

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



**IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA TÉCNICA DEL  
PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN USUARIOS  
CON TRASTORNOS MENTALES EN EL CENTRO DE SALUD  
MENTAL COMUNITARIO PAKKARIN - HUÁNUCO**

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

JACKELINE KAROL, ORDOÑEZ TOLEDO

Callao, 2022

PERÚ

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

- |  |            |
|--|------------|
| • Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ         | PRESIDENTA |
| • Dra. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | SECRETARIA |
| • Mg. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE          | MIEMBRO    |
| • Dra. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA                | SUPLENTE   |

**ASESORA:** Dra. María Elena Teodosio Ydrugo

Nº de Libro: 08

Nº de Folio: 68

Nº de Acta: N°214-2022

FECHA DE APROBACION: 21 DE OCTUBRE 2022

RESOLUCIÓN DE DECANATO No 243-2022-D/FCS

## **DEDICATORIA**

A Dios por la vida, a mi padre Humberto Ordoñez Rubín por todas sus enseñanzas con su ejemplo que hoy desde el cielo guía mis pasos y será mi motivación para seguir adelante, a mi madre, Marcelina Toledo Romero por su apoyo constante, amor, comprensión y que a pesar de las adversidades he logrado concluir con una etapa para el fortalecimiento de mi vida profesional.

A mi familia, que son los pilares de mi formación, todos los integrantes me han enseñado a base de sus vivencias que con esfuerzo y dedicación se logran grandes cosas que a pesar de las dificultades siempre se puede seguir avanzando.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional del Callao, por las enseñanzas brindadas en este proceso de aprendizaje.

A mi asesora, María Elena Teodosio Ydrugo por alentar constantemente en mi crecimiento profesional a través de gestar este trabajo de investigación.

Al jefe del Centro de Salud Mental Comunitario Pakkarin, por permitirme la ejecución de este trabajo de investigación.

Para concluir agradecer por el apoyo constante y de familiares que siempre apoyan mis retos, amigos que están siempre brindando la motivación de crecimiento y docentes que son parte fundamental para la culminación de este trabajo académico.

## ÍNDICE

	INTRODUCCIÓN	2
4	CAPÍTULO	
	I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	6
	1.1. Determinación del Problema:	6
	CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	6
	2.1. Antecedentes del Estudio	8
	2.1.1. Antecedentes internacionales	8
	2.1.2. Antecedentes nacionales	8
	2.2. Bases Teóricas	8
	2.3. Bases conceptuales; <b>¡Error!</b> <b>Marcador</b>	<b>no</b>
	<b>definido.</b> 2.3.1.	
	Esquizofrenia.....	12
	2.4. Definición de terminos basicos	
	CAPÍTULO III: PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA PROFESIONAL	18
	3.1. Problemática	19
	3.2. Experiencia profesional	20
	3.3 Procesos realizados... ..	21
	3.3.1. Fases del programa de continuidad de cuidados	22
	CONCLUSIONES	26
	RECOMENDACIONES	27
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
	ANEXOS <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	

## **INTRODUCCIÓN**

Los trastornos mentales son los de mayor carga de enfermedad los cuales constituyen un grupo de daño, que impacta económica y socialmente, a esta población afectada, así como a sus cuidadores, provoca que se enfrenten al desempleo, la pobreza, la destrucción de sus redes de soporte social, la estigmatización, la discriminación, la violencia, todo lo expuesto genera una menor calidad de vida, se estima que se pierde 1´010 594 años de vida en salud (33,5 años perdidos por cada mil habitantes) <sup>(1)</sup>

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi” (INS “HD-HN”) elaboró estudios epidemiológicos durante los años 2002 al 2013, en el cual se llega a la estimación que cada año se encuentra en el territorio peruano, un aproximado de cinco millones de población adulta, aproximado de un millón de población niño y adolescente, los cuales sufren algún trastorno mental. <sup>(2)</sup>

La situación presentada hace necesario el cambio del modelo de atención en Salud Mental para dar paso a un enfoque Comunitario mediante la modificación del artículo N° 11 de la Ley General de Salud (N°30947) en el cual se contemplan dispositivos de atención, siendo los Centros de Salud Mental Comunitario el eje base de estos, contemplado en la norma técnica N° 138 – MINSa/2017/DGIESP. <sup>(3)</sup>

La atención de salud mental comunitaria tiene un modelo el cual representa la estrategia más factible para reducir y superar la enorme brecha de tratamiento actualmente existente en nuestro país. Buscar el abordaje de manera holística de acuerdo a los requerimientos de las personas que experimentan problemas en salud mental.

En ese contexto, los Centros de Salud Mental Comunitario tienen una de las funciones fundamentales de brindar a los usuarios la atención ambulatoria en problemas mentales de complejidad moderada a severa, con la visión de continuidad de cuidados, donde se oferta intervenciones de gestión, clínicas, psicosociales según nuestras competencias y la capacidad resolutoria del establecimiento con el fin de asegurar la cobertura de las necesidades y los problemas identificados. Todo esto en un entorno de gestión territorial de

acuerdo a la población referencial y según jurisdicción, donde se considera la vinculación con recursos ya sea sanitarios y/o comunitarios si así lo aplica.

Para ello el Centro de Salud Mental Comunitario Pakkarin, aborda el Programa de Continuidad de cuidados, para que sea una propuesta organizativa, enfocada a los usuarios con trastornos mentales que además contemplan alto riesgo psicosocial añadido a un riesgo de recaídas y abandonos, cuyo objetivo es mejorar su calidad de vida y la integración socio comunitaria garantizando la adherencia al tratamiento, autonomía, mejoramiento de la funcionalidad de los usuarios y familiares.

El grupo de profesionales de salud que trabajan en el CSMC Pakkarin, han diseñado la Guía Técnica para la toma de decisiones, el abordaje y desarrollo de programas en el marco de modernización de la gestión pública, en base a la gestión por resultados que impacten de manera positiva en el bienestar del ciudadano y en el desarrollo del país.

## **CAPÍTULO I**

## ● DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

### 1.1. Determinación del Problema:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la salud mental es un elemento integral y esencial de la salud, es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de padecimientos o enfermedades; el individuo puede lograr, trabajar de forma provechosa, de hacer frente al estrés normal de la vida y de contribuir a su comunidad. <sup>(4)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) hace mención que la esquizofrenia es considerada un padecimiento complejo y crónico que no afecta por igual a todos, algunos no tienen conciencia de estar enfermas. Las personas que experimentan uno o varios casos de esta patología cursa con nula o mínima variación de su capacidad del funcionamiento social esto representa el 57%. No obstante, el porcentaje restante padecen variaciones importantes en la función social y personal, necesitando para su recuperación la unión de estrategias basadas en la farmacología (medicación) y en la psicología (terapias conductuales y cognitivas) con ayuda de recursos sociales y laborales complementarios para favorecer su reintegración en el ámbito social y laboral. También es relevante para aminorar las recaídas de esta enfermedad y la intervención en el ámbito familiar <sup>(5)</sup>.

A nivel internacional, se cuenta con una guía de práctica clínica (GPC) originaria en el Reino Unido el cual ofrece información propia para ejecutar una mejor atención en salud a los pacientes con trastorno mental grave en los servicios de atención primaria, los cuales cuenta con cinco estándares y pautas para la atención de salud mental. La GPC denota con respecto a la adherencia terapéutica que es usual detectar individuos con enfermedad mental grave, con mala adherencia por lo que se debe ejecutar un programa cognoscitivo conductual sobre el tratamiento, con el propósito de perfeccionar la comprensión por parte del paciente sobre su enfermedad e identificar y abordar razones de la inadecuada adherencia a los tratamientos sugeridos. <sup>(6)</sup>

En el Perú el 22,4% de la carga general de enfermedad son los trastornos mentales, los cuales acompañado con otros problemas psicosociales reflejan

una importante y significativa parte de la morbilidad que se atiende en los establecimientos primarios. <sup>(7)</sup>

La manera de vivir hace referencia, a una serie de actividades, usanzas cotidianas o hábitos, tales como el número de comidas diarias, características de alimentación, espacio de descanso, consumo de sustancias adictivas y ejercicio físico entre otras. La unión de estas prácticas se le titula hábitos o comportamientos sostenidos; entre ellos se distinguen dos categorías: Los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y disminuyen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectores y conductas de riesgo. <sup>(8)</sup>

La población con Esquizofrenia tiene una nutrición incorrecta, menos activos, presentan tasas más elevadas de consumo de sustancias adictivas e ilegales en comparación con la población global. Las conductas de riesgo no saludables, pueden presentarse de manera aislada o asociadas de acuerdo con diferentes tipos de agrupamiento, tanto en población no psiquiátrica como en población psiquiátrica. <sup>(9)</sup>

Finalmente, se precisa que el trabajo académico constara de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de la implementación de una guía técnica del programa de continuidad de cuidados en usuarios con trastornos mentales en el centro de salud mental comunitario Pakkarin, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de Anexos

## ● CAPÍTULO II

### ● MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del Estudio

##### II.1.1. Antecedentes internacionales

**Pedro Simón Cayuela-Fuentes** (España 2015) en su programa para la salud titulado “Continuidad de cuidados en pacientes esquizofrénicos,” con el **objetivo** de precisar la adherencia al tratamiento, la calidad de vida percibida e identificar si existen mejoras estadísticamente significativas en los pacientes con esquizofrenia atendidos en el programa psicoeducativo en un Centro de Salud, usando la **metodología** de estudio experimental de intervención comunitaria, con el ensayo clínico aleatorizado sistemático. La muestra fue de 30 pacientes, divididos en grupo control y grupo intervención dando como **resultado** que los pacientes del grupo de intervención tienen una mejora de la calidad de vida y la adherencia al tratamiento, por encima del grupo control. En los establecimientos de salud no existe un programa de seguimiento de farmacología ni de calidad de vida percibida, por lo cual se requiere implementar la guía del programa de continuidad de cuidados para un monitoreo más adecuado. <sup>(10)</sup>

**Antonio Lison Garcia** (España 2018) en su guía denominada “Programa de continuidad de cuidados a partir de la atención primaria para pacientes esquizofrénicos”, con el **objetivo** de ejecutar un programa psicoeducativo en pacientes esquizofrénicos que asisten al Centro de Salud de San Antón, así como evaluar la efectividad para garantizar la adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida percibida. La **metodología** de estudio fue experimental, sin enmascaramiento por medio de un ensayo clínico aleatorizado sistemático con una muestra de 70 pacientes, dividida en dos grupos uno de control y otro de intervención, obteniendo como **resultado** que los pacientes del grupo de intervención mejoraron de la calidad de vida y la adherencia al tratamiento, por encima del grupo control. Los usuarios con trastornos mentales presentan constantes abandonos el cual motiva que generen recaídas y crisis.

(11)

**Tobar M.** (España 2018) en su tesis titulada: “Calidad de vida en personas con esquizofrenia del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca,” tuvo como **objetivo** estudiar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia. La **Metodología** fue un estudio descriptivo en el que se usó la escala de calidad de vida (QSL). Con una población total 344 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Todos los pacientes recibían tratamiento antipsicótico y estaban clínicamente estables durante los 6 meses previos a la inclusión en el estudio, ha **Concluido** que la calidad de vida objetiva en los pacientes con esquizofrenia es inferior a la calidad de vida presentada por sujetos de la población general. La no existencia de una guía del programa de continuidad de cuidados impide generar indicadores de mediciones tales como la calidad de vida en este grupo poblacional. <sup>(12)</sup>

### **II.1.2. Antecedentes nacionales**

**El instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”** (Lima – Perú 2019) en su Guía Técnica: “Intervención de Enfermería en Salud Mental para el Primer Nivel de Atención” con el **objetivo** de dirigir como realizar el abordaje integral a las personas y sus cuidadores al personal de enfermería del primer nivel de atención. <sup>(13)</sup>

**Castillo A.** (Lima- Perú 2015) en su trabajo de investigación denominado “Problemas de Salud mental y su estigma en Lima.” Con el **objetivo** de conocer las problemáticas en salud mental y el estigma, usando a **metodología** de un estudio descriptivo, realizando la entrevista a los pacientes en la consulta, con una población de 5000 personas que asistieron al Instituto Nacional Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Los **resultados** reflejan que más del 80% de personas que padecen algún tipo de trastorno mental en el país no obtienen la atención especializada que ameritan, esto sucede por la no existencia de una buena política de estado para atender la demanda de estos problemas, sumado a de que algunas enfermedades mentales generan estigma en la sociedad tal es el caso de la esquizofrenia y el trastorno bipolar.<sup>(14)</sup> La necesidad de fortalecer el programa de salud mental íntegramente en los establecimientos primarios beneficiará a la captación de casos nuevos y una correcta derivación al centro especializado para su tratamiento oportuno.

## II.2. BASES TEÓRICAS

- a) **Teoría de Jean Watson (1979)**, sobresaliente teórica contemporánea de enfermería. En su Teoría del Cuidado Humanizado, mantiene que, ante el peligro de deshumanización en el cuidado del paciente, da origen a la gran reestructuración administrativa de la pluralidad de los sistemas de cuidado de salud para lo cual es preciso el rescate del estado espiritual, humano y transpersonal, en el desarrollo de la actividad clínica, educativa, administrativa y de investigación por parte de los profesionales. <sup>(15)</sup>

La teoría en mención simplifica y guía un cuidado humanizado, distingue a la ser que se cuida como un ser integral, que cuenta con capacidades y tiene el poder para colaborar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el estado sociocultural es preponderante. La investigación nos faculta descubrir la abundancia de conocimiento que cobija nuestra práctica diaria, que estimula a mejorar el cuidado de nuestros pacientes.

- b) **Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender (1975)**: sustenta que cada proceder que se realiza para alcanzar el bienestar y potencial humano; muestra como los individuos adoptan esfuerzos sobre su autocuidado, describiéndolos en muchas facetas en su relación con el ambiente, que su potencial está en descubrir aliados y la movilización de la sociedad, laborando con el principio de autonomía que poseen los individuos y las sociedades, en su búsqueda de fortalecer una estrategia para alcanzar el desarrollo sostenible y con ello el cambio.

Este modelo nombra como pieza fundamental la creación de un proceder que permita que se genere la salud, así también se requiere contar con la predisposición de la persona, es decir que el entorno y el componente emocional sean positivos y si hay existiese alguna conducta inadecuada cambiar para generar la promoción de salud que se busca alcanzar. En esta investigación este modelo [...] nos ayuda a comprender al ser humano en sus emociones, pensamientos y el entorno para poder facilitar

la ayuda que necesita, reforzar la conducta positiva o lograr identificar la dificultad y generar un cambio para la promoción de la salud

Esta teoría ayuda a percibir al individuo como un ser biopsicosocial. Este modelo es empleado por las (os) enfermeras (os) para alcanzar comprender y generar las actitudes, motivaciones y acciones del individuo realiza desde el concepto de autoeficacia, todo ello para dar valor a las intervenciones ejecutadas. <sup>(16)</sup>

- c) **Teoría de Hildegart Peplau:** Teoría de las Relaciones Interpersonales: Rol de Educadora. Se le considera madre de la enfermería psiquiátrica. Participó en los avances profesionales, educativos y prácticos en la enfermería. Desarrolló la teoría psicodinámica o de relaciones interpersonales, que centra el vínculo enfermera-paciente. Peplau denomina la "Enfermería Psicodinámica" como "aquella que logra entender la conducta propia para apoyar a otras personas a reconocer cuáles son los problemas y aplicar los principios sobre las relaciones humanas que nacen en cualquier nivel de experiencia" Para Peplau la Enfermería es un desarrollo interpersonal y terapéutico que se articula en términos de cooperación con otros procesos humanos, logra que la salud se convierta en una posibilidad para los individuos en las comunidades. <sup>(17)</sup>

Define salud como procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria. La relación interpersonal entre enfermera-paciente puede desarrollarse en diferentes escenarios: hospital, escuela, comunidad, etc., con el fin de mejorar la salud, maximizar el bienestar y atender a las enfermedades. La dinámica que hace avanzar la actividad es la capacidad que poseen los sujetos (tanto enfermera como paciente y familia) para lograr establecer relaciones interpersonales y aprender a desarrollarse.

El objetivo es beneficiar al paciente, a su familia y al grupo comunitario a obtener la salud de forma que enfermera y paciente logren el alto grado de desarrollo personal.

- d) **Teoría de Dorotea Orem:** Teoría del autocuidado tiene como principio las necesidades humanas para la vida y la salud como modelo de acción de Enfermería. “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un fin. Es una conducta [...] para controlar los factores que atacan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”

La Teoría de Orem nos ayuda a definir el espacio que ocupa el profesional de Enfermería en las problemáticas de autocuidado del paciente dependiente. La función de la enfermera según la autora es asistir, no sustituir la adopción de decisiones, fuerzas o conocimientos de la persona, a pesar que el paciente este totalmente incapacitado. La enfermera puede aceptar el autocuidado del paciente dependiente hasta lograr la recuperación. Por otro lado, desde un punto de vista ético el profesional tiene el deber y responsabilidad de favorecer la atención segura y competente con el fin de satisfacer sus demandas de autocuidado y ayudar a las personas.

La Teoría de Orem nos brinda pautas cómo deben llevarse las relaciones entre el profesional y el individuo. Para concluir el modelo de Orem genera la cumplir con las demandas de autocuidado del individuo, promoviendo su autonomía, para que logren su nivel de independencia máxima. <sup>(18)</sup>

- e) **Modelo de Sistemas de Bety Neuman.** Fue pionera en salud mental comunitaria. Este modelo se plantea como continuo, de naturaleza es dinámica y está sujeta a un proceso de cambio permanente. La intervención de enfermería debe considerar “todas las variables que influyen de manera positiva o negativa sobre la respuesta del individuo al estrés” <sup>(19)</sup>

## II.3. BASES CONCEPTUALES

### II.3.1. Esquizofrenia

Es un trastorno psicótico que se caracteriza por un desequilibrio cerebral de aparición de inicio de manera aguda que genera deterioro en la capacidad de las que la padecen para: pensar, dominar sus emociones, autonomía y relacionarse con los demás. Las características de la fase aguda suelen ser delirios (ideas falsas que el individuo cree ciegamente), alucinaciones (percepciones de cosas, sonidos o sensaciones que en realidad no existen) o conductas extravagantes. <sup>(20)</sup>

Los pacientes con esquizofrenia son propensos a perder el contacto con la realidad (psicosis), sufrir alucinaciones, delirios, poseer pensamientos fuera de lo normal y dificultades del funcionamiento laboral y social.

Etimológicamente significa «mente escindida». Con esta terminología, se pretende subrayar las alteraciones en el pensamiento que presentan las personas con este diagnóstico.

**Causas:** El origen no se conoce con certeza. No obstante, en los últimos años se han conseguido ciertos avances que facultan identificar múltiples factores causantes del trastorno tales como:

#### **Alteraciones precoces del desarrollo del cerebro**

Análisis con técnicas histopatológicas y de neuroimagen recientes, como es el caso de la resonancia magnética, han identificado singularidades en la distribución de determinadas zonas en el cerebro. Otra técnica es la tomografía con positrones para realizar análisis del funcionamiento del cerebro de personas con esta enfermedad se pudo identificar algunas alteraciones, en comparación con el de personas sanas. Conjuntamente, estas evidencias sostienen la teoría de que la esquizofrenia puede tener su raíz durante el desarrollo del cerebro embrionario provocando afectaciones del desarrollo cerebral muy precoz.

#### **Predisposición genética**

El mecanismo de transmisión se desconoce, sin embargo, el peligro de padecer la afectación es alta cuando tienen antecedentes familiares de la misma. Pero tener los antecedentes no es una condición indispensable ni suficiente; muchos que lo padecen no los presentan y muchos sanos, sí. Esto refleja que para desarrollar este trastorno otros factores de origen no genéticos juegan un papel importante.

### **Alteración molecular cerebral**

Se ha revelado que pueden estar en desequilibrio varias sustancias denominadas neurotransmisores (los causantes de que las neuronas tengan una adecuada comunicación). Las indagaciones sobre estas sustancias están cobrando importancia para efectivizar el diseño de fármacos.

### **Infecciones del embarazo y complicaciones del parto**

Está en estudio si la madre durante el embarazo presenta algunas infecciones por virus que pueden ser responsable de alteraciones del desarrollo cerebral normal del feto y que, a cierta edad, desencadenen la enfermedad. Así mismo, se ha relacionado esta afección con dificultades durante el parto (traumatismos, anoxia cerebral).

**Síntomas característicos:** Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos deben estar presente por un periodo de 30 días (o menos días en el caso de haber sido tratado con éxito):

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado (por ejemplo: presencia de incoherencia o descarrilamiento frecuente).
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- Síntomas negativos (por ejemplo: abulia, aplanamiento afectivo o alogia)

**Síntomas:** En esta enfermedad aparecen muchas y variadas manifestaciones, pero nada es específica, también pueden estar presentes en otros trastornos mentales, así mismo la principal dificultad

que se relaciona con los síntomas es que la mayoría son subjetivos, quiere decir, no pueden comprobarse, sólo el paciente los experimenta.

***Actualmente se dividen los síntomas en dos grandes grupos:***

**Síntomas positivos** consisten en aquellas manifestaciones no normales que experimentan los que la padecen, tales como pensar que ocurren cosas que no son verdad (delirios) o ver cosas que no existen (alucinaciones).

**Síntomas negativos** consisten en aquellas manifestaciones que hacen pensar que los que la padecen está abandonando la capacidad que tiene para: pensar, sentir o hacer cosas que realizaba con normalidad (Por ejemplo, dejar de hablar con fluidez, tener interés por las cosas o las personas, por levantarse cada día a trabajar, etc.). Es común que muchos de los síntomas se alivien con el paso del tiempo. Sin embargo, pueden presentarse algunas secuelas (por ejemplo: frialdad a los demás, de sí mismo abandono del cuidado, indiferencia o desinterés por todo).

**Prevención:** La esquizofrenia no se puede prevenir. Sin embargo, si el que la padece sigue las indicaciones prescritas por los especialistas, los síntomas disminuyen y pueden prevenirse y evitarse.

**Tipos:**

Algunos investigadores creen que la esquizofrenia es un síndrome (un conjunto de síntomas) otros consideran que es un trastorno aislado. Se han propuesto la división de la esquizofrenia en subtipos como un esfuerzo de clasificar a los que la padecen dentro de grupos más uniformes. Sin embargo, en una misma persona la división propuesta de subtipo puede variar a lo largo del tiempo.

- **Esquizofrenia paranoide:** Es la más común. Predominan las ideas de perjuicio de otras personas o delirantes de persecución hacia la persona que la padece

- **Esquizofrenia hebefrénica:** Existencia de las alteraciones en las emociones de inicio precoz y más grave. Son características las manifestaciones denominadas como incongruencia emocional (por ejemplo, el que la padece se ríe sin motivo aparente).
- **Esquizofrenia catatónica:** existencia de alteraciones motoras, responder mejor al tratamiento, por lo general se da con inmovilidad persistente, aunque puede variar con crisis de agitación o movimientos repetitivos.
- **Esquizofrenia indiferenciada:** se llama de esta manera cuando no reúne los criterios de los subtipos anteriores o hay presencia de varios de ellos. <sup>(20)</sup>

Aunque se siguen utilizando estas divisiones, en la actualidad se tiende a diferenciar estos según la predominancia de síntomas positivos o negativos para tener la medida de la intensidad de cada uno de estos síntomas a través de la aplicación de instrumentos como son cuestionarios y escalas con la finalidad de evaluar a la persona que lo padece en diferentes momentos de su evolución, así como si los tratamientos son efectivos.

### **Diagnóstico:**

Para la esquizofrenia no existe una prueba diagnóstica definitiva. El médico psiquiatra hace el diagnóstico de la esquizofrenia apoyándose en una evaluación de la sintomatología y del historial de la persona, la presencia de los síntomas debe tener un periodo por lo menos medio año y asociarse con deterioro significativo en: estudios, trabajo o desarrollo social. Generalmente la recopilación de la información viene de la familia, amigos o profesores es vital para determinar cuándo comenzó la enfermedad.

El médico psiquiatra deberá realizar diagnóstico diferencial. Generalmente se solicitan análisis de laboratorio para descartar: trastorno

subyacente de tipo endocrinológico o neurológico, así como el abuso de sustancias tóxicas que pueda tener algunas características de generar psicosis. <sup>(21)</sup>

**Tratamiento:** Es farmacológico, basados en neurolepticos o antipsicóticos. Los dos tipos de antipsicóticos se clasifican en: Los clásicos entre ellas se encuentra haloperidol, clorpromazina o la tioridazina. Los neurolepticos atípicos: olanzapina, clozapina, ziprasidona, risperidona o quetiapina.

En casos con escasa o nula respuesta al tratamiento con fármacos puede estar indicado el tratamiento con electroshock. Pese a su mala prensa, las condiciones de aplicación actual del electroshock.

Los tratamientos han logrado que, en el mayor número de los casos de personas con esquizofrenia logren vivir en comunidad. Es vital aprovechar la posibilidad de combinar el tratamiento farmacológico con terapias ocupacionales para que el paciente esté ocupado y activo. <sup>(20)</sup>

Las terapias psicosociales están entre las indicaciones de tratamiento, precisa el uso de mecanismos asistenciales existentes en la comunidad tales como: grupos de autoayuda, los talleres ocupacionales, centros de día y centros de salud mental.

La relación entre paciente con esquizofrenia y el personal de salud tiene como fin que el enfermo conozca su patología y aprenda a convivir con la enfermedad, así como a empezar a utilizar sus recursos propios psicológicos para acercarse más a su entorno.

**Pronóstico:** Dependerá de cada caso de manera particular. Sin embargo, los síntomas se reducen con el tratamiento farmacológico adecuado. Por lo contrario, cuando se abandona el tratamiento los síntomas suelen reaparecer.

**Complicaciones:** Los expertos señalan que tienen más riesgo de:

- Tener problemas con el consumo de sustancias adictivas los cuales aumentan el riesgo de que reaparezcan los síntomas.
- El estilo de vida inactivo puede generar otras enfermedades.

- Tener reacciones adversas al tratamiento farmacológico.
- Riesgo de autoagresión o heteroagresión.

#### II.4. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

- Salud mental:** Es el estado de bienestar en el cual el individuo pueden afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera contribuyendo a su comunidad, es decir, es consciente de sus propias capacidades. <sup>(21)</sup>
- Problema psicosocial:** Son las condiciones que generan alteraciones en su entorno social que tiene los usuarios que no están involucradas en cursos clínicos que alteran la salud mental. <sup>(22)</sup>
- Trastorno mental:** Es un síndrome que se caracteriza por modificaciones significativas del estado emocional, cognitivo o del comportamiento que refleja alteración de procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo. <sup>(23)</sup>
- Usuario:** Es la persona que hace uso y escoge los servicios de salud. El paciente en salud mental es denominado como “usuario”, quien es el eje principal del cual se dirigen las actividades del sistema sanitario. Ahora bien, el paciente es aquel ser que atraviesa dolor y malestar, por ende, requiere asistencia médica y está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud. La palabra deriva origen latín “patiens” que significa “sufriente” o “sufrido”. <sup>(24)</sup>
- Centro de salud mental comunitario:** Establecimiento de salud correspondiente al primer nivel de atención, con la categoría I-3, brinda atención ambulatoria especializada de trastornos mentales y/o problemas psicosociales en las diversas etapas de cursos de vida. <sup>(24)</sup>
- Usuario psicótico:** Son aquellos pacientes que en un determinado momento de su enfermedad mental afrontan una alteración grave en su conexión con la realidad, sobre todo cuando es notorio un deterioro de su funcionabilidad. <sup>(25)</sup>
- Hogar protegido:** Forma parte del cambio en el sistema de atención de salud mental con el enfoque comunitario que es promovido por el

Ministerio de Salud. “Son servicios médicos de apoyo que favorecen el proceso de recuperación y rehabilitación de los residentes, que no cuentan con apoyo familiar necesario” <sup>(26)</sup>

- h) **Estilos de vida:** Son la forma de vivir de las personas, que al igual que el medio ambiente, están determinados por un conjunto de factores (físicos, sociales o laborales) que dependerán tanto del individuo como del complejo entorno que le rodea, dando lugar a estilos de vida menos saludables. <sup>(27)</sup>

### **CAPÍTULO III**

**Desarrollo de la implementación de una guía técnica del programa de continuidad de cuidados en usuarios con trastornos mentales en el**

## **centro de salud mental comunitario Pakkarin, Huánuco en relación a la situación problemática**

### **3.1. Problemática: Análisis de la situación matriz FODA**

#### **a) Fortalezas**

- Profesionales sanitarios jóvenes con gran capacidad resolutive.
- Personal identificado con el trabajo que realiza.
- Existencia de profesionales con amplia experiencia laboral.
- Enfermeras con estudios en proceso de especialización en Salud Mental.
- Personal profesional y no profesional calificado y comprometido.
- Se oferta servicios especializados por etapas de vida en salud mental.
- Tener programación de las actividades terapéuticas individuales y grupales dirigidos al usuario y familia.
- Existencia de un programa de monitoreo de la Adherencia y autocuidado en la medicación psiquiátrica de personas con trastorno mental grave.
- Implementación de proceso de mejora continua.
- Capacitación continua del departamento de enfermería.
- Coordinación con el equipo multidisciplinario.

#### **b) Debilidades: Existe la demanda de usuarios quienes se encuentran en espera o pendiente para el ingreso a las fases determinadas por la evaluación médica inicial.**

- Falta de validación de los documentos técnicos elaborados (guías, manuales, cuadernos de trabajo).
- Infraestructura pequeña tiene ciertas limitaciones para desarrollo de actividades.
- Desinformación de los usuarios y familiares acerca de las enfermedades mentales.
- Abastecimiento de insumos y/o materiales no optimo, para la realización de terapias y talleres.

- Alta deserción de algunos usuarios producto de la migración.
  - Falta de ambientes para programas de capacitación.
  - Poco compromiso de algunos cuidadores de usuarios.
- c) Oportunidades: Convenio con otras instituciones.
- Existencia del trabajo comunitario en salud mental a nivel local como parte de los proyectos que se realizaron y se vienen realizando.
  - Demanda de atención a población usuaria derivada de los establecimientos primarios
  - Ubicación estratégica del Centro de Salud Mental Comunitario al frontis de la municipalidad distrital de Amarilis y costado del Centro de Salud Amarilis.
  - Existencia de asociación de familiares que velan por los derechos que protegen al paciente.
- d) Amenazas: población que desconoce la función del centro de salud mental comunitario y los servicios que brinda.
- Falta de normas técnicas actualizadas y poca coordinación interinstitucional con el hospital regional para la hospitalización de pacientes críticos
  - En la región no se cuenta con instituciones que brinden ayuda social y estén comprometidas con el servicio.
  - Abandono del tratamiento farmacológico y recaídas.

### **III.2. Experiencia profesional**

#### **Recuento de la experiencia profesional**

Mi experiencia laboral inicia desde el año 2018 como licenciada en enfermería cuando ingreso a trabajar en el Centro de Salud Mental Comunitario Pakkarin, Huánuco- Perú, ingrese bajo contrato CAS como unas de las pioneras en la creación de este centro dentro de la región, con ansias de aprender este campo de la enfermería que para mí siempre fue un misterio y sobre todo observar las conductas de las diferentes

enfermedades que nos ofrece la psiquiatría y más aún cuando te encuentras laborando en la especialidad.

He rotado por todos servicios del establecimiento (niños y adolescentes, adultos y adultos mayores, adicciones y participación social y comunitaria) ha sido una experiencia enriquecedora de conocimientos teniendo contacto directo con los pacientes para brindar una atención con calidad.

En el 2019 se me asigna la responsabilidad del Programa de Continuidad de Cuidados, lo cual lo llevo desde esa fecha hasta la actualidad, no había la existencia de una directiva, guía o documento que indica cómo se realizaran las intervenciones dentro del programa a nivel nacional.

Como responsable realice una guía técnica aprobada con Resolución Directoral N°855-2019-GRHCO-DRS/DIREDHCO/DE-DA-URH, con fecha 31 de diciembre del 2019 de la Red de Salud Huánuco, donde se estandarizará los procedimientos para el programa de continuidad de cuidados a personas con trastornos mental severo y sus familiares con alto riesgo psicosocial. Ha sido elaborada para ser aplicada por el equipo de profesionales de la salud del Centro de Salud Mental Comunitario Pakkarin, para el uso y referencia en los establecimientos del sector salud.

### **III.3. Procesos realizados**

“Guía técnica del programa de continuidad de cuidados en el Centro de Salud Mental Comunitario Pakkarin”

**Finalidad:** Contribuir a garantizar la salud mental y mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mental severo o moderado con alto riesgo psicosocial

**Objetivo:** Enfocar no solo a la estabilización médico-sanitaria sino a la recuperación y rehabilitación de su proyecto vital, a través de establecer procedimientos que nos faculten la continuidad de cuidado integral e individual a personas con trastornos mental severo o moderado con alto riesgo psicosocial.

#### **III.3.1. Fases del programa de continuidad de cuidados**

##### **a) Entrevista de acogida a usuario**

**Objetivo:** orientar al usuario que es candidato al Programa de Continuidad de Cuidados y cuidador responsable para la admisión al programa.

### **Procedimiento**

- La entrevista se puede realizar en el domicilio del usuario o en el servicio que hizo la hoja de derivación (consultorio externo y/o emergencia)
- La entrevista de acogida se aplica para el usuario y el cuidador.
- Se realizará la entrevista de admisión creando empatía y establecimiento un vínculo terapéutico con el responsable clínico del programa de Continuidad de Cuidados y la tutora asignada.
- El responsable clínico del programa y la tutora asignada brindará información y orientación sobre el programa de seguimiento comunitario haciendo énfasis en la duración, objetivos, metodología de intervención de forma práctica y sencilla de acuerdo con las posibilidades del usuario y familiar etc, resolviendo dudas en todo momento.
- Asimismo, se le hace de conocimiento al usuario y su cuidador los derechos y deberes que poseen ante la institución y la sociedad.
- La respectiva firma en los consentimientos informados si hay aceptación favorable.
- Si el usuario decide no dar la aceptación para la intervención, debe quedar constancia en la ficha de derivación respectiva que será anexada a la historia clínica y en un lapso de siete días volver a preguntar al usuario si desearía formar parte del programa.

### **b) Valoración inicial**

**Objetivo:** Recopila la información del usuario, familia y entorno con la finalidad de identificar necesidades, para establecer los objetivos e intervenciones consensuadas con el usuario y cuidador.

### **Procedimiento**

- A cargo de la enfermera tutora, siendo el primer contacto “*in situ*”. Se realizará preferentemente en el domicilio del usuario
- La valoración inicial se desarrollará de manera secuencial y progresiva según la disposición del usuario y la familia, haciendo uso de un formato estandarizado.
- Aplicación de escalas:
  - HoNos, Escala de evaluación funcional, basada en problemas, no es diagnósticos, consta de 12 ítems.
  - BPRS: Evaluación rápida y eficiente de los cambios registrados en la sintomatología de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (12 ítems), permite determinar la gravedad del caso.
  - WHODAS II: Escala que mide funcionamiento y discapacidad.
  - BARTHEL: índice para determinar grado de dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria.
  - MORISKY: Escala para medir adherencia al tratamiento.
  - FACES III: Escala que mide cohesión y adaptabilidad de la familia.
  - ZARIT: Escala que mide la sobrecarga del cuidador.
  - Satisfacción del usuario: Escala que mide la satisfacción del usuario respecto a la intervención realizada.
  - Ficha Familiar

### c) Evaluación

La evaluación se realiza considerando los siguientes:

- **Datos generales:** Información sociodemográfica el cual permite la identificación del cuidador y usuario en seguimiento comunitario.
- **Datos de localización de la vivienda y sociodemográficos:** Es importante identificar la residencia del usuario, así como las características más relevantes de la misma, la intervención se realiza en la vivienda del usuario “*in situ*”

- **Dimensión individual:** Valoración de la esfera individual considerando, historia de la enfermedad desde el inicio hasta la actualidad, tiempo de enfermedad total.

#### **d) Plan individualizado de tratamiento**

**Objetivo:** El equipo del programa elaborará el plan de intervención individual y personalizada considerando las evaluaciones ejecutadas.

#### **Procedimiento**

- La enfermera y/o tutor del usuario, hace la exposición del caso al equipo del programa asignado.
- La enfermera tutora después de explicar el caso plantea el plan de intervención y se determina la periodicidad de las intervenciones considerando la clasificación tales como:
  - **Rojo:** Considerados de alto riesgo, tienen el fin de obtener la adherencia al tratamiento, lograr el soporte familiar adecuado y tener el control de posibles efectos adversos, generalmente son usuarios de sus primeros tres meses desde su ingreso o según su evaluación, quienes ameritan:
    - Visitas domiciliarias interdiarios o semanales para orientación, monitoreo y consejería.
    - Llamadas telefónicas interdiarios para orientación, monitoreo y consejería.
  - **Amarillo:** Considerados usuarios de mediano riesgo quienes alcanzaron los objetivos del planteados anteriormente, generalmente se encuentran en los seis meses desde su ingreso o según su evaluación, quienes ameritan:
    - Visitas domiciliarias cada dos semanas para monitoreo y detección oportuna y pronta de posibles recaídas.
    - Llamadas telefónicas cada siete días para monitoreo y detección oportuna de posibles recaídas.

- **Verde:** Considerados usuarios de bajo riesgo, quienes ameritan:
  - Visitas domiciliarias al mes.
  - Llamadas telefónicas cada dos semanas.

**e) Cierre o alta:** Es el proceso de culminación de la atención ofertada por el Programa de Continuidad de Cuidados, que resulta del cumplimiento de los objetivos individualizados para el usuario, su retiro voluntario, derivación a otra modalidad de tratamiento comunitario o el domicilio actual está fuera de las zonas de intervención.

### **Procedimiento**

- Se considera un tiempo mínimo de doce meses en el Programa de Continuidad de Cuidados.
- Se procede al alta en conjunto con el usuario, su familia y el equipo interdisciplinario verificando si ha conseguido los objetivos individuales de su plan al inicio, si ha demostrado competencias en el control de las áreas básicas de su quehacer cotidiano, si el usuario está estabilizado posterior a cumplir los objetivos, mantiene un tiempo de medio año para seguimiento, posterior de los cual se plantea el alta definitiva.
- El otro escenario, se puede sugerir la necesidad derivar a otros dispositivos comunitarios si después de haber iniciado la intervención no hay evidencia de beneficio al usuario se debe revisar el caso y plantear la alternativa terapéutica óptima.
- El retiro de manera voluntaria se puede dar en cualquier momento de la permanencia del usuario en el programa de seguimiento y este no tiene deseos de continuar, tiene el derecho de hacerlo, lo cual debe quedar expresado en la historia clínica.

## ● **CONCLUSIONES**

En el presente, se obtiene las siguientes conclusiones:

- 1) La no existencia de estudios sobre el manejo del programa de continuidad de cuidados acompañado del enfoque comunitario en población en alto riesgo psicosocial.
- 2) Durante mis años de servicio en el establecimiento y llevando el programa de continuidad de cuidados, el construir esta guía técnica nos ha sido muy beneficiosa ya que nos ha permitido adquirir más habilidades y destrezas en el manejo de los usuarios del programa.

- 3) Existiendo esta guía nos ha facilitado poder guiar a los nuevos centros de salud mental comunitario de la región, sirviendo de guía para el manejo de los usuarios, así como fines de capacitación.

## ● **RECOMENDACIONES**

- a) A los profesionales
- Mejorar el fortalecer del trabajo en equipo.
  - Trabajar desde la empatía, ponerse en el lugar del paciente y escuchar a la familia.
  - Estar siempre alerta para disminuir los incidentes en el servicio.
  - Coordinar con otros integrantes del equipo de profesionales para una atención de calidad.
  - Fomentar la investigación y nuevas prácticas así no ser rutinarios.

b) A la institución

- Implementar el programa con metodología nueva.
- Capacitar al personal de enfermería sobre atención de calidad.
- Contratar más enfermeras para implementar el programa.

c) Al servicio

- Mejorar la calidad de atención en los usuarios del programa.
- Fomentar las reuniones de las tutoras.
- Brindar atención a los usuarios como nos gustaría que nos atiendan.
- Realizar clubes psicosociales con los usuarios del programa.
- Implementar cursos de capacitación periódicos para el personal a cargo del programa.
- Maximizar esfuerzos para lograr la adherencia al tratamiento en usuarios y familiares y disminuir la puerta giratoria.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos. Lima: MINSA – Dirección General de Epidemiología; 2014
2. Instituto Especializado de Salud Mental “HD- HN” Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana. Informe General. Anales de Salud Mental 2005; XXI (1-2)1-111
3. Ley N°2988. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de

- Salud mental. Publicado en Lima; diario Oficial “El Peruano” el 6 de octubre del 2015.
4. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los medios de comunicación. España: OPS; 2017. Disponible desde:  
[https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludmental/docs/salud\\_mental\\_guia\\_de\\_estilo.pdf](https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludmental/docs/salud_mental_guia_de_estilo.pdf)
  5. Organización mundial de la salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Estados Unidos: OPS; 2016. Disponible desde:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es>
  6. National Health Service. The National Service Framework for Mental [libroelectrónico]. Inglaterra: Health. Modern Standards & Service Models; Sep 1999 [citado 20 Mar 2018]. Disponible en:  
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/198051/National\\_Service\\_Framework\\_for\\_Mental\\_Health.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198051/National_Service_Framework_for_Mental_Health.pdf)
  7. Rodríguez JJ. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Investigación en Salud [Internet] May.2016. [citado 20 Ago. 2018] 28(2);pp.1-2. Disponible desde:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2010000200011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2010000200011)
  8. Castillo F. Estilo de vida y factores socioculturales de las madres de los niños del 1er grado del nivel primario. I.E.P San Jose – Chimbote, 2014. Disponible desde:  
<http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/147>
  9. Organización mundial de la salud. Determinantes de salud. Disponible desde  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5165%3a2011-determinants-health&catid=5075%3ahealthpromotion&itemid=3745&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3a2011-determinants-health&catid=5075%3ahealthpromotion&itemid=3745&lang=es)
  10. Cayuela-Fuentes, Pedro Simón; Segura-López, Gabriel; Lisón-García, Antonio; Nieto-Munuera, Joaquín. Enfermería Comunitaria: Continuidad de cuidados en pacientes esquizofrénicos. Enfermería Comunitaria (rev. digital) 2015, 11(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v11n2/ec10471.php>> Tobar M. Calidad de vida en

esquizofrenia. Disponible desde:

<http://eprints.ucm.es/46953/1/T39753.pdf>.

11. Lison G. Programa de continuidad de cuidados desde atención primaria, trabajo final master, España, julio 2018  
[http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/181035/TFM\\_2018\\_LisonGarcia\\_Antonio.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/181035/TFM_2018_LisonGarcia_Antonio.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
12. Tobar. Calidad de vida en esquizofrenia Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, España 2018
13. Resolución Directoral N°435-2019-DG/INSM “HD-HN” Fecha 14 de agosto de 2019.
14. Castillo A, trabajo de investigación “Problemas de Salud mental y su estigma en Lima. Perú 2015.
15. Lic. Gladis Patricia Aristizábal Hoyos LDMBASRyMRMOM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. [Online].; 2011 [cited 2019 Octubre 21. Available from:  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
16. Familia CdEdl. La familia como contexto de Desarrollo Humano. [Online].; 2012 [cited 2018 Setiembre. Available from:  
[http://www.aytofuenlabrada.es/recursos/doc/bienestar\\_social/31293\\_234201212295\\_2.pdf](http://www.aytofuenlabrada.es/recursos/doc/bienestar_social/31293_234201212295_2.pdf)
17. Chile-Solidario. Ministerio de planificación. Manual de orientación para la flexibilidad y el autocuidado. Chile: Ministerio de Planificación, 2012 [citado 9 jul 2014]:[aprox.76p.].
18. Marriner, A. y Raile, M. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
19. Neuman B. (1982) The Neuman system model: Application to nursing education and practice. Norwalk, CT: Appleton Century Crofts. Citado en Marrien Tomey Ann y Raile Alligood. Modelos y Teorias de Enfermeria, cuarta edición 1999, Madrid España.
20. Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Esquizofrenia. Chile: Revista Chilena de Neuro-psiquiatría; 2014. Disponible desde:

[https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero\\_marzo\\_2014/Suplemento\\_2014\\_1\\_Neuro\\_Psiq.pdf](https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf)

21. Organización Mundial de la Salud ¿Qué es salud mental? [Internet]: [Actualizado 13 Dic 2013; citado 11 abril 2015]: Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
22. [Bernardini R.](#) Cereti T, Schawartzmann. Protocol de Identificación de Factores Psicosociales revisado 6 dec. 2016 [www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/protocolo1.pdf](http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/protocolo1.pdf).
23. Medrano Juan. DSM-5, un año después. Rev. Asoc. Esp. Neuropsi [revista en el internet]. 2014 [Citado 2015 Dic 11]: 34(124): 655-662
24. NTS Centro de salud Mental Comunitario N°138-MINSA/2017/DGIESP.
25. Jose Carlos Mingote Adan. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Trab. Vol.53 no.208 Madrid sep. 2007 disponible desde: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext)
26. NTS. Hogar Protegido RM N°701-2018/MINSA
27. Guerrero L, León A. Estilo de vida y salud. [Documento en internet]. [Citado 12 de Jul. 2012]. Disponible desde: [www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf](http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf)

# **ANEXOS**



GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

RED DE SALUD HUÁNUCO

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL**



Nº 855 -2019-GRHCO-DRS/DIREDHCO/DE-DA-URH

Amarilis, 31 DIC. 2019

**VISTOS:**



El Memorandum N° 704-2019-HCO-GR-DRS/DIREDHCO-DE, su fecha 16 de diciembre de 2019; emitido por la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud Huánuco, ingresado con Registro 1787058 con Expediente N° 1172222, el Informe N° 02221-2019-GRH-DRSH-DIREDHCO/ODI, de fecha 10 de diciembre de 2019, del Director de la Oficina de Desarrollo Institucional de la Red de Salud Huánuco, el Informe N° 1902-2019-GE-HCO/DRS-DIRED-HCO-DE-ODI/AIS, de fecha 09 de diciembre de 2019, de la jefatura de la Unidad de Atención Integral de Salud de la Red de Salud Huánuco; y el Informe N° 426-2019-GRH-DIRESA-RSH-ODI-AIS-PPCYPSM, de fecha 09 de diciembre de 2019, de la Coordinadora de Salud Mental y Cultura de Personas, sobre Aprobación de "GUIA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS con los pacientes del Centro de Salud Mental PAKKARIN".



**CONSIDERANDO:**

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, el inciso a) del artículo 110° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, modificado mediante Ley 29889, establece que "La atención de la salud mental se realiza en el marco de un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial, así como en el inciso b), que "La atención de Salud Mental se realiza preferentemente de manera ambulatoria dentro del entorno familiar, comunitario y social";

Que, el modelo de atención comunitario de salud mental, es un modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad, que promueve la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio, con la participación protagónica de la propia comunidad;

Que, el reconocimiento de la necesidad de ayudar a las personas con trastornos mentales graves a acceder y coordinar diferentes servicios psiquiátricos da lugar a nuevos programas comunitarios, entre otros el denominado seguimiento comunitario o de continuidad de cuidados intensivos de los usuarios con Alto riesgo Psicosocial, estos modelos de apoyo comunitario tienen como objetivo asegurar la continuidad de cuidados, reducir la hospitalización, mejorar el funcionamiento social y la calidad de vida de los pacientes;

Que, mediante el Informe N° 426-2019-GRH-DIRESA-RSH-ODI-AIS-PPCYPSM, de fecha 09 de diciembre de 2019, la Coordinadora de Salud Mental y Cultura de las

Personas, de la Red de Salud Huánuco, remite la "Guía Técnica de Continuidad de Cuidados para Usuarios con Alto Riesgo Psicosocial", a la jefatura de la Unidad de Atención Integral de Salud; indicando según texto: que las actividades de los Centros de Salud mental comunitaria se encuentran enmarcadas dentro de los indicadores de gestión del presente año, los mismos que serán usados y aplicados en el Centro de Salud Mental Comunitario PAKKARIN, en tal sentido solicita formalizar mediante acto administrativo y poder cumplir con los indicadores respectivos para el presente año, el cual tiene por objetivo general establecer los procedimientos que garantice la continuidad de cuidados integrales e individualizados a usuarios con alto riesgo psicosocial en la comunidad; el cual consta de sesenta y uno (61) folios y que forma parte de la presente resolución;

Que, mediante el Informe N° 02221-2019-GRH-DRSH-DIREDHCO/ODI, de fecha 10 de diciembre de 2019, el Director de la Oficina de Desarrollo Institucional de la Red de Salud Huánuco, solicita a la Dirección Ejecutiva formalizar mediante acto administrativo la "Guía Técnica del Programa de Continuidad de Cuidados para el Cumplimiento de Indicadores del Centro de Salud Mental Comunitaria PAKKARIN de la Red de Salud Huánuco;

De conformidad con la Ley 26842 – Ley General de Salud, Ley N° 27658 – Ley del Marco de Modernización de la Gestión del Estado, Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902, Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 26842, Ley General de Salud, Ley N° 29889, que modifica el Artículo 110° de la Ley General de Salud y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 033-2015-SA, y en uso de las facultades conferidas mediante la R.M. N° 963-2017/MINSA, y la Resolución Ejecutiva Regional N° 296 -2019-GRH/GR.

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.** APROBAR la "GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA USUARIOS CON ALTO RIESGO PSICOSOCIAL", que consta de sesenta y uno (61) folios, y es parte de la presente resolución.

**Artículo 2°.** La Coordinadora de Salud Mental y Cultura de las Personas de la Red de Salud Huánuco, será la encargada de la implementación, evaluación monitoreo y supervisión, así como de la revisión periódica de la citada Guía.

**Artículo 3°.** NOTIFICAR la presente Resolución a los órganos estructurados de la Red de Salud Huánuco, para su conocimiento y fines pertinentes.

**Regístrese y comuníquese**





