

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO Y  
REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON TRANSTORNOS  
MENTALES MODERADOS Y SEVEROS DEL CENTRO DE SALUD  
MENTAL COMUNITARIO ALLIN KAWSAY, CURAHUASI;**

**ABANCAY - 2019**

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

**SUSAN MARYORIT RIVERA GARAY**

**Callao - 2020**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE PRESIDENTE
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES SECRETARIO
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER VOCAL

**ASESORA:** DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 142-2020

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

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

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO I DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>4</b>
<b>CAPITULO II MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
2.1 ANTECEDENTES.....	9
2.1.1 <i>Antecedentes Internacionales</i> .....	9
2.1.2 <i>Antecedentes Nacionales</i> .....	13
2.1.3 <i>Antecedentes Locales</i> .....	14
2.2 BASES TEÓRICAS .....	14
2.3 MARCO CONCEPTUAL .....	19
2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	41
<b>CAPITULO III PLAN DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>43</b>
3.1 JUSTIFICACIÓN .....	43
3.2 OBJETIVOS.....	45
3.2.1 <i>Objetivo general</i> .....	45
3.2.2 <i>Objetivos Específicos</i> .....	45
3.2.3 <i>Criterios de Inclusión al Programa</i> .....	45
3.3 METAS.....	47
3.4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES .....	48
3.4.1 <i>Cronograma</i> .....	52
3.5 RECURSOS .....	53
3.5.1 <i>Materiales e Instrumentos</i> .....	53
3.5.2 <i>Recursos Humanos</i> .....	55
3.6 EJECUCIÓN .....	56
3.7 EVALUACIÓN .....	60
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>61</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>76</b>

## INTRODUCCION

*“La salud mental es concebida como un proceso dinámico de bienestar que permite a las personas desplegar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades”(1).* Viendo de forma integral se entiende que va mas alla de tener una enfermedad, se encuentra relacionada con un problema fisico y de conducta, la OMS (Organizacion Mundial de la Salud), hace referencia a un concepto positivo que un individuo y la comunidad debe funcionar (1).

Los problemas mentales estan determinados por factores que se relacionan a nivel social, psicologico y biologico. Independientemente de los paises desarrollados y en vias de desarrollo, los indicadores de pobreza y los bajos niveles de educacion son problemas universales que muestran los riesgos de enfermedades mentales(1).

*“En el Perú, los padecimientos neuro-psiquiátricos representan el grupo de daños con mayor carga de enfermedad y de años de vida saludable perdidos”(2),* conformando una prioridad de salud pública los problemas de mayor incidencia la depresión, el abuso y dependencia del alcohol, los trastornos de ansiedad, las esquizofrenias, la violencia intrafamiliar, los trastornos de conducta y de las emociones en los niños y el maltrato infantil. Particularmente, estos problemas de salud mental, influye en la persona y son influidos por otros, también importantes, como aquellos relacionados a la salud infantil y materna, la salud sexual y reproductiva, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, ademas de las enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH/SIDA, etc. A esto se agregan el sufrimiento y deterioro de la propia calidad de vida de las personas con problemas mentales , las repercusiones economicas y sociales, el desempleo , estigmatizacion y exclusion(3).

El Sistema de atención en salud mental en el Perú, aún es insuficiente, no todas las personas acceden a una consulta por psiquiatría, de cada 5 personas con trastornos mentales, solo una consigue una cita o algún tipo de atención (4). *“Cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo”*(5), *“y en el año entre 10 y 20 millones intentan hacerlo y a nivel mundial habría 70 millones de personas dependientes de alcohol”*(6).

*“En estudios recientes realizados en la ciudad de Lima reportan que cerca de una de cada 8 personas, ha tenido algún trastorno mental en el último año y que cada 22 minutos una persona adulta estaría intentando suicidarse”*(7). *“La carga de morbilidad de estos trastornos ha sido pronosticada aún mayor para los países en desarrollo en los que la depresión mayor sería la primera causa de incapacidad en el año 2020 “*(8,9).*“Hay evidencia de que la carga asociada a desórdenes psiquiátricos como la depresión y los trastornos de ansiedad es similar en todas las culturas “*(10) *“y en el Perú los estudios de carga de morbilidad realizados por el MINSA han demostrado que la depresión y el alcoholismo constituyen los principales problemas de carga, inclusive entre otras patologías físicas”*(11).

El presente trabajo académico, basado en la evidencia laboral iniciara con el planteamiento del problema, donde se mostrara la realidad problemática, tiene como objetivo: Contribuir a mejorar la salud mental y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, en el marco teórico se presentaran los estudios relacionados a la problemática como antecedentes Internacionales, antecedentes nacionales, así mismo el marco conceptual, bases teóricas y conceptos relacionados al tema; desarrollo de Actividades para Plan de mejoramiento en relación a la situación problemática, conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

## Capítulo I Descripción de la Situación Problemática

La organización de las Naciones Unidas da a conocer que la salud mental está asociada con la conducta en todas las etapas de vida, los factores sociales están relacionados con el consumo de alcohol y drogas, delitos y deserción escolar por ejemplo: la falta de empleo conlleva a una depresión y consumo de alcohol, drogas (1). Los problemas mentales y sociales en comunidades, barrios, poblaciones vulnerables y marginales: donde la violencia familiar, suicidio, abuso de sustancias, depresión y trastornos de estrés post traumático se viven día a día (1). La estrategia de crear programas que controlen y reduzcan la carga de enfermedad mental, ayuden a las familias a afrontar las diferentes situaciones (1). El desarrollo de enfoques más integrales en la prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación contribuyen a mejorar los problemas mentales de la persona e inserción a la sociedad (12).

*“La (OMS) ha clasificado la depresión como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015) y en la sexta posición se encuentran los trastornos de ansiedad (3,4%). Asimismo, la depresión es el principal factor que contribuye a las defunciones por suicidio”(13).*

*“OPS, la prevalencia de los trastornos mentales y por uso de sustancias psicoactivas es alta en todo el mundo y ellos contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura”(14).*

*“Sin embargo los recursos destinados por los países para afrontar esta carga son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones, son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en muchos países, es superior al 70%. El estigma, la exclusión social y la discriminación que rodean a las personas con trastornos mentales agravan la situación”(14). “No hay salud sin*

salud mental”(14). Esta frase expresa como abordar de manera integral la salud física y lo psicosocial, es importante en el proceso de la salud y la enfermedad. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y estas a su vez incrementan el riesgo de padecer trastornos mentales; la depresión, el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o estrés, etc. (14).

La atención y el tratamiento oportuno pueden mejorar los trastornos mentales y las enfermedades físicas, lo cual resulta muy importante especialmente en la atención primaria (14).

*“En el Perú, una de tres personas ha padecido algún trastorno mental alguna vez en su vida y una de cada 5 personas los padecería en el último año (4). En estudios recientes realizados en la ciudad de Lima reportan que cerca de una de cada 8 personas, ha tenido algún trastorno mental en el último año y que cada 22 minutos una persona adulta estaría intentando suicidarse (4). La carga de morbilidad de estos trastornos ha sido pronosticada aún mayor para los países en desarrollo en los que la depresión mayor sería la primera causa de incapacidad en el año 2020 (4). Hay evidencia de que la carga asociada a desórdenes psiquiátricos como la depresión y los trastornos de ansiedad es similar en todas las culturas y en el Perú los estudios de carga de morbilidad realizados por el MINSA han demostrado que la depresión y el alcoholismo constituyen los principales problemas de carga, inclusive entre otras patologías físicas. La población del país, supera los 30 millones de habitantes correspondiendo el 31,5% a Lima Metropolitana”(4).*

Muchas personas que sufren trastornos mentales no reciben ningún sistema de atención pese a que existen intervenciones eficaces. En América Latina y el Caribe esta ausencia de tratamiento alcanza al 85,9% de las personas con ansiedad generalizada, al 85,1% de las

afectadas por trastornos por consumo perjudicial de alcohol, al 73,9% de las personas con estados emocionales alterados , depresión y al 56,9% de aquellas que padecen desequilibrio e inestabilidad de sus pensamientos como la esquizofrenia (15).

*“Según los estudios epidemiológicos realizados en el Instituto Nacional de Salud Mental (Perú) en las distintas regiones (INSM), las brechas de atención son importantes, especialmente al interior del país. El estudio epidemiológico de salud mental realizado en la ciudad de Lima reportó, que menos de un tercio de las personas que han percibido problemas de salud mental en el último año han recibido atención, y de aquellos con trastornos mentales diagnosticables sólo el 16,9% recibió atención médica”(4).*

*“Se estima que en el Perú existen 295 000 personas con limitaciones permanentes para relacionarse con los demás por dificultades en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas. De estas, el 67.8% (200 000 personas) presenta discapacidad moderada y severa ( INEI, 2013) (16). Entre los problemas psicosociales, está la violencia familiar contra las mujeres; aunque la tendencia es decreciente, las evidencias muestran una magnitud que preocupa. A nivel país, según ENDES, 2016, en el año, la prevalencia de la violencia familiar contra las mujeres es de 68,2%. Es mayor en las regiones de Apurímac y de Puno con el 79,1% y 78,8% respectivamente”(16).*

*“En gran parte, los casos de maltrato o violencia se inician en el enamoramiento. Una de cada diez ha sufrido algún tipo de violencia por su actual pareja en este periodo. (INSM – EESM, 2012). El feminicidio, es una de las formas de mortalidad asociada a este problema, muestra una tendencia estacionaria en el bienio 2015 -2016 (INEI, 2017)”(17).*

*“Según la Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales 2015 (ENARES 2015) (18), el maltrato infantil familiar psicológico o físico, afecta alguna vez en su vida al 73,8% y, en los últimos doce meses, al 41,5% de las niñas y niños de 9 a 11 años de edad. En el caso de los adolescentes, entre los 12 y 17 años de edad, 81,3% alguna vez en su vida y 38,9% en los últimos 12 meses sufre de violencia física y psicológica por parte de las personas con las que viven; además el 34,6% fue alguna vez víctima de violencia sexual (18). Las secuelas psicosociales de la violencia en los años 80s al 2000 y el impacto en la salud mental en situaciones de emergencias humanitarias y desastres, también son problemas que exigen la respuesta del sistema de salud“(18).*

*“La conducta suicida se manifiesta como autolesión, conducta suicida no determinada, intento de suicidio y suicidio (19). La prevalencia de vida del intento suicida mayor en la zona urbana sobre todo en Pucallpa (5,4%) ciudad que conjuntamente con Puerto Maldonado (4,5%) y Ayacucho (5,2%) alcanzan las cifras más altas (INSM 2002 – 2012). La OPS reportó 3.2 por 100,000 habitantes para el año 2012”<sup>19</sup>. Cabe señalar que, aproximadamente, cuatro de cada diez muertes por suicidio no se registran”(20).*

Con estos indicadores que muestran los estudios epidemiológicos se calcula que las personas que sufren trastornos mentales constituyen grandes grupos vulnerables. Asimismo, para el año 2018, se considera que 5 239 169 adultos mayores presentarán un problema de salud mental (2).

*“En la Región de Abancay, en el año 2010, el 81.4% de las personas que reconocieron haber tenido un problema mental en los últimos 12 meses, no recibió ningún tipo de atención en el sistema de salud (INSM-EESMA-2010). Esta cifra ya nos aproxima a las dimensiones de la brecha de*

*atención en salud mental en la región. La prevalencia anual de algún trastorno mental según CIE–10 en Abancay (urbano 2010) 13.4%”(21).*

Este contexto es alarmante ante lo dispuesto que los trastornos mentales y neurológicos, de esta forma como, los problemas psicosociales suelen presentarse como co-morbilidad o actúan como factores de exposición para enfermedades cardiovasculares, tumor, contagio por el VIH/sida, tuberculosis y morbilidad ginecológica; se vinculan con los accidentes de transporte y afectan la adhesión a la medicación de otras enfermedades (OMS, 2004) (1).

En el Centro de Salud Mental Comunitario Allin Kawsay del distrito de Curahuasi, los problemas psicosociales cada año va en aumento, últimamente se está observando más violencia familiar, bullying, pandillaje, delincuencia, consumo de drogas, intentos suicidas, suicidios, homicidios, trastornos del humor, esquizofrenia, entre otros. En el año 2018 se logró tamizar un total de 8,888 personas, de los cuales se evidencian 323 casos positivos, de éstos casos se observa que, (182 personas son víctimas de violencia familiar y maltrato infantil, 36 casos de trastorno depresivo, 94 casos consumo de alcohol y 3 casos de síndrome psicótico), tal como se presenta en el Anexo (1). De los 323 Casos positivos detectados en el 2018, se atendieron 272 usuarios quedando una brecha del 15.7% de la población que presenta problemas de salud mental que no ha sido atendido.

El plan de intervención de enfermería en el cuidado y rehabilitación de pacientes con trastornos mentales moderados y severos, tiene como finalidad dar respuesta a las necesidades de las personas con enfermedad mental y problemas psicosociales, ya sea en el ámbito individual, familiar, comunitario.

## Capítulo II Marco Teórico

### 2.1 Antecedentes

#### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

MADOZ, A; BALLESTEROS, J.C; LEIRA, M, Y GARCÍA, E. (2017), Revista española de salud pública, España. Realizaron el estudio de revisar los programas de gestión del trastorno mental grave en el adulto y de los centros de salud mental. **“Enfoque de la Atención integral a los pacientes con Trastorno mental grave treinta años después de la Reforma Psiquiátrica”**. **Objetivo** es desarrollar el desempeño de los diferentes roles de su vida integral como ciudadanos. En la misma ruta, optimizar la salud física de la persona, beneficiar su empoderamiento y evitar la iatrogenia. **Conclusión** es indispensable una observación de los medios sanitarios y sociales, un mayor protagonismo de los usuarios con trastorno mental grave en la clasificación de los Planes de continuidad y avanzar a partir de lo multiprofesional hacia lo interdisciplinar , asimismo como brindar una atención holística, con el fin de no desatender la globalidad particular del usuario. A partir de la gestión y la falta de los recursos, será dificultoso establecer un abordaje apropiado para el trastorno mental grave si no se crea un plan específico de atención a la patología menor. Como moción a debatir cabría plantearse un programa de cuidado que incluyera a Servicios Sociales, atención primaria y salud mental. En cuanto, lo preventivo, centrada en atención primaria y con la intervención de los otros recursos citados, que valorara la petición y las intervenciones a desarrollar puede hacer un buen primer camino que guie hacia futuros proyectos e integraciones más ambiciosas. De este modo se facilitaría una mayor eficacia y racionalidad de los recursos (22).

TRICAS , J.M. (2015), en la Universidad de Zaragoza España realizaron el siguiente estudio **“Rehabilitación en la comunidad de personas con trastorno mental grave (TMG): La recuperación a través de su inclusión”**. **Objetivo** es profundizar en la realidad actual de las personas con Trastorno Mental Grave, reconocer los mediadores sociales que acompañan al individuo enfermo en su proceso de rehabilitación observar la vigencia del estigma relacionado a la enfermedad mental, plantear protocolos de acción que puedan desarrollar el presente modelo de atención comunitaria. **Metodología** cuantitativo que permitan explicar los datos estadísticos y cualitativos que nos permitan profundizar el problema de los componentes sociales. Recogida de datos. Consiste en efectuar las entrevistas en profundidad dirigidas a construir las historias de vida y en diseñar las encuestas dirigidas a elaborar la imagen social de las personas con trastorno mental grave. **Conclusión** en una deliberación final sobre el progreso y aportaciones de este proyecto, propuesta concreta de crecimiento para el actual sistema de atención a la salud mental de Huesca con una clara disposición hacia los principios de la rehabilitación (23).

ANDRADE, M, CADENA, M, ALVARADO, D. (2019), en un instituto psiquiátrico de la ciudad de Quito, realizaron el siguiente estudio **“Cuidados paliativos en pacientes con trastornos mentales severos”**. **Objetivo** fue investigar la integralidad y los conocimientos relacionado a los cuidados que el profesional del área de enfermería ofrece a los pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito. Metodología de nivel descriptivo, con enfoque mixto, método deductivo y diseño no experimental. Se administró un sondeo al profesional de enfermería y se completó una ficha de observación. La muestra

estuvo conformada por el total de enfermeras que labora en el centro, 16 miembros, entre licenciados y auxiliares. La colaboración del personal fue voluntaria. De modo que se incluyó a los pacientes que se encontraban en el Instituto durante la ampliación de la investigación, siendo un total de 22. Los criterios cualitativos de la observación se basaron en el conocimiento y las destrezas necesarias que se esperan en el desempeño del profesional. **Conclusión** el resultado del actual estudio demuestra la importancia de reunir contenidos y técnicas para el manejo de los síntomas de los pacientes que presentan trastornos mentales severos (TMS), con particular cuidado en aquellos en estado de encierro. Del mismo modo se determinó que se debe tener en cuenta las necesidades emocionales y afectivas del paciente, en su último ámbito de vida. Adicionalmente, los hallazgos muestran el nivel de consciencia del personal y de obtener nuevas competencias (24).

PELAGALLO N, (2019), realizo el siguiente estudio en Quito. **“Evaluación del perfil de discapacidad desde la perspectiva de las limitaciones en la actividad en personas con trastornos mentales graves”**. **Objetivo** evaluar el perfil de discapacidad a partir de la perspectiva de las limitaciones en la actividad en personas con trastornos mentales graves, para lo cual se utilizó el instrumento por la CIF denominada WHODAS 2.0. Tesis que se fundamentó en el Modelo Biopsicosocial planteado por Engel, el cual menciona que el cuidado sanitario debe ser asequible para todas las personas con discapacidad y a sus familias, garantizando asimismo la plena participación social y corresponsabilidad del estado. **Metodología** es cuantitativa, descriptiva, de representación no experimental que

se realizó con los instrumentos Mini Mental para conocer el deterioro cognitivo de las personas con Trastorno Mental Grave y la entrevista diagnóstica Mini que explora los principales trastornos psiquiátricos, la muestra de exploración fue por el método no probabilístico con un total de 300 personas, entre 18 y 65 años, con Trastorno Mental Grave en contacto con los servicios de Psiquiatría y Salud Mental de los Hospitales adscritos a la zona 9 del Distrito Metropolitano de Quito. **Conclusión** las limitaciones en la actividad con más problema de discapacidad son la comprensión y la comunicación provocando daño claro en el desempeño y actuación de las actividades cotidianas. La movilidad evidencia limitación para satisfacer las necesidades básicas de toda persona, Por otro lado, el dominio cuidado personal es el que menos dificultad pudo evidenciarse, debido a que sus familias y demás personas que se encuentran al cuidado de ellas promueven e incentivan realzar la autoestima y el amor propio mediante el cuidado de su aspecto personal y emocional. El dominio con más compromiso a nivel funcional es el dominio cognición evidenciando así una marcada discapacidad en la persona para desenvolverse por sí dentro de los diferentes contextos que la sociedad exige (25).

CASTRO, E.S, CARDONA , L.M (2019), Bogotá, realizo el siguiente estudio “**Modelo explicativo de discapacidad en población con trastornos mentales graves atendida en una institución especializada**”, **Objetivo** establecer un modelo explicativo de la discapacidad en personas con Trastorno Mental Grave, atendidas en una institución de nivel secundario en Cali (Colombia), apoyado en factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales. **Metodología** estudio exploratorio, observacional,

de corte transversal, para establecer la prevalencia y narrar la contribución de variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales en un modelo explicativo de discapacidad en personas con trastornos mentales graves que asisten a servicios de salud mental y psiquiatría de una institución especializada de Cali (Colombia). El 65,9 % de la muestra presenta algún grado de discapacidad; el 46,2 %, discapacidad moderada; el 19,4 %, discapacidad severa; y el 0,4 %, discapacidad extrema. El modelo explicativo incluye el aporte de variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. **Conclusión** demuestra que la continuidad de discapacidad en la población con Trastorno Mental Grave es recurrente, y al parecer poco estudiado, vinculando el desempeño a partir de la vida diaria. Los resultados de la investigación permiten reconocer el aporte de factores personales y ambientales en la discapacidad experimentada por esta población en Cali (26).

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

RUIZ M, C.E. (2018). En la universidad de Cajamarca, para optar el grado de bachiller en medicina humana, realizaron el siguiente estudio, "Afrontamiento familiar frente a trastornos mentales grupo Compartiendo por la salud mental – Cajamarca". El objetivo es Describir el afrontamiento familiar frente a trastornos mentales de la familia del paciente del grupo "Compartiendo por la Salud Mental. **Metodología** la población de estudio estará conformada por los familiares del grupo "Compartiendo por la Salud Mental Cajamarca". La muestra estará conformada por 25 familiares responsables y su nivel de afrontamiento frente a trastornos mentales. Las técnicas aplicadas para la recolección de información que se utilizarán en

la presente investigación serán la entrevista y el cuestionario sobre afrontamiento familiar. **Conclusión** mediante este estudio se refuerza el conocimiento de que la familia es el núcleo de cuidado significativo y que la búsqueda de apoyo ya sea espiritual, formal o social son el común denominador en los participantes del estudio realizado. La asistencia a grupos de autoayuda mejora el afrontamiento familiar, grupos de apoyo como el que ha sido estudiado brindan un aporte de gran importancia con sus acciones dirigidas a intervenciones destinadas a disminuir la carga del familiar responsable, para que la convivencia continúe de una manera positiva (27).

### **2.1.3 Antecedentes Locales**

Los antecedentes nos contribuyen al estudio a nivel local, siendo una guía para investigar sobre: “Intervención de enfermería en el cuidado y rehabilitación de pacientes con trastornos mentales moderados y severos del centro de salud mental comunitario allin kawsay curahuasi; abancay – 2019, dejando un precedente en este tema, puesto que hasta la actualidad no se han realizado este tipo de estudios en la población de curahuasi.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **▪ Teoría Psicodinámica de Peplau**

*“La enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia” (28).*

Describe seis papeles:

**Papel de extraño**, Peplau afirma que el enfermero y el paciente no se conocen, no se debe prejuizar al paciente, sino aceptarle tal como es (28).

**Papel como persona a quien recurrir**, el enfermero explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados (28).

**Papel docente**, es una combinación de todos los papeles , conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información (28).

**Papel conductor**, el enfermero ayuda al paciente a través de una relación de cooperación y participación activa (28).

**Papel de sustituto**, el paciente asigna al enfermero un papel de sustituto, crean sentimientos en el paciente que reactivan la relación anterior (28).

**Papel de asesoramiento**, tiene más importancia en la enfermería psiquiátrica. Se manifiesta empleando, principios y métodos hacia la resolución de los problemas interpersonales (28).

Metaparadigmas en enfermería

**Persona**: Peplau refiere el hombre es un organismo que vive en un equilibrio inestable (28).

**Salud**: Peplau define la salud “son procesos humanos en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva” (28).

**Entorno**: Peplau define las condiciones generales que normalmente determinan la salud incluyen siempre el proceso interpersonal cuya esencia es la relación humana entre un individuo enfermo o algún servicio de salud (28). Esta teoría permite que los profesionales de

enfermería puedan explorar los sentimientos y conductas propias, frente a la enfermedad, y permitan ser partícipes de su cuidado (28).

▪ **Teoría de Virginia Henderson 14 Necesidades Fundamentales Humanas**

*«Las enfermeras deben de alguna forma ponerse en la piel de cada enfermo para conocer qué clase de ayuda necesita de ella. La enfermera es transitoriamente la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado...» lo que confiere un campo de responsabilidades propio, los cuidados de la salud (29).*

Los conceptos meta paradigmáticos que Virginia Henderson plantea:

**Persona:** la persona necesita de la protección para alcanzar la salud y autonomía o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad, influible por el cuerpo y por la mente (29).

**Entorno:** lo relaciona con la familia, abarcando a la sociedad y su compromiso para proporcionar cuidados. La salud puede hallarse afectada por factores: Físicos: aire, temperatura, sol, etc. Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia (29).

**Salud:** El individuo debe funcionar con independencia en correlación con las catorce necesidades básicas (29).

Necesidades Fundamentales Humanas según V. Henderson.

Necesidad 1: Respirar normalmente.

Necesidad 2: Comer y beber de forma adecuada.

Necesidad 3: Eliminar los desechos corporales.

Necesidad 4: Moverse y mantener una postura adecuada.

Necesidad 5: Dormir y descansar.

Necesidad 6: Elegir la ropa adecuada.

Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal.

Necesidad 8: Mantener la higiene corporal.

Necesidad 9: Evitar los peligros del entorno.

Necesidad 10: Comunicarse con los otros.

Necesidad 11: Actuar con arreglo a la propia fé.

Necesidad 12: Trabajar para sentirse realizado.

Necesidad 13: Participar en diversas formas de entretenimiento.

Necesidad 14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

**Enfermería:** busca la autonomía de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería (29).

#### ▪ **La Teoría Humanística de Paterson y Zderad**

Las acciones que se realizan como el cuidado humanístico, al individuo con enfermedad mental deben ir mas allá de la realización de procedimientos técnicos, involucrando a la persona, y el compromiso emocional, los cuales requieren de la presencia activa de la enfermera. El encuentro entre enfermera y persona será para poder conocer e interiorizar las experiencias de la vida del otro (30).

#### ▪ **Modelo de Joyce Travelbee de Relación Persona a Persona**

*“Un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera profesional ayuda a una persona familia o comunidad con el objeto de promover la salud Mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y si es necesario contribuye a descubrir un sentido en esas experiencias”*(31). La teoría de Travelbee: La relación enfermera - paciente se establece después de cinco fases que se enlazan (31):

**Fase del encuentro original:** Cuando la enfermera tiene un primer contacto con el paciente. Se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimientos, tienden a establecer los comportamientos y reacciones hacia él. La observación, las percepciones, al ser valoradas o juzgadas, forma el cimiento de la subsiguiente regla de interacción (31).

**Fase de identidades Emergentes:** La enfermera empieza a implantar una relación, a percibir al otro más como un ser humano único. El paciente empieza a observar a la enfermera como distinto (31).

**Fase de empatía:** Uno de los requisitos para desplegar la empatía es el deseo de conocer o entender a la otra persona, que puede verse motivado por el deseo de ayudarlo (31).

**Fase de simpatía:** va más allá de la empatía y surge para aliviarle el estrés (31). Se comparte los sentimientos o intereses de otro (31). Es una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda, la empatía y la simpatía que permitirán hacer uso de la experiencia personal para comprender y considerar la experiencia de los otros (31).

**Fase de Termino:** Es un desarrollo de experiencias, interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro (31). Este vínculo se caracteriza ya que la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos (31).

## 2.3 Marco Conceptual

### Depresión

*Las personas que sufren depresión experimentan una variedad de síntomas, como un estado de ánimo deprimido persistente o pérdida de interés y placer durante al menos dos semanas (32).*

Las personas con depresión tienen considerables dificultades en su actividad cotidiana en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otro tipo (32). Muchas personas con depresión de igual forma padecen síntomas de ansiedad y síntomas somáticos sin explicación médica discernible (32).

### ✚ Etiología

La depresión es un trastorno de causa desconocida (33). Es de carga hereditaria y está demostrado que hay evidencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales serotonina, noradrenalina y dopamina así mismo se considera factores predisponentes (33). Existen factores determinantes, relacionados con la figura que tuvo en la etapa de la infancia considerada dentro o fuera de la familia (33). Otros factores desencadenantes que pueden llegar a producir una rotura emocional, los más comunes son: maltrato continuo, abuso sexual, pérdida de un ser querido cercano, pérdidas materiales, entre otros (33).

### ✚ Fisiopatología

Distintas son las circunstancias de naturaleza fisiológica que pueden influir en las personas, a través de cambios a nivel del funcionamiento neurofisiológico y bioquímico, estos cambios dan lugar a la manifestación de síntomas depresivos, sin embargo al igual que ocurre con el tema de la etiopatogenia, no hay una definición clara de la situación (33).

## ✚ Factores de riesgo asociados

- Estilos de vida
- Factores hereditarios

## ✚ Evaluación

Manifestaciones comunes de la depresión:

- *Múltiples síntomas físicos persistentes sin causa clara (32).*
- *Escasa energía, fatiga, alteraciones del sueño (32).*
- *Tristeza o estado de ánimo deprimido persistentes, ansiedad (32).*
- *Perdida de interés o placer en actividades que son normalmente placenteras (32).*

¿Ha tenido la persona al menos uno de los siguientes síntomas básicos de la depresión durante al menos dos semanas?

- *Estado de ánimo deprimido persistente (32).*
- *Marcada disminución del interés o placer en realizar actividades antes disfrutadas (32).*

¿Tiene o tuvo la persona varios de los otros síntomas siguientes durante al menos dos semanas?

- *Alteraciones del sueño o dormir demasiado (32).*
- *Cambio significativo del apetito o el peso (disminución o aumento) (32).*
- *Creencia de que carece de méritos o de una culpabilidad excesiva (32).*
- *Fatiga o pérdida de energía (32).*
- *Disminución de la concentración (32).*
- *Indecisión (32).*
- *Agitación observable o inquietud, física (32).*
- *Habla o se mueve más lentamente de lo usual (32).*
- *Desesperanza (32).*
- *Pensamientos o actos suicidas (32).*

¿Es una enfermedad física que puede asemejarse a la depresión o exacerbarla?

¿Hay signos y síntomas que sugieran la presencia de anemia, desnutrición, hipotiroidismo, alteraciones del estado de ánimo por el consumo de sustancias y efectos secundarios de medicamentos (por ejemplo, alteraciones del estado de ánimo por el consumo de esteroides)?

- *Si presentara alguna enfermedad física, primero se trata la enfermedad (32).*

¿Persisten los síntomas depresivos después del tratamiento?

- *Si es no, no es necesario ningún tratamiento (32).*

- *Si es sí. Se busca algún antecedente de manía (32).*

¿Hay antecedentes de Manía?

- *Elevación del estado de ánimo o irritabilidad (32).*

- *Disminución de la necesidad de sueño (32).*

- *Mayor actividad, sentimiento de mayor energía, la persona habla en demasía o con gran rapidez (32).*

- *Comportamientos impulsivos o imprudentes, como gastar dinero excesivamente, tomar decisiones importantes sin reflexionar y cometer indiscreciones sexuales (32).*

- *Pérdida de inhibiciones sociales normales que da lugar a comportamientos inapropiados (32).*

- *Se distrae fácilmente (32).*

- *Muestra una autoestima exacerbada sin una justificación real (32).*

*Es probable que sea un Episodio Depresivo en el Transtorno Bipolar corren el riesgo de padecer manía y el tratamiento es diferente (32).*

¿Ha sufrido una pérdida importante (por ejemplo, duelo por el fallecimiento de un allegado) dentro de los seis últimos meses?

¿Está presente alguno de los síntomas siguientes?

- *Ideación suicida (32).*
- *Creencia de que carece de méritos (32).*
- *Síntomas psicóticos (32).*
- *Habla o se mueve más lentamente de lo normal (32).*

¿Hay trastornos mentales prioritarios concurrentes?

- *Investigue si existen trastornos mentales concurrentes (32).*

*Las personas con depresión corren un mayor peligro de sufrir la mayoría de los restantes trastornos mentales prioritarios. Evalúe al paciente para detectar trastornos por el consume de sustancias psicoactivas (32).*

- *Descartar riesgo inminente de suicidio (32).*

## Manejo

### Protocolo 1 : Depresión

- *Proporcione psicoeducación a la persona y a sus cuidadores (32).*
- *Reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales (32).*
- *Promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias y en la vida de la comunidad (32).*
- *Considere la administración de antidepresivos (32).*
- *Considere la derivación del paciente para que reciba apoyo psicológico breve: activación conductual, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal y orientación para la resolución de problemas (32).*
- *No se trata los síntomas con tratamientos ineficaces, por ejemplo, inyecciones de vitaminas (32).*
- *Efectué un seguimiento periódico (32).*

### Protocolo 2: Depresión en el Trastorno Bipolar

- *Se dispone de inmediato de un especialista, continúe el tratamiento para la depresión. Sin embargo nunca recete*

*antidepresivos solos sin un estabilizador del estado de ánimo como el litio, la carbamazepina o el valproato, por que los antidepresivos pueden conducir a la manía en personas con trastorno bipolar (32).*

- *Si se presentaran síntomas de manía, dígale a la persona y a los cuidadores que suspendan de inmediato el antidepresivo y regresen para recibir ayuda (32).*

Niño/Adolescentes:

- *Para el tratamiento de la depresión en niños/adolescentes no considere recetar un tratamiento farmacológico como tratamiento de primera línea (32).*
- *No recete un tratamiento farmacológico a niños menores de 12 años (32).*
- *Brinde orientación sobre el bienestar del niño o el adolescente (32).*
- *Proporcione psicoeducación a la persona y sus cuidadores (32).*
- *Proporcione apoyo a los cuidadores (32).*
- *Póngase en contacto con los profesores y otro personal escolar y comunidad (32).*
- *Evalúe y trate los factores estresantes, reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales (32).*
- *Considere ofrecer formación en habilidades para padres, cuando sea factible (32).*
- *Considere la derivación a otro servicio para la intervención conductual o la terapia interpersonal (32).*
- *Cuando las intervenciones psicológicas resultan ineficaces, consulte a un especialista sobre el tratamiento con fluoxetina (ningún otro inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina [ISRS] ni antidepresivos tricíclicos [ATC]) (32).*
- *Asegure el seguimiento apropiado con sesiones una vez al mes o más frecuentes, de ser necesario (32).*

## Mujeres durante el Embarazo y la Lactancia

- *Evite usar antidepresivos en el primer trimestre de embarazo (32).*
- *Si la paciente no responde al tratamiento psicológico, considere la posibilidad de usar con precaución la dosis eficaz más baja de los antidepresivos (32).*
- *Si la mujer está amamantando, evite los medicamentos de acción prolongada, como la fluoxetina (32).*

## Intervención Farmacológica

### **Amitriptilina (antidepresivo tricíclico [ATC])**

#### **Dosificación:**

- *Comience con 25 mg a la hora de acostarse (32).*
- *Aumente de 25-50 mg por semana a 100-150 mg por día (hasta 300 mg como máximo) (32).*
- *Nota: La dosis eficaz mínima en los adultos es de 75 mg. Se puede ver sedación con dosis inferiores (32).*
- *Adultos mayores/personas con enfermedad física: Comience con 25 mg a la hora de acostarse y aumente a 50-75 mg diarios (hasta 100 mg como máximo) (32).*
- *Niños/adolescentes: No la use (32).*

#### **Efectos Secundarios:**

- *Comunes: sedación, hipotensión ortostática (riesgo de caída), visión borrosa, dificultad para orinar, náuseas, aumento de peso, disfunción sexual (32).*
- *Graves: alteraciones electrocardiográficas (por ejemplo, prolongación del intervalo QT), arritmia cardíaca, aumento del riesgo de padecer una crisis convulsiva (32).*

### **Contraindicaciones**

- *Evite recetarla a personas con enfermedades cardíacas, antecedentes de crisis convulsivas, hipertiroidismo, retención urinaria o glaucoma de ángulo estrecho y trastorno bipolar (se puede desencadenar manía en personas con trastorno bipolar sin tratar) (32).*
- *La sobredosis puede causar crisis convulsivas, arritmia cardíaca, hipotensión, coma o la muerte (32).*
- *Las concentraciones de amitriptilina pueden aumentar con los medicamentos antimaláricos, como la quinina (32).*

### **Fluoxetina (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina [ISRS])**

#### **Dosificación**

- *Comience con 10 mg por día durante una semana, luego aumente a 20 mg por día. Si no hay ninguna respuesta en 6 semanas, aumente a 40 mg (80 mg como máximo) (32).*
- *Adultos mayores/personas con enfermedad física: es la opción preferida. Comience con 10 mg por día, luego aumente a 20 mg (40 mg como máximo) (32).*
- *Adolescentes comience con 10 mg por día. Aumente a 20 mg por día si no hay respuesta en 6 semanas (40 mg como máximo) (32).*

#### **Efectos Secundarios**

- *Comunes: Sedación, insomnio, cefalea, mareos, molestias gastrointestinales, alteración del apetito y disfunción sexual (32).*
- *Graves: alteraciones de la coagulación en las personas que usan aspirina u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, niveles bajos de sodio (32).*

### **Contraindicaciones**

- *Tome precauciones cuando se trata de personas con antecedentes de crisis convulsivas (32).*
- *Interacciones medicamentosas: Evite la combinación con warfarina (puede aumentar el riesgo de hemorragias). Pueden aumentar las concentraciones de ATC, antipsicóticos y betabloqueadores (32).*
- *Tome precauciones cuando se usa en combinación con tamoxifeno, codeína y tramadol (reduce el efecto de estos medicamentos) (32).*

## **Psicosis**

Las psicosis se determinan por la distorsión del pensamiento y de la percepción y por la perturbación de las emociones y los comportamientos (32). La persona suele manifestar un lenguaje incoherente o ilógico (32). Así mismo, se pueden detectar síntomas como alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen); estados delirantes (creencias falsas fijas); anormalidades graves de la conducta (comportamiento desorganizado, agitación, excitación, inactividad o hiperactividad); alteraciones de las emociones (apatía pronunciada o incoherencia entre la emoción que la persona señala y la que se observa en la expresión facial y el lenguaje corporal) (32). Los trastornos bipolares se asocian a estados de ánimo y actividad de la persona significativamente alterados (32). En algunas circunstancias consiste en una elevación del estado de ánimo y un aumento de la energía y la actividad (manía) y, en otros casos, en una caída del estado de ánimo y una reducción de la energía y la actividad (depresión) (32). Habitualmente, la recuperación es completa entre un episodio y otro (32). Las personas que sufren episodios maníacos también se incluyen en la categoría de los trastornos bipolares (32).

## **Etiología**

La psicosis puede ser dividida en dos partes importantes:

**Psicosis Orgánica o Secundaria:** Existe un daño en el tejido cerebral o hay evidencia de alguna enfermedad que pueda estar relacionada y explicar los síntomas (34).

**Psicosis funcionales o primarias:** Se produce por disfunciones neuroquímicas que interfieren con las conexiones interneuronales, intrasináptico comprometiendo toda la red neuronal (34). Los factores genéticos cumplen un papel importante en la causa de la psicosis (34). A través de neuroimágenes y bioquímicas existen

alteraciones a nivel de los neurotransmisores (34). Las psicosis estudiada desde el punto de vista biomédico son las esquizofrenias y los trastornos bipolares (no siempre son acompañados por síntomas psicóticos) (34).

### **Fisiopatología**

No es conocida a detalle, sin embargo, los avances psicofarmacológicas, estudios post – mortem y con neuroimágenes hechos en pacientes con psicosis esquizofrénica, existe evidencia de una desorganización del Sistema dopaminérgico, tiene una relación con el Sistema de serotonina y el glutamato (34).

### **Evaluación**

¿Se Han presentado simultáneamente varios de los síntomas mencionados a continuación y Han durado al menos una semana con gravedad suficiente para interferir considerablemente en el trabajo y las actividades sociales o requerir reclusión u hospitalización?

- *Estado de ánimo elevado o irritable (32).*
- *Disminución de la necesidad de sueño (32).*
- *aumento de la actividad, sentimiento de mayor energía, habla mucho o con rapidez (32).*
- *Pérdida de inhibiciones sociales normales, como indiscreciones sexuales (32).*
- *Comportamientos impulsivos o temerarios, como gastos de dinero excesivos toma de decisiones importantes sin reflexionar (32).*
- *Se distrae fácilmente (32)*
- *Aumento injustificado de la autoestima (32).*

¿Sufre la persona de psicosis?

¿Tiene la persona al menos dos de los síntomas siguientes?

- *Estados delirantes, creencias fijas falsas no compartidas por otros en*

*la cultura de la persona (32).*

- *Alucinaciones, oye voces o ve cosas que no existen (32).*
- *Lenguaje o conducta desorganizados, por ejemplo, habla incoherente o ilógicamente, como murmurar o reírse solo, apariencia extraña, signos de descuido de sí mismo o apariencia descuidada (32).*

## Manejo

### Protocolo 1: Episodio Maniaco en el trastorno bipolar

- *Proporcione **psicoeducación** a la persona y los cuidadores (32)*

#### **Intervención farmacológica.**

**Si el paciente está siendo tratado con antidepresivos, DESCONTINÚE la medicación para prevenir un mayor riesgo de manía (32).**

**Empiece el tratamiento con litio, valproato, carbamazepina o antipsicóticos. Considere usar benzodiazepina a corto plazo (2 a 4 semanas como máximo) para el trastorno conductual o la agitación (32).**

- *Promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias (32).*
- *Garantice la seguridad de la persona y la seguridad de otros (32).*
- *Efectúe un seguimiento periódico (32).*
- *Apoye la rehabilitación en la comunidad (32).*
- *Reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales (32).*

### Protocolo 2: Psicosis

- *Proporcione **psicoeducación** a la persona y a los cuidadores (32).*
- *Empiece la medicación antipsicótica (32). Se inicia con dosis bajas a fin de reducir el riesgo de padecer efectos secundarios (32).*
- *Promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias (32).*
- *Garantice la seguridad de la persona y la seguridad de otros (32).*
- *Efectúe un seguimiento periódico (32).*
- *Apoye la rehabilitación en la comunidad (32).*
- *Reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales (32).*

## Medicación antipsicóticos (32)

### Haloperidol

#### Dosificación:

- **Comience con 1,5-3 mg/día (32).**
- **Aumente según sea necesario (hasta 20 mg/ día como máximo) (32).**
- **Vía de administración:** oral o intramuscular (i.m.) (32).

#### Efectos Adversos

- **Comunes:** sedación, mareo, visión borrosa, sensación de sequedad en la boca, retención urinaria, estreñimiento (32).
- **Graves:** hipotensión ortostática, efectos secundarios extrapiramidales, alteraciones electrocardiográficas (intervalo QT prolongado), aumento de peso, galactorrea, amenorrea, síndrome neuroléptico maligno (32).

#### Contraindicaciones

- **Precaución en los pacientes con:** enfermedades renales, hepatopatías, cardiopatías, síndrome del intervalo QT prolongado o que toman medicamentos que prolongan el intervalo QT. Monitoreo de los ECG si es posible (32).

### Risperidona

#### Dosificación

- **Comience con 1 mg/día (32).**
- **Aumente a 2-6 mg/día (hasta 10 mg como máximo) (32).**
- **Comience con 1 mg/día (32).**
- **Aumente a 2-6 mg/día (hasta 10 mg como máximo) (32).**
- **Vía de administración:** oral (32).

### **Efectos Adversos**

- **Comunes:** sedación, mareo, taquicardia (32).
- **Graves:** hipotensión ortostática, efectos metabólicos (aumento de lípidos, resistencia a la insulina, aumento de peso), efectos secundarios extrapiramidales, prolactina elevada, disfunción sexual, síndrome neuroléptico maligno (32).

### **Contraindicaciones**

- **Precaución en los pacientes con:** cardiopatías (32).
- **Precaución en los pacientes con:** cardiopatías (32).
- **Interacciones medicamentosas:** la carbamazepina puede reducir los niveles de risperidona, mientras que la fluoxetina puede aumentar esos niveles (32).

### **Clorpromazina**

#### **Dosificación**

- **Comience con 25-50 mg/día** (32).
- **Aumente a 75-300 mg/día** (hasta 1.000 mg pueden ser necesarios en los casos graves) (32).
- **Vía de administración:** oral (32).

### **Efectos Adversos**

- **Comunes:** sedación, mareo, visión borrosa, sensación de sequedad en la boca, retención urinaria, estreñimiento, taquicardia (32).
- **Graves:** hipotensión ortostática, síncope, efectos secundarios extrapiramidales, fotosensibilidad, aumento de peso, galactorrea, amenorrea, disfunción sexual, priapismo, síndrome neuroléptico maligno, agranulocitosis, ictericia (32).

### **Contraindicaciones**

- *Pérdida de conciencia, depresión de la médula ósea, feocromocitoma (32).*
- **Precaución en los pacientes con:** *enfermedades respiratorias, enfermedades renales, hepatopatías, glaucoma, retención urinaria, cardiopatías (32).*

### **Interacciones medicamentosas:**

- *Aumenta los efectos de los medicamentos para disminuir la presión arterial (32).*
- *Baja la presión arterial si se combina con la epinefrina (32).*
- *Aumenta los efectos de los medicamentos para disminuir la presión arterial (32).*
- *Baja la presión arterial si se combina con la epinefrina (32).*
- *Los niveles en sangre pueden ser mayores cuando se toman medicamentos antimaláricos como la quinina (32)*

## **Trastorno por el Consumo de Sustancias**

*Los trastornos por el consumo de sustancias incluyen tanto trastornos debidos al consumo de alcohol y otras drogas como ciertos padecimientos, como la intoxicación aguda, la sobredosis y los síntomas de abstinencia (32).*

La **INTOXICACIÓN AGUDA** es un trastorno transitorio posterior a la ingesta de una sustancia psicoactiva, que provoca alteraciones de la conciencia, la cognición, la percepción, la afectividad o la conducta (32).

La **SOBREDOSIS** es el consumo de cualquier medicamento en tal cantidad que se producen agudos efectos físicos o mentales adversos (32).

La **ABSTINENCIA** es la experiencia de un conjunto de síntomas desagradables después de la cesación o la reducción abrupta del uso de una sustancia psicoactiva. Los síntomas de abstinencia son, esencialmente, opuestos a los producidos por la propia sustancia (32).

El **CONSUMO PERJUDICIAL** es un patrón de consumo de sustancias psicoactivas que daña la salud. El daño puede ser físico, por ejemplo, una hepatopatía, o mental, como los episodios de trastorno depresivo. Está a menudo asociado con consecuencias sociales, por ejemplo, problemas familiares o laborales (32).

La **DEPENDENCIA** se caracteriza por un ansia irreprimible de consumir la sustancia y una pérdida del control de su consumo. Está a menudo asociada con niveles más altos de uso de sustancias y la presencia de un estado de abstinencia con la cesación del consumo (32).

## Evaluación.

Manifestaciones de los casos de urgencia por trastornos debidos al consumo de sustancias:

- **Intoxicación con alcohol:** *olor a alcohol en el aliento, dificultad para articular palabras, comportamiento desinhibido; alteración del estado de conciencia, de la cognición, la percepción, la afectividad o el comportamiento (32).*
- **Sobredosis de opiáceos:** *la persona no responde o la respuesta es mínima, tiene una frecuencia respiratoria lenta, pupilas diminutas (32).*
- **Abstinencia de alcohol u otro sedante:** *temblor en las manos, sudor, vómitos, aumento del pulso y la presión arterial, agitación, cefalea, náuseas, ansiedad; crisis convulsivas y confusión en los casos graves (32).*
- **Intoxicación con estimulantes:** *pupilas dilatadas, excitación, pensamientos desenfrenados, pensamiento desordenado, comportamiento extraño, consumo reciente de sustancias psicoactivas, pulso y presión arterial elevados, comportamiento agresivo, errático o violento (32).*
- **Delirio asociado con el uso de sustancias:** *confusión, alucinaciones, pensamientos desenfrenados, ansiedad, agitación, desorientación, normalmente asociado a la intoxicación con estimulantes o a la abstinencia de alcohol (u otro sedante) (32).*

En caso se sospecha que sea un INTOXICACION CON SEDANTES (alcohol, opioids, otros sedantes).

- *Examine las vías respiratorias, la respiración, la circulación (32).*
- *Preste apoyo respiratorio inicial (32).*
- *Suministre oxígeno (32).*

Si la persona apenas responde o tiene insuficiencia respiratoria:

- *Atención de apoyo (32).*

- *Vigile los signos vitales (32).*
- *Coloque a la persona de costado para prevenir la aspiración (32).*
- *Suministre oxígeno si es factible (32).*
- *Considere proporcionar rehidratación por vía intravenosa, pero no le dé líquidos por vía oral mientras está sedada (32).*
- *Observe a la persona hasta que se haya recuperado totalmente o sea transportada al hospital (32).*

### **Evaluación**

*Pregunte acerca del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos psicoactivos de prescripción. Según el entorno y la manifestación, considere la posibilidad de preguntar acerca del uso de cannabis y otros consumos de sustancias (32).*

Evalué lo siguiente:

- A. **Frecuencia y cantidad del consumo.** *(Sugerencia - Pregunte: “¿Cuántos días por semana consume esta sustancia? ¿Qué cantidad consume al día?”) (32).*
- B. **Conductas perjudiciales.** *(Sugerencia - Pregunte: “¿Su consumo de sustancias psicoactivas le causa algún problema?”) (32).*
  - *Traumatismos y accidentes (32).*
  - *Conducir mientras está intoxicado (32).*
  - *Inyección de drogas, agujas compartidas, reutilización de las agujas (32).*
  - *Problemas en las relaciones como resultado del uso (32)*
  - *Actividad sexual mientras estaba intoxicado, que fue riesgosa o posteriormente lamentada (32).*
  - *Problemas legales o económicos (32).*
  - *Incapacidad para cuidar a los hijos en forma responsable (32).*
  - *Violencia hacia otras personas (32).*
  - *Desempeño deficiente en la educación o el empleo (32).*

- *Desempeño deficiente en las funciones sociales esperadas (por ejemplo, la crianza de los hijos) (32).*

¿Es probable la DEPENDENCIA?

Para cada sustancia psicoactiva consumida, pregunte acerca de las siguientes características de la dependencia:

- *Niveles altos de consumo frecuente de sustancia (32).*
- *Un **ansia intensa** o compulsión de consumir la sustancia (32).*
- *Dificultad para **autorregular** el consumo de esa sustancia a pesar de los riesgos y las consecuencias perjudiciales (32).*
- *Aumento de los niveles de tolerancia al consumir y presentar síntomas de abstinencia al interrumpir el consume (32).*

Consejo Clínico:

Los patrones de consumo de sustancias que indican dependencia incluyen:

**TABACO:** *fumar varias veces al día, a menudo comienza en la mañana (32).*

**ALCOHOL:** *más de 6 bebidas estándar por vez y consumo diario (32).*

**PASTILLAS DE PRESCRIPCIÓN:** *tomar una dosis de medicación mayor que la prescrita y mentir para conseguir recetas (32).*

**CANNABIS:** *al menos 1 g de cannabis al día (32).*

## Manejo

Protocolo 1: Consumo prejudicial de sustancia

- **Proporcione psicoeducación** y destaque que el grado o patrón de consumo de sustancias le está causando daños a la salud (32).
- Explore las motivaciones de la persona para consumir sustancias. Realice una entrevista motivacional (32).
- Aconseje abandonar por completo el consumo de la sustancia o consumirla en una cantidad no perjudicial, si la hay (32).
- Exprese su intención de apoyar a la persona para hacer esto. Pregúntele si está preparada para hacer este cambio (32).

- *Investigue las **estrategias para reducir o suspender por completo el uso de sustancias**, y las **estrategias para reducir el daño** (32).*
- *Aborde las necesidades alimentarias, de vivienda y laborales (32).*
- *Efectúe el seguimiento (32).*

#### Protocolo 2: Dependencia

##### **Si la persona es dependiente del alcohol:**

- *La cesación súbita del consumo de alcohol puede causar crisis convulsivas y delirio; sin embargo, si la persona está dispuesta a dejar de consumir bebidas alcohólicas, facilíteselo. Determine el entorno apropiado para cesar el consumo del alcohol y organice la desintoxicación durante la hospitalización, de ser necesario (32).*
- *Recomiende el consumo de tiamina en una dosis de 100 mg/día por vía oral (32).*

#### Protocolo 3: Abstinencia de alcohol

- *Proporcione un entorno lo más tranquilo y no estimulante posible, luminoso durante el día y suficientemente iluminado de noche para prevenir caídas si la persona despierta de noche (32).*
- *Garantice la ingestión adecuada de líquidos y que se satisfagan las necesidades de electrolitos, como el potasio y el magnesio (32).*
- **ABORDE LA DESHIDRATACIÓN:** *Mantenga la hidratación adecuada, incluida la hidratación por vía intravenosa de ser necesario, y promueva la ingesta oral de líquidos. Asegúrese de dar tiamina antes de la glucosa para evitar precipitar la encefalopatía de Wernicke (32).*

#### Prevención y tratamiento de la encefalopatía de Wernicke:

- *Los consumidores crónicos de alcohol corren el riesgo de sufrir la **encefalopatía de Wernicke**, un síndrome de deficiencia de tiamina caracterizado por confusión, nistagmo, oftalmoplejía (dificultad con los movimientos oculares) y ataxia (movimientos no coordinados) (32).*

- ***Para prevenir este síndrome, a todas las personas con una historia de consumo crónico de alcohol se les debe administrar tiamina en una dosis de 100 mg/diarios por vía oral. Administre la tiamina antes de administrar glucosa para evitar precipitar la encefalopatía de Wernicke (32).***

## **🚑 Intervención Farmacológica (32)**

### **Diazepam**

#### **Benzodiazepinas**

#### **Indicación**

- *Para tratar la abstinencia de alcohol, la intoxicación con estimulantes y la psicosis (32).*

#### **Dosificación**

- *10-20 mg para las características observables de la abstinencia de alcohol o de intoxicación con estimulantes, cada 2 horas hasta que ya no sean observables las características de abstinencia de alcohol o de intoxicación con estimulantes, o la persona está ligeramente sedada (32).*
- *Dosis inferiores (hasta 10 mg cuatro veces al día) para la abstinencia de alcohol en un entorno de pacientes ambulatorios (32).*

#### **Efectos Secundarios**

- *Sedación y depresión respiratoria que pueden ser en potencia mortales. El uso prolongado puede conducir a la dependencia (32).*

#### **Contraindicación**

- *No lo use en las personas que están sedadas. Tenga cuidado de la combinación con otros sedantes. Los pacientes no deben conducir. La duración del efecto puede ser prolongada en las personas con una*

*hepatopatía grave. Supervise la dosificación para reducir al mínimo el riesgo de desviación (por ejemplo, vender el medicamento a otra persona) (32).*

## **Tiamina (Vitamina B1)**

### **Vitaminas**

- *Para prevenir o tratar la encefalopatía de Wernick (32).*

### **Dosificación**

- *100 mg diarios por vía oral durante 5 días para prevenir la encefalopatía de Wernicke (32).*
- *100 mg—500 mg por vía intravenosa o intramuscular dos o tres veces al día durante 3-5 días, para tratar la encefalopatía de Wernicke (32).*

## **Metadona**

### **Agonistas Opioides**

- *Para tratar la abstinencia y la dependencia de opioides (32)*
- ***Abstinencia de opioides:*** *Dosis inicial de metadona de 20 mg, con una dosis complementaria de 5-10 mg 4 horas después, de ser necesario (32).*
- ***Mantenimiento con opioides:*** *dosis inicial de 10-20 mg con una dosis complementaria de 10 mg de ser necesario, aumentando la dosis diaria 5 a 10 mg cada pocos días de ser necesario, hasta que la persona ya no presente síntomas de abstinencia de opioides y no use opioides ilícitos. Mantenga la dosis hasta que esté preparado para cesar el tratamiento con agonistas opioides (32).*

### **Efectos Secundarios**

- *Sedación, confusión, náuseas, vómitos, estreñimiento, posibles cambios hormonales, disminución del deseo sexual, alteraciones*

*electrocardiográficas como intervalo QT prolongado o bradicardia, hipotensión, depresión respiratoria (32).*

**Contraindicación**

- *Úsela con cuidado en pacientes con enfermedad cardíaca o respiratoria (32).*

## 2.4 Definición de Términos

- **Enfermería:** Según la OMS define como: *“La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias.”* (35).
- **Intervenciones psicosociales individualizadas:** según la Guía de Continuidad de cuidados define como: *“En definitiva, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, apoyando su participación social en la comunidad de un modo lo más activo, normalizado e independiente”* (36).
- **Continuidad de Cuidado:** según la Guía de Continuidad de cuidados define como: *“Proceso asistencial longitudinal para usuarios. El objetivo es de superar o reducir los síntomas y discapacidades y de alcanzar el máximo nivel posible de autonomía personal y participación social”* (36).
- **Rehabilitación Psicosocial:** según la Norma Técnica de Salud de centros de Salud Mental define como: *“Destinado a personas con trastornos mentales con discapacidades, para recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, y promover su mantenimiento e integración en la comunidad, así como apoyar y asesorar a sus familias; cuentan con psicólogos”* (37).
- **Trastorno mental:** según la Organización Mundial de la Salud define como: *“Alteraciones en el proceso de razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad, las emociones o las relaciones con los demás. A esto se incluye los factores biológicos, sociales y psicológicos”* (38).

- **Trastorno mental grave:** según la Organización Mundial de la Salud define como: *“Una combinación de alteraciones del pensamiento, percepción, emociones, la conducta y las relaciones con los demás, tiene una duración superior a los 2 años o deterioro progresivo”* (39).
- **Salud mental:** según la Organización Mundial de la Salud define como: *“El estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, y puede trabajar de manera fructífera y contribuir con su comunidad”* (40).

## Capítulo III Plan de Intervención

### 3.1 Justificación

La salud mental está comprendida por los problemas psicosociales y los trastornos mentales y del comportamiento. Estos producen alteraciones en las relaciones entre las personas y su ambiente, por ejemplo: la violencia, la desintegración familiar, la desintegración comunitaria y social, la discriminación, entre otros.

En el año 2018, el Centro de Salud Mental Allin Kawsay, logró tamizar un total de 8,888 personas, de los cuales se evidencian 323 casos positivos con problemas de salud mental, de éstos casos se observa que, (182 personas son víctimas de violencia familiar y maltrato infantil, 36 casos de trastorno depresivo, 94 casos de trastorno de consumo de alcohol y 3 casos de síndrome psicótico), tal como se presenta en el Cuadro His Minsa Anexo (1). De los 323 Casos positivos detectados en el 2018, se atendieron 272 usuarios quedando una brechas del 15.7% de la población que presenta problemas de salud mental que no ha sido atendido (41).

De acuerdo a estos datos, observamos cómo se viene incrementando los casos positivos en el distrito de Curahuasi, lo cual representa datos alarmantes que dan a conocer que no toda la población tiene acceso a los servicios de salud mental, mucho menos a una atención individualizada, incluyendo un plan de cuidados que permita identificar los problemas de salud mental y el seguimiento oportuno.

Estos son los motivos por los cuales el centro de Salud Mental Comunitario “**ALLIN KAWSAY**” - Curahuasi el cual brinda una atención especializada netamente en salud mental con consultorios diferenciados por grupos etarios y problemas de salud mental,

incluyo la creación de un programa de continuidad de cuidados y rehabilitación ya que los usuarios no siempre cuentan con intervenciones que garanticen la continuidad de cuidados para el abordaje de los problemas y trastornos mentales a nivel comunitario. Fue una propuesta organizativa, dirigida a suministrar atención en la comunidad, a los usuarios con trastornos mentales moderados y severos en alto riesgo psicosocial y con mayor riesgo de recaídas, cuyo objetivo es mejorar la adherencia, autonomía, mejorar la funcionalidad de la persona y de quienes lo rodean y por ende su calidad de vida y la integración socio comunitaria.

Este trabajo académico está dirigido a personas que padecen los trastornos mentales severos o moderados, que estén en tratamiento, y cumplan los criterios de inclusión. y sus familias con alto riesgo psicosocial. Actualmente el Centro de Salud Mental cuenta con un programa de continuidad de cuidados y rehabilitación desde el año 2018. Se ha visto las experiencias exitosas que tiene el programa, y el equipo interdisciplinario que lo conforma y trabaja por la mejoría de la salud mental de nuestros usuarios y familiares. El programa de Plan de Continuidad de Cuidados y Rehabilitación, lleva más de un año y es importante dar a conocer el trabajo del programa que se viene realizando con nuestros pacientes. El logro de sus objetivos y el cumplimiento de sus actividades contribuirán a garantizar una vida sana y promover el bienestar para el individuo, familia y comunidad.

## **3.2 Objetivos**

### **3.2.1 Objetivo general**

Implementar intervención de enfermería en el cuidado y rehabilitación de pacientes con trastornos mentales moderados y severos del centro de salud mental comunitario Allin kawsay curahuasi; Abancay – 2019.

### **3.2.2 Objetivos Específicos**

- Sensibilizar al equipo interdisciplinario para el manejo de seguimiento del paciente.
- Brindar cuidados individualizados al paciente y familia.
- Mejorar la calidad de vida y promover la autonomía del paciente.
- Realizar el seguimiento domiciliario y evolución del paciente.
- Informar y educar al paciente y familia en la promoción de la salud mental.

### **3.2.3 Criterios de Inclusión al Programa**

- a. El ingreso al programa es por derivación de usuarios con diagnóstico moderado y grave con alto riesgo psicosocial según criterios de inclusión establecidos:
  - Edad: Mayores de 18 años.
  - Alto sufrimiento psíquico
  - Desvinculados o con riesgo de desvinculación con el servicio de salud mental
  - Mala adherencia a los tratamientos preescritos
  - Situación de conminación física

- Alteración en su funcionalidad
  - Dificultades importantes para su reinserción social.
  - Reingresos hospitalarios y constantes recaídas
  - Cuentan con escaso apoyo socio familiar
  - Que tenga un TMG. (Controlado)
  - Creencias culturales opuestas a un programa de tratamiento brindado
  - Persona de la calle / en abandono
- b. Enlace intra institucional con los servicios: urgencias, consultorios externos.
- c. Los profesionales de enlace de los diferentes servicios deben estar informados en relación a los criterios de inclusión de los beneficiarios y el uso de una ficha de Derivación emitido por el profesional. Esta acción se desarrollara en forma coordinada para lo cual se hace necesario reuniones con los profesionales de enlace en forma periódica.
- d. Al recepcionar la derivación del usuario y revisar que cumpla con los criterios establecidos, el usuario es ingresado al programa.
- e. Una vez ingresado al programa, el usuario estará a cargo del equipo interdisciplinario (medico, psiquiatra, enfermera, psicólogo, trabajador/a social), y se le designara a la enfermera como tutora y cotutora del caso.

### **3.3 Metas**

Al culminar el plan de intervención se alcanzará un 90% de mejoría en el cuidado y rehabilitación de pacientes con trastornos mentales moderados y severos del centro de salud mental comunitario Allin kawsay Curahuasi; Abancay – 2019.

### 3.4 Programación de Actividades

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Reuniones de coordinación con el equipo interdisciplinario.	Reunión realizada para la implementación del programa de plan de continuidad y cuidados y rehabilitación.	Equipo interdisciplinario capacitado y comprometido	90% de profesional capacitado	Agosto	Coordinadora del Programa Lic. Enf. Susan M. Rivera Garay
Reuniones de evaluación de equipo.	Equipo participa en la evaluación y reformulación de los problemas que se presentan y en la revisión de los planes individualizados	Equipo interdisciplinario comprometido con las reuniones de evaluación	90% del equipo interdisciplinario participa en la evaluación.	Agosto a diciembre (Reuniones semanales).	Coordinadora del Programa Lic. Enf. Susan M. Rivera Garay

<p>Cuidados individualizados al paciente y familia.</p>	<p>Paciente y familias concientizados sobre la importancia de los Planes de atención individualizados</p>	<p>Equipo interdisciplinario planifica las intervenciones a realizar con el paciente y la familia. (Problemas a identificar, formulación de objetivos, actividades a realizar, responsables asignados, duración de la intervención).</p> <p>El equipo realizara la evaluación individual, familiar y la red de apoyo socio familiar.</p>	<p>90% de elaboración de planes de atención individualizados por el equipo interdisciplinario e intervención socio sanitaria.</p>	<p>Agosto a diciembre</p>	<p>Equipo interdisciplinario (tutores asignados)</p>
---	---	--	---	---------------------------	--

<p>Calidad de vida y promover la autonomía del paciente.</p>	<p>Atención a través de un abordaje integral al paciente, familia y comunidad</p>	<p>Intervenciones específicas según competencia a los profesionales del equipo interdisciplinario. (Intervenciones médico psiquiatra, intervenciones de enfermería, intervenciones de psicología, intervenciones de servicio social).</p>	<p>Paciente , familia y comunidad con abordaje integral e intervenciones individualizados por el equipo interdisciplinario</p>	<p>Agosto a diciembre</p>	<p>Equipo interdisciplinario (tutores asignados)</p>
--	---	---	--	---------------------------	--

<p>Seguimiento domiciliario y evolución del paciente.</p>	<p>Tutor del usuario brinda cuidados desde su especialidad, mantiene la continuidad de la atención, facilita el acceso a los tratamientos de rehabilitación.</p>	<p>Cumplimiento de los objetivos individualizados, visitas domiciliarias y seguimiento telefónico.</p>	<p>90% de cumplimiento de los objetivos y adherencia al tratamiento</p>	<p>Agosto a diciembre</p>	<p>Equipo interdisciplinario (tutores asignados)</p>
<p>Educación al paciente y familia en la promoción de la salud mental.</p>	<p>Usuario y familia sensibilizada en la importancia de la salud mental y rehabilitación</p>	<p>Lograr que el usuario y familia tengan el conocimiento de la salud mental</p>	<p>Usuario y familia mejoran las conductas de cuidado y brindan el soporte emocional.</p>	<p>Agosto a diciembre</p>	<p>Equipo interdisciplinario (tutores asignados)</p>

### 3.4.1 Cronograma

ACTIVIDADES	MESES 2019				
	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
<b>CAPACITACION</b>					
Reuniones de coordinación con el equipo interdisciplinario.	X				
<b>EVALUACION</b>					
Reuniones de evaluación de equipo. (Semanal)	X	X	X	X	X
<b>PREVENTIVO - PROMOCIONALES</b>					
Cuidados individualizados al paciente y familia.	X	X	X	X	X
Seguimiento domiciliario y evolución del paciente.	X	X	X	X	X
Educación al paciente y familia en la promoción de la salud mental.	X	X	X	X	X

### 3.5 Recursos

El requerimiento básico en cuanto a la infraestructura y movilidad:

- La atención de los usuarios es principalmente en su domicilio y comunidad.
- La atención intramural podrá realizarse en los diferentes ambientes del CSMC ALLIN KAWSAY, que garantice la confidencialidad, privacidad y seguridad.
- Las reuniones generales y de equipo se realizarán en la sala de multiusos del CSMC ALLIN KAWSAY.
- Para movilizarse a los diferentes domicilios se debe contar con un mínimo de movilidad.

#### 3.5.1 Materiales e Instrumentos

DESCRIPCION	CANTIDAD
1 kit Básico de higiene (jabón, cepillo, cortaúñas, peine, toalla de mano, hoja de afeitar, champú.)	1 Kit
Materiales de bioseguridad: mandilones, mascarilla y guantes. (Según corresponda al personal que realice la visita).	par de guantes 200 mandilón 100 mascarilla simple 100
Materiales para aplicación parenteral: jeringas, algodón y alcohol.	1 Neceser Jeringa 50 Algodón 1 paquete Alcohol 3

Materiales de limpieza para el entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD): Detergente, escobas.	Materiales de limpieza del hogar
Equipo médico: balanza de pie, tensiómetro y estetoscopio, cinta métrica.	1 balanza de pie 1 tensiómetro 1 estetoscopio 1 cinta métrica
Materiales psicológicos.	Necesarios para evaluación
Materiales fungibles: papel bond, cuaderno cuadriculado, bolígrafo, tampones, usb, fólder de manila.	30 cuaderno 4 (paquetes) Papel bond 50 unidades de lapicero 5 tampones 1 usb 50 fólder de manila
Servicios de telefonía móvil.	Necesario para el seguimiento de llamada y ubicación del paciente.

### 3.5.2 Recursos Humanos

Se debe contar con un equipo interdisciplinario:

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>PROFESIONAL</b>
Eric Castro Latorre	Médico Psiquiatra
Gregoria León Apoza	Lic. Psicóloga
María Isabel Chile Chillihuani	Lic. Psicóloga
Yordan Jack Basurto Gonzales	Lic. Psicólogo.
Susan M. Rivera Garay	Lic. En Enfermería
Yudisa Yupanqui Huamani	Lic. En Enfermería
Jasmine Bazán Huamantica	Lic. En Enfermería
Marily Julieta Cabrera Lopinta	Lic. En Enfermería
Yanina E. Rico Fernández	Trabajadora social
Yesenia Cervantes Chipa	Tec. En Enfermería
Milagros Quispe Sánchez Aguirre	Tec. En Enfermería
Ada G. Oscco Moreano	Terapista Lenguaje
Margot Durand Quispe	Terapista Ocupacional

### 3.6 Ejecución

**Actividad 1:** Reuniones de coordinación con el equipo interdisciplinario.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
Sensibilizar al equipo interdisciplinario para el manejo de seguimiento del paciente.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reuniones de capacitación acerca del manejo del programa.</li><li>• Reuniones de evaluación</li></ul>	El equipo multidisciplinario es importante que conozca y se familiarice con el plan de atención individualizado para la evaluación y reformulación de problemas que se presenten.

**Actividad 2:** Cuidados individualizados al paciente y familia.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
Brindar cuidados individualizados al paciente y familia.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desarrollo de planes de atención individualizados por el equipo interdisciplinario.</li></ul>	Los planes de atención individualizados aseguran la continuidad de cuidados y el tratamiento especializado.

**Actividad 3:** Calidad de vida y promover la autonomía del paciente.

<b>OBJETIVOS</b>	<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>
Mejorar la calidad de vida y promover la autonomía del paciente.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Valoración inicial a cargo de la enfermera tutora. (instrumento que recoge información específica de la situación individual, familiar y entorno social).</li><li>• Aplicación de escalas: HoNos, BPRS, WHOODAS II, MORISKY, FACES III, ZARIT, Satisfacción del usuario.</li><li>• Intervenciones: Médico Psiquiatra, enfermería, psicología y de servicio social</li></ul>	El abordaje integral está centrado en la persona, familia y comunidad, privilegiando el respeto a sus derechos con un enfoque intercultural y de género además de promover la continuidad de cuidados y el tratamiento especializado.

**Actividad 4:** Seguimiento domiciliario y evolución del paciente.

<b>OBJETIVOS</b>	<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>
Realizar el seguimiento domiciliario y evolución del paciente.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seguimiento telefónico y Visitas domiciliarias. (Dependiendo al nivel alto riesgo, mediano riesgo o bajo riesgo )</li></ul>	Mantener la continuidad de la atención y el proceso de intervención contribuirá a la adherencia del tratamiento y reinserción social del paciente.

**Actividad 5:** Educar al paciente y familia en la promoción de la salud mental.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>Informar y educar al paciente y familia en la promoción de la salud mental.</p>	<p>•Psicoeducación al paciente y familia en aspectos de la enfermedad y estrategias de afrontamiento ante las dificultades, recursos de apoyo y asociaciones familiares.</p>	<p>La familia es un factor primordial en la rehabilitación del usuario, ya que constituye el principal recurso de atención, cuidado y soporte social del enfermo mental.</p>

**Análisis de la situación actual FODA – Programa de Plan de Continuidad de Cuidados y Rehabilitación**

**Fortalezas**

- Personal identificado con el trabajo que realiza.
- Personal profesional y no profesional calificado y comprometido.
- Brinda servicios especializados.
- Tener programado las actividades terapéuticas individuales dirigidos al usuario y familia.
- Existencia de un seguimiento y monitoreo de la Adherencia y Autocuidado en la medicación psiquiátrica de personas con trastorno mental grave.
- Capacitación del programa Plan de continuidad de cuidados y rehabilitación al equipo multidisciplinario.
- Coordinación con el equipo multidisciplinario.

### **Debilidades**

- Existe demanda de usuarios quiénes se encuentran en espera para el ingreso a los niveles determinados por la evaluación médica y psicológica inicial.
- Infraestructura con ciertas limitaciones para desarrollo de actividades.
- Falta de conocimiento de los usuarios y familiares acerca de las enfermedades mentales
- Deserción de algunos usuarios
- Poco compromiso de algunos familiares responsables de usuarios.

### **Oportunidades**

- Ubicación estratégica del centro de salud mental comunitario.
- Contar con políticas nacionales para fortalecer la atención integral de salud.
- Existencia de derechos que protegen al paciente.
- Las actividades de salud son fortalecidas con el presupuesto emanado del MINSA.

### **Amenazas:**

- Población que desconoce la función del centro de salud mental comunitario los servicios que brinda.

### **3.7 Evaluación**

- ✓ Se logró realizar las Reuniones de coordinación con el equipo interdisciplinario, 90% de profesional capacitado.
- ✓ Se realizó con efectividad las reuniones de evaluación de equipo, 90% del equipo interdisciplinario participa en la evaluación.
- ✓ Se ejecutaron Cuidados individualizados al paciente y familia, 90% de elaboración de planes de atención individualizados por el equipo interdisciplinario e intervención socio sanitaria.
- ✓ Se proporcionó la Calidad de vida y la autonomía del paciente de la paciente, familia y comunidad con abordaje integral e intervenciones individualizados por el equipo interdisciplinario.
- ✓ Se logró realizar el Seguimiento domiciliario y monitoreo del paciente, 40% de cumplimiento de los objetivos y adherencia al tratamiento.
- ✓ Se orientó y Educo al paciente y familia en la promoción de la salud mental, paciente y familia mejoran las conductas de cuidado y brindan el soporte emocional.

## **CONCLUSIONES**

1. El paciente con trastorno mental requiere una atención especializada y personalizada, la cual requiere ser complementada con su evaluación y tratamiento integral para contribuir a su inserción e reinserción social y mejorar así su calidad de vida.
2. El programa de plan de continuidad de cuidados y rehabilitación es un trabajo multidisciplinario fundamental para estimular las relaciones sociales que se limitaron como parte de la sintomatología del trastorno mental.
3. La importancia de las visitas domiciliarias, seguimiento oportuno y monitoreo de la Adherencia y Autocuidado en la medicación psiquiátrica de personas con trastorno mental grave.
4. Al inicio del programa falta de conocimiento de usuarios y familiares acerca de las enfermedades mentales, el cual es reforzado a través de psicoeducación tanto para usuarios como para familiares.
5. Deserción de algunos usuarios de las fases, por no tener aceptación del trastorno mental o por trabajo o estudio.

## RECOMENDACIONES

- Mayor apoyo de parte de las autoridades del C.S.M.C Allin Kawsay para favorecer el trabajo complementario que cubra las demandas de los pacientes que se encuentran en situación de espera.
- Capacitar al personal de Enfermería y personal técnico en la atención de pacientes psiquiátricos graves.
- Evaluar periódicamente el Programa de Plan de Continuidad y Cuidados Rehabilitación ya que eso permitirá determinar si se está ofreciendo la asistencia que requieren los usuarios identificando las deficiencias y carencias de recursos económicos, humanos, materiales y tecnológicos para adecuarlas y/o mejorarlas realizando los cambios sustantivos que optimicen la calidad de atención.
- Formar equipo para mejorar la calidad en la atención de pacientes y por ende la implementación de diferentes niveles de atención que contribuyan a la rehabilitación del paciente así evitar los reingresos.
- Sensibilizar al equipo multidisciplinario sobre la importancia de calidad de atención y la empatía.
- Sensibilizar a la familia en la importancia del control periódico del paciente para evitar las recaídas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud - Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth), Universidad de Melbourne. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en:  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf).
2. Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos. Lima: MINSA - Dirección General de Epidemiología; 2014.
3. Ministerio de Salud, Lima , Perú, 2018 - 2021, documento Técnico: “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria”. Disponible:  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
4. Saavedra J. Situación de salud mental en el Perú. Lima: INSM, 2015.
5. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Ginebra: WHO; 2014. 4 World.
6. Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO; 2001.
7. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental 2013; XXIX (Supl 1): 1-392.
8. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349:1436-1442.
9. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349:1498-1504
10. Ustun TB, Sartorius N, eds Mental Illness in General Health Care: An International Study. Chichester, England: Wiley Press; 1995:323-334.

11. Velásquez Valdivia, Aníbal. Octubre 2006. Estimación de la Carga de Enfermedad en el Perú. Promoviendo alianzas y estrategias, Lima: Abt Associates Inc 2006 Octubre. P. 50
12. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final. OMS. 2008.
13. Depresión y Otros Transtornos Mentales Comunes, Estimaciones Sanitarias Mundiales, OMS-OPS de Salud 2017. Disponible: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015 - 2020, 66a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. [Washington, EUA, 29 de Setiembre al 3 de octubre 2014]. Disponible: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>
15. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública 2005; 18(4-5): 229-240.
16. Instituto Nacional de Estadística e informática. Primera Encuesta Nacional Especializada sobre discapacidad 2012. Lima: INEI, 2013
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú: Estadísticas de Femicidio Registros Administrativos Síntesis Estadística Ministerio Público. Lima: 2017, consultado 31- 05- 2017 y disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin\\_femicidio.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_femicidio.pdf)
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales. Lima: PCM, Dirección Nacional de Censos y Encuestas – INEI; 2015

19. Organización Panamericana de la salud. Prevención del suicidio: Un imperativo Global. Washington DC: OPS, 2014
20. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, DC: OPS, 2014.
21. Estudio Epidemiológico de Salud Mental 2003 – 2012. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”
22. Madoz Gurrpide, A, Ballesteros Martín , J.C, Leira San Martín, Mónica, García Yague , E. Revista española de Salud Pública, Enfoque de la Atención integral a los pacientes con Trastorno mental grave treinta años después de la Reforma Psiquiátrica. España 2017. [internet 2017; citado mayo 2020]. Disponible:  
<https://www.redalyc.org/pdf/170/17049838003.pdf>
23. Tricas Olivan J.M. Rehabilitación en la comunidad de personas con Trastorno Mental Grave. La Recuperación a través de su inclusión. España. 2015 [Tesis]. Universidad de Zaragoza.
24. Andrade Vera M.P, Cadena Vizueta M.F, Alvarado Chimbo D.P. Cuidados Paliativos en Pacientes con Trastornos Mentales Severos. Instituto Psiquiátrico. Quito. 2019. Disponible:  
<http://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/86>
25. Pelagallo Morocho, N. Evaluación del perfil de discapacidad desde la perspectiva de las limitaciones en la actividad en personas con trastornos mentales graves en Quito. 2019. [Tesis de pregrado: Título de Psicólogo Infantil y Psicorrehabilitación. Carrera de Psicología Infantil y Psicorrehabilitación. Quito: UCE. 130 p.
26. Castro Alzate, E.S, Cardona Marín L.M, Claudio Bustos PH.B. Modelo Explicativo de Discapacidad en Población con Trastorno Mentales Graves Atendida en una Institución Especializada. Cali – Colombia. 2019. Universidad del Valle.

27. Ruiz Maza, C.E. "Afrontamiento familiar frente a trastornos mentales grupo Compartiendo por la salud mental – Cajamarca 2018". [Tesis de pre grado]. Cajamarca – Peru: Universidad de Cajamarca, Escuela profesional de medicina humana; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2763>
28. Peplau H. Interpersonal relations in Nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic Nursing. 1991. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
29. Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill interamericana, México. 1997. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
30. Paterson J, Zderad L. Enfermería Humanística. New York: Asociación Nacional de Enfermería, 1988 (publicado originalmente en 1976, Wiley). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
31. Travelbee J. The nurse-patient relationship. En: Interpersonal aspects of nursing. Filadelfia: Davis; 1967, p. 121. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
32. Organización mundial de la Salud, 2017. Guía de Intervención mhGAP para los Trastornos Mentales Neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de Atención de la salud no Especializada. Versión 2.0  
Disponible: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
33. Guías de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría. Perú, 2016. Guía de Práctica Clínica en Depresión.  
Disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1756.pdf>
34. Guías de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría. Perú, 2016. Guía de Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Psicosis en el Primer Nivel de Atención.  
Disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1661.pdf>
35. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Enfermería.

Disponible: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>

36. Guía Técnica de Continuidad de Cuidados Intensivos dirigido a personas con Esquizofrenia. Perú, 2017. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.
37. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios. Lima, 2017  
Disponible: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/321020/Norma t%C3%A9cnica de salud Centros de salud mental comunitarios20190613-19707-iedu67.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/321020/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_Centros_de_salud_mental_comunitarios20190613-19707-iedu67.pdf)
38. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001. Promoción de la salud, informe compendiado.
39. Organización Mundial de la Salud, Trastornos mentales. Abril, 2017. Nota de prensa.
40. Asociación Psiquiátrica de América Latina Sección de Diagnóstico y Clasificación. Guía Latinoamericana de Diagnostico Psiquiátrico 2004.
41. Reporteador His Minsa 2018. Centro de Salud Curahuasi.

## **ANEXOS**

**ACTIVIDAD 1: Reuniones de coordinación con el equipo interdisciplinario.**



**ACTIVIDAD 2: Brindar cuidados individualizados al paciente y familia.**

**CENTRO DE SALUD MENTAL  
ALLIN KAWSAY**

**PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACION PCC - R**


 Ministerio de Salud

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ F.N. \_\_\_\_\_ HCL: \_\_\_\_\_

RECURSOS	PERSONALES	FAMILIARES	COMUNITARIOS

PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS TERAPEUTICOS	INTERVENCIONES ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	CRITERIOS PERIODICIDAD EVALUACION	RESPONSABLES
Px01:					
Px02:					



**ACTIVIDAD 3: Mejorar la calidad de vida y promover la autonomía del paciente.**



## FICHA DE VALORACION DE ENFERMERIA DE SALUD

### MENTAL COMUNITARIA ALLIN KAWSAY

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS			
<b>DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>		<b>DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO</b>	
C 1-2 Toma de conciencia - manejo de la salud		C 1-2-3-4 Resposo / Sueño - Actividad / Ejercicio - equilibrio de energía - respuestas cardiovasculares y respiratorias.	
1er episodio psicótico tratado ( ) Paciente crónico ( )		Sueño: Conservado ( ) Hipersomnía ( )	
Antecedente de abandono de tratamiento: Si ( ) No ( )		Insomnio: Inicial ( ) Terminal ( ) Pertinaz ( )	
Se automedica: si ( ) no ( )		Sueño: Superficial ( ) Fraccionado ( ) Pesadilla ( )	
Acude a citas médicas: Si ( ) No ( )		Deambula: Solo ( ) Requiere ayuda ( )	
Fuma con frecuencia: Si ( ) No ( )		Recreación: tiempo libre ( ) Nulo ( ) Mal uso ( )	
Consumo excesivo de café: Sí ( ) No ( )		Pertenece a un grupo ( ) Club ( ) ONG ( ) Otro ( ): .....	
Consumo de drogas: Si ( ) No ( )		Autocuidado: Se alimenta solo ( ) Requiere ayuda ( )	
Tipo de drogas: _____ Frecuencia: _____		<b>Actividad de higiene personal:</b> Espontánea ( ) requiere instigación ( ) No se baña ( ) uso inadecuado de servicios higiénicos ( )	
Tiene problemas en: El trabajo ( ) Familiares ( ) Económicos ( )		<b>Actividad de vestido y acicalamiento:</b> Espontánea ( ) requiere instigación ( ) No se acicala ( )	
Estado de higiene: Adecuado ( ) Regular ( ) Deficiente ( )		<b>Actividad psicomotriz:</b> Lenta ( ) Acelerada ( ) Agitación ( ) Retraída ( )	
Antecedentes clínicos: Diabetes ( ) HTA ( ) VIH ( ) Asma ( ) TBC ( )		<b>otros:</b> Fatiga ( ) Cansancio ( ) Intolerancia a la actividad ( ) Palpitaciones ( )	
OTROS ( ) _____		Opresión precordial ( ) Sensación de ahogo ( )	
Tratamiento por dx médico: _____		PA: ..... P: ..... FR: ..... T°: .....	
Otros tratamientos: .....			
Alergias: Especificar: .....			
<b>DOMINIO 2: NUTRICIÓN</b>		<b>DOMINIO 5: PERCEPCIÓN - COGNICIÓN</b>	
C 1-2-3-4-5 Ingestión - Digestión - Absorción - Metabolismo -Hidratación		C1-2-3-4-5 Atención -orientación - Sensación / percepción - cognición - comunicación	
Cambio de peso en los 2 últimos meses: Si ( ) No ( )		<b>Estado del Nivel de Conciencia:</b> Normal ( ) Hipervigilancia ( ) letargia ( )	
Peso : <input style="width: 50px;" type="text"/> Talla: <input style="width: 50px;" type="text"/> IMC: <input style="width: 50px;" type="text"/>		Somnolencia ( ) No Responde a Estímulos ( )	
Apetito conservado: Si ( ) No ( )		<b>Atención:</b> Adecuada ( ) Fluctuante ( ) Distrabilidad ( ) Dificulta en la concentración ( )	
Obesidad ( ) Sobrepeso ( ) Normal ( ) Desnutrición ( )		<b>Orientación:</b> Normal ( ) Desorientación: Persona ( ) Espacio ( ) Tiempo ( )	
Disfagia ( ) Polifagia ( ) hiporexia ( )		<b>Percepción:</b> Alucinaciones auditivas ( ) Dialogantes ( ) Increpantes ( ) Comandatorias ( )	
Náuseas ( ) Vómitos ( ) Pirosis ( )		Visuales ( ) Olfatoria ( ) Táctiles ( )	
Abdomen: Blando ( ) Distendido ( ) Doloroso ( )		<b>Memoria:</b> Conservada ( ) Dificultades en: Memoria inmediata ( ) Reciente ( ) Remota ( )	
Protesis dental: Si ( ) No ( )		<b>Inteligencia:</b> Retraso ( ) dificultades de aprendizaje ( )	
Piel: Normal ( ) Enrojecida ( ) Pálida ( ) Turgente ( ) Seca ( )		<b>Pensamiento:</b> Normal ( ) Inhibido ( ) acelerado ( ) incoherente ( ) Perseverante ( )	
Cicatrices ( ) ..... Equimosis ( ) .....		delusiones de daño ( ) Referencia ( ) persecución ( ) culpa ( ) Grandeza ( ) obsesiones ( )	
Heridas ( ) ..... Hematomas ( ) .....		compulsiones ( ) Ideación suicida ( ) ideación homicida ( ) intento suicida ( )	
<b>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN</b>		<b>Lenguaje:</b> Lento ( ) acelerado ( ) verborea ( ) mutismo ( ) Tartamudeo ( ) disartria ( )	
C 1-2-4 Sistema Genitourinario-Gastrointestinal-Pulmonar		Incoherencia ( ) disgrafía ( )	
Control de esfínter vesical: Si ( ) No ( )		<b>Conocimientos:</b> Seguimiento inexacto de instrucciones ( ) No tiene interés por aprender ( )	
Disuria ( ) Retención urinaria ( ) Incontinencia ( )		Responde a operaciones simples: Suma ( ) Resta ( )	
Polaquiuria ( ) Nicturia ( ) Hematuria ( )		Insight: Si ( ) No ( )	
Control de esfínter anal: Si ( ) No ( )		<b>DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN</b>	
Estreñimiento Si ( ) No ( ) Diarrea Si ( ) No ( )		C 1 - 2 - 3 Autoconcepto - autoestima - imagen corporal	
Laxantes: Si ( ) No ( )		<b>Reactividad emocional:</b> Adecuado al contexto ( ) Pobre ( ) expansiva ( )	
Tos: Si ( ) No ( ) Tipo: .....		<b>Percepción imagen corporal:</b> Aceptación ( ) Confusa ( ) Rechazo ( )	
		<b>Autoestima:</b> Ajustada a la realidad ( ) Valoración negativa ( )	
		<b>Exageración de errores ( ) Sobrevaloración ( )</b>	
		Desesperanza ( ) sentimientos de culpa ( ) Sentimientos de soledad ( )	
		Resentimiento ( ) Temor ( ) Cólera ( ) Tristeza ( ) Aplanamiento ( )	
		afectivo ( ) sentimientos de minusvalía ( )	

<p><b>DOMINIO 7: ROL - RELACIONES</b></p> <p>C1-2-3 Roles del cuidador - relaciones familiares -desempeño del rol</p> <p>Soporte familiar o apoyo ( ) .....</p> <p>Vive solo ( ) En familia ( ) Casa de reposo ( ) Otros ( ) .....</p> <p>Familia con patología psiquiátrica: Si ( ) No ( ) .....</p> <p>Aceptación en la familia: Si ( ) No ( )</p> <p>Motivo: .....</p> <p><b>Comunicación:</b> Funcional ( ) Disfuncional ( )</p> <p><b>Participación Social Extra Familiar (con amigos, otros familiares, organizaciones/instituciones):</b></p> <p>Adecuada ( ) Pobre ( ) Exagerada ( ) Con dificultad ( )</p> <p><b>Participación en actividades de ocio y tiempo libre:</b> Si ( ) No ( ) parcial ( )</p> <p><b>Conducta:</b> Timidez ( ) retraimiento social ( ) agresividad ( ) Impulsividad ( )</p> <p>desobediencia ( ) mentira ( ) Robo ( ) fuga ( ) vagancia ( ) destrucción ( )</p> <p>Piromanía ( ) violencia ( ) hiperactividad ( ) Hipoactividad ( )</p> <p>dificultad con: familias ( ) Amigos ( ) compañeras de trabajo ( )</p> <p>colegio ( ) Policía ( )</p> <p><b>DOMIO 8: SEXUALIDAD</b></p> <p>C1-3 Identificación de la sexualidad y reproducción</p> <p>Identidad con su género: Si ( ) No ( )</p> <p>Gestación: Si ( ) No ( )</p> <p><b>DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO, TOLERANCIA Y ESTRÉS</b></p> <p><b>Respuesta post traumática a:</b> Violación ( ) Otro ( ) .....</p> <p><b>Respuesta de afrontamiento:</b> Temor ( ) Ansiedad ( )</p> <p>Tristeza ( ) culpa ( ) Afrontamiento ineficaz ( ) Duelo complicado ( )</p> <p><b>DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES</b></p> <p>C2-3 Creencias-congruencias de las acciones con valores en las creencias</p> <p><b>Valores y creencias importantes en su vida:</b> Si ( ) No ( )</p> <p><b>Creencias significativas respecto a su salud:</b></p> <p>Norma de su cultura ( ) Creencias religiosas ( )</p> <p>Otros aspectos en cuenta en el tratamiento ( )</p> <p>Religión: .....</p> <p><b>DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</b></p> <p>C2-3 Lesión física - violencia</p> <p><b>Riesgo violencia:</b> Dirigida a otros ( ) Autodirigida ( )</p> <p><b>Riesgo suicidio:</b> Historia previa ( ) amenazas ( )</p> <p>Ingesta de sustancias tóxicas: Si ( ) No ( ) Cantidad: .....</p>	<p><b>DOMINIO 12: CONFORT</b></p> <p>C2-3 Confort físico - Confort social</p> <p>Confort físico: Dolor Agudo ( ) Crónico ( )</p> <p><b>Confort social:</b> Soledad ( ) Aislamiento ( )</p> <p><b>DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO</b></p> <p>C1-2 Crecimiento y desarrollo</p> <p>Retraso mental ( )</p> <p>crecimiento normal ( ) Retraso ( )</p>																																				
<p><b>II. DIAGNÓSTICO ENFERMERO:</b></p> <p>Gestión ineficaz de la salud</p> <p>Mantenimiento ineficaz de la salud</p> <p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Estreñimiento</p> <p>Insomnio</p> <p>Déficit de auto cuidado: baño</p> <p>Déficit de auto cuidado: vestido</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal</p> <p>Control de impulsos ineficaz</p> <p>Deterioro de la memoria</p> <p>Procesos familiares disfuncionales</p> <p>Deterioro de la interacción social</p> <p>Ansiedad</p> <p>Aislamiento social</p> <p>OTROS: .....</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">CÓDIGO</th> <th style="width: 20%;">CALIFICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>78</td><td> </td></tr> <tr><td>99</td><td> </td></tr> <tr><td>2</td><td> </td></tr> <tr><td>233</td><td> </td></tr> <tr><td>11</td><td> </td></tr> <tr><td>95</td><td> </td></tr> <tr><td>108</td><td> </td></tr> <tr><td>109</td><td> </td></tr> <tr><td>51</td><td> </td></tr> <tr><td>222</td><td> </td></tr> <tr><td>131</td><td> </td></tr> <tr><td>63</td><td> </td></tr> <tr><td>52</td><td> </td></tr> <tr><td>146</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>53</td><td> </td></tr> </tbody> </table>	CÓDIGO	CALIFICA			78		99		2		233		11		95		108		109		51		222		131		63		52		146				53	
CÓDIGO	CALIFICA																																				
78																																					
99																																					
2																																					
233																																					
11																																					
95																																					
108																																					
109																																					
51																																					
222																																					
131																																					
63																																					
52																																					
146																																					
53																																					
<p><b>IV. PLAN DE INTERVENCIÓN</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">CÓDIGO DX</th> <th style="width: 25%;">OBJETIVO</th> <th style="width: 60%;">ACTIVIDADES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	CÓDIGO DX	OBJETIVO	ACTIVIDADES																																		
CÓDIGO DX	OBJETIVO	ACTIVIDADES																																			
<p>NOMBRE DE LA ENFERMERA (O): .....</p> <p>COLEGIO: ..... REGISTRO DE ESPECIALISTA: .....</p> <p>FIRMA Y SELLO: .....</p>																																					

**ACTIVIDAD 4: Realizar el seguimiento domiciliario y evolución del paciente.**



**ACTIVIDAD 5: Informar y educar al paciente y familia en la promoción de la salud mental.**



## ANEXO 1

### Población de tamizados por grupos de edad del distrito de curahuasi según el año 2018 (Enero - Agosto).

DESCRIPCION DE DIAGNOSTICO	GRUPOS DE EDAD					Total General
	01_NIÑO	02_ADOLESCENTE	03_JOVEN	04_ADULTO	05_ADULTO_MAYOR	
01-VIOLENCIA FAMILIAR / MALTRATO INFANTIL	2248	1229	698	1128	373	5676
02-TRASTORNO DEPRESIVO	3	57	28	92	41	221
03-TRASTORNO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	11	35	114	299	92	551
04-SÍNDROME Y/O TRASTORNO PSICÓTICO	39	124	488	1090	376	2117
21-(+)-VIOLENCIA FAMILIAR / MALTRATO INFANTIL	56	42	24	56	4	182
22-(+)-TRASTORNO DEPRESIVO		5	11	15	5	36
23-(+)-TRASTORNO DE CONSUMO DE ALCOHOL			5	75	14	94
25-(+)-TRASTORNO DE CONSUMO DE DROGAS			1			1
26-(+)-SINDROME Y/O TRASTORNO PSICÓTICO			1	2		3
31-(+)-AFECTADO POR VIOLENCIA POLITICA				5	2	7
Total General	2357	1492	1370	2762	907	<b>8888</b>

Fuente: HIS – MINSA. Seguro Integral de Salud (SIS).

**Población de tamizados con problemas de salud mental por grupos de edad según el año 2018 (Enero - Agosto).**

DESCRIPCION DE DIAGNOSTICO	GRUPOS DE EDAD					Total General
	01_NIÑO	02_AD OLESCEN NTE	03_JOVEN	04_ADULTO	05_ADULTO_ MAYOR	
21-(+)-VIOLENCIA FAMILIAR / MALTRATO INFANTIL	56	42	24	56	4	182
22-(+)-TRASTORNO DEPRESIVO		5	11	15	5	36
23-(+)-TRASTORNO DE CONSUMO DE ALCOHOL			5	75	14	94
25-(+)-TRASTORNO DE CONSUMO DE DROGAS			1			1
26-(+)-SINDROME Y/O TRASTORNO PSICÓTICO			1	2		3
31-(+)-AFECTADO POR VIOLENCIA POLITICA				5	2	7
Total General	56	47	42	153	25	<b>323</b>

Fuente: HIS – MINSA. Seguro Integral de Salud (SIS).

**Población de atendidos con problemas de salud mental por grupos de edad del distrito de curahuasi según el año 2018  
(Enero - Agosto).**

DESCRIPCION DE DIAGNOSTICO	GRUPOS DE EDAD					Total General
	01_NIÑO	02_ADOLESCENTE	03_JOVEN	04_ADULTO	05_ADULTO_MAYOR	
01-VIOLENCIA FAMILIAR / MALTRATO INFANTIL	42	39	35	80	10	206
02-TRASTORNO DEPRESIVO	2	3	3	9	8	25
03-TRASTORNO CONSUMO DE ALCOHOL				8	1	09
05-INTENTO DE SUICIDIO		2	1	2		5
06-ANSIEDAD			2	6		8
07-SÍNDROME y/o TRASTORNO PSICÓTICO			1	2	3	6
08-TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO (F90 - F91)	1					1
11-AFECTADO POR VIOLENCIA POLITICA					1	1
22-ABUSO PSICOLOGICO		1				1
24-NEGLIGENCIA	6	3				9
<b>Total General</b>	<b>52</b>	<b>48</b>	<b>42</b>	<b>107</b>	<b>23</b>	<b>272</b>

Fuente: HIS – MINSA. Seguro Integral de Salud (SIS).