente sobre alimentos de alto contenido en fibra |

TABLA 5:

| | | |
|---|---|--|
| TABLA 5: DETERIORO DE LA DENTICIÓN 00048 r/c higiene oral ineficaz y malos hábitos dietéticos m/p falta de piezas dentales. | | |
| NOC 1100 Higiene Bucal Indicadores: -Limpieza bucal dental. | NIC: 1730 Restablecimiento de la salud bucal. | Actividades 1: -Fomentar la higiene bucal diaria: 3 veces al día después de las comidas, combinado con el uso de colutorio e hilo dental. -Acompañar al odontólogo para poner tratamiento a su problema bucal y dental. |

Tabla 6

| TABLA 6: TRANSTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO: 00198 NANDA | | |
|--|--|--|
| Objetivo final: La paciente adquirirá sueño adecuados a sus necesidades 8 horas en el plazo de tres meses. | | |
| NOC: 0003 Descanso 0004 Sueño | NIC 1: 1850 mejorar el sueño | Actividades 1: -Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. -Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados. - Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. -Ajustar el ambiente para favorecer el sueño. -Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente |

3.2 Experiencia Profesional

- Cerums en el P.S Huirahuacho microred centenario Red de salud Abancay desde el 06 de mayo del 2013 al 06 de mayo del 2014.
- Del 01 de junio al 31 de agosto en el P.S Marjuni Microred centenario Red de salud Abancay.
- Del 01 de octubre del 2014 a la actualidad en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega en el servicio de medicina.

Se realizó el informe de experiencia, para contribuir en las nuevas guías de intervenciones de la enfermedad, para mejorar la calidad de vida del paciente y potenciar la importancia del rol de enfermería en los cuidados al paciente esquizofrénico llegando a la convicción del paciente y que las personas afectadas por este mal sean incluidas en la sociedad, y no apartadas. En nuestro país está organizado de la siguiente manera:

Instituciones especializadas en salud mental y psiquiatría

A la lista de hospitales generales presentada en el punto anterior deben agregarse las tres principales instituciones psiquiátricas ubicadas en la capital del país, estas son:

Hospital Víctor Larco Herrera

Hospital Hermilio Valdizán

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado -Hideyo Noguchi

Las camas que ofrecen estas tres instituciones suman 1.067, lo cual significa un aumento de 12% en los últimos cinco años. Esta oferta permite indicar que la tasa de ocupación es de 4 camas por cada 100.000 habitantes.

Se estima que 3 de cada 10 establecimientos de atención primaria que cuentan con un médico tienen protocolos de evaluación y tratamiento disponibles para los problemas y trastornos de salud mental, en tanto que 2 de cada 10 centros de atención primaria de salud que no cuentan con un médico tienen estos protocolos.

Se estima que 3 de cada 10 centros de atención primaria de salud que cuentan con un médico realizan, en promedio, por lo menos una referencia a un profesional de salud mental.

La provincia de Abancay no cuenta con un establecimiento exclusivo para la atención de salud mental para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otros casos similares, que requieren hospitalización por lo cual solo se recibe en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el servicio de Medicina destinando un solo ambiente de 9 ambientes de hospitalización

EL SERVICIO DE MEDICINA

- Descripción del Área Laboral

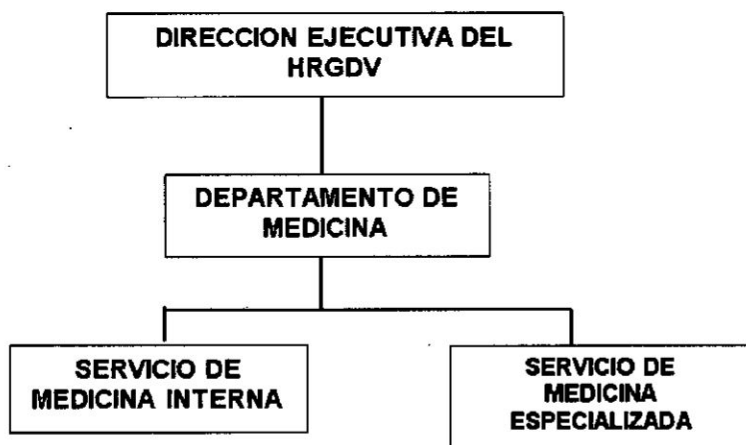
El Servicio de Atención de Enfermería en Hospitalización de Medicina Interna y Especialidades, es la Unidad Orgánica que presta atención integral y salud mental las 24 horas al paciente con diversas patologías no quirúrgicas, desde el grupo etareo 14 a más de 65 años de edad, así como del adulto y adulto mayor, cumpliendo las metas, objetivos del servicio y todas sus especialidades; **depende del Departamento de Enfermería. MISION**

Desde el Área de Enfermería el servicio de medicina en Salud Mental es coordinar con los profesionales de Enfermería de Salud Mental, como acciones intencionadas para que se pueda mantener la vida, la salud y el bienestar, consiguiendo niveles óptimos de satisfacción en los ciudadanos, basándonos en la evidencia científica disponible y respetando los principios de universalidad, equidad y accesibilidad. Esta prestación de cuidados se realiza valorando el estado de salud o enfermedad - diagnóstico enfermero-, basando las intervenciones en principios científicos y éticos - cuidados-, apoyándose en los recursos tecnológicos más adecuados y orientándola hacia la máxima calidad asistencial.

VISION

El servicio de medicina al año 2020, estará orientada al cuidado del paciente de salud mental por personal especializado, encaminando las líneas estratégicas a la mejora de la calidad de los cuidados de Enfermería con principios científicos basados en la evidencia, mediante un abordaje profesional, humanitario y ético, fomentando el trabajo en equipo y con un enfoque basado en Procesos introduciendo el pensamiento crítico al servicio del cuidado.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA



CUADRO DE CARGOS

| DENOMINACION DEL ORGANO | | : DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA | | | | | | |
|---|-----------------------|------------------------------|---------------|-----------|----------|-----------|------------|---------|
| SERVICIO DE ENFERMERIA EN MEDICINA INTERNA Y MEDICINA ESPECIALIZADA | | | | | | | | |
| V.2 DENOMINACION DE LA UNIDAD ORGANICA | | | | | | | | |
| N° DE ORDEN | CARGO ESTRUCTURAL | CODIGO | CLASIFICACION | SITUACION | TOTAL | P | CARGO CONF | DE ANZA |
| | | | | O | | | | |
| 610 | Jefa de Servicio | 402 05 2 04 | SP-EJ | 1 | 1 | 0 | 1 | |
| 611-620 | Enfermera/o I | 402 05 2 05 | SP-ES | 10 | 2 | 8 | | |
| 621-629 | Tecnico en Enfermería | 402 05 2 06 | SP-AP | 9 | 5 | 4 | | |
| TOTAL ORGANO | | | | 20 | 8 | 12 | 1 | |

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

El enfermero en Salud Mental tiene como competencia la dirección, evaluación y prestación de cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la Salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades en el área de la Salud Mental

El Perfil profesional de la enfermera especialista de Salud Mental determina que al concluir su programa formativo, este capacitada para desarrollar todas aquellas competencias para las que ha sido formada. La aportación profesional de éste especialista deriva del trabajo que desarrolla con las personas y con las respuestas que debe dar a las alteraciones de la salud mental, con los aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y con la potencialidad de éstos para incidir en la capacidad de integración socialmente aceptable de los individuos. Para desarrollar todo su ámbito competencial, la enfermera Especialista en Salud Mental presta cuidados utilizando la relación de ayuda como instrumento terapéutico básico. En este sentido, el trabajo de la enfermera especialista de salud mental se conjuga entre dos ámbitos del conocimiento: el ámbito científico de las ciencias de la salud y el ámbito humanista de las ciencias sociales. Es desde esta doble perspectiva que se prepara para el desarrollo de una atención integral y holística de la persona y su entorno. El método: Para la elaboración del plan de cuidados se utilizó el modelo de cuidados de

Virginia Henderson y la Taxonomía Internacional NANDA, NIC y NOC. Con el principal resultado de esta intervención que ha sido el logro de los objetivos planteados en términos de mejora de autoestima, intercambios sociales satisfactorios y hábitos nutricionales adecuados

IV. RESULTADOS

Para las estadísticas de los cuadros se toma los atendidos y atenciones de Consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de los años 2014 al 2016 por existir menor número de casos de esquizofrenia en hospitalización describiendo con detalles de un paciente atendido de Yanaca

-Aymaraes.

TABLA 4.1

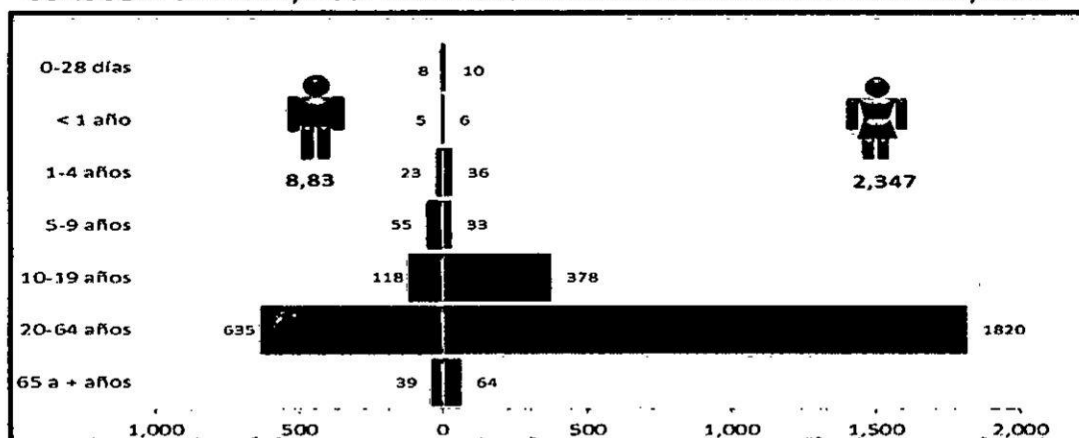
**ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN
PSICOLOGIA - CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, 2014.**

| Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en Psicología -2014 | | | | | | |
|--|------------|--------------|-------------|--------------|-----------------|------------------|
| Grupo Etareo | Varón | % | Mujer | % | Total Atendidos | Total Atenciones |
| 0-28 días | 8 | 0.25 | 10 | 0.31 | 18 | 14 |
| < 1 año | 5 | 0.15 | 6 | 0.19 | 11 | 7 |
| 1-4 años | 23 | 0.71 | 36 | 1.11 | 59 | 50 |
| 5-9 años | 55 | 1.70 | 33 | 1.02 | 88 | 63 |
| 10-19 años | 118 | 3.65 | 378 | 11.70 | 496 | 334 |
| 20-64 años | 635 | 19.66 | 1820 | 56.35 | 2455 | 1810 |
| 65 a + años | 39 | 1.21 | 64 | 1.98 | 103 | 72 |
| Total | 883 | 27.34 | 2347 | 72.66 | 3230 | 2350 |

Fuente.: Estadística – HRGDV -2014
Elaborado por la Unidad de Epidemiología

GRAFICO 4.1

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN PSICOLOGÍA - CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, 2014



Fuente.: Estadística – HRGDV -2014 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad y sexo en Psicología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2014; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 3230 atenciones siendo el de mayor predominio de atenciones el sexo femenino 2347 casos con un porcentaje de (72.66%) frente al sexo masculino con 883 atenciones con un porcentaje de (27.34%), la edad que más acudió es el de 20 a 64 años con un total de 2475 atenciones predominando el sexo femenino con 1820 casos con un porcentaje de (56.35%) frente al sexo masculino con 635 casos con un porcentaje de (19.66%), seguido de la edad de 10 a 19 años con un total de 496 atenciones con un predominio del sexo femenino con 378 casos con un porcentaje de (11.70%) y el del sexo masculino con 118 casos con un porcentaje de (3.65%).

TABLA 4.2

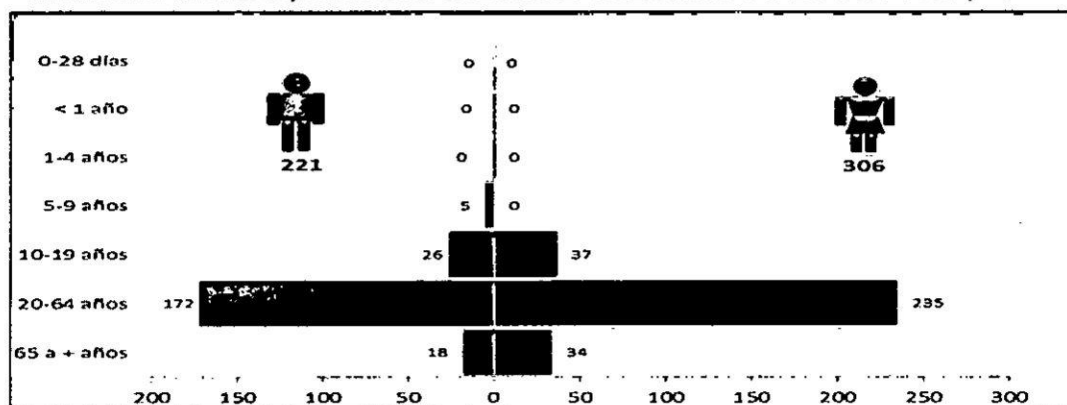
**ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN
PSIQUIATRIA - CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, 2014.**

| Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en <i>Psiquiatría</i> -2014 | | | | | | |
|--|------------|--------------|------------|--------------|------------------|-----------------|
| Grupo Etareo | Varón | % | Muier | % | Total Atenciones | Total Atendidos |
| 0-28 días | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0 |
| < 1 año | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0 |
| 1-4 años | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0 |
| 5-9 años | 5 | 0.05 | 0 | 0.00 | 5 | 5 |
| 10-19 años | 26 | 4.03 | 37 | 7.02 | 63 | 45 |
| 20-64 años | 172 | 32.64 | 235 | 44.59 | 407 | 210 |
| 65 a + años | 18 | 3.42 | 34 | 6.45 | 52 | 30 |
| Total | 221 | 41.94 | 306 | 58.06 | 527 | 290 |

Fuente.: Estadística - HRGDV -2014 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

GRAFICO 4.2

**ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN PSIQUIATRÍA -
CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, 2014**



Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad y sexo en Psiquiatría - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2014; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 527 atenciones siendo el de mayor predominio de atenciones el sexo femenino 306 casos con un porcentaje de (58.06%) frente al sexo masculino con 221 atenciones con un porcentaje de (41.94%), la edad que más acudió es el de 20 a 64 años con un total de 407 atenciones predominando el sexo femenino con 235 casos con un porcentaje de (44.59%) frente al sexo masculino con 172 casos con un porcentaje de (33.34%), seguido de la edad de 10 a 19 años con un total de 63 atenciones con un predominio del sexo femenino con 37 casos con un porcentaje de (7.02%) y el del sexo masculino con 26 casos con un porcentaje de (4.93%).

TABLA 4.3

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE PSQUIATRÍA POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN OPS – HRGDV 2014.

| CIE-10 | Descripción de Causas en C.E. Servicio de Psiquiatría | Varón | % Varón | Mujer | % Mujer | Total | Porcentaje |
|----------------------|---|-------|---------|-------|---------|-------|------------|
| F412 | Trastorno mixto de ansiedad y depresión | 25 | 4.39 | 56 | 9.82 | 81 | 14.21 |
| F200 | Esquizofrenia paranoide | 31 | 5.44 | 29 | 5.09 | 60 | 10.53 |
| F321 | Episodio depresivo moderado | 7 | 1.23 | 29 | 5.09 | 36 | 6.32 |
| F432 | Trastornos de adaptación | 6 | 1.05 | 23 | 4.04 | 29 | 5.09 |
| F411 | Trastorno de ansiedad generalizada | 9 | 1.58 | 17 | 2.98 | 26 | 4.56 |
| F102 | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, síndrome de dependen | 25 | 4.39 | 0 | 0 | 25 | 4.39 |
| | Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable | | | | | | |
| | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, estado de abstinencia | | | | | | |
| Demas Causas | | 97 | 17 | 150 | 26.3 | 247 | 43.33 |
| Total General | | 233 | 40.9 | 337 | 59.1 | 570 | 100.00 |

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2014

Muestra las Principales Causas de Morbilidad Psiquiatría en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2014; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Trastorno mixto de ansiedad y depresión con 81 casos con un porcentaje de (14.21%); seguido de esquizofrenia paranoide con 60 casos que hace el (10.53%) y como tercera causa fue por Episodio depresivo moderado con 36 casos con un porcentaje de (6.32%).

TABLA 4.4

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN PSICOLOGÍA POR
CONSULTA EXTERNA SEGÚN OPS – HRGDV 2014.

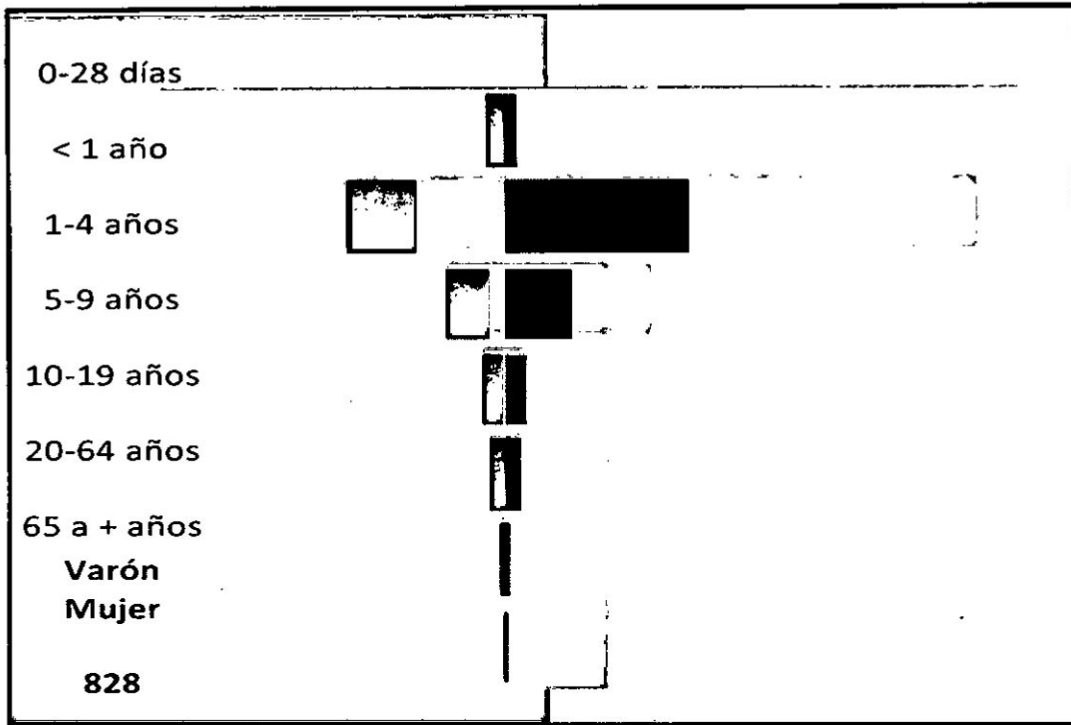
| CIE- | Descripción de Causas en C.E. Servicio de | Varón | % Varón | Mujer | % Mujer | Total | Porcentaje |
|----------------------|--|-------|---------|-------|---------|-------|------------|
| F43 | Trastornos de adaptación | 58 | 0.5 | 28 | 2.4 | 338 | 2.97 |
| 2 | | 31 | 1 | 0 | 6 | 107 | 0.94 |
| F32 | Episodio depresivo | 25 | 0.2 | 76 | 0.6 | 73 | 0.64 |
| 0 | leve | 19 | 7 | 48 | 7 | 63 | 0.55 |
| F41 | Trastorno mixto de ansiedad y depresión Otros síndromes de | 9 | 0.2 | 44 | 0.4 | 60 | 0.53 |
| Demás Causas | | 283 | 24.9 | 769 | 67.7 | 1053 | 92.7 |
| Total General | | 305 | 26.8 | 830 | 73.1 | 1136 | 100.0 |

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2014

Muestra las Principales Causas de Morbilidad Psicología en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2014; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por trastornos de adaptación con 58 casos con un porcentaje de (0.51%); seguido Episodio depresivo leve con 31 casos que hace el (0.27%) y como tercera causa es Trastorno mixto de ansiedad y depresión con 25 casos con un porcentaje de (0.22%).

GRAFICO 4.3

**ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN
PSICOLOGÍA - CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, 2015**



Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad y sexo en Psicología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2015; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 2012 atenciones siendo el de mayor predominio de atenciones el sexo femenino 1984 casos con un porcentaje de (70.55%) frente al sexo masculino con 883 atenciones con un porcentaje de (27.34%), la edad que más acudió es el de 20 a 64 años con un total de 2455 atenciones predominando el sexo femenino con 1820 casos con un porcentaje de (56.35%) frente al sexo masculino con 635 casos con un porcentaje de (19.66%), seguido de la edad de 10 a 19 años con un total de 496 atenciones con un predominio del sexo femenino con 378 casos con un porcentaje de (11.70%) y el del sexo masculino con 118 casos con un porcentaje de (3.65%).

TABLA 4.5

**ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN
PSIQUIATRIA - CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, 2015.**

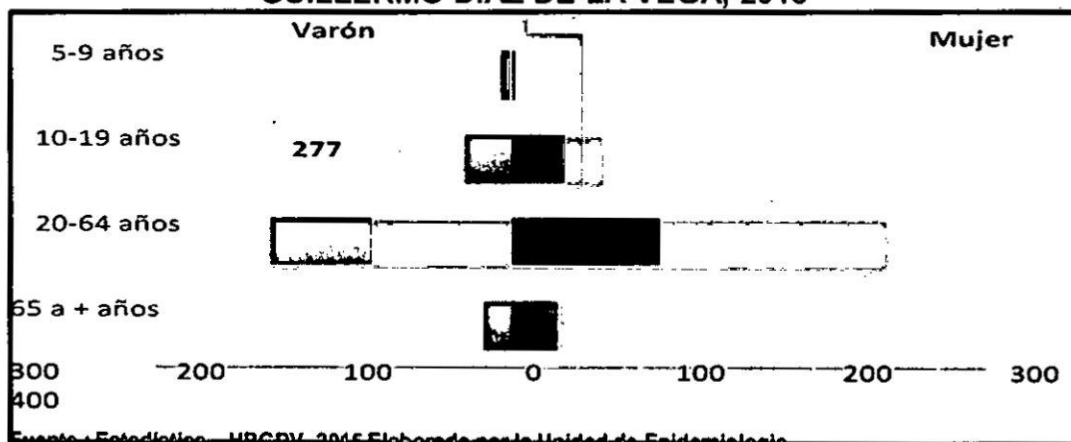
Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en Psiquiatría -2015

| Grupo | Varón | % | Mujer | % | Total Atenciones | Total Atendidos |
|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------------|-----------------|
| 0-28 días | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | |
| < 1 año | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0 |
| 1-4 años | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0 |
| 5-9 años | 9 | 1,26 | 3 | 0,42 | 12 | 9 |
| 10-19 años | 40 | 5,58 | 77 | 10,74 | 117 | 62 |
| 20-64 años | 204 | 28,45 | 317 | 44,21 | 521 | 242 |
| 65 a + años | 24 | 3,35 | 43 | 6,00 | 67 | 39 |
| Total | 277 | 38,63 | 440 | 61,37 | 717 | 352 |

Fuente.: Estadística – HRGDV -2015 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

GRAFICO 4.4

**ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN
PSIQUIATRÍA - CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, 2015**



440

Fuente: Estadística - HRCGV - 2015 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad y sexo en Psiquiatría - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2015; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de

717 atenciones siendo el de mayor predominio de atenciones el sexo femenino 440

casos con un porcentaje de (61.37%) frente al sexo masculino con 277 atenciones con un porcentaje de (38.63%), la edad que más acudió es el de 20 a 64 años con un total de 521 atenciones predominando el sexo femenino con 317 casos con un porcentaje de (44.21%) frente al sexo masculino con 204 casos con un porcentaje de (28.45%), seguido de la edad de 10 a 19 años con un total de 117 atenciones con un predominio del sexo femenino con 77 casos con un porcentaje de (10.74%) y el del sexo masculino con 40 casos con un porcentaje de (5.58%

TABLA 4.6

**PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN OPS – HRGDV 2015.**

| CIE-10 | Descripción de Causas | Mujer | | Varón | | | |
|--------|---|------------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|
| | | % | Total % | % | | % | |
| F412 | Trastorno mixto de ansiedad y depresión | 29 | 3,52 | 86 | 10,42 | 115 | 13,94 |
| F321 | Episodio depresivo moderado | 24 | 2,91 | 76 | 9,21 | 100 | 12,12 |
| F200 | Esquizofrenia paranoide | 34 | 4,12 | 35 | 4,24 | 69 | 8,36 |
| F419 | Trastorno de ansiedad, no especificado | 13 | 1,58 | 25 | 3,03 | 38 | 4,61 |
| F103 | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol | 17 | 2,06 | 2 | 0,24 | 19 | 2,30 |
| F638 | Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos | 0 | 0,00 | 19 | 2,30 | 19 | 2,30 |
| F411 | Trastorno de ansiedad generalizada | 6 | 0,73 | 12 | 1,45 | 18 | 2,18 |
| F410 | Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica] | 3 | 0,36 | 14 | 1,70 | 17 | 2,06 |
| F432 | Trastornos de adaptación | 7 | 0,85 | 9 | 1,09 | 16 | 1,94 |
| F429 | Trastorno obsesivo - compulsivo, no especificado | 2 | 0,24 | 13 | 1,58 | 15 | 1,82 |
| F064 | Trastorno de ansiedad, orgánico | 9 | 1,09 | 4 | 0,48 | 13 | 1,58 |
| F220 | Trastorno delirante | 9 | 1,09 | 2 | 0,24 | 11 | 1,33 |
| F331 | Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente | 1 | 0,12 | 10 | 1,21 | 11 | 1,33 |
| F603 | Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable | 1 | 0,12 | 8 | 0,97 | 9 | 1,09 |
| F069 | Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad | 2 | 0,24 | 4 | 0,48 | 6 | 0,73 |
| F102 | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, síndrome de dependencia | 5 | 0,61 | 1 | 0,12 | 6 | 0,73 |
| F401 | Fobias sociales | 3 | 0,36 | 3 | 0,36 | 6 | 0,73 |
| | Demás Causas | 159 | 19,27 | 178 | 21,58 | 337 | 40,85 |
| | Total General | 324 | 39,27 | 501 | 60,73 | 825 | 100,00 |

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2015

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en Psiquiatría -Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2015; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Trastorno mixto de ansiedad y depresión con 115 casos con (13.94%), seguido de episodio depresivo moderado con 100 casos con (12.12%) y como tercera causa es esquizofrenia paranoide con 69 casos con (8.36%)

TABLA 4.7

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN OPS – HRGDV 2015.

| CIE-10 | Descripción de Causas | Varón | % | Mujer | % | Total | % |
|--------|--|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|
| Z632 | Problemas en relación con el soporte socio -familiar | 84 | 0,84 | 151 | 1,52 | 235 | 2,36 |
| F432 | Trastornos de adaptación | 34 | 0,34 | 133 | 1,34 | 167 | 1,68 |
| Z630 | Problemas relación pareja esposos | 28 | 0,28 | 114 | 1,15 | 142 | 1,43 |
| F412 | Trastorno mixto de ansiedad y depresión | 41 | 0,41 | 72 | 0,72 | 113 | 1,14 |
| T743 | Abuso psicológico | 17 | 0,17 | 82 | 0,82 | 99 | 1,00 |
| F321 | Episodio depresivo moderado | 22 | 0,22 | 70 | 0,70 | 92 | 0,93 |
| F430 | Reacción a estrés agudo | 17 | 0,17 | 63 | 0,63 | 80 | 0,80 |
| F320 | Episodio depresivo leve | 14 | 0,14 | 64 | 0,64 | 78 | 0,78 |
| Z637 | Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa | 12 | 0,12 | 64 | 0,64 | 76 | 0,76 |
| T740 | Negligencia o abandono | 26 | 0,26 | 41 | 0,41 | 67 | 0,67 |
| F920 | Trastorno depresivo de la conducta | 29 | 0,29 | 36 | 0,36 | 65 | 0,65 |
| T748 | Otros síndromes de maltrato forma mixta | 16 | 0,16 | 41 | 0,41 | 57 | 0,57 |
| F928 | Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones | 29 | 0,29 | 25 | 0,25 | 54 | 0,54 |
| F603 | Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable | 12 | 0,12 | 38 | 0,38 | 50 | 0,50 |
| Z721 | Problemas sociales relacionados con el uso de alcohol | 20 | 0,20 | 20 | 0,20 | 40 | 0,40 |
| | Demás Causas | 2399 | 24,13 | 6130 | 61,65 | 8529 | 85,77 |
| | | 2800 | 28,16 | 7144 | 71,84 | 9944 | 100,00 |

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2015

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en Psicología- Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2015; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue trastorno por adaptación con 235 casos con (2.36%); seguido de trastornos de adaptación con 167 casos con (1.68%) y como tercera causa son problemas relación pareja esposos con 142 casos con (1.43%)

TABLA 4.8

**ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD EN PSICOLOGÍA -
CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE
LA VEGA, 2016.**

| Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN PSICOLOGÍA -2016 | | | | |
|---|-------------|---------------|-------------|---------------|
| GRUPO ETAREO | ATENDIDOS | % | ATENCIONES | % |
| <1a | 38 | 2,57 | 40 | 1,86 |
| 1-4a | 67 | 4,53 | 85 | 3,96 |
| 5-9a | 83 | 5,61 | 145 | 6,75 |
| 10-14a | 102 | 6,90 | 209 | 9,73 |
| 15-19a | 268 | 18,12 | 385 | 17,93 |
| 20-24a | 268 | 18,12 | 360 | 16,77 |
| 25-29a | 207 | 14,00 | 274 | 12,76 |
| 30-34a | 131 | 8,86 | 209 | 9,73 |
| 35-39a | 106 | 7,17 | 140 | 6,52 |
| 40-44a | 62 | 4,19 | 96 | 4,47 |
| 45-49a | 35 | 2,37 | 53 | 2,47 |
| 50-54a | 14 | 0,95 | 20 | 0,93 |
| 55-59a | 14 | 0,95 | 28 | 1,30 |
| 60-64a | 9 | 0,61 | 13 | 0,61 |
| 65a+ | 75 | 5,07 | 90 | 4,19 |
| Total General | 1479 | 100,00 | 2147 | 100,00 |

Fuente: Estadística – HRGDV -2016 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad y sexo en Psicología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 20147 atenciones

TABLA 4.9

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD EN PSIQUIATRÍA - CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, 2016.

| ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN PSIQUIATRÍA -2016 | | | | |
|---|------------|---------------|------------|---------------|
| GRUPO ETAREO | ATENDIDOS | % | ATENCIONES | % |
| <1a | 2 | 0,68 | 2 | 0,35 |
| 1-4a | 1 | 0,34 | 1 | 0,17 |
| 5-9a | 2 | 0,68 | 2 | 0,35 |
| 10-14a | 14 | 4,78 | 31 | 5,36 |
| 15-19a | 31 | 10,58 | 55 | 9,52 |
| 20-24a | 39 | 13,31 | 76 | 13,15 |
| 25-29a | 37 | 12,63 | 62 | 10,73 |
| 30-34a | 25 | 8,53 | 71 | 12,28 |
| 35-39a | 20 | 6,83 | 41 | 7,09 |
| 40-44a | 24 | 8,19 | 43 | 7,44 |
| 45-49a | 22 | 7,51 | 48 | 8,30 |
| 50-54a | 13 | 4,44 | 38 | 6,57 |
| 55-59a | 14 | 4,78 | 36 | 6,23 |
| 60-64a | 6 | 2,05 | 9 | 1,56 |
| 65a+ | 43 | 14,68 | 63 | 10,90 |
| Total General | 293 | 100,00 | 578 | 100,00 |

Fuente: Estadística – HRGDV -2016 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad y sexo en Psiquiatría - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 578 atenciones.

TABLA 4.10

**PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN OPS – HRGDV 2016.**

| Código | Descripción de causas | Total |
|---------------|---|-------|
| CIE-10 | | |
| F412 | Trastorno mixto de ansiedad y depresión | 79 |
| 13,1 | | |
| F321 | Episodio depresivo moderado | 69 |
| 11,5 | | |
| F200 | Esquizofrenia paranoide | 62 |
| 10,3 | | |
| F103 | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, estado de abstinencia | 32 |
| 5,3 | | |
| F411 | Trastorno de ansiedad generalizada | 29 |
| 4,8 | | |
| F410 | Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica] | 19 |
| Demás causas | 245 | 40,70 |
| Total general | 602 | 100 |

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en Psiquiatría -Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Trastorno mixto de ansiedad y depresión con 79 casos con (13.01%), seguido de episodio depresivo moderado con 69 casos con (11.5%) y como tercera causa esquizofrenia paranoide con 62 casos con (10.3%).

TABLA 4.11

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN OPS – HRGDV 2016.

| Código | Descripción de causas | Total | % |
|---------------|---|-------|-------|
| F412 | Trastorno mixto de ansiedad y depresión | 60 | 2,7 |
| F928 | Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones | 44 | 2,0 |
| F321 | Episodio depresivo moderado | 25 | 1,1 |
| F700 | Retraso mental leve, deterioro del comportamiento nulo o mínimo | 24 | 1,1 |
| F251 | Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo | 20 | 0,9 |
| F320 | Episodio depresivo leve | 17 | 0,8 |
| F331 | Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente | 17 | 0,8 |
| F920 | Trastorno depresivo de la conducta | 13 | 0,6 |
| F431 | Trastorno de estrés postraumático | 11 | 0,5 |
| F411 | Trastorno de ansiedad generalizada | 10 | 0,5 |
| Demás causas | | 1977 | 89,13 |
| Total general | | 2218 | 100 |

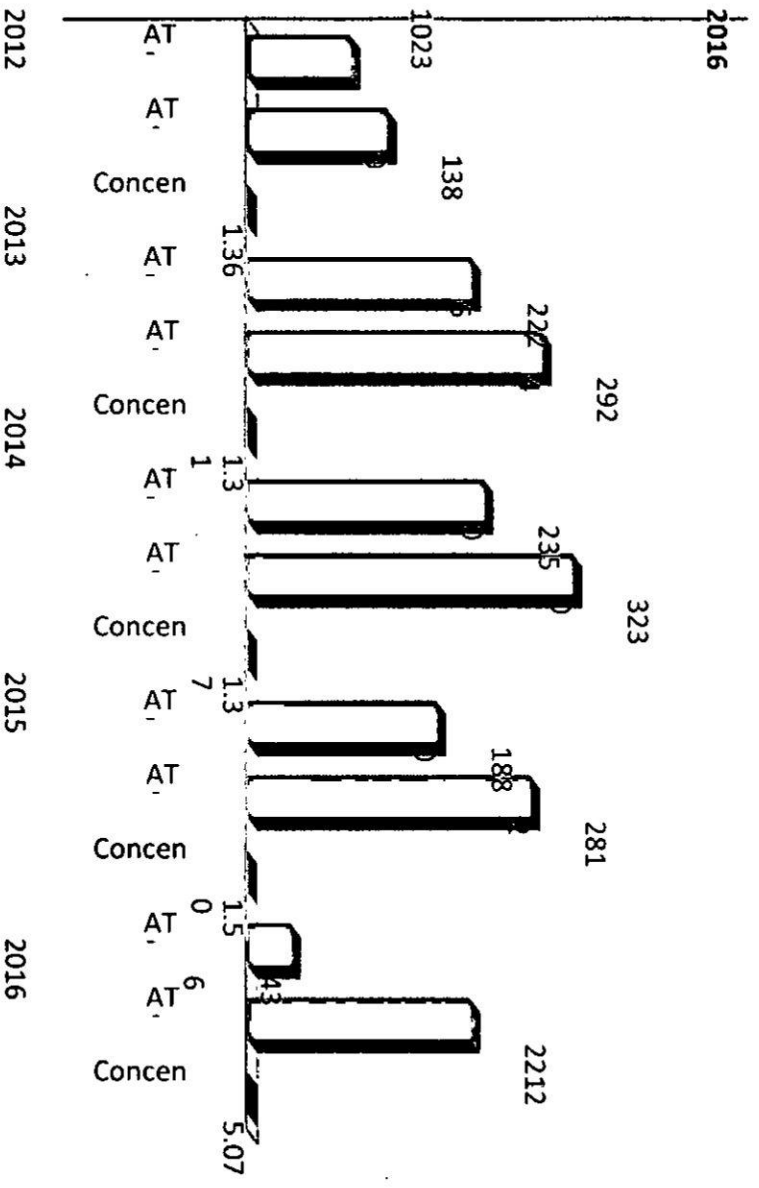
Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en Psicología- Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por trastorno mixto de ansiedad de depresión con 60 Casos con (2.7%); seguido de otros mixtos de conducta y de las emociones con 44 casos con (2.0%) y como tercera causa episodio depresivo moderado con 25 casos con (1.1%)

GRAFICO 4.5

ATENDIDOS Y ATENCIONES EN PSICOLOGIA - CONSULTA EXTERNA, REGIONAL HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA, DEL 2012 AL 2016

ENDIDOS Y ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA EN PSICOLOGIA AÑO 2012 -



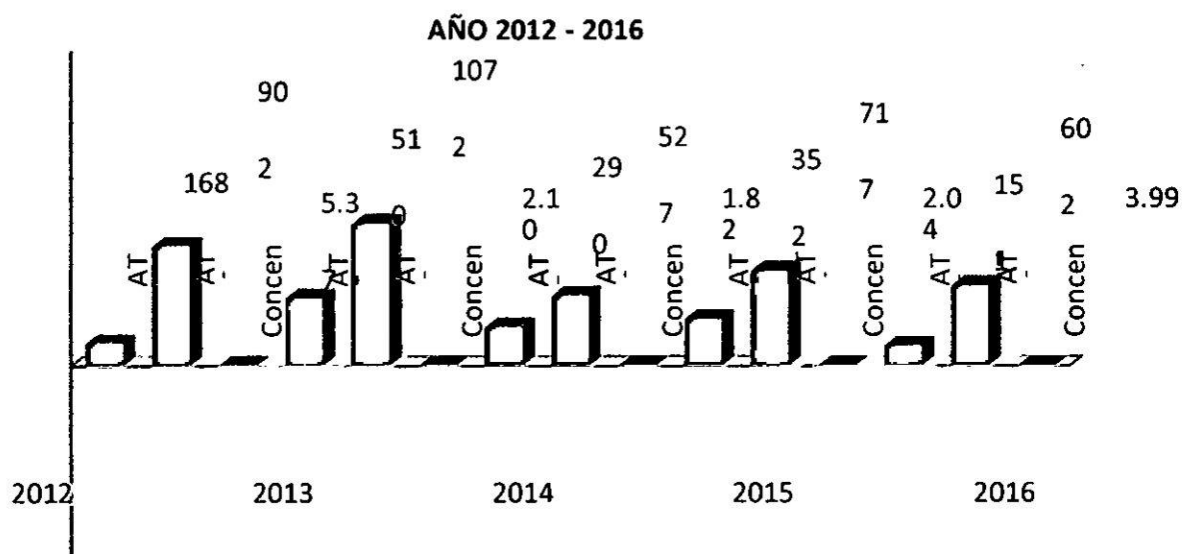
Fuente.: Estadística – HRGDV -2016 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Las Atenciones de Psicología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2012 al 2016; el número de atenciones para el último año disminuye a 2212 atenciones siendo la concentración de 5.07

GRAFICO 4.6

ATENDIDOS Y ATENCIONES EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA - CONSULTA EXTERNA, REGIONAL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, DEL 2012 AL 2016

ATENDIDOS Y ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA EN PSIQUIATRÍA



Fuente.: Estadística – HRGDV -2016 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En Especialidad de Psiquiatría en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2012 al 2016; la tendencia de la demanda ha disminuido a 602. Es evidente que la salud mental produce un impacto en los esfuerzos de la lucha contra la pobreza y es un elemento importante para el desarrollo. Sin embargo, la salud mental continúa siendo un tema postergado en la agenda pública y en las políticas. En nuestro

país, los problemas de salud mental seguirán creciendo y se irán agravando de manera muy significativa debido a factores socioeconómicos y culturales como consecuencia de la crisis política de la actualidad, las diversas expresiones de violencia, el creciente consumo de sustancias adictivas y la grave situación de pobreza en la que vive la mayoría de peruanos.(4)(Martinez 2014).

V. CONCLUSIONES

- 1) El método: Para la elaboración del plan de cuidados se utilizó el modelo de cuidados de Virginia Henderson y la Taxonomía Internacional NANDA, NIC y NOC. Con el principal resultado de esta intervención que ha sido el logro de los objetivos planteados en términos de mejora de autoestima, intercambios sociales satisfactorios y hábitos nutricionales adecuados de cada paciente atendido en hospitalización.
- 2) Desde el punto de vista presupuestal, la Dirección Regional de Apurímac cuenta con un presupuesto insuficiente para el área de Salud Mental. El Ministerio de Salud asigna de su presupuesto total el 3% a la salud mental, de este porcentaje el 98% corresponde a actividades asistenciales, concentradas en las instituciones psiquiátricas de Lima. Los recursos destinados a las actividades preventivas promocionales y de atención comunitaria en los primeros niveles de atención son escasos.
- 3) En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega no cuenta con un servicio exclusivo para la atención de pacientes hospitalizados por salud mental.

- 4) El hospital cuenta con un ambiente de hospitalización para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia; en cuanto a personal de salud cuenta con: Médicos 1 Psiquiatra, 4 Psicólogos que se atiende en Consulta externa y hospitalización.
- 5) Principales Causas de Morbilidad Psiquiatría en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2014; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Trastorno mixto de ansiedad y depresión con 81 casos con un porcentaje de (14.21%); seguido de esquizofrenia paranoide con 60 casos que hace el (10.53%) y como tercera causa fue por Episodio depresivo moderado con 36 casos con un porcentaje de (6.32%)
- 6) Principales Causas de Morbilidad en Psiquiatría -Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2015; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Trastorno mixto de ansiedad y depresión con 115 casos con (13.94%), seguido de episodio depresivo moderado con 100 casos con (12.12%) y como tercera causa es esquizofrenia paranoide con 69 casos con (8.36%).
- 7) Las Principales Causas de Morbilidad en Psiquiatría -Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Trastorno mixto de ansiedad y depresión con 79 casos con (13.01%), seguido de episodio depresivo moderado con 69 casos

con (11.5%) y como tercera causa esquizofrenia paranoide con 62 casos con (10.3%).

- 8) Se hospitalizaron en el año 2014 un total de 8 pacientes adultos y adultos mayores con trastornos depresivos: Con delirio demencial 4 casos, trastorno catatónico 1 y esquizofrenia paranoide 3 casos.
- 9) Se hospitalizaron en el año 2015 un total de 5 pacientes adultos y adultos mayores con trastornos depresivos: Con delirio demencial 2 casos, trastorno catatónico 1 y esquizofrenia paranoide 3 casos.
- 10) Se hospitalizaron en el año 2016 un total de 4 pacientes adultos y adultos mayores con trastornos depresivos: Con delirio demencial 1 caso, trastorno catatónico 1 y esquizofrenia paranoide 2 casos.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la descentralización de los centros de salud mental a nivel regional y local e incremento de presupuesto desde el nivel central, a nivel regional para el área de Salud Mental. Incrementando de los recursos en infraestructura, RRHH especializados, equipamiento y medicamentos destinados a las actividades preventivas promocionales en salud mental.
2. Las políticas nacionales debería priorizar en las intervenciones sobre los determinantes sociales, económicos y en toda la dimensión distal para favorecer la práctica de conductas para la creación de entornos saludables.
3. Los establecimientos de primer nivel deberían trabajar en relación multisectorial considerando acciones políticas, comunitarias, educativas y con grupo de personas y/o comunidades para modificar procesos, condiciones y sistemas que lo requieran en el caso que estos no contribuyan a la salud colectiva - buscando aumentar las habilidades y capacidades para conservar y mejorar la salud mental y la calidad de vida.
4. En las atenciones de enfermería de pacientes hospitalizados se recomienda el uso de la Taxonomía de NANDA: Que es la clasificación sistemática de juicios clínicos de enfermeros y diagnósticos según reglas y procedimientos. La taxonomía NANDA I

es el lenguaje del enfermero reconocido que cumple con los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurse Association (ANA), por lo tanto es un sistema de clasificación aceptada como soporte para la práctica de la enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil. La NANDA-II, presenta una estructura taxonómica de tres niveles: dominios, clases y diagnósticos. Taxonomía NIC: Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campos, clases e intervenciones. Y la Taxonomía NOC: Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas. Valoración de enfermería: Observación sistemática e informe sobre la situación del paciente en las cinco esferas de la experiencia humana: biológica /fisiológica, ambiental /seguridad, sociocultural/interpersonal, psicológica/de autoestima y espiritual / autorrealización.

VII. REFERENCIALES

1. CHOMBA SANCHEZ AMDC. Sobrecargar en el cuidador familiar del paciente con Esquizofrenia Hospital Hermilio Valdizan Agosto-2013. 2013.
2. MARÍA ADA. Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona. 2010.
3. Guía de práctica clínica para el tratamiento. 2010th ed. Departamento de Emergencia Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi".
4. MESTANZA MMT. FACTORES PERSONALES/FAMILIARES ASOCIADOS A LA. PUNCHANA- LORETO;; 2014.
5. Basulto YL. Depresión en pacientes con esquizofrenia ingresados en servicios de agudos del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2015; vol.33 (1).
6. Javier SC. Estudio epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay. Abancay;; 2011.
7. LG P. Influence of sociodemográfica y clínica de la calidad de vida de los pacientes con schizophrenia. 2017; 10.1590(/ S1980-220X2016031903244.).

8. M AL. La asociación de la infección por *Toxoplasma gondii* con la esquizofrenia y su relación con intentos de suicidio en estos pacientes, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Ciencias Médicas de Shiraz,.
2017; 22 (10): 1322-1327.
9. Silva CV. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO, ÁREA DE EMERGENCIA, INSTITUTO DE NEUROCIENCIA, JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL 2013-2014". GUAYAQUIL ;; 2013-2014.
10. Martell HC. IMPACTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA CALIDAD DE VIDA Y. 2014; XXX(2).
11. Villa MJN. ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL. EN EL HOGAR. HVLH LIMA;; 2014.
12. MONTAÑEZ HGL. GUIA DE PRACTICA CLINICA DEPRESION MINSA - LIMA: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ; 2008.