

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL  
CENTRO DE SALUD MENTAL ALLIN KAWSAY, CURAHUASI:**

**ABANCAY-2019**

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

**YUDISA YUPANQUI HUAMANÍ**

**Callao - 2020  
PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

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

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

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 146-2020

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

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

## **AGRADECIMIENTO**

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

A mis estimados guías y asesores de tesis, por impartirme sus grandes  
conocimientos,

A mis docentes. Por compartir sus experiencias adquiridas durante el recorrer de  
su vida profesional.

A Dios, por concederme serenidad y fortaleza todo momento.

A mí amada madre, quien siempre me ha brindado apoyo y motivación en mi  
formación académica.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>CAPITULO I: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Antecedentes</b>	<b>10</b>
<b>2.1.1 Antecedentes Internacionales</b>	<b>10</b>
<b>2.1.2 Antecedentes Nacionales</b>	<b>13</b>
<b>2.1.3 Antecedentes Regionales y Locales</b>	<b>17</b>
2.2 Bases teóricas	19
2.3 Bases conceptuales:	26
<b>2.4. Definición de términos básicos:</b>	<b>41</b>
<b>CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCIÓN</b>	<b>43</b>
3.1. Valoración	43
3.1.1 datos de filiación:	43
3.1.2. Motivo de consulta:	43
3.1.3 Enfermedad actual:	44
3.1.4 Antecedentes	44
3.1.5 Examen físico:	45
3.1.6 Examen mental:	46
3.1.7 Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases:	47

3.2 Diagnóstico de enfermería	49
3.2.1 Lista de hallazgos significativos	49
3.2.2 Diagnóstico de enfermería según datos significativos	49
3.3 Planificación	51
3.3.1 Esquema de planificación:	51
3.4 Ejecución y evaluación	61
3.4.1 Registro de enfermería: SOAPIE	61
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>64</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>65</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>73</b>

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la salud mental comprenden alteraciones del pensamiento, de las emociones y del comportamiento. Estos trastornos están causados principalmente por complejas interacciones físicas, psicológicas, socioculturales y hereditarias. (1)

Uno de los principales trastornos de salud mental reportados en el Perú que requiere más atención, es la esquizofrenia, el deterioro de la función mental de estos enfermos interfiere marcadamente su capacidad de afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad. La persona con esquizofrenia muchas veces no vive en este mundo ya que existe una disociación entre la realidad y su mundo. El paciente con esquizofrenia no es consciente de su enfermedad, pasando a ser dependiente de alguna ayuda, siendo la familia el ente más cercano y confiable. (1)

La familia que tiene el rol de cuidar la integridad de sus miembros, y si dentro de ella se encuentra una persona que padece esquizofrenia, debe afrontar diversas dificultades asociada a esta enfermedad; entre ellos la complejidad del sistema de salud, de la educación, lo social y económico. Sin embargo, estudios previos señalan que estas familias a lo largo de su vida experimentan un importante deterioro de su bienestar físico, emocional y social. (2)

El profesional enfermero en salud mental, desempeña un rol educador, de asesor y agente de relaciones sociales, favoreciendo así pautas para la creación de un ambiente social que contribuya a la recuperación del enfermo y evitar la estigmatización social asociada a la esquizofrenia. El objetivo del presente trabajo es determinar la participación de los familiares en el cuidado integral del paciente con trastorno esquizofrénico en el centro de salud mental allin kawsay de Curahuasi ; específicamente al profesional de enfermería para que su intervención en respuesta a las necesidades del paciente y familia sea más efectiva, para implementar programas psicoeducativos, con la finalidad de mejorar y fortalecer el soporte físico y emocional que la familia ayudará a su paciente psiquiátrico a obtener una mejor calidad de vida, dentro del seno familiar y de la sociedad.

El presente trabajo está comprendido por tres capítulos que se desarrollan de la siguiente manera : Capítulo I: descripción de la situación problemática, Capítulo II, que consta del marco teórico, antecedentes de la investigación. Capítulo III, que consta de plan de intervención. y finalmente conclusiones y recomendación



## **CAPITULO I: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA**

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019: la esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más frecuentes son las alucinaciones (oír voces o ver cosas inexistentes) y los delirios (creencias erróneas y persistentes). (3)

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas. (3)

Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos. La esquizofrenia es tratable. La farmacoterapia y el apoyo psicosocial son eficaces. La facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral son medidas eficaces de apoyo a las personas que padecen esquizofrenia. (3)

Históricamente la enfermedad mental ha sido abordada por muchas teorías, así en sus inicios de ser considerada como una posesión

demoniaca, brujería o alienación del enfermo mental, en el renacimiento pasó a ser definida como una deficiente utilización de la razón, actualmente es considerada como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en la que se ve afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el lenguaje, etc., lo cual dificulta a la persona en su adaptación en el entorno cultural y social. (4)

Según datos estadísticos de la OMS, “reportan a la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el abuso de alcohol y el trastorno compulsivo, como las primeras 10 causas de enfermedades mentales que producen mayor discapacidad crónica” (5)

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta al paciente deteriorando sus capacidades en diversos aspectos psicológicos, como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad. Los pacientes esquizofrénicos pueden perder el contacto con la realidad (psicosis), sufrir alucinaciones, delirios (creencias falsas), tener pensamientos anormales y alteración del funcionamiento social y laboral. (6)

Hanco, género periodístico de opinión 2019: la ansiedad, la bipolaridad, el estrés, esquizofrenia y depresión, son trastornos mentales que necesitan de una atención para evitar actos extremos como el suicidio. El Ministerio de Salud, al 2018 estimaba que hay 4 millones 514 mil las personas con este tipo de problemas. (7)

Género periodístico de opinión 2016: en Lima unas 32.000 personas podrían estar sufriendo de esquizofrenia sin recibir el tratamiento adecuado. Esta enfermedad se caracteriza por la alteración de la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad. (8)

En el Perú investigaciones recientes (2010) manifiestan que más de 280 mil personas sufren de esquizofrenia, enfermedad caracterizada por alteraciones en diferentes funciones mentales, este mal tiene mayor riesgo a iniciarse entre los 15 y 25 años de edad en varones, y entre los 25 y 35 años en las mujeres. Esta alteración también puede comenzar en la infancia y la vejez, y se ha calculado que la probabilidad de padecerla de por vida es de 1% de la población. (8)

Es así que el hecho de vivir con un familiar que padece esquizofrenia genera en primer lugar un impacto emocional que trae consigo sentimientos como: irritabilidad, angustias, trastornos del sueño, trastornos afectuosos, fobias, y en mucho de los casos dependencias de sustancias psicoactivas; también producen un gran impacto económico, pues surgen gastos excesivos por los medicamentos, la manutención del enfermo, otro aspecto importante es el costo físico, que genera en los familiares el extremo cansancio, deficiente alimentación originada por la preocupación, entre otros. (9)

El rol de enfermería sobre la familia es de suma importancia ya que, dentro del área de salud mental, se encuentra en la facultad de desempeñar amplias funciones como son las intervenciones en crisis, la creación de un ambiente social y terapia familiar con el objetivo de

favorecer la recuperación de la persona con esquizofrenia, siendo su capacidad educadora importante sobre todo en una etapa inicial y apoyo en las situaciones que atraviesan las personas con trastorno mental y la familia. (10)

En departamento de Apurímac no tenemos un dato estadístico de usuarios con diagnóstico de esquizofrenia, pero si existe usuarios con esta patología en cada centro de salud mental comunitario de Apurímac de los cuales Abancay tiene 18 usuarios con esta patología, Andahuaylas tiene 28 usuarios, Chincheros 07 usuarios y Cotabambas tiene 04 usuarios, estos son datos de su padrón nominal de cada centro de salud mental comunitario.

Durante mi experiencia profesional en el centro de salud mental comunitario ALLIN KAWSAY de CURAHUASI, he observado cómo influye los cuidados de la familia al hecho de tener un familiar con la enfermedad, el bajo soporte emocional y tratamiento inadecuado manejado en casa, ya que muchos de ellos al ingresar al servicio como resultado vienen presentando recaídas o crisis psicóticas por el abandono del tratamiento, el gran descuido en su higiene personal manejado en sus hogares, la indiferencia de la familia cuando debe brindar el apoyo y soporte necesario permanente ya q los familiares ,desconocían de las medicinas que tomaban, dentro de muchos cuidados que la familia debería de saber para tener un cuidado óptimo de su paciente con trastorno de esquizofrenia.

Es por ello que la familia debe involucrarse con el paciente fortaleciendo lazos familiares, es importante que conozca la enfermedad ya que ayudará a su tratamiento y que también como complemento los familiares deben acudir a terapia familiar.

Esta realidad permitió plantear las siguientes interrogantes: ¿Por qué a la familia le es tan difícil aceptar el diagnóstico de esquizofrenia dentro de entorno familiar? ¿Cuáles son los factores que limitan a la participación de la familia en el cuidado del paciente con esquizofrenia en el hogar? ¿Por qué a la familia le es tan difícil el cuidado de un paciente con esquizofrenia? ¿La familia posee la información necesaria para el cuidado del paciente con trastorno esquizofrénico? ¿Por qué la familia prefiere mantener a sus familiares internados? ¿Cuál es el nivel de información de los familiares en el manejo de la conducta agresiva en el hogar? Es por ello que el centro de salud mental comunitario ALLIN KAWSAY su enfoque es comunitario.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes**

#### **2.1.1 Antecedentes Internacionales**

**TOMALÁ, J (2014)**, realizo estudio titulado “Intervención de Enfermería en el cumplimiento Terapéutico del paciente Esquizofrénico, área de emergência, instituto de neurociências. Guayaquil 2013-2014. Ecuador”.

La investigación tiene como objetivo determinar la Intervención de Enfermería en el cumplimiento terapéutico a través de estrategias que majorem al paciente con transtorno esquizofrénico para disminuir el reingreso. El diseño de investigación es de enfoque cuantitativo, los resultados arrojaran razones suficientes para buscar solución a la problemática investigada por medio de aplicación de estrategias de intervención de Enfermería para el cumplimiento terapéutico como propuesta, disminuiría la re-hospitalización de pacientes esquizofrénicos como aprobación de la hipótesis señalada. (11)

**MASSA, S (2015)**, realizo estudio titulado “Esquizofrenia y teoría de la mente. Espana. 2015”. En la presente tesis doctoral hacemos un recorrido teórico por los conceptos de Esquizofrenia y Teoría de la Mente (Tom) y por los tabajos más representativas existentes que

estudia la afectación de Tom en las personas que sufren esta patología. Los datos obtenidos muestran diferencias entre los sujetos con esquizofrenia y la población normal en el rendimiento en estas tarifas.

De la misma manera aparecen algunas diferencias entre los sujetos con esquizofrenia y las variables ensombreadas anteriormente. (12)

**PLATÓN (2018)**, en su trabajo de investigación titulado: Proceso de atención de enfermería en pacientes con esquizofrenia paranoide.

La investigación tiene como objetivo de revelar el estado psicosocial de las familias, sociedad y estado que están envueltos debido a las exigencias de la modernidad, situaciones tecnológicas, crisis económicas y situaciones laborales que afectan la conducta y los sistemas de ánimo. El diseño de investigación de enfoque cualitativo, llegando a la conclusión en cuanto a esta patología esquizofrenia paranoide, son desencadenantes para situaciones de estrés, que llevan a muchos a desencadenar un afrontamiento al estrés que se vive debido a situaciones que han sido manifestadas, diagnosticar estos patrones disfuncionales es responsabilidad de todos los que velan por la salud de todos los pueblos. Llámese ministerio porque es una población de salud social que afecta de otra manera a todo el conglomerado o sociedad. Por ello todos debemos sumarnos por lograr tener programas de Salud Mental que ayuden al paciente y familia. (13)

**PINHO G, ETAL (2017).** En su trabajo de investigación titulado: Intervenciones de enfermería en la esquizofrenia: la importancia de la relación terapéutica, Cuyo objetivo de esta mini revisión para abordar los desafíos de la relación terapéutica entre la enfermera y la persona con esquizofrenia. Como metodología, reflexionamos sobre las prácticas experimentadas como enfermera de salud mental, realizando una revisión de la literatura específica basada en suposiciones teóricas. La autenticidad, la empatía, la comprensión de la enfermedad y la persona, la no estigmatización y la capacidad de trabajar en equipo son características esenciales que la enfermera debe tener para que la relación terapéutica sea efectiva. Es crucial trabajar con conocimientos sobre la enfermedad, la importancia de la adherencia y la reducción del autoestima. Por lo tanto, establecer una relación terapéutica con la persona con esquizofrenia es un desafío constante que debe acompañar a las diversas etapas de la enfermedad en cooperación con la familia y la comunidad. (14)

**TOURIÑO R, ETAL (2018)** en su trabajo de investigación titulado: Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestima, cuyo objetivo es la recuperación en las personas con trastornos mentales. A pesar de su importancia, ha sido poco estudiado en la esquizofrenia. Evaluamos la autoestima en 71 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, en Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria. Se evaluó su prevalencia y su posible asociación con variables sociodemográficas, clínicas



generales, psicopatológicas y aspectos psicológicos, así como la conducta suicida e ideación suicida. Resultados. El 21,1% de los pacientes presentaron autoestima. La autoestima se asoció a mayor prevalencia de ideación suicida en el último año, mayor número total de tentativas suicidas, mayor riesgo suicida actual, peor autocompasión, mayor autoestima y peores puntuaciones en depresión, mayor prevalencia de depresión y mayor desesperanza. En el análisis multivariante, la desesperanza y la existencia de depresión se asociaron de manera independiente con la autoestima, si bien la depresión lo hizo con tendencia a la significación. Conclusiones. La asociación entre autoestima y mayor desesperanza, depresión y riesgo suicida sugiere la necesidad de evaluar sistemáticamente la autoestima en los pacientes con esquizofrenia, e intervenir para su reducción. (15)

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

**NOLASCO, M (2014)**, realizó estudio titulado “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente con trastorno esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014”. Perú. Tiene Como objetivo general determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente con trastorno esquizofrénico en el hogar con el método descriptivo, encontrándose que los familiares en un 60% presentan una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente con trastorno esquizofrénico en el hogar y 40% (12) una actitud desfavorable. (16)

**HIDALGO, L. (2015)**, realizó estudio titulado “Sobrecarga y Afrontamiento en familiares cuidadores de personas con Esquizofrenia. Perú. 2015”. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de Sobrecarga del Cuidador y las Estrategias de Afrontamiento en familiares de pacientes con esquizofrenia en Rehabilitación. Con dicho fin, se aplicaron la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Sarito y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento a 33 familiares de pacientes con esquizofrenia en rehabilitación. (17)

**PACORICONA, C. (2019)** en su trabajo académico titulado: Cuidados de enfermería en pacientes ambulatorios con esquizofrenia paranoide del Centro de Salud Mental Comunitario Carabayllo cuyo objetivo objetivo brindar cuidados de enfermería oportunos, promover el seguimiento del tratamiento y garantizar la satisfacción de las necesidades de los pacientes ambulatorios con esquizofrenia paranoide del Centro de Salud Mental Comunitario Caraballo. La experiencia obtenida se desarrolló en el Centro de Salud Mental Comunitario Carabayllo el cual se encuentra en el distrito de Carabayllo siendo una zona alejada y extensa contando trescientas cincuenta mil personas como población. Fue el primer centro de salud mental en lima norte. El Centro de Salud Mental Comunitario “Carabayllo” inició su funcionamiento el 13 de agosto de 2015, marco de un convenio tripartita entre el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo

Noguchi”, Red de Salud Túpac Amaru y la Municipalidad de Carabayllo, en Marco de La Ley De Salud Mental Nª 29889. (18)

**CUELLAR, A. (2017)**, informe de trabajo académico título: Cuidados de enfermería a paciente con esquizofrenia.

En el presente trabajo académico se presenta el Caso Clínico de un paciente varón de 32 años de edad, el cual ingresa por presentar: alucinaciones, diluciones de daño, desaliño personal, signos de auto y heteroagresión desde la última semana previa a su ingreso rompió los vidrios de su dormitorio, su televisor lo lanzo a la calle, paciente no acepta la medicación rescrita se tornaba agresivo tras insistencia y/o lo tiraba al piso, por todo lo antes mencionado es llevado al servicio de emergencia y luego internado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unánime de Tacna con el Diagnostico Medico: Esquizofrenia Paranoide. Teniendo como dominios alterados: Promoción de la Salud, Actividad y reposo, Percepción - cognición, Rol/ Relaciones, Seguridad y protección. La aplicación del Proceso de Atención en Enfermería, se estableció para mejorar la calidad de atención que brindaría a mi paciente, haciendo referencia que este es un método científico que posibilita a la enfermera realizar planes de cuidados en forma directa e individualizada de manera racional, lógica y sistemática, con participación de la familia siendo el pilar fundamental en la rehabilitación de todo paciente con alteración mental; concluyendo dicha atención con la ejecución y cumplimiento de objetivos del Plan de Cuidados de

Enfermería siguiendo la taxonomía NANDA, NIC, NOC. y enfocada a la realidad de mi ciudad. (19)

**GÓMEZ, E. (2017)**, informe de trabajo académico título: Cuidados de enfermería en paciente con esquizofrenia paranoide. En el presente trabajo académico, se presenta Cuidados de Enfermería en paciente con esquizofrenia paranoide. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un término que se aplica en un sistema de intervenciones propias de enfermería para el cuidado de la salud de la paciente familia y comunidad, implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades. El análisis de cada una de las etapas se hace de forma independiente, tiene un carácter metodológico, ya que, puesta en práctica, ninguna es ajena a las demás, por el contrario, se relacionan de manera directa. La etapa de ejecución permite la integridad de los cuidados, cubrir los intereses y necesidades que la paciente manifiesta para el cuidado de su salud. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica, incluye la identificación de signos y síntomas para integrar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la administración de los cuidados, así como la evaluación de los resultados por medio de los objetivos establecidos con escala DIANA (NANDA 2012-2014). (20)

### **2.1.3 Antecedentes Regionales y Locales**

**GAMBOA, J (2017)** El estudio de investigación titulado: Características Psicológicas relacionado a Nomofobia en Estudiantes del Centro Pre-Universitario de la Universidad Tecnológica de los Andes-Andahuaylas, Enero – Marzo 2017. Objetivo: Describir las características Psicológicas relacionado a Nomofobia. Metodología: Tipo aplicativo, nivel descriptivo, analítico, prospectivo, transversal, cuantitativo, población de estudio fue de 33 alumnos matriculados a que registraron de haber asistido a sesiones de clase, muestra de 33, de tipo no probabilístico y por conveniencia. Técnica: psicometría y los instrumentos utilizados: Test de personalidad, Test de Autoestima, Test de movilemia y Test de Bajo Control. Resultado: Del 100 % de la muestra, el 52% de estudiantes tienen personalidad extrovertida, de los cuales el 27% están con movilemia y el 24% están bajo control, el 39% de estudiantes tienen autoestima baja, de los cuales el 21% están con bajo control y el 18% están con movilemia y el 52% de estudiantes tienen nomofobia de tipo movilemia y el 48% de estudiantes tienen nomofobia de tipo bajo control. Conclusiones: Los estudiantes con personalidad extrovertida, autoestima baja estuvieron relacionados con monofobia de tipo movilemia. (21)

**ROJAS , J (2018)** El estudio de investigación titulado: Relación del CPO-D con el estado depresivo y variación del ph salival en internos del

centro penal de la ciudad de Abancay el objetivo del presente estudio fue determinar la relación que existe entre el nivel de depresión con el CPO-D y variación del pH salival en internos del Centro Penal de la Ciudad de Abancay

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal de tipología observacional, analítico, prospectivo, transversal; de nivel relacional realizado en una población conformada por un total de 93 reclusos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizaron los siguientes materiales la aplicación del test de Beck para la determinación del estado de depresión, índice CPO-D y tiras reactivas de pH salival. Los datos fueron vertidos en el programa Excel para luego ser analizado por SPSS versión 17.0.

**RESULTADOS:** los resultados fueron los siguientes la población penitenciaria de la ciudad de Abancay tuvo un promedio de edad de 32.78 años, con un tiempo promedio de internamiento de 3 años. Más de la mitad de internos (50,5%) presentaron depresión severa. Un alto porcentaje (75%) de internos presentaron un Índice CPO-D grave. Más de la mitad (57%) de la población penitenciaria estudiada tuvieron un PH salival ácido, seguido de neutro en un 43%. El nivel de depresión se relacionó con el índice CPO-D (p-valor= 0,0) y con el PH salival D (p-valor= 0,0). En los internos del Centro Penitenciario de la Ciudad de Abancay el nivel de depresión severa está asociada al índice CPO-D grave (p-valor= 0,0) y con el pH salival ácido (p-valor= 0,003).

**CONCLUSIÓN:** Se llegó a la conclusión que el nivel de depresión se relacionó con el índice CPO-D y con el pH salival. También se observó

en los internos del Centro Penitenciario de la Ciudad de Abancay el nivel de depresión severa está asociada al índice CPO-D grave y con el pH salival ácido. (22)

El centro de salud mental comunitario cuenta con 20 casos de usuarios que tienen esquizofrenia de los cuales tenemos en proceso de recuperación 3 usuarios estos son datos estadísticos del CSMC ALLIN KAWSAY. (23)

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Teoría Humanística Enfermera de Paterson y Adorad**

La ciencia de la enfermería se desarrolla a partir de las experiencias vividas entre el paciente y el enfermero, es un encuentro entre dos seres humanos. Este fenómeno tiene experiencia en la vida cotidiana de los enfermeros. Por lo tanto, el contacto entre los enfermeros y los pacientes no es un encuentro casual, ya que es una relación en la que hay una llamada intencional y una respuesta. El diálogo se caracteriza como una relación creativa entre la enfermera y el cliente, en la que se trata de reunirse, relacionarse y estar presente incluyendo siempre una llamada y una respuesta. El paciente y la enfermera están disponibles el uno con el otro, escuchando y valorando los deseos, sentimientos y comportamientos de manera

que juntos planifican una atención adecuada. Para ello, es necesario entender el significado que tiene del mundo y de las experiencias el paciente. Una enfermera tiene que ir más allá de la competencia técnica y del dominio biológico, es un encuentro con el otro. (24)

La Teoría Humanística de Paterson y Adorad: es un reto ya que requiere, responder adecuadamente a la llamada del paciente para responder a sus necesidades. En primer lugar, la teoría hace hincapié en que cada persona es única y existe singularmente en una situación actual. Luchamos para sobrevivir y para confirmar nuestra existencia mediante la interacción con los demás. Aunque cada ser humano es único, es decir, cada persona representa una singularidad individual que se combina con las demás personas en una comunidad. Como individuo único, cada persona tiene un particular punto de vista con el que ve, oye, siente, percibe y experimenta el mundo y extrae significados sobre ese mundo. No es de extrañar pues que cada persona responda de manera diferente a sus asuntos personales, los de relación con los demás y los del medio ambiente. (24)

Principales conceptos de la Teoría Humanística Enfermera de Paterson y Adorad son los siguientes:

- a. Ser humano. El ser humano es considerado como una estructura existencial que llega a ser a partir de sus elecciones, con capacidad de aceptar opciones, con valores y con la capacidad



de manifestar de forma única su pasado, presente y futuro. A pesar de ser respetada su individualidad, el enfermo debe relacionarse necesariamente con los otros seres humanos a través del tiempo y del espacio. El enfermero debe conocer a cada hombre como una existencia singular, de forma individual, con su historia particular, con sus experiencias, aceptando su modo de vida y el de su mundo, para poder brindarle ayuda (O'Connor, 1993). (24)

b. Enfermería. Es vista en el contexto humano, como una respuesta que conforta, de una persona para otra en un momento de necesidad, y que tiene por objetivo el bienestar y el venir-a-ser. En este contexto, el estar presente es la calidad de estar abierto, receptivo, listo, disponible para la otra persona de forma recíproca (O'Connor, 1993). (24)

c. Ambiente. Es algo concebido de forma subjetiva, trascendente, situado más allá del espacio físico. Se caracteriza por el proceso de relación entre el enfermero y el paciente dentro de una transacción intersubjetiva. Esta transacción brinda la posibilidad de que ambos participantes se relacionen y se enriquezcan de forma recíproca. (24)

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

Encontrar significado en el sufrimiento podría ser una de las mayores misiones de la vida. Es una pregunta universal, pero todos atribuimos su significado personalmente. Joyce Travelbee, una

enfermera teórica de importancia histórica, se propuso proporcionar la base para tal descubrimiento. En su gran teoría, la relación entre humanos, Travelbee (1971) escribe: “Todo ser humano sufre porque es un ser humano, y el sufrimiento es un aspecto intrínseco de la condición humana”. (25)

Para explicar los supuestos filosóficos y teóricos del modelo de Travelbee, y por lo tanto determinar su utilidad como base para la investigación, es imperativo evaluar críticamente esta teoría. “Una crítica profunda del Modelo de Relación Humano a Humano permite una exploración objetiva y sin prejuicios, así como también proporciona juicios relacionados con la aplicabilidad de la teoría (Fawcett, 2005). A través de las fases de su teoría, incluida la relación, la empatía y la simpatía, se establecen formas de obtener el significado del sufrimiento (Travelbee, 1963) y citado (25)

Como profesional de carrera en un entorno de oncología, una mejor comprensión de la teoría de Travelbee debería proporcionar a la enfermera de práctica avanzada (APN) un impulso y los fundamentos científicos para promover la teoría de enfermería, la investigación de enfermería y la práctica basada en la evidencia. Este contenido podría aplicarse fácilmente a todos los profesionales avanzados también. (25)

### **2.2.3 Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental (Phil Barker)**

El objetivo es describir el modelo de recuperación de la salud mental (Recovery), el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental (Tidal Model) y su relevancia hacia la implementación dentro de la práctica de la enfermería colombiana. Algunos conceptos sobre la recuperación de la salud mental y el modelo teórico propuesto por Phil Barker se presentan en el texto, y se analizan con los desafíos del profesional de enfermería para mejorar la atención de la salud mental, teniendo en cuenta el contexto actual de la práctica asistencial. Los principios propuestos con el modelo de recuperación ayudan a centrar los cuidados en la persona y no en los síntomas de la enfermedad, entendiendo que la persona tiene diversas dimensiones que le permiten explorar su propio camino hacia la recuperación. Se puede concluir que, a través de la teoría, pueden desarrollarse intervenciones y actividades de enfermería que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental modificando los modelos tradicionales de atención sanitaria. (26)

Cisneros F. El cuidado de enfermería en el área de psiquiatría también tiene su base en las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Florencia Nightingale en 1859 quien propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen

una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y nos sirve de guía para realizar las acciones que tomamos en nuestro quehacer diario frente al cuidado de los pacientes. Los Metaparadigmas son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería; Persona, Salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales. (27)

Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona. (28)

- El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, Investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados. (28)

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”. (28)

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. (28)

- ✓ 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. (28)

## 2.3 Bases conceptuales:

### A) Definición de esquizofrenia:

- La esquizofrenia, es un trastorno psicótico grave.

Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito).  
(29)

- 1- Delirios.
- 2- Alucinaciones.
- 3- Discurso desorganizado (disgregación o incoherencia frecuente).
- 4- Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
- 5- Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia). (29)

**Disfunción social/laboral:** una o más áreas de actividad (estudios, trabajo, relaciones interpersonales, cuidado de sí mismo) están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o fracaso en alcanzar el nivel esperable del rendimiento interpersonal, académico o laboral si el inicio es en la infancia o adolescencia).  
(29)

**Duración:** Signos continuos durante por lo menos 6 meses que debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A y puede agregar periodos de síntomas prodrómicos o residuales. (29)

### **Tipos de trastornos esquizofrénicos**

- **Simple:** se caracteriza por una pérdida lenta e insidiosa a un estado de disminución afectivo gradual, común en la adolescencia temprana y en la juventud, se observa notable indiferencia, inactividad, aislamiento, falta de iniciativa y tendencia funcionar con mínimo de esfuerzo y a limitar el ámbito vital. (29)
- **Catatónico:** El catatónico se caracteriza por un inicio súbito, generalmente relacionado con una experiencia traumática. La duración de la fase aguda puede ser breve: pero son comunes las recurrencias después de la postración y el estupor puede ocurrir episodios repentinos, se caracteriza por actividad motora excesiva a veces violenta, y otro se revela por estupor, mutismo, negativismo y flexibilidad cérea. (29)
- **Desorganizada o hebefrenia:** Tipificado por síntomas afectivos o ideo verbales. Es notable la euforia insulsa, con risa fácil sin razón aparente o la incongruencia afectiva en sus expresiones Las ideas delirantes son pobres. Presenta manifestaciones regresivas y una profunda desorganización del pensamiento y el lenguaje. (29)
- **Esquizoafectivo:** Consiste en una combinación de síntomas depresivos o maníacos junto con otros de los considerados

típicamente esquizofrénicos, evolucionando de manera episódica.  
(29)

- **Paranoide:** se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones sobre todo auditivas, delirios y alucinaciones, a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 30 y 40 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro. (29)

### **Participación de la familia en el cuidado del paciente con esquizofrenia.**

#### **Necesidades físicas:**

La familia influye mucho en la salud y enfermedad, por lo que cumple una función de suma importancia en el tratamiento y recuperación del paciente con trastorno esquizofrénico. El papel de los familiares con el enfermo es atenderlo en toda su capacidad para ayudar, confrontar y promover su desarrollo y para que esta participación sea efectiva es necesario que sea adecuada y orientada permanentemente. Como educadora la enfermera debe estar preparada para valorar lo que los familiares necesitan y desean conocer y deben ser capaces de dar información suficiente para incrementar el afrontamiento y disminuir su ansiedad sin abrumarlos.  
(29)



Las funciones que tiene la familia en relación a sus miembros es muy importante, ya que uno de los temores que con mayor frecuencia sufren los pacientes esquizofrénicos, provienen del sentimiento de pertenecer a un grupo y creer que nadie desea su compañía; pero la situación de la familia con un miembro diagnosticado de esquizofrenia, incluye en cada uno de los integrantes modificando su rol o funciones, ya que la familia se mueve como un sistema social en un conjunto, entonces sus reacciones dependerán de las mayorías de los casos del pronóstico de dicha enfermedad. (29)

### **Fisiopatología:**

El paciente con esquizofrenia presenta reducciones a nivel de las conexiones en las regiones cerebrales que desencadenan los síntomas negativos mientras que por otro lado sufren la persistencia de otras conexiones con la corteza límbica originando los síntomas positivos. Esto se evidencia con mayor precisión en la adolescencia en su etapa inicial pudiendo o no presentarse algún tipo de dolencias en el desarrollo neuronal. Hoy por hoy se discurre a la esquizofrenia como asociación con la región subcortical o cortical que repercutirá en funciones de apatía, ejecutiva o desinhibición (29)

### **Epidemiología:**

La esquizofrenia ataca presenta una incidencia del 1% de la población siendo la patología mental más frecuente en el mundo, de inicio en la adolescencia por lo general, sin embargo, hay una muy poca probabilidad de presentarse en la etapa adulta comprendida entre los quince años y después de los cuarenta. A nivel de sexo esta enfermedad es más frecuente en personas del sexo masculino (30)

•**Etiología:**

Se desconoce su causa de aparición por lo que se relaciona frecuentemente con el factor biológico y se evidencia en :

- Cambios estructurales en el encéfalo.
- Cambios en los neurotransmisores.

Hay expertos que acreditan a la esquizofrenia puede tener mayor riesgo a presentarse en personas más vulnerables (Complicaciones intrauterinas, infecciones virales y factores genéticos) o contar con factores ambientales estresantes. Factores de estrés ambientales los factores generadores del estrés pueden tener naturaleza social o bioquímica tales como el uso de drogas, fármacos o pérdida de un ser querido entre otras cosas, ante ello no hay pruebas suficientes para relacionarlas con la esquizofrenia. Sin embargo, el apoyo

social, principalmente el familiar es de vital importancia en pacientes con este diagnóstico ya que permite aumentar las habilidades personales y la adherencia al tratamiento. (31)

## • MANIFESTACIONES CLÍNICAS

### Síntomas positivos

Son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar.

- Alteraciones del pensamiento:
  - (a) Delusión de daño, es un pensamiento falso, que se presenta en la mente del paciente, el cree que le van a hacer algún daño o perjuicio y toma las precauciones para evitarlo.
  - (b) De persecución, el paciente tiene la firme convicción que tiene enemigos que lo persiguen o lo buscan para hacerle algún mal.
- Alteración de la percepción:
  - (a) Alucinaciones Auditivas imperativas, estas alucinaciones son las más comunes, los pacientes escuchan voces, y son capaces de escuchar que se burlan del él.
  - (b) Alucinaciones visuales, el paciente ve objetos que no existen y puede ser aumentada o disminuidas de tamaño, presenta un pensamiento disgregado, ambivalencia, estereotipias.

Agresión física o verbal: es el comportamiento caracterizado por atacar ya sea física o verbal a otra persona. Hipererotismo: el paciente presenta una intensidad y persistencia del impulso sexual o la exageración del deseo y del placer sexual. (32)

- Alteración de la voluntad
  - (a) Abulia, Es la incapacidad para realizar un acto voluntario o la falta de interés e iniciativa para hacer algo.
  - (b) Negativismo, Es la oposición por parte del paciente a obedecer las órdenes que se le imparten, es decir manifiesta un rechazo total a las influencias o estímulos externos. (32)

### **Síntomas negativos**

- Alteración del pensamiento:
    - (a) Pensamiento inhibido lentificado, Es un pensamiento de curso muy lento, el paciente se queja de falta de concentración, se expresa en voz baja, el ánimo es triste, el tono monótono. (32)
  - Alteraciones del afecto:
    - (a) Apatía, El individuo se muestra indiferente a cuantos lo rodean.
    - (b) Anhedonia, incapacidad para disfrutar de los placeres.
- Estos síntomas negativos son difíciles de detectar o definir porque ocurren en la continuidad con la normalidad, además

de ser posiblemente provocados como efectos secundarios al medicamento. (32)

### **Medios de diagnóstico**

- Anamnesis: estudio biográfico del paciente.
- Estudio neurológico: Presencia de movimiento en el espejo, confusión derecha izquierda, movimientos musculares anormales en reposo.
- Análisis de laboratorio: para destacar algunas sustancias tóxicas o un tratamiento subyacente de tipo endocrino o neurológico que puede tener algunas características de psicosis.
- Tomografía axial computarizada (TAC) y Resonancia magnética (RM) : se usa para observar anomalías cerebrales

### **Curso de la enfermedad**

El curso típico de la esquizofrenia suele ser con exacerbaciones episódicas de síntomas positivos y fases de remisión parcial con síntomas negativos, con frecuencia empiezan con una secuencia de fases : (32)

- **Fase prodrómica.** Se produce antes de la crisis, con alteración en la conducta social (aislamiento) y afectiva, falta de higiene, pérdida de interés por las cosas que le rodean.

- **Fase activa**, predominan los síntomas de alucinación, las ideas de delirio, de agresividad y pensamiento gravemente desorganizado, se desencadena la enfermedad con predominio de síntomas positivos.
- **Fase residual**. Deterioro social, laboral y personal. Signos y síntomas positivos llegan a su culmen. (32)

### **Tratamiento**

El tratamiento de la esquizofrenia consta de tratamiento farmacológico, tratamiento psicológico, y terapia electro convulsivo en algunos casos. El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia ha evolucionado a lo largo de la segunda mitad del siglo pasado, principalmente gracias al desarrollo de los fármacos antipsicóticos. Las estrategias y formas de tratamiento de la esquizofrenia varían en función de la fase y la severidad de la enfermedad. (32)

- ✓ El tratamiento farmacológico del paciente con trastorno esquizofrénico se basa en el empleo de los antipsicóticos o neurolépticos, que en virtud de sus características se clasifican en típicos y atípicos Antipsicóticos típicos: Estos fármacos se introdujeron en su mayoría durante las décadas de los años cincuenta y setenta. (32)
- ✓ Se incluyen aquí los compuestos siguientes: Amisulprida, Clorpromazina, Flufenazina, Haloperidol, Levomepromazina,

Loxapina, Perfenazina, Periciazina, Pimozida, Pipotiazina, Sulpirida, Tiaprida, Tioproperazina, Trifluoperazina y Zuclopentixol. (32)

- ✓ Benzodiacepinas: Se administran dosis elevadas para intentar disminuir la agitación y la ansiedad.
- ✓ Betabloqueadores: Una de sus acciones es el aumento de los niveles plasmáticos de los antipsicóticos.
- ✓ Litio: Se ha utilizado para intentar reducir las conductas impulsivas y agresivas, la hiperactividad o la excitación, así como para estabilizar el estado de ánimo.
- ✓ Anticonvulsionantes: Utilizado para las crisis comiciales.
- ✓ Antidepresivos: Los antidepresivos también se han utilizado, principalmente en aquellos pacientes que han desarrollado una depresión grave. (32)
- ✓ A pesar de que todos los tratamientos farmacológicos existentes tienen limitaciones en cuanto a su eficacia y están relacionados con efectos adversos indeseables, es un hecho demostrado que los antipsicóticos pueden mejorar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y prevenir las recaídas.
- ✓ Duración del tratamiento farmacológico: Los pacientes que cursan con primer episodio, o bien con recurrencia pero que alcanzan la remisión de sus síntomas, el tiempo de toma de medicamentos debe ser de 12 a 24 meses. Los pacientes

que han presentado varios episodios o no alcanzan la remisión, el uso del medicamento es para una mayor cantidad de tiempo, o de por vida. (32)

- ✓ Tratamiento psicológico: Hay diferentes modalidades en el tratamiento psicológico de la esquizofrenia: Intervenciones psicoeducativas familiares, entrenamiento en habilidades sociales, y las terapias cognitivo-conductuales para los síntomas psicóticos.
- ✓ Intervenciones familiares psicoeducativas: Proporcionan una aproximación positiva con las familias, respetando sus necesidades y recursos de afrontamiento, y enseñándoles estrategias para abordar los problemas, como la sobrecarga que les supone cuidar del enfermo. También se les proporciona estabilidad, y una mejora de la comunicación con el familiar.
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales: La esquizofrenia, es una enfermedad que tiene como uno de los principales rasgos el déficit de funcionamiento social. Por ello, el entrenamiento en habilidades social se utiliza frecuentemente en estos pacientes. Se sabe que las habilidades sociales pueden ser enseñadas a personas con deterioro en este aspecto. (32)



- ✓ Tratamientos cognitivo-conductuales para los delirios y las alucinaciones. Dentro de este tratamiento, hay diversas modalidades terapéuticas, que disponen de diversos estudios experimentales que soportan su eficacia y validez. Por un lado, hay autores que prefieren enfocar esta terapia a las técnicas de distracción, para ignorar las voces. Existen otros autores que no creen en su efectividad, ya que sólo se produce un efecto transitorio, al no dirigirse al problema central. Por otro lado, hay autores que defienden la postura contraria: Hacer que el paciente dirija su atención a las alucinaciones, para que las pueda describir con detalles en la terapia. (32)
  
- ✓ Tratamiento con terapia electro convulsiva. (TEC) El uso de la TEC, para el tratamiento de la esquizofrenia está restringido a pocos casos. Se utiliza para potenciar los efectos de los medicamentos antipsicóticos. Se ha demostrado que la inducción de convulsiones mediante TEC incrementa los efectos terapéuticos de la clozapina en pacientes psicóticos previamente resistentes al fármaco. La TEC genera una acción convulsiva, que hace que se expandan los espacios de

la barrera hemato-cefálica, y permite el paso de las moléculas del fármaco más fácilmente. (32)

### **Pronóstico**

Los pacientes logran llevar una vida relativamente normal (20% - 30%), experimentan signos moderados (20% - 30%), y el (40% - 60%), levan una vida perturbada por el trastorno.

- Factores de buen pronóstico: inicio a edad tardía, comienzo agudo de la enfermedad, buen cumplimiento del tratamiento, apoyo incondicional de la familia.

- Factores de mal pronóstico: inicio a edad temprana, comienzo progresivo o insidioso de la enfermedad, prevalencia de síntomas negativos, trastorno previo de la personalidad, historia, ambiente familiar y social desfavorable, abandono del tratamiento.

La mejor manera de prevenir las recaídas es continuar tomando los medicamentos indicados, puesto que son los efectos secundarios una de las razones principales por las que las personas con esquizofrenia dejan de tomar los medicamentos.

## **Diagnósticos de enfermería**

### **Papel de enfermería en una unidad psiquiátrica:**

Dentro de la institución hospitalaria la enfermera forma parte del grupo de ayuda terapéutica. Como parte activa de este equipo asistencial, la enfermera adquiere un papel, fundamental. El hecho de que el personal de enfermería conviva prácticamente las veinticuatro horas del día con el paciente ingresado en la unidad Psiquiátrica de hospitalización, dota a este de un papel muy importante en la práctica asistencial diaria. Pero este hecho esta en función de lo que el equipo decida, de cual va ser el papel de equipo de enfermería dentro del mismo. (32)

En definitiva, el rol de enfermería dentro del equipo, que asiste al paciente psiquiátrico es igual al de otro miembro del mismo, siempre en función de la formación del personal, que no debe ser abandonada en ningún momento para seguir en constante evolución.

Entre los diagnósticos de Enfermería asociados con el diagnostico de esquizofrenia se incluyen :

1. 00122 Alteraciones sensoperceptivas (auditivas) r/c alteraciones endógenas, alteraciones de la percepción sensorial m/p alteraciones de la capacidad de abstracción, ansiedad

2. 00121 Trastorno de la identidad personal r/c trastorno psiquiátrico m/p trastorno de las relaciones, sentimientos de vacío.
3. 00193 Descuido personal r/c depresión y trastorno mental m/p higiene personal inadecuada, higiene del entorno adecuada, no adherencia a las actividades relacionadas con la salud.
4. 00095 Insomnio r/c depresión, medicamentos, ansiedad m/p el paciente informa falta de energía, el paciente informa dificultad para conciliar el sueño.
5. 00053 Aislamiento social r/c alteración del estado mental, conducta socialmente no aceptada m/p proyección de hostilidad en la voz, en la conducta, expresión de sentimientos de rechazo
6. 00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p factores psicológico.
7. 00048 Deterioro de la dentición r/c higiene oral ineficaz, barreras para el autocuidado m/p halitosis, exceso de placa, decoloración del esmalte dental.
8. 00015 Riesgo de estreñimiento r/c aporte insuficiente de fibras, depresión, sedantes.
9. 00150 Riesgo de suicidio r/c enfermedad o trastorno psiquiátrico.
10. 00217 Riesgo de respuesta alérgica r/c fármacos

## 2.4. Definición de términos básicos:

- **Cuidados:** se define *“el cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos”*. (33)
- **Enfermería:** se define *“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. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”*. (33)
- **Cuidados de enfermería:** se define *“noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar )”* (33)
- **Paciente:** se define *“el paciente es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud”*. (33)
- **Esquizofrenia:** se define *“es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin*

*relación con la situación y autismo entendido como aislamiento”.*

(33)

- **Centro de salud:** *se define “la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”. (33)*
- **Salud mental:** *se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (33)*
- **Centro de salud mental comunitario:** *“son establecimientos de categoría I-3 O I-4 especializados a su correspondiente, que cuentan con psiquiatría y servicios especializados por etapa de vida” (34)*

## CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCIÓN

### 3.1. Valoración

#### 3.1.1 datos de filiación:

##### • datos personales:

- Apellidos y nombres : Alfredo Huamani Cuba
- Nacionalidad : Peruano
- Fecha de nacimiento : 29/10/1990
- Sexo : Masculino
- Lugar de nacimiento : Chumbivilcas
- Lugar de procedencia : Cusco
- Lengua materna : Quechua
- Nivel de escolaridad : Primaria incompleta
- Estado civil : soltero
- Ocupación : Agricultor
- Religión : Católico
- Familiar responsable : Viviana Huamani Cuba(hermana)
- Tipo de seguro : SIS
- Fecha de ingreso :01/12/2019
- Historia clínica :312
- Diagnostico medico : Esquizofrenia
- Domicilio : Curahuasi

#### 3.1.2. Motivo de consulta:

Paciente adulto acude al servicio en compañía de su hermana, quien refiere que el personal de salud del hospital regional de cusco le menciona que busque un centro de salud para continuar con el tratamiento y le recomendó que visite al “psicólogo”.

### **3.1.3 Enfermedad actual:**

Paciente varón de 30 años acude a la consulta con su hermana y refiere que hace 10 años inicia cuadro de sensación de hormigueo en todo el cuerpo, alucinaciones auditivas, “tiraba las cosas”. En el Hospital regional del cusco le diagnosticaron esquizofrenia por lo que la hospitalizaron por 3 meses le dieron tratamiento por consulta externa con RISPIRIDONA y BIPIRIDENO, luego le dan alta luego es evaluada en el CSMC ALLIN KAWSAY prescriben RISPIRIDONA BIPIRIDENO Y CLONAZEPAN. Actualmente usuario mejoro todos los síntomas y con el tratamiento oportuno usuario realiza sus actividades del día a día.

### **3.1.4 Antecedentes**

#### **3.1.4.1 Antecedentes perinatales:**

- Parto domiciliario

#### **3.1.4.2 Antecedentes familiares:**

- Madre con enfermedad mental no especificada.
- Padre alcohólico.

#### **3.1.4.3 Antecedentes personales:**

- Neumonía

#### **3.1.4.4 Antecedentes socioeconómicos y culturales**

- Usuario agricultor.
- Hermana comerciante de fruta.
- Mama ama de casa.



### **3.1.5 Examen físico:**

- Peso:72 kg.
- Talla:1.58cm
- Sistema cardiovascular
  - Pulso periférico: lleno y rítmico.
  - Perfusión tisular:menos de 2 segundos.
- Sistema neurológico:
  - Nivel de conciencia: despierto, desorientado.
  - Respuesta verbal: normal (quechua-hablante)
  - Respuesta motora: movimientos coordinados.
- Sistema respiratorio:
  - Pulmones: sin presencia de sonidos extraños y secreciones.
- Sistema musculo esquelético:
  - Tono: normal
  - Movilidad: normal
  - Coordinación: normal.
- Sistema tegumentario:
  - Colaboración: normal.
- Sistema gastrointestinal:
  - Deposición: normal.
- Sistema genito-urinario:
  - Micción: espontanea.
- Sistema reproductor:

- No aplica.

### 3.1.6 Examen mental:

- **Descripción general:** paciente masculino, contextura gruesa promedio con sobrepeso, mala higiene, vestimenta inadecuada.
- **Conducta motora:** mantiene contacto visual movimientos postura inadecuada.
- **Estado emocional**  
**Animo:** tranquilidad calmada.  
**Afecto:** poco demostrativa.
- **Lenguaje**  
**Volumen:** medio  
**Velocidad:** normal.
- **Percepción**  
**Alucinaciones:** presentes.  
**Delusiones:** niega
- **Pensamiento:** incoherente
- **Sensorio y cognición**  
**Nivel de conciencia:** despierto.  
**Orientación:** orientado en tiempo y espacio  
**Conciencia de enfermedad:** no hay conciencia de enfermedad

### **3.1.7 Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases:**

#### **Dominio 1: Promoción de la salud**

##### **Clase 1: Conocimiento de la salud:**

Familiar del paciente manifiesta que su hermano no hace mucha actividad física.

#### **Dominio 2: Nutrición**

##### **Clase 1: Ingestión**

Hermana refiere que el paciente por momentos come mucho o en día no come nada, es demasiado alterado su alimentación.

#### **Dominio 3: Eliminación e intercambio**

##### **Clase 4: Función respiratoria**

Paciente con normal estado de intercambio gaseoso.

#### **Dominio 4: Actividad / reposo**

##### **Clase 2: Actividad / ejercicio**

Paciente no concilia sueño, presenta higiene inadecuado.

#### **Dominio 5: Percepción cognición**

##### **Clase 4: cognición:**

Se relaciona con el estado actual del paciente enfermedad mental.

## **Dominio 6: Autopercepción**

### **Clase 1: Autoconcepto**

Se le observa estado de ánimo decaído, facie de ansiedad e intranquilidad, irritable, hermana manifiesta estar cansada porque sus hermanos de cusco no le apoyan en nada.

## **Dominio 7: Rol relaciones**

### **Clase .1: Rol del cuidador:**

Hermana del usuario manifiesta que en muchas oportunidades se siente cansada porque tengo otros hijos y también tienen problemas

## **Dominio 8: Sexualidad**

Paciente de 30 años masculino.

## **Dominio 9: Afrontamiento tolerancia al estrés**

### **Clase 2: Respuestas de afrontamiento**

Mama refiere: “Estoy preocupada por mis hijos, por qué me dedique a mi hermano.

## **Dominio 10: Principios vitales**

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

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

### **Dominio 12: Confort**

#### **Clase 1: Confort físico**

Paciente con tratamiento adecuado

### **Dominio 13 Crecimiento y desarrollo**

#### **Clase 2 Desarrollo**

Hermana refiere que nació parto domiciliario y desconoce si tuvo controles o vacunas.

## **3.2 Diagnóstico de enfermería**

### **3.2.1 Lista de hallazgos significativos**

- ✓ Ansiedad.
- ✓ Descuido personal.
- ✓ Insomnio.
- ✓ Aislamiento social
- ✓ Desequilibrio nutricional.

### **3.2.2 Diagnóstico de enfermería según datos significativos**

1. Alteraciones sensoperceptivas (auditivas) r/c alteraciones endógenas, alteraciones de la percepción sensorial m/p alteraciones de la capacidad de abstracción, ansiedad

2. Trastorno de la identidad personal r/c trastorno psiquiátrico m/p trastorno de las relaciones, sentimientos de vacío.
3. Descuido personal r/c depresión y trastorno mental m/p higiene personal inadecuada, higiene del entorno adecuada, no adherencia a las actividades relacionadas con la salud
4. Insomnio r/c depresión, medicamentos, ansiedad m/p el paciente informa falta de energía, el paciente informa dificultad para conciliar el sueño
5. Aislamiento social r/c alteración del estado mental, conducta socialmente no aceptada m/p proyección de hostilidad en la voz, en la conducta, expresión de sentimientos de rechazo.
6. Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p factores psicológicos.
7. Deterioro de la dentición r/c higiene oral ineficaz, barreras para el autocuidado m/p halitosis, exceso de placa, decoloración del esmalte dental
8. Riesgo de estreñimiento r/c aporte insuficiente de fibras, depresión, sedantes
9. Riesgo de suicidio r/c enfermedad o trastorno psiquiátrico
10. Riesgo de respuesta alérgica r/c fármacos

### 3.3 Planificación

#### 3.3.1 Esquema de planificación:

Para el presente trabajo académico se utilizaron las taxonomías: NANDA, NIC y NOC, los resultados obtenidos fueron satisfactorios.

**CENTRO DE SALUD MENTAL “ALLIN KAWSAY”  
PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN PCC-R**

Nombre(s) y apellidos	:	Alfredo Huamani Cuba
Fecha de nacimiento	:	29/10/1990
Fecha de ingreso	:	01/12/2019
Fecha de alta	:	
Historia clínica	:	312
Recursos personales	:	Acude a cita
Recursos familiares	:	Hermana y sobrina
Comunitarios	:	CSMC"Allin Kawsay"

Plan de cuidados de enfermería		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)
<b>00122</b> Alteraciones sensorio perceptivas (auditivas) r/c alteraciones endógenas, alteraciones de la percepción sensorial m/p alteraciones de la capacidad de abstracción, ansiedad. (1)	0300 Autocuidados actividades de la vida diaria AVD 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado 1610 Conducta de compensación auditiva 2401 Función sensitiva: auditiva (1) 1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita. (2)	1640 Cuidados de los oídos 1800 Ayuda al autocuidado 4974 Mejorar la comunicación: déficit auditivo 5820 Disminución de la ansiedad (1) <b>6450 Manejo de ideas ilusorias (2)</b>
	<u>1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado</u> <u>Indicadores:</u> Verbaliza alucinaciones o ideas delirantes. Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes. Expone un pensamiento basado en la realidad. <u>1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita.</u> <u>Indicadores:</u> Toma toda la medicación prescrita	<u>6450 Manejo de ideas ilusorias</u> <u>Actividades:</u> Asegurar la toma del tratamiento antipsicótico y ansiolíticos. Evitar reforzar las ideas delirantes y no discutir sobre las creencias falsas de la paciente. Establecer actividades recreativas y de diversión que requieran atención o habilidad.

	Toma la dosis correcta. Evita alimento y líquidos que estén contraindicados Utiliza estrategias para minimizar los EA. (2)	Facilitar el descanso y nutrición adecuados. Disminuir los estímulos ambientales excesivos. (2)
--	--	--

Fuente: CSMC"Allin Kawsay". (35)

**CENTRO DE SALUD MENTAL "ALLIN KAWSAY"**  
**PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN PCC-R**

Nombre(s) y apellidos	:	Alfredo Huamaní Cuba
Fecha de nacimiento	:	29/10/1990
Fecha de ingreso	:	01/12/2019
Fecha de alta	:	
Historia clínica	:	312
Recursos personales	:	Acude a cita
Recursos familiares	:	Hermana y sobrina
Comunitarios	:	CSMC"Allin Kawsay"

Plan de cuidados de enfermería		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)
<b>00121</b> Trastorno de la identidad personal r/c trastorno psiquiátrico m/p trastorno de las relaciones, sentimientos de vacío. (3)	1202 Identidad 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado 1406 Control de la automutilación (3) <b>1205 Autoestima (2)</b>	4354 Manejo de la conducta: autolesión. 4820 Orientación de la realidad 5230 Aumentar el afrontamiento 5400 Potenciación de la autoestima 5820 Disminución de la ansiedad 6487 Manejo ambiental: prevención violencia (3) <b>4820 Orientación de la realidad (2)</b>
	<u>1205 Autoestima</u> <u>Indicadores:</u> Aceptación de las propias limitaciones. Descripción del yo. Aceptación de sus virtudes y cumplidos de los demás. Sentimientos sobre su propia persona. (2)	<u>4820 Orientación de la realidad</u> Dirigirse al paciente por su nombre. Informar a la paciente acerca de personas, lugares y tiempo. Hacer partícipe a la familia en el tratamiento del paciente. (2)

Fuente: CSMC"Allin Kawsay". (36)



CENTRO DE SALUD MENTAL "ALLIN KAWSAY"  
 PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN PCC-R

Nombre(s) y apellidos	:	Alfredo Huamaní Cuba
Fecha de nacimiento	:	29/10/1990
Fecha de ingreso	:	01/12/2019
Fecha de alta	:	
Historia clínica	:	312
Recursos personales	:	Acude a cita
Recursos familiares	:	Hermana y sobrina
Comunitarios	:	CSMC "Allin Kawsay"

Plan de cuidados de enfermería		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)
<b>00193</b> Descuido personal r/c depresión y trastorno mental m/p higiene personal inadecuada, higiene del entorno adecuada, no adherencia a las actividades relacionadas con la salud. (4)	0301 Autocuidados: baño <b>0305 Autocuidados: higiene</b> 1600 Conducta de adhesión (4)	1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 4350 Manejo de la conducta. 4360 Modificación de la conducta 4420 Acuerdo con el paciente (4) <b>5220 Potenciación de la imagen corporal. (2)</b>
	<u>0305 Autocuidados: higiene</u> <u>Indicadores:</u> Mantiene la higiene corporal. (2)	<u>5220 Potenciación de la imagen corporal</u> <u>Actividades:</u> Animar al paciente a resaltar condiciones físicas de las que esté orgullosa. Animar al paciente a que cada día se vista adecuadamente, arreglado, etc. Planificar una salida para ir de compras, si lo desea. (2)

Fuente: CSMC "Allin Kawsay". (37)

CENTRO DE SALUD MENTAL "ALLIN KAWSAY"  
 PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN PCC-R

Nombre(s) y apellidos	:	Alfredo Huamaní Cuba
Fecha de nacimiento	:	29/10/1990
Fecha de ingreso	:	01/12/2019
Fecha de alta	:	
Historia clínica	:	312
Recursos personales	:	Acude a cita
Recursos familiares	:	Hermana y sobrina
Comunitarios	:	CSMC "Allin Kawsay"

Plan de cuidados de enfermería		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)
<b>00095</b> Insomnio r/c depresión, medicamentos, ansiedad m/p el paciente informa falta de energía, el paciente informa dificultad para conciliar el sueño. (5)	<b>0004 Sueño</b> 2002 Bienestar personal (5)	1400 Manejo del dolor 1850 Mejorar el sueño 5230 Aumentar el afrontamiento 5880 Técnica de relajación 6040 Terapia de relajación simple 6482 Manejo ambiental: confort (5) <b>1850 Manejo del sueño. (2)</b>
	<u>0004 Sueño</u> <u>Indicadores:</u> Horas de sueño. Hábito del sueño. Cama confortable. (2)	<u>1850 Manejo del sueño</u> <u>Actividades:</u> Realizar ejercicio físico. Respetar el ciclo sueño /vigilia. Adaptar el ambiente ruido, temperatura, limpieza, luz, colchón, cama, ropa, etc. Evitar la ingesta de alimentos muy calóricos y bebidas excitantes antes de acostarse. Ajustar el tratamiento farmacológico a las necesidades del paciente. (2)

Fuente: CSMC "Allin Kawsay". (38)

**CENTRO DE SALUD MENTAL "ALLIN KAWSAY"**  
**PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN PCC-R**

Nombre(s) y apellidos	:	Alfredo Huamaní Cuba
Fecha de nacimiento	:	29/10/1990
Fecha de ingreso	:	01/12/2019
Fecha de alta	:	
Historia clínica	:	312
Recursos personales	:	Acude a cita
Recursos familiares	:	Hermana y sobrina
Comunitarios	:	CSMC "Allin Kawsay"

Plan de cuidados de enfermería		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)
<b>00053</b> Aislamiento social r/c alteración del estado mental, conducta socialmente no aceptada m/p proyección de hostilidad en la voz, en la conducta, expresión de sentimientos de rechazo. (6)	1200 Imagen corporal 1502 Habilidades de interacción social <b>1503 Implicación social</b> 1504 Soporte social 1604 Participación en actividades de ocio (6)	5100 Potenciación de la socialización 5270 Apoyo emocional 5430 Grupos de apoyo 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 7560 Facilitar las visitas (6) <b>4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales. (2)</b>
	<u>1503 Implicación social</u> <u>Indicadores:</u> Interacción con amigos, vecinos y miembros de la familia. Participación en la organización de actividades. (2)	<u>4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales.</u> <u>Actividades:</u> Identificar las habilidades sociales del paciente, y crear un horario semanal de actividades a realizar en el centro Dar elogios o recompensas al paciente cuando cumpla un objetivo. (2)

Fuente: CSMC "Allin Kawsay". (39)

**CENTRO DE SALUD MENTAL "ALLIN KAWSAY"**  
**PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN PCC-R**

Nombre(s) y apellidos	:	Alfredo Huamaní Cuba
Fecha de nacimiento	:	29/10/1990
Fecha de ingreso	:	01/12/2019
Fecha de alta	:	
Historia clínica	:	312
Recursos personales	:	Acude a cita
Recursos familiares	:	Hermana y sobrina
Comunitarios	:	CSMC "Allin Kawsay"

Plan de cuidados de enfermería		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)
<b>00001</b> Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p factores psicológicos. (7)	<b>1004 Estado nutricional</b> 1009 Estado nutricional: ingesta de nutrientes 1209 Motivación 1802 Conocimiento: dieta 1841 Conocimiento: manejo del peso 1601 Conducta de cumplimiento (7)	5246 Asesoramiento nutricional 1260 Manejo del peso 0200 Fomento del ejercicio <b>1100 Manejo de la nutrición</b> 4420 Acuerdo con el paciente 5270 Apoyo emocional 5614 Enseñanza: dieta prescrita 7400 Guías del sistema sanitario (7)
	<u>1004 Estado nutricional</u> Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas. <u>Indicadores.</u> Escala: Desviación del rango normal: Grave (1); Sustancial (2); Moderada (3); Leve (4); Sin desviación (5) 100401 Ingestión de nutrientes 100402 Ingestión alimentaria 100411 Relación peso/ talla (7)	<u>1100 Manejo de la nutrición</u> Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos Determinar preferencias de comidas del paciente Determinar el número de calorías y nutrientes necesarias para satisfacer las exigencias de alimentación Realizar una selección de comidas Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente Proporcionar información adecuada acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas Pesar al paciente a intervalos regulares y adecuados (7)

Fuente: CSMC "Allin Kawsay". (40)

**CENTRO DE SALUD MENTAL "ALLIN KAWSAY"**  
**PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN PCC-R**

Nombre(s) y apellidos	:	Alfredo Huamaní Cuba
Fecha de nacimiento	:	29/10/1990
Fecha de ingreso	:	01/12/2019
Fecha de alta	:	
Historia clínica	:	312
Recursos personales	:	Acude a cita
Recursos familiares	:	Hermana y sobrina
Comunitarios	:	CSMC "Allin Kawsay"

Plan de cuidados de enfermería		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)
<b>00048</b> Deterioro de la dentición r/c higiene oral ineficaz, barreras para el autocuidado m/p halitosis, exceso de placa, decoloración del esmalte dental. (8)	0308 Autocuidados: higiene bucal. <b>1100 Higiene bucal.</b> (8)	1710 Mantenimiento de la salud bucal. <b>1730 Restablecimiento de la salud bucal.</b> (8)
	<u>1100 Higiene bucal</u> <u>Indicadores:</u> Limpieza bucal y dental (2)	<u>1730 Restablecimiento de la salud bucal</u> <u>Actividades:</u> Fomentar la higiene bucal diaria: 3 veces al día después de las comidas, combinado con el uso de colutorio e hilo dental. Acompañar al paciente a las interconsultas con odontólogo(a) (2)

Fuente: CSMC "Allin Kawsay". (41)

**CENTRO DE SALUD MENTAL "ALLIN KAWSAY"**  
**PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN PCC-R**

Nombre(s) y apellidos	:	Alfredo Huamani Cuba
Fecha de nacimiento	:	29/10/1990
Fecha de ingreso	:	01/12/2019
Fecha de alta	:	
Historia clínica	:	312
Recursos personales	:	Acude a cita
Recursos familiares	:	Hermana y sobrina
Comunitarios	:	CSMC "Allin Kawsay"

Plan de cuidados de enfermería		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)
<b>00015</b> Riesgo de estreñimiento r/c aporte insuficiente de fibras, depresión, sedantes. (7)	1902 Control del riesgo 0501 Eliminación intestinal 1608 Control de síntomas <b>1802 Conocimiento: dieta</b> 1622 Conducta de cumplimiento: dieta prescrita 1621 Conducta de adhesión: dieta saludable 1811 Conocimiento: actividad prescrita 1601 Conducta de cumplimiento (7)	5614 Enseñanza: dieta prescrita <b>5246 Asesoramiento nutricional</b> 0200 Fomento del ejercicio 5612 Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito 7400 Guías del sistema sanitario (7)
	<u>1802 Conocimiento: dieta</u> Grado de comprensión transmitido sobre la dieta recomendada. <u>Indicadores:</u> Escala: Conocimiento: Ninguno (1) Escaso (2) Moderado (3) Sustancial (4) Extenso (5) 180201 Dieta recomendada 180204 Objetivos de la dieta 180208 Interpretación de las etiquetas alimentarias 180217 Actividades de automatización (7)	<u>5246 Asesoramiento nutricional</u> Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta <u>Actividades:</u> Determinar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente Facilitar la identificación de conductas alimentarias que se desean cambiar Comentar con el paciente y/o familia los hábitos de compra de comidas Establecer metas realistas para modificar la dieta. (7)

Fuente: CSMC "Allin Kawsay". (42)

**CENTRO DE SALUD MENTAL "ALLIN KAWSAY"**  
**PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN PCC-R**

Nombre(s) y apellidos	:	Alfredo Huamaní Cuba
Fecha de nacimiento	:	29/10/1990
Fecha de ingreso	:	01/12/2019
Fecha de alta	:	
Historia clínica	:	312
Recursos personales	:	Acude a cita
Recursos familiares	:	Hermana y sobrina
Comunitarios	:	CSMC "Allin Kawsay"

Plan de cuidados de enfermería		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)
<b>00150</b> Riesgo de suicidio r/c enfermedad o trastorno psiquiátrico. (2)	<b>1408 Autocontrol del impulso suicida</b> (2)	<b>4354 Manejo de la conducta: autolesión</b> (2)
	<u>1408 Autocontrol del impulso suicida</u> <u>Indicadores:</u> Obtiene tratamiento para la depresión. No intenta causarse lesiones. Verbaliza control de impulsos. (2)	<u>4354 Manejo de la conducta: autolesión</u> <u>Actividades:</u> Retirar los objetos peligrosos del ambiente del paciente. Administrar medicamentos para disminuir la depresión Estabilizar el humor Disminuir la autoestimulación (2)

Fuente: CSMC "Allin Kawsay". (43)

**CENTRO DE SALUD MENTAL "ALLIN KAWSAY"**  
**PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN PCC-R**

Nombre(s) y apellidos	:	Alfredo Huamaní Cuba
Fecha de nacimiento	:	29/10/1990
Fecha de ingreso	:	01/12/2019
Fecha de alta	:	
Historia clínica	:	312
Recursos personales	:	Acude a cita
Recursos familiares	:	Hermana y sobrina
Comunitarios	:	CSMC "Allin Kawsay"

Plan de cuidados de enfermería		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)
<b>00217</b> Riesgo de respuesta alérgica r/c fármacos. (2)	2301 Respuesta a la medicación. (2)	6410 Manejo de la alergia. (2)
	<u>2301 Respuesta a la medicación</u> <u>Indicadores:</u> Reacción alérgica Efectos adversos a la medicación_(2)	<u>6410 Manejo de la alergia</u> <u>Actividades:</u> Identificar las alergias medicamentosas Registrar las alergias Disponer medidas de recurrencia para el shock anafiláctico Realizar pruebas de alergia (2)

Fuente: CSMC "Allin Kawsay". (44)



### 3.4 Ejecución y evaluación

#### 3.4.1 Registro de enfermería: SOAPIE

**S:** paciente refiere: "he tenido dificultad para conciliar el sueño".

**O:** El paciente se encuentra bajo responsabilidad de su hermana por ello no toma decisiones autónomas.

**A:** Alteraciones sensorio-perceptivas (auditivas) r/c alteraciones endógenas, alteraciones de la percepción sensorial m/p alteraciones de la capacidad de abstracción, ansiedad

- Trastorno de la identidad personal r/c trastorno psiquiátrico m/p trastorno de las relaciones, sentimientos de vacío.
- Descuido personal r/c depresión y trastorno mental m/p higiene personal inadecuada, higiene del entorno adecuada, no adherencia a las actividades relacionadas con la salud
- Insomnio r/c depresión, medicamentos, ansiedad m/p el paciente informa falta de energía, el paciente informa dificultad para conciliar el sueño
- Aislamiento social r/c alteración del estado mental, conducta socialmente no aceptada m/p proyección de hostilidad en la voz, en la conducta, expresión de sentimientos de rechazo.
- Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p factores psicológicos.

- Deterioro de la dentición r/c higiene oral ineficaz, barreras para el autocuidado m/p halitosis, exceso de placa, decoloración del esmalte dental
- Riesgo de estreñimiento r/c aporte insuficiente de fibras, depresión, sedantes
- Riesgo de suicidio r/c enfermedad o trastorno psiquiátrico
- Riesgo de respuesta alérgica r/c fármacos

**P:** -paciente mejora su sueño.

- Usuario disminuye su ansiedad.
- Disminuye ideas de autolesión.
- Paciente se realiza exámenes de laboratorio para evitar las alergias

**I:** - Mantener una buena higiene del sueño.

- Se enseñó técnicas de relajación
- Se enseñó técnicas de respiración.
- Se administró ansiolíticos por el periodo de 2 semanas según indicación médica.
- Se brindó psi coeducación sobre higiene del sueño y hábitos saludables.

- Se realizó visitas domiciliarias para evaluar la dinámica familiar.

- Participo en el club psicosocial

- Participo en el taller psicoeducativo de pacientes y familiares.

- Se realizó llamadas telefónicas para fomentar la adherencia al tratamiento.

- Se brindó consejería sobre adherencia al tratamiento

**E:** Luego de brindar los cuidados de enfermería se dejó estable a la paciente la cual mejoro sus hábitos de la vida diaria, mejoro su sueño, participó activamente de las actividades del centro de salud mental comunitario, mejoro su alimentación y su actividad física lo cual se evidencio en pérdida de peso lo cual elevo su autoestima y sus relaciones sociales.

## CONCLUSIONES

- ✓ En la valoración clínica de Enfermería se logró conocer más a fondo las necesidades del paciente, y se proporcionaron cuidados de Enfermería de calidad, basados en una metodología específica como lo es el PAE, estos cuidados pueden contribuir a disminuir los factores de riesgo de morbilidad y mortalidad en la persona.
- ✓ Fue muy importante la interacción que se tuvo con el paciente y con la hermana del usuario, pues además del fundamento científico que debemos tener como profesionales de Enfermería, debemos ser empáticos e identificar las necesidades del usuario y su familia, pues de esta forma nuestras intervenciones serán pertinentes logrando así la recuperación y inserción la sociedad del usuario
- ✓ Se puede concluir que la participación de la familia en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia del centro de salud mental comunitario allin kawsay es favorable.
- ✓ La participación de la familia es esencial para la recuperación y rehabilitación del paciente en brindar los cuidados en el hogar como verificar y administrar la medicación, brindar apoyo y acompañar a las citas de control, participar en las actividades extramurales.

## RECOMENDACIONES

- ✓ Aplicar correcta y responsablemente el Proceso de Atención de Enfermería para poder brindar al usuario una atención de calidad y calidez basada en los principios científicos para alcanzar una estabilidad física y emocional que es el bienestar propio para el usuario y familia.
- ✓ Valorar y observar la organización del personal de enfermería para la atención continua del usuario.
- ✓ Revisión de registros y reportes del programa continuidad de cuidados PCC.
- ✓ Contar con movilidad propia para poder realizar visitas domiciliarias y así mejorar la adherencia al tratamiento con participación de la familia.
- ✓ Con respecto a los cuidados de enfermería que se brindaron estos fueron integrales y específicos, permitiendo en cada momento identificar las necesidades y así se proporcionaron cuidados con seguridad, afecto y conocimiento.
- ✓ Se brindó información y educación a la hermana para el cuidado del usuario durante el tratamiento del programa de continuidad de cuidados.

- ✓ Actualmente el usuario se encuentra en tratamiento con un trabajo exitoso que se presentó en la ciudad de LIMA, se sigue monitorizando continuamente con el equipo interdisciplinario (psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajadora social y terapia ocupacional) se coordina las visitas domiciliarias.
- ✓ Es necesario llevar a cabo estudios que analicen la participación de los familiares en el cuidado de sus pacientes con problemas de salud mental. Pues la familia influye mucho en la estabilidad del paciente.
- ✓ Futuras investigaciones deberán tener en cuenta otras dimensiones de estudio para hacer estudios más profundos en otros ámbitos de la esquizofrenia y así sensibilizar a las autoridades y profesionales de salud en el ámbito de la salud mental.
- ✓ Los centros de salud mental comunitario, en su enfoque comunitario está logrando cambiar la perspectiva de muchas familias que importancia tiene el soporte familiar y que importante es la salud mental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2. Aparicio T. Trastorno límite de la personalidad. Cartago 2018.
2. Rotondo H. Compendio del psiquiatra. Perú 2018
3. Aparicio T. Trastorno límite de la personalidad. Cartago 2018, Organización Mundial de la Salud . Esquizofrenia. [Online].; 2019 [cited 2020 Mayo 10. Available from:      HYPERLINK “<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>                      “<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
4. Carranza V. El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. Bolivia 2003.
5. OMS. Trastornos mentales. 2017
6. Voz Pro Salud Mental. Esquizofrenia. 2016.
7. Hanco N. Brecha para acceder a los servicios de salud mental es del 80% en el Perú. [Online].; 2019 [cited 2020 Mayo 10. Available from: HYPERLINK "<https://diariocorreo.pe/edicion/arequipa/brecha-para-acceder-los-servicios-de-salud-mental-es-del-80-en-el-peru-882984/>"  
<https://diariocorreo.pe/edicion/arequipa/brecha-para-acceder-los-servicios-de-salud-mental-es-del-80-en-el-peru-882984/> .
8. El Comercio. Unas 32 mil personas podrían sufrir de esquizofrenia en Lima. [Online].; 2016 [cited 2020 Mayo 10. Available from:      HYPERLINK "<https://elcomercio.pe/lima/32-mil-personas-sufrir-esquizofrenia-lima->

222118-noticia/                   “<https://elcomercio.pe/lima/32-mil-personas-sufrir-esquizofrenia-lima-222118-noticia/> .

9. Pereyra G. Día de la salud mental: una mirada a la esquizofrenia en el Perú. Perú 2016
10. Rotondo H. Compendio del psiquiatra. Perú 2018.
11. Tomalá J. Intervención de enfermería en el cumplimiento terapéutico del paciente esquizofrénico, área de emergencia, Instituto de neurociencias, H. Junta de Beneficencia de Guayaquil 2013-2014. Ecuador 2014.
12. MASSA, S (2015), realizo estudio titulado “Esquizofrenia y teoría de la mente. España. 2015”
13. Platon Cevallos ED. proceso de atención de enfermería en pacientes con esquizofrenia paranoide. Informe componente práctico del examen complejo. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo, Facultad de Ciencias de la Salud ; 2018.
14. Pinho G, Pereira , Chaves C. Nursing interventions in schizophrenia: the importance of therapeutic relationship. Nursing & Care Open Access Journal. 2017 September; III(6).
15. TOURIÑO en su trabajo de investigación titulado: Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestima 2018.
16. Nolasco Villa M . realizó estudio titulado “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente con trastorno esquizofrénico en el hogar, En el año 2014,



17. Hidalgo L. Sobrecarga y afrontamientos en familiares cuidadores de personas con esquizofrenias. Perú 2013
18. Pacoricona Bramon. Cuidados de enfermería en pacientes ambulatorios con esquizofrenia paranoide del Centro de Salud Mental Comunitario Carabayllo, Lima - 2019. Trabajo académico. Carabayllo: Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud ; 2019.
19. Cuellar Estrada A. Cuidados de enfermería a paciente con esquizofrenia. Trabajo académico. Tacna : Universidad Inca Garcilaso de la Vega , Facultad de Enfermería ; 2017.
20. Gómez Baustista El. Cuidados de enfermería en paciente con esquizofrenia paranoide. Trabajo académico. Tacna : Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de Enfermería; 2017.
21. Gamboa Guizado, Jessica Meliza (2017) El estudio de investigación titulado: Características Psicológicas relacionado a Nomofobia en Estudiantes del Centro Pre-Universitario de la Universidad Tecnológica de los Andes-Andahuaylas, (2017)
22. ROJAS MARCAVILLACA, JULIO CÉSAR (2018) El estudio de investigación titulado: Relación del cpo-d con el estado depresivo y variación del ph salival en internos del centro penal de la ciudad de abancay
23. CSMC ALLIN KAWSAY –CURAHUASI –APURIMAC 2018
24. Anguera de Sojo M. Competencia humanística en enfermería. Trabajo de fin de grado. Catalunya: Universitat Internacional de Catalunya , Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud; 2013.

25. Shelton G. Appraising Travelbee's Human-to-Human Relationship Model. Practice Matters. 2016 Se/Oct; VII (Modelo de Joyce Travelbee de Relación Persona a Persona).
26. Zaraza Morales DR, Contreras Moreno JR. El modelo de recuperación de la salud mental y su importancia para la enfermería colombiana Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental (Phil Barker). Revista Colombiana de Psiquiatría. 2018 Diciembre.
27. Cisneros F. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Colombia..
28. Prado L. La teoría del déficit de autocuidado: Virginia Henderson Y Dorothea Orem punto de partida para la calidad de atención. Cuba 2014.
29. Schultz S, North S, Shields C. Schizophrenia: A Review. American Family Physician. 2007; 75 (1)..
30. Amézquita L, Barrera A, Vargas T. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia. Tesis de especialización. Colombia: Universidad del Rosario; 2012 Mingote A. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. España 2007.
31. Charles Schulz, MD, Professor Emeritus, University of Minnesota Medical School; Psychiatrist, Prairie Care Medical Group  
<https://www.msmanuals.com/espe/professional/trastornospsiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>
32. Lalucat L. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. España 2009
33. Según la OMS .<https://www.who.int/topics/nursing/es/>

34. Según la norma técnica del centro de salud mental comunitario  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>
35. Blanco García S, García Soletto A, Romero García. Patrón VI: Cognitivo-Perceptual. In Fraile Bravo M. Planes de cuidados en salud comunitaria: una guía 2.0 en Extremadura. Mérida: Servicio Extremeño de Salud ; 2011. p. 126.
36. Vila Bonet. Plan de cuidados de enfermería al paciente con esquizofrenia. Trabajo final de grado. Universitat de Lleida, Facultat de Enfermeria y Fisioteràpia; 2016.
37. Sánchez Martín C. Patrón VII: Autoestima- Autopercepción. In Fraile Bravo M. Planes de cuidados en salud comunitaria: una guía 2.0 en Extremadura. Mérida: Servicio Extremeño de Salud; 2011. p. 153 - 154.
38. Blanco García S. Patrón V: Reposo-Sueño. In Fraile Bravo M. Planes de cuidados en salud comunitaria: una guía 2.0 en Extremadura. Mérida : Servicio Extremeño de Salud ; 2011. p. 120.
39. Tarrío Ortega A. Patrón VII: Rol-Relaciones. In Fraile Bravo. Planes de cuidados en salud comunitaria: una guía 2.0 en Extremadura. Mérida : Servicio Extremeño del Salud ; 2011. p. 164.
40. Almajano Navarro V, Marco Arnau I, Morales Rozas AB, Sieso Sevil AI, González Asenjo H, et al.. Diagnósticos enfermeros en salud mental identificación, desarrollo y aplicación. Segunda ed.: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud ; 2014.

41. Sánchez Solís L. Patron I: Percepción-Manejo de la Salud. In Fraile Bravo M. Planes de cuidados en salud comunitaria: una guía 2.0 en extremadura. Mérida : Servicio Extremeño de Salud ; 2011. p. 15.

## **ANEXOS**

## DOSIER FOTOGRÁFICO DE LA EXPERIENCIA



*Fotografía 1.* Usuario con los primeros síntomas.



*Fotografía 2.* Usuario cuando se realiza la primera visita domiciliaria.



Fotografía 3. Usuario en el CSMC corte de cabello y aseo personal.



Fotografía 4. Visita domiciliaria con profesional del CSMC –psiquiatría.





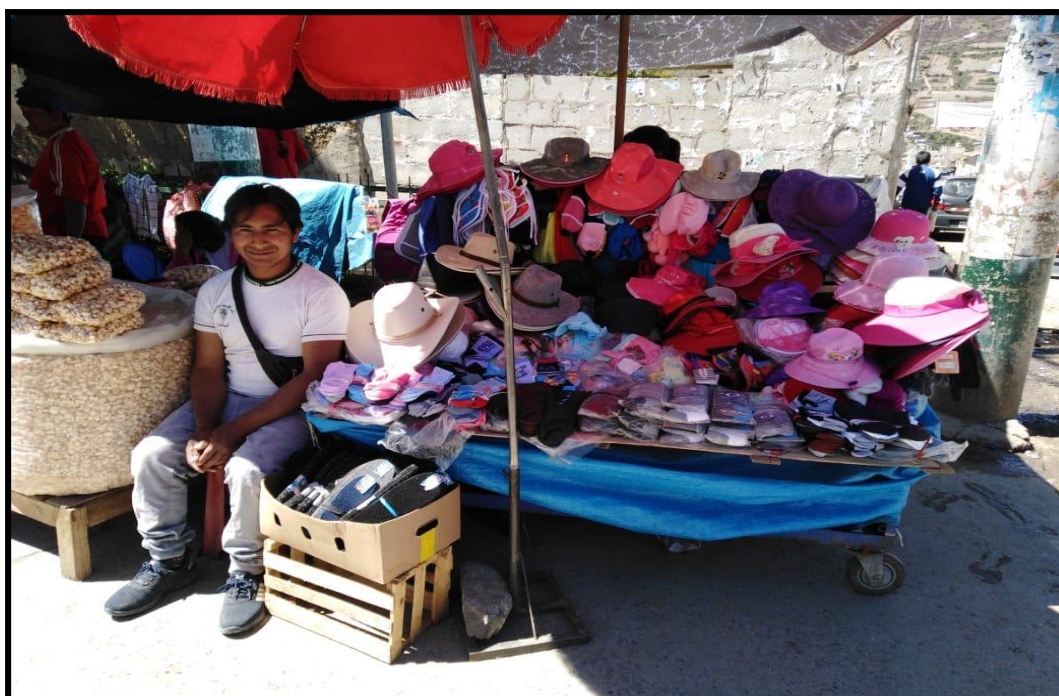
Fotografía 5. Visita domiciliaria con profesional del CSMC-enfermería







Fotografía 6. actividad de cine en el CSMC –usuario participa en sala de cine.



Fotografía 6. Usuario incorporado en la sociedad.