

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON RETARDO MENTAL
DEL HOSPITAL “GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA” ABANCAY 2020**

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

VILMA CHALCO SOTO

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

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

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 127-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 20 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.

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I: DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA	4
CAPITULO II: MARCO TEORICO	7
2.1. ANTECEDENTES	7
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	7
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	9
2.2. BASES TEÓRICAS	11
CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCION	34
3.1. VALORACION	34
3.1.1 DATOS DE FILIACION:	34
3.1.2. MOTIVO DE CONSULTA:	34
3.1.3. ENFERMEDAD ACTUAL:	34
3.1.4. ANTECEDENTES	35
3.1.5. EXAMEN FISICO:	36
3.1.6. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES:	36
3.1.7. ESQUEMA DE VALORACION	41
3.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	42
3.2.1. LISTA DE HALLASGOS SIGNIFICATIVOS	42
3.2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS	42
3.2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	43
3.3. PLANIFICACION	45
3.3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION	45
3.4. EJECUCION Y EVALUACION	49
3.4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE	49
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

INTRODUCCIÓN

El retraso mental (MR) es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comúnmente observados entre niños y adolescentes. Su prevalencia entre individuos jóvenes es del 1%,(1) Se acepta comúnmente que el retraso mental es más frecuente en hombres, un hallazgo que se atribuye a numerosas mutaciones genéticas en el cromosoma X. Cuando los niños afectados visitan al pediatra general, a menudo se presentan con retraso en el habla, trastornos del comportamiento o bajo rendimiento escolar.(2)

El profesional de Enfermería tiene un significado mucho más amplio que se refiere al cuidado humano, que es ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. El profesional en Enfermería una de sus funciones es el cuidado se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de Enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. Watson refiere que "La prestación humana de cuidados supone valores, una voluntad compromiso con el cuidado, conocimiento, acciones de cuidar consecuencias".

El modelo de atención en salud mental centrado en la recuperación fundamenta sus principios en la reivindicación de los cuidados centrados en la persona. Por medio de la aplicación del modelo y a partir de la narración de la historia de vida de la persona, el profesional de enfermería y de salud puede ayudarla a identificar aspectos sobre sus actitudes y comportamientos durante las diversas etapas de la enfermedad, las situaciones que llevaron a la aparición de una crisis y los mecanismos utilizados para sobrellevar las dificultades propias que traen los síntomas.

El personal de salud es una guía que apoya a la persona en el camino hacia la recuperación de su salud mental. Elementos como la esperanza, la fuerza de voluntad, la espiritualidad y el autoconocimiento ayudan a construir un proceso de realización personal encaminado a la generación de un proyecto de vida, lo que da sentido a su existir y favorece el bienestar subjetivo.(3)

El objetivo del presente trabajo académico es proporcionar a los Licenciados en Enfermería de la Especialidad de Salud Mental una actualización sobre las mejoras recientes con respecto al retraso mental niños, adolescentes y adultos, con los nuevos conocimientos disponibles para realizar una intervención oportuna sobre los cuidados en pacientes con retraso mental.

CAPITULO I: DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsa la promoción de la salud mental como una estrategia para mejorar la calidad de la atención y la gestión de los servicios en todo el mundo. Sin embargo, algunos paradigmas tradicionales en el ámbito psiquiátrico han complejizado el poder decisorio de las personas diagnosticadas sobre su propio tratamiento, sobre todo el farmacológico. Esto se evidencia en la falsa creencia de que muchas de estas enfermedades, como la esquizofrenia, la depresión y el trastorno bipolar, no tienen recuperación, y se mantiene la figura de la rehabilitación como la única esperanza para reincorporar a los pacientes a la sociedad, con el llamado deterioro neurocognoscitivo como principal argumento . El diagnóstico de una enfermedad mental puede considerarse un hecho catastrófico, tanto para las personas diagnosticadas como para sus familiares pues, una vez se etiqueta la enfermedad, se quebranta la esperanza cuando se les afirma que se trata de una condición duradera y de mal pronóstico.

El interés por promover y optimizar la calidad de vida de las personas que padecen de retardo mental profundo, y otras patologías, es continuo, puesto que dichos pacientes manifiestan un trascendental impacto durante el desarrollo de sus vidas, la de sus familiares, sociedad y demás personas del entorno.(4)

Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma”

Por tal motivo se realizó el presente trabajo académico con el fin de mejorar nuestro plan de cuidado de enfermería en un paciente de trastorno mental siendo un aspecto importante que puede coadyuvar a la mejora del servicio asistencial, así mismo ayudaría en el control y la búsqueda de asistencia oportuna en etapas iniciales de la enfermedad, así como trabajar en conjunto con el cuidador, familia y comunidad para una adecuada información y la prevención de esta patología,

con la participación oportuna de un equipo multidisciplinario en el tratamiento y prevención de la discapacidad intelectual.

Es indiscutible que actualmente hay diversas dificultades o problemas que se presentan en la comunidad con respecto a la salud mental de las personas que se han venido incrementando en los últimos años. La familia, como red primaria encargada del cuidado directo de las personas con trastorno mental, no solo apoya en la administración o la toma de medicamentos, el acompañamiento de las citas de control y el cuidado diario, sino que además promueve el cuidado integral, que involucra el seguimiento de la dieta, la comunicación en casa, el acompañamiento en la toma de decisiones y la definición de roles, entre otros. En este sentido, el profesional de enfermería ayuda a activar los diversos apoyos que pueden dar asistencia y continuidad en el tratamiento.

En general, la formación del profesional de enfermería en salud mental ha girado alrededor de los conocimientos dados por la psiquiatría y los modelos biomédicos convencionales; esto, sin lugar a dudas, convierte el ejercicio práctico en un instrumento que beneficia más al tratamiento del trastorno que al mismo cuidado centrado en la persona. Además, teniendo en cuenta que el número de profesionales de enfermería en salud mental, en Perú y en general en la región de Apurímac, es reducido, se visualiza un panorama complejo que dificulta la mejora en los servicios y la cualificación para ellos.

La responsabilidad que tiene enfermería en la recuperación de la salud mental de las personas que han pasado por dificultades que alteran su salud mental radica en la propia necesidad de mostrar que, como disciplina científica, se actúa en cada fase del proceso dejando de lado la idea de que solo se tiene cabida en la fase de diagnóstico y tratamiento farmacológico. Todas y cada una de las actividades que realiza el profesional de enfermería en todo el mundo tiene un propósito, el cuidado de la vida; así, dentro de la dinámica de la salud-enfermedad mental, se hace necesario el profesional de enfermería, ya que puede establecer una conexión entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo cultural y lo espiritual.

En muchos casos el proceso de hospitalización psiquiátrica se convierte en una necesidad cuando se hace imposible el cuidado por parte de la familia dentro del hogar, entendiendo esto como las actividades en el manejo del plan farmacológico, el acompañamiento a citas de control, el seguimiento del patrón nutricional y del resto del plan terapéutico.

A esta situación se suma el hecho de que el trastorno psiquiátrico, la etiqueta diagnóstica como tal, es rechazada socialmente en la mayoría de los casos, lo cual crea en el grupo familiar una serie de conflictos internos que producen una respuesta emocional que genera angustia y desesperanza. Estos pueden, en la mayoría de los casos, producir cansancio en el cuidador, lo que a su vez lo distancia de su familiar y los deja en un estado de vulnerabilidad que hace que la recuperación se haga más lenta y difícil. Es allí donde el profesional puede intervenir, desarrollando a través de esta teoría un acercamiento compasivo y humanizado.

Asimismo, es fundamental que el personal que trabaja en salud mental adquiera estos compromisos, para que así se puedan ejecutar acciones de cuidado integrales y que permitan el reconocimiento de la experiencia de la persona como un aspecto importante dentro del proceso terapéutico.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

PARDO, K. (2020) realizo un trabajo de investigación, titulado “Abordaje del retardo mental profundo a partir del enfoque sistémico: Apreciaciones de un estudio de caso clínico”- Colombia. Tiendo como objetivo Identificar recursos cognitivos, adaptativos, afectivos y sociales en el paciente diagnosticado con el propósito de promover una mejora en la calidad de vida del mismo y sus cuidadores, para así facilitar una aproximación hacia el surgimiento óptimo de su cotidianidad. A través de la metodología de estudio de caso clínico el abordaje del retardo mental profundo, hipoxia perinatal, cuadriparesia espástica, epilepsia focal sintomática, y encefalopatía diagnosticados previamente en un paciente de sexo masculino de 26 años de edad, quien, es evaluado neuropsicológicamente, empleando pruebas neuropsicológicas, a saber, del test de Barcelon. Las conclusiones a las que llego fue que la subestimación de estos pacientes, a partir del diagnóstico, un tanto desalentador, resulta poco acertada en tanto que, como se refirió, la estimulación de sus capacidades existentes, facilita la adquisición de otras, lo cual permite implementar habilidades en contexto, puestas en función de las posibilidades, siendo esto muestra de los amplios medios de desarrollo, verbigracia, partiendo de la base de la intencionalidad de autocuidado y socialización del paciente.(5)

IRAZÁBAL, M, (2017) realizo un estudio titulado “carga e impacto familiar de las cuidadoras y los cuidadores de personas adultas con discapacidad intelectual con o sin trastorno mental asociado” Barcelona; que tuvo como objetivo, analizar el estado actual de la cuestión sobre la carga familiar en cuidadores y cuidadoras de personas con Discapacidad Intelectual y Trastorno metal. El diseño y tipo de la investigación que realizo fue cuantitativo con un diseño comparativo observacional transversal. Las pruebas utilizadas en el estudio para evaluar el nivel de diagnóstico fueron

1) WAIS –III para evaluar el cociente intelectual de los usuarios y usuarias, 2) PAS-ADD Checklist para evaluar la sintomatología psiquiátrica y detectar problemas con salud mental con Discapacidad Intelectual, ICAP para determinar variables de diagnóstico y limitaciones funcionales, la conducta adaptativa (destrezas), problemas de conducta y necesidades globales de servicios, 4) WHO-DAS-II para determinar el nivel de funcionamiento y funcionalidad de personas con Discapacidad intelectual y/o trastorno mental, El ECFOS-II se utilizó para evaluar la carga familiar de los cuidadores y las cuidadoras de todos los usuarios y las usuarias participantes en el estudio. Las conclusiones a los que llegó fue los mayores niveles de carga familiar se hallan entre el grupo de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad intelectual y trastorno mental, seguido de grupo de esquizofrenia, presentando menor carga familiar en el grupo de discapacidad intelectual.(6)

TORRES, J. (2016), realizó un trabajo de investigación con el título “El Retraso Mental Leve y su influencia en la adaptación escolar de los estudiantes de la Escuela “Nuestro Mundo ECO-RÍO” de la ciudad de Riobamba, periodo académico 2014-2015”. Tuvo como objetivo Desarrollar las capacidades adaptativas de los niños con retraso mental leve, mediante la aplicación de actividades de adaptación personal, escolar y social centradas en crear y apoyar contextos que incrementen la calidad de vida de la persona. La presente investigación es de tipo descriptivo – explicativo, técnica, cuyos instrumentos de aplicación fueron la prueba estandarizada de inteligencia (WISC-R) y el test auto evaluativo multifactorial infantil (TAMAI). Las conclusiones a los que llegó fue La aplicación de actividades para la adaptación social como estrategia psicopedagógica, mejoró notablemente la adaptación escolar de los niños con retraso mental leve de la escuela Nuestro Mundo Eco-Rio, ya que se desarrolló habilidades sociales necesarias para optimizar la sana convivencia grupal.

La determinación y ejecución de estrategias psicopedagógicas mediante actividades de adaptación personal permitió evidenciar una gran mejoría en

la adaptación escolar de los niños con retraso mental leve de la escuela Nuestro Mundo Eco-Rio, puesto que se fortalecieron aspectos importantes del área personal de los estudiantes, tales como identidad, autoestima, seguridad y auto concepto.(7)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

VEGA D. DAMIANI P. (2019) realizaron un estudio titulado “Selección de ítems para el desarrollo de un instrumento de evaluación de severidad de trastornos mentales en pacientes sin psicosis o déficit cognitivo” Lima-Perú; que tuvo como objetivo Seleccionar los ítems más relevantes para la creación de un instrumento de evaluación global de pacientes psiquiátricos ambulatorios sin psicosis ni déficit cognitivo. El diseño y tipo de la investigación fue observacional y transversal. Las conclusiones a los llegaron en base a los resultados del análisis factorial y la correlación con la severidad de la sintomatología evaluada por el psiquiatra del paciente, 11 ítems fueron seleccionados: Calidad de vida global, Bienestar psicológico, Tristeza, Sentimientos negativos, Angustia, Libertad y seguridad, Suicidalidad, Sentido de vida, Crecimiento personal, Espiritualidad, religión y creencias personales y Plenitud personal. Estos ítems podrían constituir un instrumento corto, de auto-llenado para evaluación del posible constructo de salud.(8)

Portal, M. (2018) realizo un trabajo de investigación, titulado “Sobrecarga laboral del cuidador formal de pacientes con retardo mental, CAR-Niño Jesús de Praga-Ancón” teniendo como objetivo general, determinar el nivel de sobrecarga laboral en los cuidadores formales del CAR-Niño Jesús de Praga-Ancón 2018-Ancón. El tipo de estudio que se realizó y aplico fue el de enfoque cuantitativo aplicativo, descriptivo no experimental, de corte transversal. La población estuvo conformada por 40 cuidadores formales. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario de sobrecarga laboral de Zarit, que consta de 22 preguntas tipo Likert. Obteniendo como resultados que los cuidadores formales presentan ausencia de sobrecarga laboral. Concluyendo de acuerdo a la investigación y al análisis realizado los cuidadores presentan ausencia de sobrecarga, por lo que se analiza que el cuidar a pacientes con

retardo mental en el Car “Niño Jesús de Praga-Ancón” INABIF, no necesariamente implica tener una sobrecarga laboral.(9)

FALCON, G. 2017), realizo un trabajo de investigación con el título “Niños y niñas con retraso mental leve del nivel preescolar del hogar comunitario infantil el salvador desarrolla habilidades cognitivas del distrito de Nuevo Chíncha”. Tuvo como objetivo Implementar metodologías organizadas y estructuradas para el desarrollo de las habilidades cognitivas en niños y niñas con retraso mental leve del Hogar Infantil Socorro de Pueblo Nuevo La investigación descriptiva y correlacional, se realizó un cuestionario tipo encuesta. Las conclusiones a las que llego fue La educación de los padres de los niños con retraso mental leve permite que el mismo desarrolle un grado de conciencia de tal forma que le transmita el niño confianza y esto a su vez mejore su auto estima y con esto empiece a desarrollar sus habilidades y destrezas.(10)

Lozada, K. (2016) realice un trabajo de investigación, titulado “Conocimiento y práctica del cuidado en madres de alumnos con retardo mental en el Centro de Educación Básica Especial “Paul Harris” Cerro Colorado Arequipa 2014”. Tiendo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y práctica en el cuidado de los niños con retardo mental en el Centro Educativo Básico Especial Paul Harris de Cerro Colorado Arequipa 2014. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 150 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario de alternativa múltiple y una hoja de cotejo de 15 ítems respectivamente. Las conclusiones a las que llego fue los que tienen un nivel de conocimiento bajo tienen a su vez prácticas no adecuadas en un 53%(81) y los que tienen un nivel de conocimiento alto tienen a su vez prácticas adecuadas en un 12%(18). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables conocimientos y prácticas.(11)

2.2. BASES TEÓRICAS

Discapacidad intelectual (retraso mental)

La discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual se denominó en etapas anteriores retraso mental, oligofrenias, subnormalidad o deficiencia mental. Constituye un grupo de alteraciones psíquicas determinadas por una disminución del nivel intelectual de carácter congénito o bien adquirido durante el período evolutivo, por lo general de forma muy precoz.

Causas

Se han descubierto varios cientos de causas de incapacidad intelectual, pero muchas permanecen desconocidas. Las más comunes son:

- **Causas biomédicas, provocadas por:**

- Genes anormales heredados de los padres
- Errores en la combinación de genes (por ejemplo, síndrome de Down, síndrome de cromosoma X frágil)
- Deficiencias nutricionales
- Condiciones metabólicas (por ejemplo, fenilcetonuria [PKU, por sus siglas en inglés], galactosemia e hipotiroidismo congénito)

- **Problemas de conducta durante el embarazo:**

- Tabaquismo.
- Consumir drogas o alcohol que afecten el desarrollo del feto (síndrome alcohólico fetal)
- Desnutrición.
- Contraer ciertas enfermedades o infecciones durante el embarazo.

- **Problemas al nacer:**

- Parto prematuro o bajo peso al nacer
- El bebé no recibe suficiente oxígeno durante el parto
- El bebé se lesiona durante el parto.

- **Factores de riesgo**

Un niño podría estar en riesgo más alto de incapacidad intelectual debido a cualquiera de las causas mencionadas anteriormente, o a causa de retraso

mental en otros miembros de la familia. Si le preocupa que su hijo esté en riesgo, hable con el médico de su hijo.

Síntomas

Los síntomas aparecen antes que un niño llegue a la edad de 18 años y varían dependiendo del grado de incapacidad intelectual. Si usted cree que su hijo tiene alguno de estos síntomas, no asuma que se debe a incapacidad intelectual. Estos síntomas podrían ser causados por otras condiciones de salud menos serias. Si su hijo experimenta alguno de ellos, acuda a su pediatra.

Los síntomas incluyen:

- Aprender y desarrollarse más lentamente que otros niños de la misma edad
- Dificultad para comunicarse o socializar con otras personas
- En los exámenes de IQ, obtener resultados por debajo del promedio
- Dificultad para aprender en la escuela
- Incapacidad de hacer actividades diarias como vestirse o usar el baño sin ayuda
- Dificultad para escuchar, ver, caminar, o hablar
- Incapacidad de pensar lógicamente.(12)

Criterio psicométrico

Es el criterio más comúnmente empleado desde principios de siglo gracias a los estudios de Binet y Simon utilizando los test mentales. Se basa en la valoración mediante dichas pruebas del cociente intelectual (CI). Desde esta perspectiva se consideran retrasados mentales los sujetos que tienen un CI igual o inferior a 70, lo que equivale a dos desviaciones típicas por debajo de la media poblacional.

La clasificación de la American Psychiatric Asociación (DSM-5) aporta un criterio más flexible, atendiendo al hecho de que la inteligencia no puede medirse mediante los test de una manera exacta y precisa, ya que la medida suele tener un error de unos cinco puntos, y por ello define al retraso mental cuando el cociente intelectual está por debajo de la «banda» 65-75. De este

modo distingue con el grado de leve cuando el cociente intelectual está entre 50-55 y 70; moderado cuando está entre 35-40 y 50-55; y grave cuando está entre 20-25 y 35-40, entendiendo que la discapacidad alcanza el grado de profunda cuando el cociente intelectual es inferior a 20-25; se habla de retraso global del desarrollo para referirse a déficits aún mayores a los indicados presentes en niños de menos de 5 años. Por otra parte, el denominado funcionamiento intelectual límite coincidiría con el grado conocido como bordelinde, muy próximo al grado de leve.

Criterio adaptativo

La limitación, de mayor o menor grado, que existe en el deficiente intelectual implica, de forma casi inmediata, una reducción de las posibilidades de adaptación social, porque:

- La capacidad escolar está disminuida.
- La personalidad resulta alterada en su conjunto, organizándose de forma deficitaria, con una mala comprensión de la realidad y unos patrones de relación interpersonal frecuentemente alterados.
- Existe una dificultad en la resolución de los problemas cotidianos.

Criterio biológico

Como se verá a continuación, muchos estados de retraso mental tienen una causa biomédica bien conocida (mongolismo, fenilcetonuria, cretinismo bocioso, etc.), por lo que el diagnóstico biológico se constituye también en un criterio definidor de la oligofrenia.

Toma en cuenta la definición de la American Association on Intellectual and Develo mental Disability (AAIDD), que considera a la discapacidad intelectual como «las limitaciones significativas tanto en las funciones intelectuales (razonamiento, aprendizaje y resolución de problemas) como en los comportamientos adaptativos (dominio conceptual, social y práctico) que aparecen antes de los 18 años de edad». Puede, por tanto, decirse que la discapacidad intelectual (retraso mental) se fundamenta en dos criterios: el cociente intelectual (CI) y la adaptación social de la persona. No todas las personas tienen en su entorno los mismos requerimientos y exigencias en

cuanto a normas legales, ejecución de tareas, relaciones personales, etc., por lo que dos personas con similar cociente intelectual (CI) pueden manifestar una adaptación a su entorno diferente, apareciendo como más afectada aquella a la que se le plantean exigencias más complejas en sus relaciones con el entorno. La evaluación, que deberá ser individualizada, incluirá los aspectos conceptuales manifestados en el rendimiento académico, los aspectos sociales manifestados en la facilidad o dificultad para relacionarse con los demás e integrar las formas sociales y, finalmente, aspectos prácticos, como solucionar su propio cuidado personal.

La tendencia universal en los últimos años ha sido a intentar, en la medida de lo posible, la educación integrada de los niños con discapacidad e incluirlos en los programas generales, procurándoles el apoyo necesario para que desarrollen al máximo todos sus potenciales. En 2006, la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad ha promovido en numerosos países (y por supuesto en la Unión Europea) cambios legislativos en apoyo de esta inclusión social y potenciación de los derechos de las personas con discapacidad de cualquier tipo, incluida la intelectual.

Clasificación

La clasificación de los estados de discapacidad intelectual se realiza, desde la perspectiva psicopatológica, atendiendo a la gravedad del déficit intelectual, observado y valorado psicométricamente. Así, se establecen cuatro tipos clínicos:

- 1. Retraso mental o discapacidad intelectual profundos.** El cociente intelectual (CI) está por debajo de 20. Es un trastorno poco frecuente: tan solo el 1 o el 2% de todos los casos de deficiencia mental.
- 2. Retraso mental o discapacidad intelectual graves.** El cociente intelectual (CI) se encuentra entre 20 y 34 También es poco frecuente: solo el 3 o el 4% de los deficientes pertenecen a este nivel.

3. **Retraso mental o discapacidad intelectual moderados.** El cociente intelectual (CI) se halla entre 35 y 49. Su frecuencia en la población con retraso mental está en torno al 10%.
4. **Retraso mental o discapacidad intelectual leves.** cociente intelectual (CI) entre 50 y 70. Este tipo es el más frecuente, pues abarca en torno al 85% de todos los casos de retraso mental.

Etiología.

1. **Infecciones.** Constituyen el 4,57% de todos los casos. La infección debe afectar al desarrollo cerebral y puede ser prenatal (rubéola, citomegalia, toxoplasmosis, etc.) o posnatal (meningitis, encefalitis, absceso cerebral, etc.).
2. **Agentes tóxicos.** Esta causa se encuentra tan solo en el 1,11% de los casos. Incluye: encefalopatía bilirrubina, fibroplasia, encefalopatías pos inmunización, intoxicaciones por envenenamientos específicos, hijos de madres diabéticas e intoxicaciones maternas específicas que afecten al embrión o al feto.
3. **Traumatismos.** Aparecen como causa en el 20,89% de los casos. Pueden ser prenatales (irradiaciones, tentativas de aborto), intranatales (que constituyen el 18,84% de todos los casos: anoxia fetal, hemorragia o ambas) o posnatales (enfermedad hemorrágica del recién nacido, distrés respiratorio, hematoma subdural, traumatismos cerebrales, etc.).
4. **Trastornos metabólicos.** Son la causa del 3,91% de las oligofrenias. Junto con la hipercalcemia idiopática, el hipotiroidismo y la deshidratación hipernatrémica, se alinean los errores innatos del metabolismo de los aminoácidos (fenilcetonuria, homocistinuria, etc.), de los lípidos (gangliosidosis de Tay-Sachs, cerebrosidosis de Gaucher, esfingolipidosis de Niemann-Pick, degeneración hepatolenticular de Wilson, etc.) y de los glúcidos (galactosemia, glucogenosis, mucopolisacaridosis, etc.).
5. **Aberraciones cromosómicas.** Se encuentran como causa en el 13,99% de las oligofrenias. Pueden ser autosómicas (como el mongolismo o síndrome de Down —que es la causa del 11,66% de los estados de retraso mental—),

otras trisomías (síndrome del maullido del gato, etc.), gonosomopatías (síndromes de Turner, de Klinefelter, triple X, etc.) y formas mixtas o autogonosomopatías. En este apartado se han descrito diversas manifestaciones diagnosticadas con precisión debido a los progresos de la tecnológicos en investigación genética: mencionamos: síndrome de Prader-Willi (afectación del cromosoma 15), con prevalencia inferior a 1/10.000 nacimientos, síndrome del maullido de gato (afectación del cromosoma 5), síndromes de Rett y de Lesch-Nyhan (ligados al cromosoma X) o síndrome del X frágil.

- 6. Neoformaciones.** Solo son responsables de un 0,93% de los casos.
- 7. Influencias prenatales desconocidas.** Constituyen el 7,55% de los casos. Aquí se agrupan los defectos cerebrales congénitos (anencefalia, lisencefalia, porencefalia, hidrocefalia, etc.), las anomalías craneanas primarias (craneoestenosis, hipertelorismo, enfermedad de Crouzon, etc.), la microcefalia primaria, los síndromes de enanismo intrauterino y de Laurence-Moon-Biedl, el mielomeningocele y diversas malformaciones múltiples.
- 8. Causa desconocida con signos neurológicos.** Este grupo abarca el 18,09% de las oligofrenias. Aquí se clasifican las leucodistrofias, la ataxia de Friedreich, los trastornos motores, la epilepsia (que constituye el 12,96% de los casos) y otras alteraciones debidas a causa desconocida, pero con disfunción cerebral estructural.
- 9. Causa desconocida sin signos neurológicos.** Es un amplio grupo que abarca el 25,46% de las oligofrenias. Incluye el denominado retraso mental familiar-cultural, las condiciones asociadas con ambientes desfavorables, las secuelas de psicosis infantiles o trastornos graves de la personalidad, y otras alteraciones debidas a una causa incierta con reacción funcional (que comprenden el 16,97% de los casos).
- 10. Más de una causa probable.** Esta categoría residual se encuentra en el 3,45% de los casos.

El equipo de González Alvarado ha puesto de manifiesto que el 50% de los casos son de causa desconocida, lo que obliga a una actuación clínica muy

rigurosa en la historia clínica y la exploración, que abarcará la evaluación del cociente intelectual (CI) con identificación de las áreas de retraso, características dismórficas, signos neurológicos, fenotipo conductual, cribado metabólico y electroencefalograma, y hacen especial referencia a las pruebas genéticas que identifiquen este origen.

Con independencia de lo dicho anteriormente, es preciso insistir en la importancia de la herencia y las influencias socioculturales.

Herencia

Está demostrada para alguna de las enfermedades mencionadas, como las aminoacidurias y otros errores innatos del metabolismo. Los estudios de riesgo familiar (Brugger) muestran que, frente a la prevalencia en la población general del 1%, el retraso mental o discapacidad intelectual aparece en el 27,7% de los padres oligofrénicos, en el 46,1% de sus hijos, en el 17,1% de los nietos y en el 10,2% de los sobrinos. Si los padres de un niño con retraso mental o discapacidad intelectual son normales, la anomalía puede aparecer en un 13-40% de sus hermanos, cifra que sube al 33-58% si un padre está afectado y llega hasta el 46-100% si ambos padres padecen la alteración. La concordancia gemelar es del 50-56% para los dicigotos, mientras que alcanza el 80-97% en los monocigotos. Finalmente, los estudios de Penrose demuestran que la consanguinidad de los padres triplica el riesgo de los hijos de sufrir una oligofrenia.

Influencias socioculturales

Las influencias socioculturales pueden actuar de forma muy diversa, tanto biológica como psicológica, y han sido muy bien estudiadas por Ajuriaguerra desde su perspectiva de psiquiatra infantil.

Clínica

El cuadro clínico del retraso mental o discapacidad intelectual varía según el grado de deficiencia intelectual del sujeto afectado, de la intensidad de su desadaptación social y, obviamente, de la edad del sujeto. Vamos a describir brevemente las características más notables para cada uno de los tipos clínicos antes señalados.

Retraso mental o discapacidad intelectual profundos

Como ya se ha dicho, este grupo (conocido clásicamente como idiocia) se define por un CI inferior a 20 (o 20-25), lo que implica que la «edad mental» no supera en ningún momento los 3 años de edad, aunque la persona afectada crezca biológicamente. Clínicamente, esta deficiencia se traduce en la ausencia de lenguaje o en la presencia de un lenguaje muy poco desarrollado. El retraso en la evolución psicomotriz (extensión del cuello, gateo, marcha, etc.) se manifiesta muy precozmente, en los primeros meses de la vida. También pueden coexistir deficiencias sensoriales importantes. Con frecuencia pueden observarse múltiples malformaciones congénitas asociadas. La incontinencia de esfínteres es frecuente. Para Sadock, Sadock y Ruiz, en la etapa de la maduración y desarrollo (entre los 0 y los 5 años) significa una gran discapacidad, mínima capacidad de funcionamiento en áreas sensitivomotoras; necesitan constante ayuda y supervisión y cuidados de Enfermería; en la etapa escolar de aprendizaje y educación (6-20 años) adquieren cierto desarrollo motor y mínimo grado de aprendizaje en los cuidados personales, y siempre van a necesitar cuidados de Enfermería.

Retraso mental o discapacidad intelectual graves

Clásicamente denominado imbecilidad, para Sadock, Sadock y Ruiz, las personas pertenecientes a este grupo, en la etapa de la maduración y desarrollo (entre los 0 y los 5 años) adquieren escaso desarrollo motor, nivel mínimo de lenguaje y no sacan provecho del aprendizaje, adquieren escasas habilidades comunicativas; en la etapa escolar de aprendizaje y educación (6-20 años) pueden hablar o aprender a comunicarse, entrenarse en hábitos elementales de salud, son incapaces de aprovechar el aprendizaje profesional, y siempre necesitarán un entorno controlado.

Retraso mental o discapacidad intelectual moderados

Este grupo y el siguiente integran aproximadamente lo que se ha venido conociendo como debilidad mental.

Para Sadock, Sadock y Ruiz, en la etapa de la maduración y desarrollo (entre los 0 y los 5 años) pueden aprender a comunicarse y adquirir un desarrollo

motor aceptable, aprovechan el aprendizaje sobre cuidados personales; en la etapa escolar de aprendizaje y educación (6-20 años) pueden adquirir ciertas habilidades sociales y ocupacionales, no suelen superar el nivel de primaria, pueden viajar a lugares que les sean familiares y en la edad adulta pueden aprender actividades físicas regladas y sistemáticas a través de las que pueden acceder a cierta autonomía económica, pero cuidando no sobrepasar sus posibilidades, lo que les causaría estrés y ansiedad. A partir de la adolescencia se hace más patente el fracaso de la capacidad de conceptualización, por lo que tienen graves dificultades para comprender las normas sociales y los hábitos de convivencia, lo que repercute en las relaciones interpersonales, que suelen ser malas y estar dominadas por una afectividad elemental, a veces viscosa y otras negativista.

Retraso mental o discapacidad intelectual leves

Los niños afectados de un retraso mental leve no suelen ser diagnosticados hasta la etapa escolar. Desde el nacimiento hasta los 5 años de edad presentan un desarrollo normal, o con retrasos poco evidentes de la psicomotricidad, de la capacidad perceptiva y del lenguaje hablado. En la escuela son capaces de aprender a leer y escribir. Pero, cuando van progresando las dificultades en los aprendizajes escolares, se van haciendo más evidentes sus insuficiencias mentales, con lo que el fracaso escolar se hace patente. Por ello, Binet y Simon decían que «un débil mental es todo sujeto con un retraso escolar de 2 años si tiene menos de 9 años, y de 3 años si tiene más de 9 años, siempre y cuando el retraso no se deba a una insuficiencia de escolaridad».

Los trastornos intelectuales afectan sobre todo a la capacidad de abstracción y comprensión, y el establecimiento de las relaciones entre los objetos o situaciones, ya sean relaciones de semejanza, ya de oposición, sucesión, inclusión, exclusión o transformación irreversible o reversible. Así, por ejemplo, no son capaces de señalar las diferencias entre «niño» y «enano», o entre «pájaro» y «mariposa». No comprenden, o comprenden mal, los

conceptos éticos, por lo abstracto de estos, como el «deber», la «vergüenza» o el «honor».

En general predominan los hábitos sobre el pensamiento, suelen estar apegados a lo concreto y sensorial, y son incapaces de alcanzar cualquier integración de conocimientos que posibilite un progreso o un esfuerzo creador. La memoria suele ser deficiente, salvo en casos excepcionales, que presentan hipermnesias, generalmente circunscritas a temas concretos, y que suelen testimoniar el estado deficitario de una psicosis infantil precoz.

La personalidad suele estar mal estructurada, en consonancia con la deficiencia intelectual, un establecimiento de relaciones afectivas muy elemental y poco expresivo, una tolerancia a la frustración muy baja, tendencia al egocentrismo e intensa credulidad, sugestionabilidad o influenciabilidad, dato este de gran importancia médico-legal, por cuanto pueden ser fácilmente inducidos por otros a la comisión de actos delictivos, cuyo alcance comprenden mal. Tienen tendencia a presentar reacciones psicopatológicas afectivas o impulsivas cuando se encuentran en situaciones que desbordan su capacidad de comprensión y control, o que frustran sus necesidades. Si son convenientemente educados, pueden estabilizarse laboral y económicamente, y a veces logran independizarse y mantenerse con un apoyo o supervisión ligeros.(13)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de retardo, cualquiera sea su grado, debe hacerse muy cuidadosamente y por un profesional experimentado. Un diagnóstico equivocado puede causar daños irreparables para el futuro del niño, así como prejuicios familiares y sociales. Debe utilizarse los siguientes procedimientos:

1. Historia Clínica

Anamnesis individual y familiar. La historia del embarazo y del parto, la consanguinidad de los padres y la presencia de trastornos hereditarios en la familia.

2. Examen Físico

Debe incluir una minuciosa observación del nivel de actividad del niño y de la cantidad de interacción con los padres, con otras personas y con objetos inanimados. El examen físico debe ser prolijo y objetivo.

3. Examen Neurológico

La incidencia y gravedad de los trastornos neurológicos, generalmente, se acrecienta en proporción inversa al grado de retraso; pero, muchos niños con retraso grave no tienen anomalías neurológicas graves. Inversamente, alrededor del 25% de todos los niños con parálisis cerebral tienen inteligencia normal. En el examen debe explorarse áreas motoras, sensoriales y síndromes neurológicos.

4. Pruebas de Laboratorio

Exámenes bioquímicos, serológicos, citogenéticos, así como radiografías de cráneo, tomografía axial computarizada y resonancia magnética.

5. Examen Psiquiátrico

Exploración psiquiátrica que abarca la entrevista, la historia psiquiátrica y el examen del estado mental, pruebas de inteligencia y personalidad.

Es frecuente encontrar alteraciones en la conducta tales como hiperactividad, irritabilidad, evitación y agresividad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diversas condiciones médicas pueden simular el retraso mental. Los niños que proceden de hogares que proporcionan una insuficiente estimulación, pueden presentar retrasos motores y mentales que son reversibles, si se les proporciona un entorno enriquecido y estimulante en la primera etapa de la niñez. Diversas incapacidades, sobre todo la sordera y la ceguera (así por ejemplo Helen Keller, la ciega y sordomuda famosa por su inteligencia y voluntad), pueden simular un retraso mental. Sin embargo, es necesario establecer el diagnóstico diferencial con:

1. Los trastornos específicos del desarrollo

El atraso en éste caso es en un área específica y no global.

2. Los trastornos generalizados del desarrollo

Aparece una alteración cualitativa en el desarrollo de la interacción social, de las habilidades de comunicación, tanto verbales como no verbales, y de la imaginación.

3. Capacidad intelectual limítrofe

Generalmente, se establece dentro del rango de C.I. de 71 a 84, que requiere de una detenida y prolija evaluación de todas las fuentes de información psicobiosociales.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO

La medicina no posee los medios para curar a un retardado, una vez que el cuadro se ha instalado. El éxito terapéutico reside, en realidad, en el diagnóstico precoz. Se debe prevenir y diseñar un programa terapéutico integral que trate de frenar los diversos factores que en cada caso estén en juego. Sin embargo, se puede programar:

1. Tratamiento biológico: psicofarmacología.
2. Terapia psicológica: técnicas conductuales: individual y grupal.
3. Terapéutica recreativa: ludo terapia, deporte, actividades artísticas.
4. Pedagogía terapéutica: durante el período escolar.
5. Formación técnica: talleres protegidos.
6. Programas educativos a la familia y la sociedad.
7. Organización de servicios especializados.

El abordaje terapéutico debe ser multidimensional.

PREVENCIÓN E IMPORTANCIA FAMILIAR Y SOCIAL

Todos los conocimientos expuestos en este capítulo tienden a reforzar el criterio de lograr máxima prevención posible del retardo mental. Se considera que en un 30% de los casos se puede prevenir un retardo mental. En general, la profilaxis del retraso mental debe tener en cuenta:

1. Información; cuando una pareja ha concebido un hijo con retraso mental, netamente hereditario y de transmisión conocida, la probabilidad de tener otro hijo anormal es mayor que la media de la población general.

- 2. Prevención de infecciones e intoxicaciones en la gestación;** rubeola, sífilis, reducción del consumo de alcohol.
- 3. Reducción de Contaminación ambiental;** plomo y radiaciones.
- 4. Dieta adecuada;** fenilquetonuria, galactosemia.
- 5. Investigaciones de las incompatibilidades sanguíneas fetomaternas.**
- 6. Examen de cariotipo.**
- 7. Prevención de los traumatismos obstétricos: anoxia neonatal.**
- 8. Mejoría de la nutrición, agua, desagüe y vivienda.**

Si hay algo que los niños y adultos con retardo mental comparten con mucha angustia, es que son diferentes; éstas circunstancias hacen que socialmente sean considerados como "excepcionales". Muchas veces las familias sobreprotegen a estos niños y no les brindan la oportunidad de experimentar y resolver sus propias necesidades, generando una imagen desdibujada de compasión y pena e impidiéndoles que crezcan y maduren, merced al ensayo y error en la experiencia de vivir por sí mismo. No se les prepara para la frustración positiva que conduce al crecimiento, desprendimiento y madurez, actitud familiar que debe corregirse

En suma, según Freedman "el retraso mental puede ser considerado como un problema médico, psicológico o educacional, aunque en último análisis es, fundamentalmente, un problema social".(14)

Prevención

Para ayudar a reducir la probabilidad de que su hijo sufra retraso mental, tome las siguientes medidas:

- **Durante el embarazo:**
 - Si usted fuma, deje de hacerlo.
 - No consuma alcohol ni drogas.
 - Siga una dieta saludable, con bajo contenido de grasas saturadas y muchos granos enteros, frutas y vegetales.
 - Incorpore ácido fólico extra en su dieta.
 - Consulte regularmente a su médico.

- **Después del parto:**

- Acuda a que le practiquen revisiones a su recién nacido para detectar condiciones que puedan producir retraso mental.
- Asegúrese de que su hijo reciba las vacunas correspondientes.
- Programe visitas regulares con el pediatra.
- Use asientos de seguridad y cascos para bicicletas para niños.
- Retire la pintura a base de plomo de su casa.
- Mantenga fuera del alcance los productos tóxicos del hogar.
- Evite tomar aspirina. La aspirina no es recomendable para los niños que tengan o hayan tenido recientemente una infección viral. Consulte con el médico antes de administrar aspirina a un niño.(12)

Cuidados de Enfermería en pacientes con retraso mental.

- Garantizar la seguridad del paciente.
- Instituir una relación terapéutica.
- Establecer una relación de confianza y mostrar respeto al paciente.
- Mantener una distancia Apropriadada.
- Tener encuentros breves.
- Utilizar el silencio como técnica terapéutica.
- Permanecer con el paciente, aunque no se comunique ni exista motivación para que se relacione, ni exista motivación para que relacione.
- No obligar a hablar al paciente si no quiere.
- Observación de conducta.
- Usar un lenguaje de frases cortas y simples, con un tono de voz firme que proporcione seguridad y confianza.
- Ser honestos y claros.
- Evitar gestos que puedan ser interpretados erróneamente.
- No adoptar una conducta intervencionista
- Establecer límites para controlar su conducta.
- Reducir la ansiedad del paciente.
- Permanecer con el paciente en los momentos de crisis.

- Valorar las capacidades de autocuidado para baño/higiene, vestirse, prolijidad, uso del servicio
- Ayudar a cubrir las necesidades físicas de los pacientes o dirigir al paciente para realizarlas (lávese las manos, la cara).
- Animar al paciente a iniciar actividades de autocuidado y mantenerlas progresivamente hasta lograr su autonomía.
- Fomentar el aspecto positivo que permite su integración social: va limpio y bien vestido.
- Enseñar al paciente habilidades sociales (cómo llevar una conversación, cómo pedir las cosas), para que pueda construir nuevos comportamientos sociales.
- Fomentar su participación en tareas sencillas y concretas, no competitivas
- Considerar la distribución de los pacientes según el grado de observación que requiere (paciente de reciente ingreso debe disponer de una unidad cercana al personal de enfermería)
- Valorar todos los factores que pueden incidir en el modelo del sueño del paciente: miedo a dormir, hiperactividad, deambulación continua, falsas percepciones, siestas diurnas.
- Ayudar a relajarse, proporcionar un lugar tranquilo, seguro. Ofrecer bebidas calientes: leche, té.
- Permanecer con el paciente cuando se muestre intranquilo.
- Enseñar patrones de descanso/sueño correcto: control de horas de sueño, nivel de actividad descanso, evitar dormir en horas diurnas.
- Enseñar al paciente a asumir la responsabilidad e independencia en el seguimiento del tratamiento.
- Observar si cumple las prescripciones médicas,
- Informar la necesidad de seguir el tratamiento, adecuando las explicaciones en función de la capacidad de comprensión y habilidades del paciente.
- Determinar las posibles causas de no colaboración en el tratamiento.
- Comprobar y reforzar el cumplimiento de las prescripciones.

Cuidado de enfermería en relación a la familia.

- Valorar la estructura y roles de la familia.
- Identificar grados de interdependencia y tipos de conflictos que generan.
- Reforzar positivamente comportamientos familiares constructivos.
- Fomentar el respeto y aceptación de los miembros de la familia.
- Valorar con la familia las consecuencias del comportamiento del paciente sobre ellos.
- Asesorar a la familia los objetivos para un mejor funcionamiento.
- Observar conductas del paciente que indican un abuso de autoridad, agresiones o limitaciones.
- Enseñar a la familia a manifestar actitudes firmes y sólidas ante los actos del paciente.
- Estimular el respeto de los derechos de cada miembro de la unidad familiar.
- Informar al paciente y familia de los recursos de la comunidad como sistema de soporte asistencial: centros de salud mental, asistencia social.
- Ayudarle a desarrollar un sistema de apoyo social (amigos, vecinos) y familiar que le ayuden en las prácticas de salud en función de sus dificultades.

2.2.3 Teoría de Enfermería:

El modelo de recuperación de la salud mental y su importancia para la enfermería.

El concepto de recuperación de la salud mental (*Recovery*) ha ido adquiriendo fuerza dentro de los nuevos estándares de atención asistencial, y promueve desde sus principios el fortalecimiento de aspectos como la fuerza de voluntad, la espiritualidad, la esperanza y el autoconocimiento para ayudar a la persona a encontrar su propio camino de recuperación

. Se saca la atención exclusivamente en el trastorno mental, algo muy común en los modelos tradicionales de tratamiento psiquiátricos . La importancia de centrarse en la recuperación de la salud mental radica en el cambio en la actuación del

profesional de la salud, en volver a centrarse en la persona como un ser holístico y no en los síntomas propios del trastorno, lo cual permite a los llamados «pacientes» psiquiátricos que recuperen más que su estado de salud: su dignidad, su autoestima y su bienestar , a través del fortalecimiento de aspectos como la espiritualidad, la esperanza, la fuerza de voluntad y el autoconocimiento.



Pensar que la recuperación en salud mental es posible con la influencia de una sola disciplina dista mucho de los ideales de atención integral que se buscan con este enfoque . Por el contrario, el trabajo colaborativo de diversos profesionales (trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas y médicos psiquiatras) hace que se tengan en cuenta diversas perspectivas en el tratamiento, sin llegar a la imposición de ideas a la persona que vive con el diagnóstico, que es, a final de cuentas, quien manifiesta y determina la evolución del proceso .

El modelo de recuperación de la salud mental (*Tidal Model*)

El papel de la enfermería dentro de los modelos de atención basados en la recuperación de la salud mental tiene como sus principales referentes teóricos a Phil Barker y Poppy Buchanan-Barker, quienes estructuran la teoría de la marea en la recuperación de la salud mental (*Tidal Model*)

La teoría muestra que, a través de instrumentos como la escucha y el diálogo, el profesional de enfermería y de salud orienta a la persona en el proceso de recuperación. Esta se presenta desde una perspectiva filosófica, se invita al personal de salud a interiorizar la importancia que tienen las experiencias

previas, las expectativas y la historia de la persona que sufre problemas de salud mental. Busca olvidar la atención centrada exclusivamente en los síntomas y se dirige a la reflexión y el análisis de la crisis como elemento que permite continuar con el proceso y el llamado «camino de la recuperación»

Las características fundamentales del modelo son :

a) colaborar con el individuo (y su familia cuando sea apropiado) en la elaboración de su plan terapéutico; desde este enfoque, la terapia debe plantearse desde la perspectiva de la persona que vive alguna situación de consideración en su salud mental (cabe aclarar que es a través de una información clara sobre los diversos enfoques terapéuticos que la persona y/o la familia establecen su propio proyecto de vida, lo que facilita la toma de decisiones;

b) empoderar a la persona a través de la narrativa de su experiencia, las narrativas favorecen la construcción de la propia historia de la persona, y a través de esa construcción, se favorece la remembranza de elementos que permitan clarificar las diversas circunstancias que rodean una crisis, lo que ayuda a la persona a reafirmar su papel como actor dentro de un contexto histórico en la sociedad y en cierta medida da sentido a su existir; así, a través de las narrativas, se facilita la apropiación del proyecto de vida de la persona construyendo su propia historia;

c) integración de la atención de enfermería con otras disciplinas: si bien es claro que la profesión de enfermería ha trabajado a la par con distintas áreas de la salud, se hace énfasis en la importancia de generar un cuerpo de conocimientos que no solo beneficie a una sola disciplina, sino que a su vez beneficie a la persona a quien se cuida; se trata, entonces, de generar espacios terapéuticos donde no exista jerarquía terapéutica, sino más bien atención centrada en la persona, y donde cada disciplina aporta su grano de arena en ese camino que recorrerá la persona en su estado de salud a lo largo de la vida, y

d) la resolución de problemas y la promoción de la salud mental a través de la narración con base en intervenciones individuales y grupales: las

experiencias de otros permiten apropiarse de elementos que propician el aprendizaje y constituyen un camino básico hacia el autoconocimiento; es a partir de este autoconocimiento que las personas logran centrar su atención en las circunstancias que rodean los problemas de salud mental que se les han presentado, así como factores que favorecen el bienestar, que se exteriorizan a través de las narrativas y pueden plasmarse en experiencias tanto de otros como de la misma persona.

El modelo de la marea maneja 10 compromisos, basados en 10 valores que son fundamentales y representan la esencia del proceso terapéutico.

. En cada uno de ellos están inmersas unas competencias específicas que el profesional debe tener y facilitan la práctica del modelo:

- El valor de la voz: permitir que la persona narre su historia por sí misma y no a través de otros hace que se cambie el panorama tradicional donde se prioriza lo que dice el profesional y se resta atención a lo que dice la persona.

Competencia 1: el profesional demuestra que tiene la capacidad de escuchar activamente la historia de la persona que presenta una alteración de su salud mental.

Competencia 2: el profesional se compromete con la persona a registrar de manera detallada su historia personal con sus propias palabras como parte del proceso terapéutico.

- Respetar el lenguaje: algo que es fundamental en el modelo de la marea es respetar el lenguaje coloquial de la persona, puesto que en los términos técnicos que se manejan en la psiquiatría y la psicología se pueden perder elementos valiosos que tal vez puedan contribuir al camino de la recuperación.

Competencia 3: el profesional permite que la persona se exprese con su propio lenguaje.

Competencia 4: El profesional ayuda a la persona a entender sus experiencias a través de historias personales, anécdotas o metáforas.

- Convertirse en aprendiz: Las personas son expertas en la historia de su propia vida; por ende, el cuidador profesional debe respetar y debe elegir el hecho de aprender de esa experiencia.

Competencia 5: El profesional diseña un plan de cuidado basado en las necesidades que plantea la persona.

Competencia 6: El profesional ayuda a identificar problemas y/o necesidades que afectan a la persona y la ayuda a plantear soluciones.

- Utilizar los instrumentos disponibles: en la historia de la persona ha habido cosas que le han funcionado y otras que no. El profesional ayudará a la persona a utilizar instrumentos para que los ponga en práctica en su propio camino de recuperación.

Competencia 7: el profesional ayuda a la persona a identificar qué la está ayudando y qué no en los problemas específicos de su vida.

Competencia 8: el profesional se interesa en identificar qué personas o actores de la vida de la persona podrían ayudar en su proceso terapéutico.

- Trabajar un paso más allá: cualquier paso que dé la persona ayudará en la consecución de su recuperación. El desarrollo de objetivos, por más simples que parezcan, fortalecerá el avance y ayudará a la persona a no detenerse, lo que hace más corto su proceso.

Competencia 9: el profesional ayuda a identificar las consecuencias de lo que representa dar un paso para resolver los problemas que tiene la persona en su vida.

Competencia 10: el profesional ayuda a la persona a identificar que necesitará a corto plazo para que experimente el hecho de «dar un paso» en la resolución de esos problemas.

- Dar el don del tiempo: hay que brindar el tiempo suficiente a la persona. No hay nada más importante que el desinterés por el tiempo cuando se está tratando de contar una historia, más aún cuando la persona está contando su propia experiencia. Esto lo debe tener claro el profesional.

Competencia 11: el profesional ayuda a la persona a identificar que el tiempo que está dedicando a resolver sus problemas es muy valioso.

Competencia 12: el profesional reconoce el tiempo que la persona dedica a su proceso terapéutico.

- Desarrollar la curiosidad genuina: cuando la persona esté describiendo su historia, el profesional debe mostrar interés real por conocerla.

Competencia 13: el profesional se interesa por la historia de la persona y le pide desarrollo de asuntos o detalles importantes.

Competencia 14: el profesional muestra a la persona su interés por ayudarle, pero le permite contar su historia a su propio ritmo.

- Saber que el cambio es contante: uno de los aspectos fundamentales dentro del proceso de recuperación es saber que todo cambia y que es algo inevitable. El papel del profesional se fundamenta en ayudar a la persona a entender que, aunque el cambio es inevitable, el crecimiento es opcional. También la apoya en la toma de decisiones buscando cursar el cambio hacia su recuperación.

Competencia 15: el profesional ayuda a la persona a identificar los cambios en sus pensamientos, sentimiento y/o acciones.

Competencia 16: el profesional ayuda a la persona a identificar cómo ella misma, otras personas o determinadas situaciones influyen en su cambio.

- Revelar la sabiduría personal: esa experiencia que posee la persona se convierte en sabiduría, y es precisamente al mostrársela que comienza el camino hacia la recuperación.

Competencia 17: el profesional ayuda a la persona a reconocer cuáles son los puntos débiles y fuertes en su proceso terapéutico.

Competencia 18: el profesional ayuda a la persona a desarrollar confianza en sí misma y la habilidad de autoayuda generada a través del proceso terapéutico.

- Ser transparente: debe existir un interés genuino por trabajar juntos, persona y cuidador profesional. Debe crearse un ambiente de seguridad que permita la libertad en la comunicación.

Competencia 19: el profesional se asegura de que la persona sea consciente del propósito del proceso terapéutico.

Competencia 20: el profesional se asegura de que la persona recibe una copia de todos los documentos inmersos en el proceso terapéutico.

Una característica muy importante de este modelo es que el término paciente o cliente se cambia por persona o persona cuidada, buscando centrarse en que también es un sujeto que tiene derechos, siente, se emociona y vive las experiencias como cualquier ser humano

. No existe un orden jerárquico en la relación terapéutica, pues todos aprenden y se complementan, incluso las personas que con su experiencia se convierten en los expertos y pueden hasta ayudar a otros

1.1 Definición de términos:

1. **Retraso mental.** - trastornos en que por factores genéticos o adquiridos ocurre una lesión del Sistema Nervioso Central, que da lugar a un insuficiente desarrollo psíquico, en especial de la actividad cognitiva, aunque están usualmente implicadas todas las esferas, la alteración tiene un carácter progresivo o estable y es irreversible.
2. **Salud Mental.** - Se conoce como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.
3. **Diagnóstico de enfermería.** -Informe sobre un problema de salud real o potencial que la enfermera puede tratar legalmente y de forma independiente. Segunda fase del procedimiento de enfermería, durante la cual se determinan las respuestas anómalas del paciente, actuales o potenciales, a una enfermedad o a un estado.
4. **Valoración.** - Primera fase del cuidado de enfermería; las actividades que integran esta primera fase son la recogida de datos y su verificación, clasificación y documentación. El objetivo es reunir información para identificar el problema sanitario que se presenta.

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINO

Cuidados de Enfermería: Definición de cuidados de enfermería. La 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 cuidar). Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo.

Covid – 19

Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.

Retraso mental

El retraso mental, llamado también retardo mental, abarca un amplio grupo de pacientes cuyas limitaciones en la personalidad se deben, esencialmente, a que su capacidad intelectual no se desarrolla lo suficiente para hacer frente a las necesidades del ambiente y poder, así, establecer una existencia social independiente.

CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCION

3.1. VALORACION

3.1.1 DATOS DE FILIACION:

•DATOS PERSONALES:

Apellidos y nombres :E. V.Q
Nacionalidad : Peruano
Fecha de nacimiento : 04/05/1975
Sexo : Masculino
Localidad : Chuquibambilla
Provincia : Grau
Estado civil : Soltero
Informante : Paciente

3.1.2. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente derivado del CS Pueblo Joven y C.S.MC de Abancay por presentar prueba rápida de COVID (+), además se encuentra en una situación de abandono, su tratamiento psicológico tubo hasta los 16 días junto a sus padres y luego tiene apoyo del centro de salud mental comunitario.

3.1.3. ENFERMEDAD ACTUAL:

- Neumonía Adquirida en la Comunidad
- Infección por Corona Virus (831.2)
- Psíquicas no orgánicas (F29.0)
- D/C esquizofrenia paranoide
- Soporte familiar inadecuado (263.2)

3.1.4. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Paciente con tos hace 7 días, sin tratamiento vive solo en la calle su padre y madre se encuentran vivos en la Provincia de Grau.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Paciente no tiene información exacta es traído por emergencia referido del Centro Salud Pueblo Joven y Centro de Salud Comunitario. Según datos recolectados adulto es paciente indigente que vive solo sin apoyo de familiares, se encuentra viviendo en la calle y principalmente en la Av. Bella Vista. Padres y hermanos no viven con el paciente, ocasionalmente recibe apoyo del Centro de Salud Mental Comunitario Abancay en lo que respecta a medicamentos, en cuanto alimentación no tiene apoyo en domicilio no cuenta con servicios de agua, luz y desagüe.

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

Según los datos recolectados de la encuesta aplicada al paciente, podemos concluir, que no cuentan con recursos económicos suficientes, en casa vive solo sin familiares, es un hogar disfuncional pues el padre no vive con el paciente, y el aporte económico que les da es muy poco, cuanto a los servicios de agua y desagüe son precarios, cuenta con agua por momentos y en ocasiones tiene agua de los vecinos, cuenta con letrina, cocina a leña, y vive solo estudio nivel primario incompleto.

- No se conoce grado de estudios

3.1.5. EXAMEN FISICO:

Paciente adulto de 45 años de edad, adelgazado, deshidratado leve, con conducta no adecuado.

- ✓ No , adecuado
- ✓ Conjuntiva hidratada,
- ✓ Pabellon auricular Implantación adecuada
- ✓ Fosas nasales permeables, con secreciones
- ✓ Torax Y Pulmones: dificultad respiratoria
- ✓ CV: diferido
- ✓ Neurológico: desviado, deambulacion adecuado
- ✓ Examen mental: psiquiátrico

3.1.6. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS

Y CLASES:

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 2: Gestión de la salud

Se observa que no brinda la seguridad de aislamiento durante su estancia hospitalaria el estado de higiene, paciente se niega a que se le realice lavado de manos.

F.C: 68x' F.R.28x' T°:38.6°C Sat. O2: 94%

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1: Ingestión

Paciente refiere: “tiene mucho hambre”

Se observa al paciente diaforético, mucosa oral hidratada, con apetito, se observa que bebe súbitamente, presenta taquipnea tiraje subcostal, abdomen levemente distendido, blando depreciable, ruidos hidroaéreos conservados. Peso 55.00 kg, Hg. 9.8 g/dl

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clase 4: Función respiratoria

paciente refiere: “estar respirando normal”

espontáneas dentro de características normales, , Temperatura 38,5°C, piel diaforética, taquipnea FR= 28 x', tos productiva. Presenta cánula binasal con O2 a 2 litros x', tiraje subcostal se auscultan subcrepitaciones y roncales en bases pulmonares, Sat.O₂ 94%.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Clase 2: Actividad / ejercicio

paciente refiere que respira rápido y se cansa cuando le da hidratación, duerme por momentos intranquilo. Presenta apoyo ventilatorio por cánula binasal a 2 litros x', se le mantiene una postura decúbito dorsal semifowler en cama, a la auscultación evidencia

subcrepitaciones y roncales en bases pulmonares, F.C: 68x´ F.R: 28x´ T°:38.6°C Sat.O₂ 94%. Presenta mala higiene y cuidado personal.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN COGNICIÓN

Clase 3: Sensación – percepción

Nivel de conciencia: intranquilo, piel con hipertermia 38.6 °C y presencia de sudoración, taquipnéico e irritabilidad.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clase 1: Autoconcepto

Se le observa estado de ánimo decaído, facie de ansiedad e intranquilidad, irritable, manifiesta estar cansada y querer ir a su casa, pues está incomodo no quiere dormir bien. No acepta sujeción mecánica.

DOMINIO 7: ROL RELACIONES

Clase 3: Desempeño del rol

Vive con pacientes Psiquiátricos: “Vivo con mis amigos en la calle.”

Se observa que no hay presencia de los padres durante la hospitalización no recibió apoyo de sus padres, los cuales han quedado al cuidado de enfermería.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Paciente adulto de 45 años de edad. Sexo: Masculino.

A la evaluación se observa genitales acordes a su edad.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Paciente refiere: "Estoy preocupado por mis amigos, me siento cansada, espero que me sane para ir a casa.

Se observa al paciente irritable e inquieto frente a los cuidados de enfermería y cumplimiento del tratamiento médico indicado.

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, el paciente no relaciona la enfermedad refiere sentirse bien.

DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN

Clase 6: Termorregulación

Diagnóstico médico de Neumonía adquirida a la comunidad, presencia de vía periférica permeable. Piel pálida, diaforético. Presencia de tos productiva no expectora, con tiraje subcostal, subcrepitos y roncales con temperatura axilar: 38.6 °C, FC68xmin

latidos por minuto, paciente se mantiene en la cama con las barandas elevadas y con cuidador permanente.

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1: Confort físico

El paciente presenta cánula binasal a 2 litros x', por dificultad respiratoria y tos de moderada intensidad, con dificultad para respirar, por su taquipnea y cansancio al ambular.

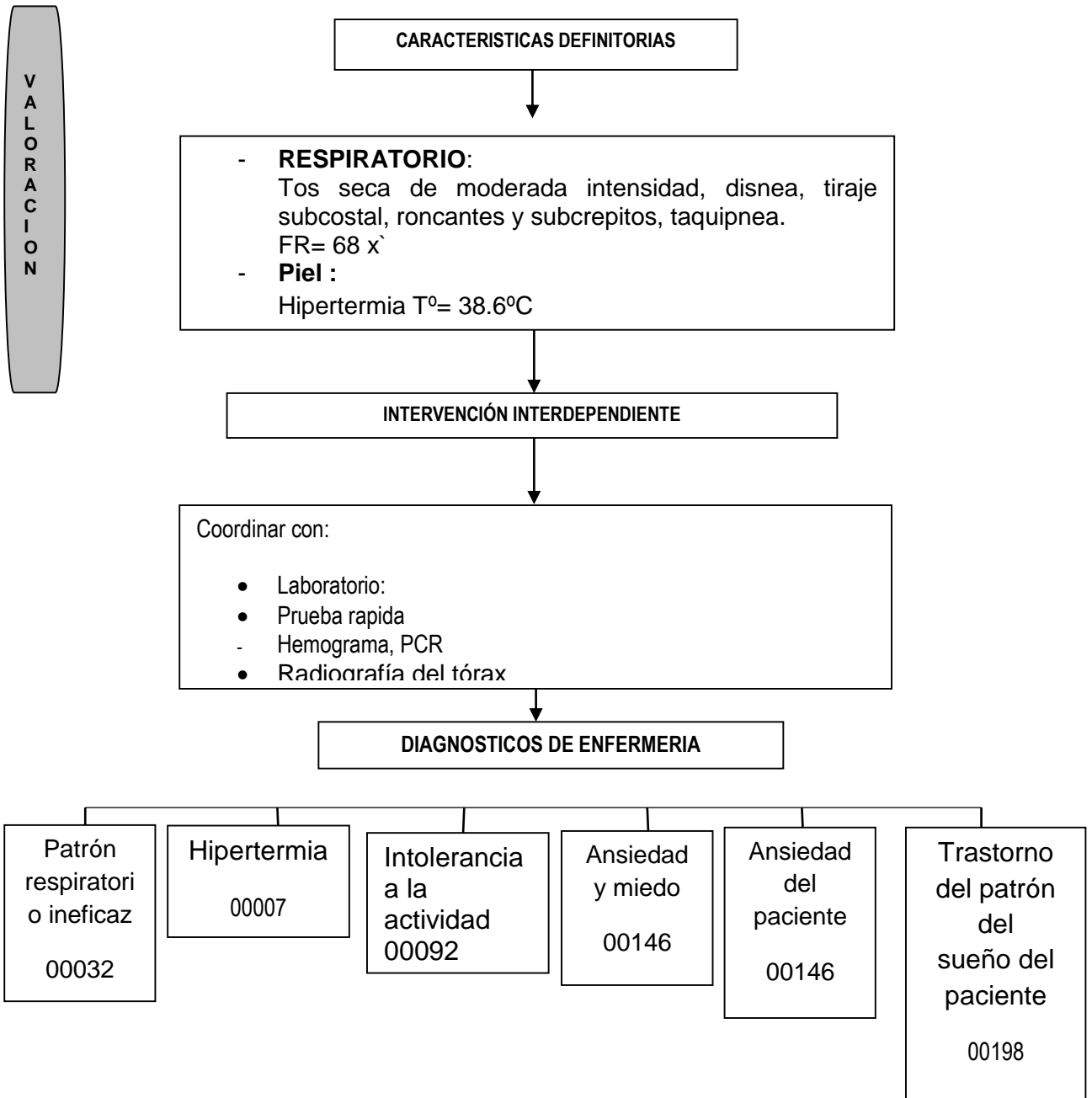
DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Clase 2 Desarrollo

Paciente no refiere nada: Psiquiatra refiere por vía telefónica que el paciente "tiene sus vacunas, pero le falta algunas vacunas del adulto o no se evidencia de los datos exactos.

3.1.7. ESQUEMA DE VALORACION

Flujograma 1



3.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

3.2.1. LISTA DE HALLASGOS SIGNIFICATIVOS

- ✓ Respiración ineficaz
- ✓ Hipertermia (38.6C)
- ✓ Ansiedad del adulto
- ✓ Irritabilidad y llanto del adulto
- ✓ Cansancio al momento de comer
- ✓ Ansiedad del paciente
- ✓ Cansancio del paciente.

3.2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

1. Patrón respiratorio ineficaz, R/C fatiga de los músculos respiratorios, M/P Taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.
2. Hipertermia R/C a proceso infeccioso (neumonía), manifestado por piel caliente al tacto, irritabilidad, T°= 38.6°C
3. Ansiedad y miedo R/C entorno desconocido M/P llanto, irritabilidad
4. Fatiga y pérdida de energía R/C el aumento del esfuerzo necesario para respirar M/P dificultad para realizar actividades diarias.
5. Ansiedad del paciente R/C estado de salud propia M/p facie de ansiedad y preocupación.
6. Trastorno del patrón del sueño del paciente R/C a estadía hospitalaria M/P irritabilidad, y facie de cansancio. Propios de la enfermedad.

3.2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: E.V.Q.

Edad: 45 años

Diagnóstico médico: Neumonía Adquirida en la Comunidad,
infección por covid 19, retraso mental. D/C Esquizofrenia.

PROBLEMAS	FACTORES RELACIONADOS	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
✓ Respiración ineficaz	Fatiga de los músculos respiratorios.	Taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.	Patrón respiratorio ineficaz, R/C fatiga de los músculos respiratorios, M/P Taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.
✓ Hipertermia (38.6°C)		Piel caliente al tacto, irritabilidad, T°= 38.6°C	Hipertermia R/C a proceso infeccioso (neumonía),M/P piel caliente al tacto, irritabilidad, T°= 38.6°C
✓ Intolerancia a la actividad.	Proceso infeccioso (neumonía)	Dificultad para ambular,	Intolerancia a la actividad y miedo R/C desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno M/P

<p>✓ Ansiedad del paciente.</p>	<p>del</p>	<p>cansancio, taquipnea</p>	<p>disnea de esfuerzo, fatiga y debilidad, taquipnea.</p>
<p>✓ Ansiedad del paciente</p>	<p>Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.</p>	<p>Llanto, irritabilidad.</p>	<p>Ansiedad del paciente R/C estado del paciente facie de ansiedad y preocupación. Ocasionados por la misma enfermedad.</p>
<p>✓ Ansiedad del paciente</p>	<p>del</p>	<p>Facie de ansiedad y preocupación</p>	<p>Trastorno del patrón del sueño del paciente R/C a estadia hospitalaria M/P irritabilidad, y facie de cansancio.</p>
<p>✓ Cansancio del paciente</p>	<p>del</p> <p>Entorno desconocido</p>	<p>Irritabilidad, y facie de cansancio</p>	<p></p>

	Estado de salud del paciente		
	Estadía hospitalaria del paciente.		

3.3. PLANIFICACIÓN

3.3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION: Para el presente trabajo académico se utilizaron las taxonomías: NANDA, NIC y NOC, los resultados obtenidos fueron satisfactorios, se logró disminución de la dificultad respiratoria, mejoría en el ritmo de la frecuencia respiratoria, mantenimiento de la frecuencia cardiaca y prolongación de periodos de sueño, así como la tranquilidad del paciente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación M/P alteraciones en la profundidad respiratoria, disminución de la ventilación por minuto, disminución de la capacidad vital, aleteo nasal, taquipnea, uso de los músculos accesorios para espirar</p>	<p>Estado respiratorio: ventilación</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Frecuencia respiratoria ➤ Facilidad de la respiración ➤ Respiración con labios apretados ➤ Disnea de reposo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayuda a la ventilación ✓ Monitorización respiratoria. ✓ Disminución de la ansiedad. ✓ Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Paciente logro disminuir su FR= 16 lpm. ○ Paciente se mostró más tranquilo al momento de ambular. ○ paciente logra caminar por periodos más largos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Hipertermia R/C enfermedad E/P temperatura 38.6°C</p>	<p>Termorregulación</p> <p>Indicadores:</p> <p>Temperatura cutánea aumentada</p> <p>- Frecuencia del pulso</p> <p>-Comodidad térmica referida</p> <p>Signos vitales</p> <p>Indicadores</p> <p>-Temperatura corporal</p> <p>-Temperatura cutánea aumentada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación de la temperatura <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administración de Paracetamol 18 gts. ✓ Aligerar prendas. ✓ Medios físicos: baño. ✓ Control de la T° cada 2 horas. ✓ Ajustar la T° ambiental. ✓ Favorecer una ingesta de líquidos adecuadas • Monitorización de los signos vitales <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel ✓ Observar y registrar si hay signos e hipotermia. ✓ Controlar la temperatura cada dos horas. ✓ Controlar periódicamente la frecuencia y ritmo respiratorio. ✓ Contralar periódicamente el ritmo la pulsioximetria. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se logró bajar la temperatura a 36.9°C. ○ Paciente logro mantener signos vitales dentro de los parámetros normales de acuerdo a su edad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p>Intolerancia a la actividad y miedo R/C desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno M/P disnea de esfuerzo, fatiga y debilidad, taquipnea.</p>	<p>Tolerancia de la actividad.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad -Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad 	<p>Manejo de la energía.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a elegir actividades que reconstruyan la resistencia. - Controlar la respuesta de Oxígeno del paciente (FR R. y card.) a las actividades. - Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ paciente logro ambular paulatinamente por periodos cada vez más prolongados. ○ paciente mantiene sat. O₂ en 96 %, al momento de la comida. ○ Paciente disminuye su frecuencia respiratoria a 14 lpm

3.4. EJECUCION Y EVALUACION

3.4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE

S: Paciente refiere que le roncaba el pecho y por lo que lo traen por emergencia

O: paciente adulto irritable, lloroso. Signos vitales: Temperatura: 38.6°C, Pulso: 68x', Respiración: 68 x', Sat. O₂ 94%

Al examen físico: Piel: caliente al tacto,. Cabeza: Nariz: Tabique nasal simétricos. Boca: Labios simétricos, Lengua hidratada, oídos y cuello: dentro de límites normales. Tórax: subcrepitantes y roncales a la auscultación, con taquipnea, presenta tiraje subcostal, miembros superiores e inferiores dentro de límites normales. Genitales: adecuados para su edad.

A:- Patrón respiratorio ineficaz, R/C fatiga de los músculos respiratorios, M/P aleteo nasal, polipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.

-Hipertermia (38.5C) relacionado a proceso infeccioso (neumonía), manifestado por piel caliente al tacto, irritabilidad

- Intolerancia a la actividad y miedo R/C desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno M/P disnea de esfuerzo, fatiga y debilidad, taquipnea.

P: -Afianzar la relación Enfermera / paciente.

- paciente mantendrá valores normales de temperatura corporal.
- Se ira gradualmente disminuyendo aporte de oxígeno.
- Adulto lograra comer, adecuadamente.

I: - Se realizó la valoración del aparato respiratorio mediante el examen físico.

- Se colocó al paciente en posición semifowler.

- Se mantuvo vías aéreas permeables.

-Se suministró aporte de oxigeno según demanda del paciente.

-se cuantificaron Signos Vitales especialmente la Temperatura cada 2 horas.

-Se administró tratamiento indicado.

-Se administró antipirético prescrito.

-Se aplicaron medios físicos (Baño por 20 minutos, y compresas húmedas) en una habitación cerrada evitando las corrientes de aire frio.

- se vigiló hidratación endovenosa, así como alimentación
- Se brindó educación en el cuidado del paciente.
- Se promovió el descanso del paciente apoyándola por un periodo considerable.

E: Luego de puestas en práctica las acciones de enfermería se dejó estable al usuario y con temperatura de 36, 7 C, se disminuyó aporte de oxígeno a 1 litro x', logrando así mismo el paciente logre hacer destete de oxígeno.

CONCLUSIONES

1. 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.
2. Fue muy importante la interacción que se tuvo con el paciente, pues además del fundamento científico que debemos tener como profesionales de Enfermería, debemos ser empáticos e identificar las necesidades del usuario y su familia, pues de esta forma nuestras intervenciones serán pertinentes logrando así un alta con éxito en la recuperación total de nuestro paciente.
3. La elaboración de ayudas visuales y la información adecuada al paciente son muy importantes pues así lograremos evitar recaídas y sobre todo potenciamos la prevención y cuidado de la salud de los usuarios en general.
4. Se logro al paciente integrar a la sociedad mediante el apoyo de las diferentes entidades como GORE Apurimac, Parroquia, Asistente social y otros sectores para ser apoyado en su alimentación, higiene y sobre todo los cuidados del paciente.

RECOMENDACIONES

- ✓ Aplicar correcta y responsablemente el Proceso de Atención de Enfermería para poder brindar a los usuarios/as 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 paciente/a y su familia.
- ✓ Valorar y observar la organización del personal de enfermería para la atención de los pacientes.
- ✓ Revisión de registros y reportes de la atención brindada a los pacientes.
- ✓ 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 del paciente durante su estancia hospitalaria, en lo que respecta a los procedimientos terapéuticos como fueron: nebulizaciones e inhalaciones, vibro terapia respiratoria, controles de temperatura, aplicación de medios físicos, identificación de signos de alarma lo que favoreció el éxito de los procedimientos.
- ✓ Al alta hospitalaria se coordinó con la asistente social y la enfermera del centro comunitario de salud mental, con la nutricionista, para las

visitas periódicas con el fin de prevenir nuevas recaídas. Así mismo se coordinó con varias entidades del gobierno para casa refugio lo cual no fue exitoso, finalmente el seminario de varones de Abancay se hizo cargo del paciente para sus cuidados de higiene, alimentación y terapéutica.

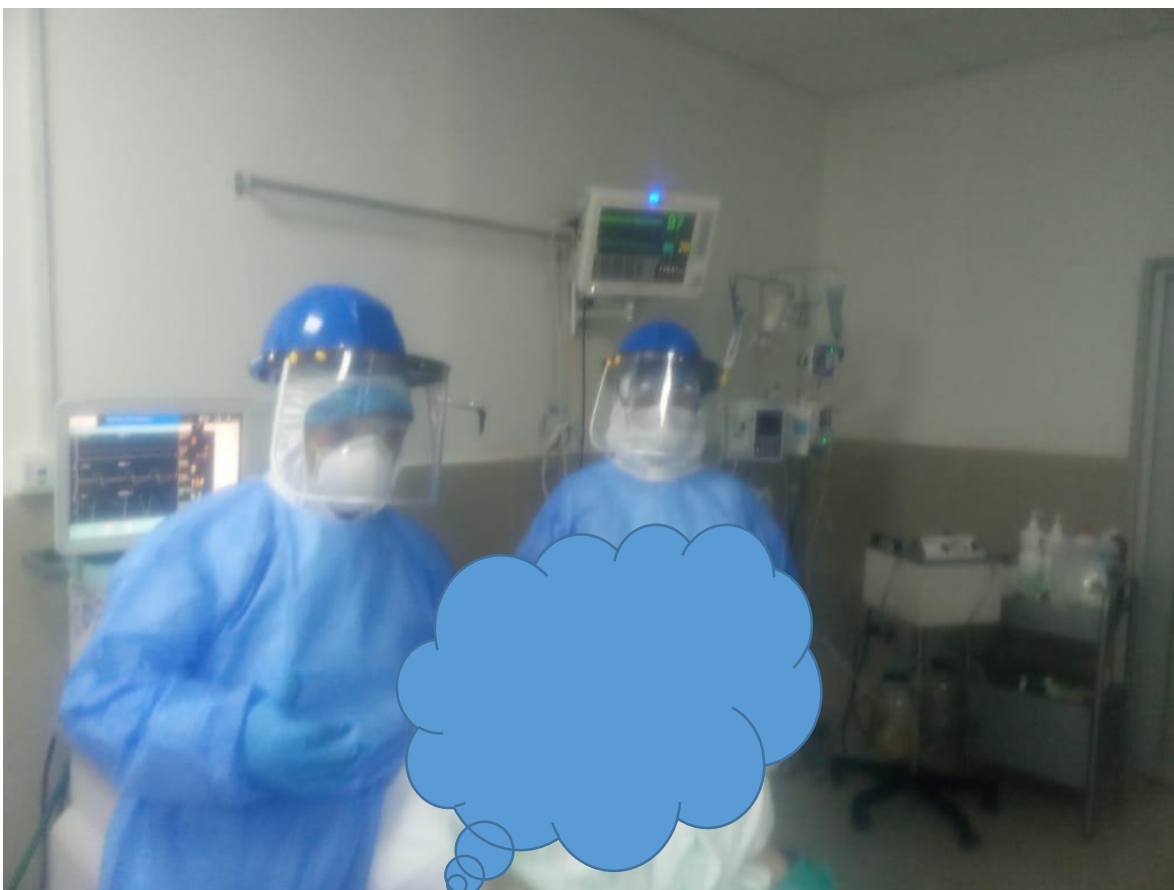
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasconcelos MM. Mental retardation. J Pediatr (Rio J). abril de 2004;80(2):71-82.
2. Patterson: Mental retardation: X marks the spot - Google Académico [Internet]. [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Mental+retardation.+X+marks+the+spot&author=Patterson+MC&author=Zoghbi+HY.&publication_year=2003&journal=Neurology.&volume=61&pages=156-7
3. El modelo de recuperación de la salud mental y su importancia para la enfermería colombiana- ClinicalKey [Internet]. [citado 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/journal/1-s2.0-S0034745018300970?scrollTo=%23fig0005>
4. Abordaje del retardo mental profundo a partir del enfoque sistémico: Apreciaciones de un estudio de caso clínico [Internet]. [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://repository.unipiloto.edu.co/handle/20.500.12277/7524>
5. Cifuentes P, Giselle K. Abordaje del retardo mental profundo a partir del enfoque sistémico: Apreciaciones de un estudio de caso clínico. mayo de 2020 [citado 12 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://repository.unipiloto.edu.co/handle/20.500.12277/7524>
6. Giménez MI. Carga e impacto familiar de las cuidadoras y los cuidadores de personas adultas con discapacidad intelectual con o sin trastorno mental asociado [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universitat de Barcelona; 2017 [citado 10 de mayo de 2020]. p. 1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=154003>
7. Peñafiel T, Santiago J. El Retraso Mental Leve y su influencia en la adaptación escolar de los estudiantes de la Escuela “Nuestro Mundo ECO-RÍO” de la ciudad de Riobamba, periodo académico 2014-2015. 2016 [citado 9 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1878>

8. Damiani-Rodríguez PG, Vega-Dienstmaier JM. Selección de ítems para el desarrollo de un instrumento de evaluación de severidad de trastornos mentales en pacientes sin psicosis o déficit cognitivo. Rev Neuro-Psiquiatr. enero de 2019;82(1):19-36.
9. Romero P, Zarela M. Sobrecarga laboral del cuidador formal de pacientes con retardo mental, CAR-Niño Jesús de Praga-Ancón 2018. Repos Inst - UCV [Internet]. 2019 [citado 11 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/35647>
10. Tassara GVF. NIÑOS Y NIÑAS CON RETRASO MENTAL LEVE DEL NIVEL PREESCOLAR DEL HOGAR COMUNITARIO INFANTIL EL SALVADOR DESARROLLAN HABILIDADES COGNITIVAS. :46.
11. Lozada Zuñiga K. Conocimiento y práctica del cuidado en madres de alumnos con retardo mental en el Centro de Educación Básica Especial “Paul Harris” Cerro Colorado Arequipa 2014. Repos Inst - UAP [Internet]. 2016 [citado 11 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/2472>
12. Incapacidad Intelectual: Nursing Reference Center [Internet]. [citado 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2172/nrc/detail?vid=9&sid=7a863f1d-0e80-46eb-a6f3-0377e9d5e4e5%40pdc-v-sessmgr03&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1ucmMtc3Bh#AN=SPA2009544277&db=nre>
13. Discapacidad intelectual (retraso mental)- ClinicalKey [Internet]. [citado 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/book/3-s2.0-B97884911096300080X?scrollTo=%23hl0000171>
14. NEUROCIENCIAS Y PSIQUIATRÍA [Internet]. [citado 13 de mayo de 2020]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-11.htm

ANEXOS

Paciente hospitalizado en Área de aislados Medicina COVID



Fuente: Fotogra (2020)