

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON  
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL CENTRO DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIO CARABAYLLO, LIMA – 2019**

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

**CLAUDIA ELENA PACORICONA BRAMON**

**Callao - 2019**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ABASTOS ABARCA MERY JUANA      PRESIDENTA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI      SECRETARIA
- DR. VICTOR HUGO DURAN HERRERA      VOCAL

### ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 50

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 19/07/2019

Resolución Decanato N° 221-2019-D/FCS de fecha 16 de julio del 2019 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA</b> .....	5
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	8
2.1. Antecedentes del estudio .....	8
2.2. Bases Teóricas .....	10
2.3 Marco Conceptual.....	14
<b>3.DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.</b>	<b>23</b>
3.1.Valoración.....	23
3.2.Diagnóstico de Enfermería .....	29
3.3. Planificación .....	31
<b>4. CONCLUSIONES</b> .....	<b>38</b>
<b>5. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>39</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>40</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>40</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico basado en la experiencia profesional tuvo como objetivo brindar cuidados de enfermería oportunos, promover el seguimiento del tratamiento y garantizar la satisfacción de las necesidades de los pacientes ambulatorios con esquizofrenia paranoide del Centro de Salud Mental Comunitario Carabayllo lo cual me motivo a realizar este trabajo fue el tratar con pacientes crónicos como es la esquizofrenia paranoide que necesitan de esta continuidad de cuidados de enfermería para reforzar su adherencia y por ende evitar o disminuir las recaídas a través de cuidados brindados según la necesidad y factores de riesgo. Los diagnósticos del área de enfermería son importantes para brindar cuidados de enfermería de calidad avanzada, siendo sus beneficios numerosos. Es importante este trabajo, ya que conlleva a garantizar una calidad de vida de los usuarios con este seguimiento y estos cuidados continuos que mejoran la adherencia al tratamiento, disminuye la estigmatización y favorece la reinserción familiar y en su comunidad siendo estos los objetivos del presente trabajo académico.

La experiencia obtenida se desarrolló en el Centro de Salud Mental Comunitario Carabayllo el cual se encuentra en el distrito de Carabayllo siendo una zona alejada y extensa contando trescientas cincuenta mil personas como población. Fue el primer centro de salud mental en lima norte. El Centro de Salud Mental Comunitario “Carabayllo” inició su funcionamiento el 13 de agosto de 2015, marco de un convenio tripartita entre el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, Red de Salud Tupac Amaru y la Municipalidad de Carabayllo, en Marco de La Ley De Salud Mental N° 29889.

El Centro de Salud Mental Comunitario Carabayllo, en su corto periodo de funcionamiento, ha desarrollado múltiples actividades en prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, con apoyo de las organizaciones de base. Se valorizan los resultados de coordinación con los centros del

primer nivel de atención y el fortalecimiento de la atención primaria en salud mental. El Centro de Salud Mental Comunitario Carabayllo implemento el primer club psicosocial en el distrito de Carabayllo en el mes de noviembre en beneficio de los usuarios con trastornos psicóticos para así favorecer la reinserción social y la desestigmatización.

Los pacientes que participan en el programa de continuidad de cuidados son de diagnóstico de esquizofrenia paranoide la mayoría de ellos tiene poca o nula conciencia de enfermedad, soporte familiar inadecuado (cansancio del cuidador) estos usuarios necesitan una continuidad cuidados exhaustivos donde se ejecutan una serie de actividades para fomentar la adherencia al tratamiento como visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, psicoeducación al usuario y a la familia, consejería sobre adherencia al tratamiento, club psicosocial, talleres, etc.

La acción de realizar diagnósticos enfermeros a este nivel mejora la organización de cuidados siendo este más concienzudo, ayuda a mejorar las relaciones interpersonales entre el binomio enfermero-usuario, enfermería-otros profesionales y entre colegas puesto que se obtiene mayor cognición sobre distintos fenómenos de describir y valorar.

Las enfermeras desempeñamos un rol cada vez más innovador en el marco de la salud mental, suscitando la integración social de las personas, asegurando que sea un servicio de calidad, eficiente, equitativo y acorde a las necesidades de los usuarios

El personal de enfermería en el campo de salud mental es idóneo por la base formativa adquirida para ser ejecutor de los cuidados específicos tanto al individuo, la familia y la comunidad, promoviendo una salud mental estable y previniendo problemas a futuros.

Se desarrolló el trabajo en el cual se brinda una continuidad de cuidados de enfermería a pacientes con esquizofrenia paranoide ,plasmados en planes estandarizados en los que se unen y entrelazan los problemas,

objetivos, actividades y evaluación. Desempeño el rol de enfermera jefa asimismo estuve encargada del servicio de adultos y adicciones. Dentro de este programa tuve la responsabilidad de gestora de caso que se encarga de velar que el usuario reciba las atenciones y los cuidados dependiendo de la necesidad y de los factores de riesgo para que así los pacientes mantengan el balance y equilibrio de su salud mental

## **1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

El presente trabajo consiste en brindar una continuidad de cuidados en pacientes con Esquizofrenia paranoide el cual beneficiaría a estos mismos pacientes ya que disminuiría sus recaídas mejoraría su calidad de vida y fomentaría la reinserción social a nivel familiar y en su comunidad. Estos cuidados continuos se realizan a los pacientes que tienen un soporte familiar inadecuado, poca o nula conciencia de enfermedad, incumplimiento de tratamiento o que estén presentes síntomas agudos. Las consecuencias que tendría el paciente de no brindarse este programa que está en base a realizarse cuidados dependiendo de la necesidad y de los factores de riesgo el usuario tendría múltiples hospitalizaciones y a la vez la remisión de los síntomas considerados recaídas. En frente a estas situaciones se implementa este programa de continuidad de cuidados pensando en el beneficio del paciente ya que se fomenta la adherencia al tratamiento con la participación de la familia o cuidador el cual se compromete a participar de este programa.

A nivel mundial existen veintiún millones de habitantes que sufren de esquizofrenia, afectando prioritariamente al sexo masculino. A su vez esta patología incide sobre la educación y el aspecto laboral de quienes la padecen teniendo una mayor probabilidad de perecer más jóvenes, producto de patologías a nivel físico tales como las cardiovasculares, infecciosas, metabólicas o patologías de índole mental como la discriminación, falta de respeto a sus derechos y estigmatización. (1).

Hay alrededor de países europeos tales como en España se puede evidenciar por lo menos unas seiscientas mil personas con algún tipo de diagnóstico mental, ocupando ello de un 0.8% a un 1.3% de dicha población. (2)



A nivel del Caribe y América Latina el 1.6% de la población es diagnosticada con esquizofrenia. Con respecto al sexo no se encontraron diferencias importantes. (3)

En el Perú se ha evidenciado un acrecentamiento en la prevalencia de las cifras en las enfermedades mentales (4). En el año 2014 en cinco ciudades del interior del país se informa en un estudio que se realizó se hallaron que el 29% de la población ha manifestado en algún momento de su vida un trastorno de salud mental, pudiéndose evidenciar los grupos más frecuentes, entre los cuales es el trastorno de ánimo, de ansiedad, control de impulsos y uso de sustancias, esto no hace ver que en nuestro país se hace de suma urgencia realizar mayores investigaciones en este tema que va en incremento, y así poder conocer de forma más profunda nuestra realidad.

De acuerdo a los estudios epidemiológicos en salud mental que desarrolla el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” “La existencia de al menos alguna discapacidad o inhabilidad en la población general es en promedio del 14% desde el año 2002” oscilando entre 8,3% en la sierra peruana y el 26.5% en Lima y Callao. En lo referente a como son tratadas estos pacientes con trastorno mental por la población, se evidenció que su aceptación varía de zonas urbanas a rurales en nuestro país siendo de un 35.1% en la costa y un 13.3% de la sierra rural. En cuanto al brindar ayuda esto varía de un 42.8% en personas de la costa y un 58.7% dentro de la sierra rural (5).

En el Centro de Salud Mental Comunitario Carabayllo según las estadísticas la incidencia de pacientes con esquizofrenia ha aumentado en el año 2015 del mes de agosto hasta diciembre hubo 59 pacientes. En el año 2016 hubo 106 pacientes, en el año 2017 hubo 110 pacientes, en el año 2018 hubo 91 pacientes y el año 2019 del mes de enero hasta abril

hubo 18 pacientes. Siendo un total de 384 pacientes con esquizofrenia lo cual motivo a que intervenga con estos pacientes los cuales necesitan esta continuidad de cuidados de enfermería.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes del estudio

#### Estudios Internacionales

VICENTE MOCHALES, Chile 2018 (6) Madrid “La rehabilitación y continuidad de cuidados en salud mental en Madrid: la experiencia de un servicio de salud mental comunitario” **Objetivo general** Analizar el constructo profesional de las diferentes demandas de los usuarios que padecer algún trastorno mental que no se adhieren a la continuidad y rehabilitación de su patología .**Material y Métodos:** Estudio de tipo descriptivo, exploratorio y de enfoque mixto con técnicas tanto cuantitativos como cualitativos .

Resultados Se encontró que el 65% de los pacientes que no presentaron crisis fueron aquellos que tuvieron una respuesta adecuada al tratamiento, sin embargo, cuando esta es inadecuada el 52% tienden a realizar cuatro a más crisis. En cuanto a los reingresos estos disminuyen a medida que el tratamiento se dé y son más usuales si dicho tratamiento es deficiente. Las **conclusiones** La rehabilitación a nivel psicosocial amerita un trabajo de enfoque colaborativo en las prácticas comunitarias puesto que el cuidado integral mucho más que el ámbito biomédico atañe todas las áreas que son significativas para el paciente.

FIERRO JORDÁN Nicolás “Elementos constitutivos de la continuidad del cuidado en salud mental. Una revisión sistemática de la literatura.” 2017 Chile (7) **Objetivos:** Identificar los elementos teóricos presentes en el concepto de continuidad de cuidados en salud mental. Identificar los elementos constitutivos de la continuidad del cuidado. Distinguir los factores determinantes de la continuidad del cuidado. Elaborar una definición operacional. **Métodos:** Se efectuó una revisión sistemática de la literatura con análisis cualitativo, a partir de artículos que contuvieran

elementos teóricos de la continuidad de cuidados en salud mental. **Resultados y conclusiones:** Tras el análisis de dieciséis artículos investigativos se hallaron cinco elementos característicos que se relacionan con la continuidad de tratamiento tales como la individualidad, la flexibilidad, la estabilidad y la longitudinalidad en una relación como entes constitutivos además de factores determinantes que lo llevan a manifestarse como el vínculo con las instituciones, contextos, accesibilidad y servicios comprensivos.

### **Estudios Nacionales**

GUZMAN MAMANI Blanca Rayza Manuela “Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico” 2018 Lima Metropolitana (8) **Objetivo:** Determinar la actitud familiar del paciente diagnosticado con esquizofrenia. **Material y Método:** Se utilizó un enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo y corte transversal, la muestra investigativa estuvo formada por cincuenta y tres familiares y como instrumento se usó una escala Likert. **Resultados y conclusiones:** Se encontró que el 69.8% de los familiares presentaron una actitud medianamente favorable, mientras que el 30.2% una favorable y nadie una desfavorable. A nivel de las dimensiones aspectos generales sobre la enfermedad y hacia los cuidados del paciente la actitud también fue medianamente favorable en un 58.5% y 64.15% respectivamente. Palabras claves: actitud, familiares, esquizofrenia, familiares.

MORALES LIVISI, Yolanda “Determinantes que influyen en el cumplimiento de tratamiento en pacientes ambulatorios con esquizofrenia hospital Honorio Delgado julio – setiembre 2017 Arequipa” 2017 Perú (9) **Objetivo:** Conocer los determinantes influyentes en la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia. **Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal, explicativo y prospectivo, trabajó con ciento treinta usuarios a

los que aplicó un cuestionario. **Resultados y conclusiones:** Se obtuvo que del 100% (195) sólo 41 cumplen con su tratamiento mientras que los 89 restantes no, primando determinantes como el conocimiento sobre su enfermedad, tiempo de enfermedad, trato del personal de salud y apoyo familiar. Concluyendo que existe influencia de las características del personal salubrista, determinantes familiares, y psicológicos en el cumplimiento de tratamiento en pacientes ambulatorios con esquizofrenia en el hospital mencionado.

## **2.2. Bases Teóricas**

- **Teoría de Virginia Henderson de las 14 Necesidades Fundamentales Humanas**

Henderson conceptuó sus metaparadigmas de la siguiente forma:

Enfermería: Manifiesta que para que el profesional de enfermería pueda ir descubriendo las demandas del resto debe tratar de ponerse en la piel de la tercera persona. Considera a la enfermera la parte consciente de lo inconsciente, el miembro amputado, el amor por la vida del suicida, etc.

Persona: Ser que demanda asistencia para mantener su salud de forma adecuada o pueda perecer con calma, es considerada como una unidad como fusión del cuerpo con la mente. Su supervivencia requiere el cumplimiento de sus necesidades básicas y toda la cognición para llevar un estilo de vida adecuado y saludable.

Entorno: Henderson lo conceptualiza como tal pero extiende claramente una relación con la comunidad y familia como responsables de brindar el cuidado. Sin embargo para quienes no tengan acceso a dicho cuidado la sociedad requiere de los cuidados de enfermería, es por ello que se espera

que la misma sociedad asuma la importancia de la educación en dicha área.

Salud: La delimita por la funcionalidad independiente para realizar las catorce necesidades básicas, siete de las cuales son fisiológicas, dos de afecto, dos de seguridad y tres de la autorrealización.(10).

Necesidades Fundamentales Humanas según V. Henderson.

- Necesidad 1: Respirar normalmente.
- Necesidad 2: Comer y beber de forma adecuada.
- Necesidad 3: Eliminar los desechos corporales.
- Necesidad 4: Moverse y mantener una postura adecuada.
- Necesidad 5: Dormir y descansar.
- Necesidad 6: Elegir la ropa adecuada.
- Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal.
- Necesidad 8: Mantener la higiene corporal.
- Necesidad 9: Evitar los peligros del entorno.
- Necesidad 10: Comunicarse con los otros.
- Necesidad 11: Actuar con arreglo a la propia fé.
- Necesidad 12: Trabajar para sentirse realizado.
- Necesidad 13: Participar en diversas formas de entretenimiento.
- Necesidad 14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

- **Teoría de Peplau**

Peplau nos habla acerca de una enfermería psicodinámica en la cual por medio de las relaciones humanas la enfermera pueda identificar las demandas y dificultades por las que atraviesa el usuario, delimitando la práctica enfermera en cuatro fases de dicha relación:

**Orientación:** Se da cuando alguien tiene “Necesidad insatisfecha” y necesita apoyo de un profesional, es aquí cuando el enfermero asiste al paciente en la identificación de su problema, forjándose así una empatía entre ambos (11)

**Resolución:** En esta fase el usuario se libera de la identificación que hasta ese momento ha tenido con el profesional de enfermería.

**Explotación:** En esta fase ya el paciente intenta realizar sus actividades de manera más independiente puesto que integra todo lo que se le dio en la relación concreta con el enfermero. Esas acciones no deben ser juzgadas sino aceptadas.

- **Papeles de la enfermería**

Peplau destaca seis roles medulares que va asumiendo las enfermeras tras la relación con el paciente:

- Papel como persona a quien buscar: Debido a que el enfermero podrá aclarar todas las dudas que presente al paciente, es decir brindará la información sanitaria respectiva.
- Papel docente: Fusiona distintos roles en base a la obtención de conocimientos y/o uso de información.
- Papel conductor: En este papel el enfermero es coadyuvante en el cumplimiento de las necesidades del paciente, participando activamente.
- Papel de sustituto: El usuario asigna un papel de sustituto al enfermero en base a las conductas producidas en su relación.

- **Papel de asesoramiento:** Fundamental en la enfermería psiquiátrica ya que evidencia la forma que va a tener el enfermero en atender las necesidades propias del paciente, mediante métodos y principios.

### **Conceptos metaparadigmáticos**

**Enfermería:** Para Peplau ,la enfermería es entendida como un proceso interpersonal, significativo y terapéutico que se centra en la cooperación y junta otros más procesos dentro de las comunidades. Lo conceptualiza como un instrumento que emana de la educación, que intenta direccionar la personalidad avanzada hacia una vida productiva y constructiva a nivel comunitario.

**Persona:** Para Peplau las personas se catalogan como hombres, y los hombres viven de forma inestable por lo que perciben necesidades.

**Entorno:** Peplau no define al entorno como tal, sin embargo rescate el respeto por la cultura y valores de este. Asimismo no considera las influencias ambientales que puedan tener el paciente como son su familia o personas cercana.

- **Teoría del comportamiento humano**

Esta teoría es muy utilizada en salud mental en enfermería para poder ejecutar los cuidados dirigidos a las personas con trastornos mentales, promoviendo una salud mental estable, con calidad y con buenas relaciones con la sociedad. Por ende el profesional enfermero en esta área debe poseer características que le permitan poder integrar las potencialidades de estos pacientes, tratándolos como personas únicas, integrales y de fácil adaptación al medio familiar y social (12).



## **2.3 Marco Conceptual**

### **2.3.1. Esquizofrenia**

Es un trastorno de naturaleza mental que viene atacando a casi veintiún millones de habitantes en el mundo, se conceptualiza como una alteración de las emociones, pensamiento, lenguaje, conducta, etc.

A lo largo del tiempo la esquizofrenia ha venido afectando la capacidad de accionar en el nivel educativo y laboral a las personas que lo padecen, teniendo también mayor probabilidad de morir a más temprana edad a diferencia del resto de personas. Esto último sucede debido a que son víctimas de enfermedades infecciosas, metabólicas y cardiovasculares (13).

### **Fisiopatología**

El paciente con esquizofrenia presenta reducciones a nivel de las conexiones en las regiones cerebrales que desencadenan los síntomas negativos mientras que por otro lado sufren la persistencia de otras conexiones con la corteza límbica originando los síntomas positivos. Esto se evidencia con mayor precisión en la adolescencia en su etapa inicial pudiendo o no presentarse algún tipo de dolencias en el desarrollo neuronal. Hoy por hoy se discurre a la esquizofrenia como asociación con la región subcortical o cortical que repercutirá en funciones de apatía, ejecutiva o desinhibición (14).

### **Epidemiología**

La esquizofrenia ataca presenta una incidencia del 1% de la población ,siendo la patología mental más frecuente en el mundo, de inicio en la

adolescencia por lo general, sin embargo hay una muy poca probabilidad de presentarse en la etapa adulta comprendida entre los quince años y después de los cuarenta.

A nivel de sexo esta enfermedad es más frecuente en personas del sexo masculino (15).

### **Etiología**

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

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

Hay expertos que acreditan a la esquizofrenia puede tener mayor riesgo a presentarse en personas más vulnerables(Complicaciones intrauterinas, infecciones virales y factores genéticos) o contar confactores ambientales estresantes .

### **Factores de estrés ambientales**

Los factores generadores del estrés pueden tener naturaleza social o bioquímica tales como el uso de drogas, fármacos o pérdida de un ser querido entre otras cosas, ante ello no hay pruebas suficientes para relacionarlas con la esquizofrenia. Sin embargo, el apoyo social, principalmente el familiar es de vital importancia en pacientes con este diagnóstico ya que permite aumentar las habilidades personales y la adherencia al tratamiento (16)

### **Diagnóstico y Características Clínicas**

Para hacer el diagnóstico se valora mucho los antecedentes patológicos, conductuales o consumo de sustancias.

## **Sintomatología**

En esta enfermedad los usuarios consideran que tanto sus sentimientos como su forma de pensar es totalmente conocida por las demás personas y pueden tener ideas naturales y sobrenaturales mediante ideas delirantes. Básicamente se caracteriza por cambios en la percepción, pensamiento y sentimientos, conservando su capacidad intelectual al inicio, pero sin tratamiento ni continuidad de ello tiende a alterarse, desde una forma aguda a una más grave.

La sintomatología se clasifica en dos formas:

### **a) Síntomas positivos:**

- Alucinaciones: Abarca todas las alteraciones a nivel sensorial, principalmente las auditivas.
- Alteraciones a nivel senso-perceptual
- Alteraciones a nivel del pensamiento
- Alteraciones de forma, se ve alterada la coherencia del pensamiento.
- Alteraciones del contenido: Reflejan las creencias, ideas e interpretaciones de la realidad del paciente. Ejm: El delirio

### **b) Síntomas negativos**

- Alogia
- Abulia
- Anhedonia
- Aplanamiento afectivo (14).

## Clasificación de la esquizofrenia

- a) **Tipo paranoide:** En este tipo de esquizofrenia se caracteriza por ideas delusivas de grandeza, daño, persecución y alusiones auditivas.

### Ideas Delirante:

- Grandeza: Se caracteriza cuando el afectado cree tener más poder que los demás.
- Persecución: En esta idea el paciente se siente perseguido y víctima de una persecución se relaciona mucho con la idea de daño.
- Referencia: Se da cuando la persona se atribuye un acontecimiento del entorno actual hacia ella: Por ejemplo, el sentir que el locutor de la radio habla sobre él.
- Somática: Esta idea va direccionada a una función del cuerpo “tengo un chip en mi cabeza”.

### Alucinaciones:

- **Alucinaciones auditivas:** Son las alucinaciones más comunes en las que el paciente percibe voces que por lo general son de naturaleza negativa y mala, su frecuencia es muy común en el inicio de la enfermedad, sintiéndose controlado por dichas voces.
- **Alucinaciones visuales:** Estas pueden ser elementales cuando los objetos que ven son reconocibles y pueden ser complejas cuando dicha visión tiene rasgos muy similares a la realidad.
- **Alucinaciones táctiles:** Muy relacionados a las sensaciones cutáneas, puesto que el paciente siente que lo estrangulan, pinchan o atraviesan.

- **Alucinaciones somáticas:** Se da cuando el usuario se percibe afectando su propio cuerpo, sintiendo vacíos, huecos, líquido, etc.
- **Alucinaciones olfativo- gustativas:** Se relacionan con olores o sabores de tipo desagradable.

**b) Tipo desorganizado:** Como su nombre lo dice se manifiesta en un comportamiento desorganizado y plano o inapropiada de la afectividad.

c) Tipo catatónico: Abarca cambios a nivel psicomotor tales como la flexibilidad cética; hasta llegar a que la capacidad de cuidar de sus necesidades personales disminuya o desaparezcan.

d) Tipo indiferenciado: Pese haber síntomas psicóticos, estos no califican con los criterios básicos para ser catalogado como los tipos paranoide, catatónico o desorganizados.

e) Tipo residual: En este tipo los síntomas positivos se manifiestan con intensidad muy baja(15)

## **Tratamiento**

- Agentes antipsicóticos
- Rehabilitación,
- Psicoterapia

Cuanto más temprano se inicie el tratamiento más eficaz será y mientras que este sea continuo la recaída disminuyen en un 30%, continuando el tratamiento de uno a dos años previos al inicio del episodio uno. Sin embargo, cuando este se da después de un episodio inicial, las estadísticas nos dicen que del 70 al 80% de los usuarios podrán presentar un episodio nuevo antes del año de haber iniciado el tratamiento. En caso de que ya se

conozca de un tiempo de padecimiento prolongado de un paciente su tratamiento también lo será.

### **Antipsicóticos de segunda generación:**

Estos medicamentos bloquean los receptores de la dopamina a diferencia de los convencionales, reduciendo así los efectos extra piramidales adversos que pueda suscitarse.

### **Psicoterapia**

Esta terapia tiene como finalidad enlazar la función, médico, tratamiento y familia, haciendo que el paciente pueda comprender y asimilar su enfermedad para continuar con el tratamiento y de esa forma mantenerse estable. Ello se hace identificando las necesidades sociales que demanda el paciente, brindando apoyo y favoreciendo el periodo adaptativo de las personas. Por otro lado, la empatía es vital, puesto que nos permitirá unir a la familia con una función activa en la rehabilitación de su paciente diagnosticado con esquizofrenia, evitando así la incidencia de recaídas.

Los grupos de apoyo y defensa, como el National Alliance on Mental Illness, a menudo son útiles para las familias (16)

### **2.3.2. Cuidados de Enfermería**

El cuidado sinónimo de asistir, servir y asumir la responsabilidad de lo que le ocurra a otra persona es propio del ser humano. Nace muy a menudo con la intuición femenina dentro de la familia para así garantizar su salud (17). Florencia Nightingale desde la enfermería moderna ya habla del arte del cuidado (18)

El empleo del criterio profesional responsable en la motivación, planificación, organización y control es contemplado como la gestión del cuidado, y tiene la finalidad de fortalecer y asegurar que dicho cuidado sea de calidad y que se allanen a los lineamientos estratégicos para lograr la salud. (19).

La salud es la fusión de las interacciones a nivel de factores ya sean económicos, biológicos, sociales, geográficos entre otros que delimitan qué tan desarrollado es un contexto social, en la cual el proceso es sustentado en los diferentes actores suscritos al modo, condiciones y comportamientos de vida de las personas, manteniendo una relación directa con el bienestar poblacional (20)

El objetivo de prolongar la vida y hacer que esta sea de calidad es resultado del desarrollo científico adaptado al conjunto de medidas sociales, estatales y culturales que han logrado que la esperanza de vida al nacer aumente principalmente con el trabajo realizado por el personal enfermero (21). La gestión de cuidados une la atención a las necesidades de la persona enferma, con las de sus familiares, cuidadores y comunidad. Es un desarrollo social, pero sobretodo humano con influencia interpersonal, de liderazgo, de participación y de comunicación (22).

La visión determinada por los conocimientos, valores y actitudes hacen que la enfermera gestora lidere su cuidado, haciéndolo de mayor calidad. (22). Es aquí donde el trabajo multidisciplinario tiene gran importancia.

Ante esto el trabajo enfermero se formula activamente participativa con el apoyo de todos los familiares y cuidadores con el fin de garantizar un mejor acompañamiento, principalmente en pacientes con esquizofrenia, respondiendo en favor de la autonomía y dignidad del usuario (17)

Para Watson la práctica interpersonal, la promoción de la salud y el crecimiento personal es el objetivo del cuidado (23) (24) (25). Por lo que plantea cinco procesos secuenciales básicos (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), en los que se pone de manifiesto el cuidado enfermero, a través de su filosofía, mensajes de índole verbal y no verbal, comprensión, terapéutica, etc. (26). Ello permite meditar acerca de la visión del cuidado enfermero, donde se fusionan las dimensiones filosóficas, históricas y antropológicas de la ciencia de enfermería (27).

Hoy en día, el cuidado enfermero se enfoca a lo preventivo, lo que genera autonomía en la carrera y permite asumir un rol preventivo en la promoción de la salud de las personas siendo mucho más que la ciencia y el arte. (28). Refiriéndose estrechamente al trabajo dentro de la dimensión personal (29), relacionando tanto la comunicación verbal y la no verbal, reduciendo la ansiedad y el dolor físico por el cual podría estar pasando el paciente, asimismo ayudando a la familia para poder ser la fuente de apoyo para ellos sin discriminarlo ni aislarlo (30).

La relación enfermera(o)-paciente, como seres sociales, denotan un contacto humanizado mediante la reflexión de los cuidados con la finalidad de concientizar a todos. (32) que abarca los valores y las creencias adoptadas en el quehacer enfermero (33). Por lo que es indispensable entablar una relación del perfil profesional con las opiniones, creencias, actitudes, etc. con su rol profesional (24); tal comprensión será útil para favorecer y mejorar el cuidado de su práctica.

Para Moscovici se debe entender una posición entre el sentido real con la imagen que proyecta enfermería, dichas representaciones se basan en tres estructuras básicas como el campo representativo, la actitud y la información sobre el objeto (34). La enfermería tiene su accionar en la



difusión de sus funciones en la práctica desde un enfoque epistemológica y ontológica mediante las investigaciones cualitativas (36).

Gaut determinó tres condicionantes acerca del cuidado:

- 1) La conciencia y el conocimiento de que alguien necesita cuidado
- 2) La intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento
- 3) Cambio positivo como resultado del cuidado. (37).

Ello coincide con el meta-análisis ejecutado por Swanson, en el que el cuidado se da por medio del conocimiento orientado a la persona, que abarca emociones, que llevan al pensamiento de un quehacer para la otra persona, por el que se plasma las formas de pensar y creer en un futuro esperanzador (38).

En la aplicación del cuidado es inherente que la enferma comprende y experimente el sentimiento del paciente para hacer que este sea eficaz y se conecte con su rehabilitación trascendiendo al plano transpersonal (39).

Ante ello se entiende que el cuidado enfermero trasciende el enfoque biológico y es transformada a una visión y acción holística e integral, generando un proceso dialéctico entre la comprensión y la no comprensión de las emociones y conocimientos desencadenados por la acción de un cuidado calificado de enfermería muy distinto a un cuidado ordinario. (44). Ello es evidenciado en las respuestas tanto verbales como emocionales plasmados en el agradecimiento hacia el enfermero, considerando a este profesional un ente muy valioso para su rehabilitación y recuperación de salud.

### **3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.**

#### **Plan de cuidados de Enfermería**

##### **3.1. Valoración**

###### **3.1.1. Datos de Filiación**

- Nombre del paciente: N.N
- - Sexo: Femenino
- - Fecha de nacimiento: 28 de Diciembre de 1986
- - Etapa de vida: Adulto
- - Edad cronológica: 33 años
- - Lugar de Nacimiento: Lima - Perú
- - Estado civil: Soltera
- - Idioma: Castellano
- - Religión: Católica
- - Grado de instrucción: Secundaria Completa
- - Ocupación: Ama de casa
- - Domicilio: Carabayllo

###### **3.1.2. Motivo de consulta**

Paciente acude por referencia del Instituto de Salud Mental Honorio delgado Hideyo Noguchi para continuar tratamiento en el Centro de Salud Mental comunitario Carabayllo.

###### **3.1.3. Enfermedad actual**

Paciente mujer de 33 años acude a la consulta con su padre y refiere que hace 12 años inicia cuadro de sensación de hormigueo en todo el cuerpo, alucinaciones auditivas, soliloquios, "tiraba las cosas". En el Hospital Noguchi le diagnosticaron esquizofrenia por lo que la hospitalizaron por 2 meses y 3 años le dieron tratamiento por consulta

externa con risperidona y biperideno y luego la derivan a Hospital Sergio Bernaldes luego es evaluada y le prescriben risperidona biperideno y clonazepam. Hace 3 días las alucinaciones auditivas han vuelto “es una mujer que le denigra” solo puede dormir con pastillas.

### **3.1.4. Antecedentes**

#### **3.1.4.1. Antecedentes perinatales**

- No gestaciones.
- FUR 15/06/2019
- Duración de ciclo 3 a 5 días.

#### **3.1.4.2. Antecedentes Familiares**

- Tía materna con enfermedad mental no especificada
- Abuela paterna HTA
- Tio Paterno Diabetes Mellitus 2

#### **3.1.4.3. Antecedentes personales**

- Asma desde los 12 años
- Gastritis
- RAM: ciprofloxacino

#### **3.1.4.4. Antecedentes socioeconomicos y culturales**

- Paciente ama de casa.
- Papa paciente zapatero ambulante.

### **3.1.5. Examen físico**

- Peso: 78kg
- Talla: 1.58 cm
- Sistema Cardiovascular:

- Pulso periférico: Lleno y rítmico
- Perfusión tisular: Menos de 2 segundos
- Sistema Neurológico:
  - Nivel de conciencia: Despierta, orientada
  - Respuesta verbal: Normal
  - Respuesta motora: Movimientos coordinados
  - Respuesta ocular: normal
- Sistema Respiratorio:
  - Ventila espontáneamente: Si a medio ambiente
  - Con apoyo de O2: No
  - Pulmones: Sin presencia de sonidos extraños y secreciones
  - Drenajes: NO
- Sistema Músculo esquelético:
  - Tono: Normal
  - Movilidad: Normal
  - Coordinación: Normal
- Sistema tegumentario:
  - Coloración: Normal
  - Integridad: Normal
- Sistema gastrointestinal:
  - Deposiciones: Normal
- Sistema genito-urinario
  - Micción: Espontánea
  - S. Foley: No
- Sistema Reprodutor:
  - No aplica

### 3.1.6. Examen Mental:

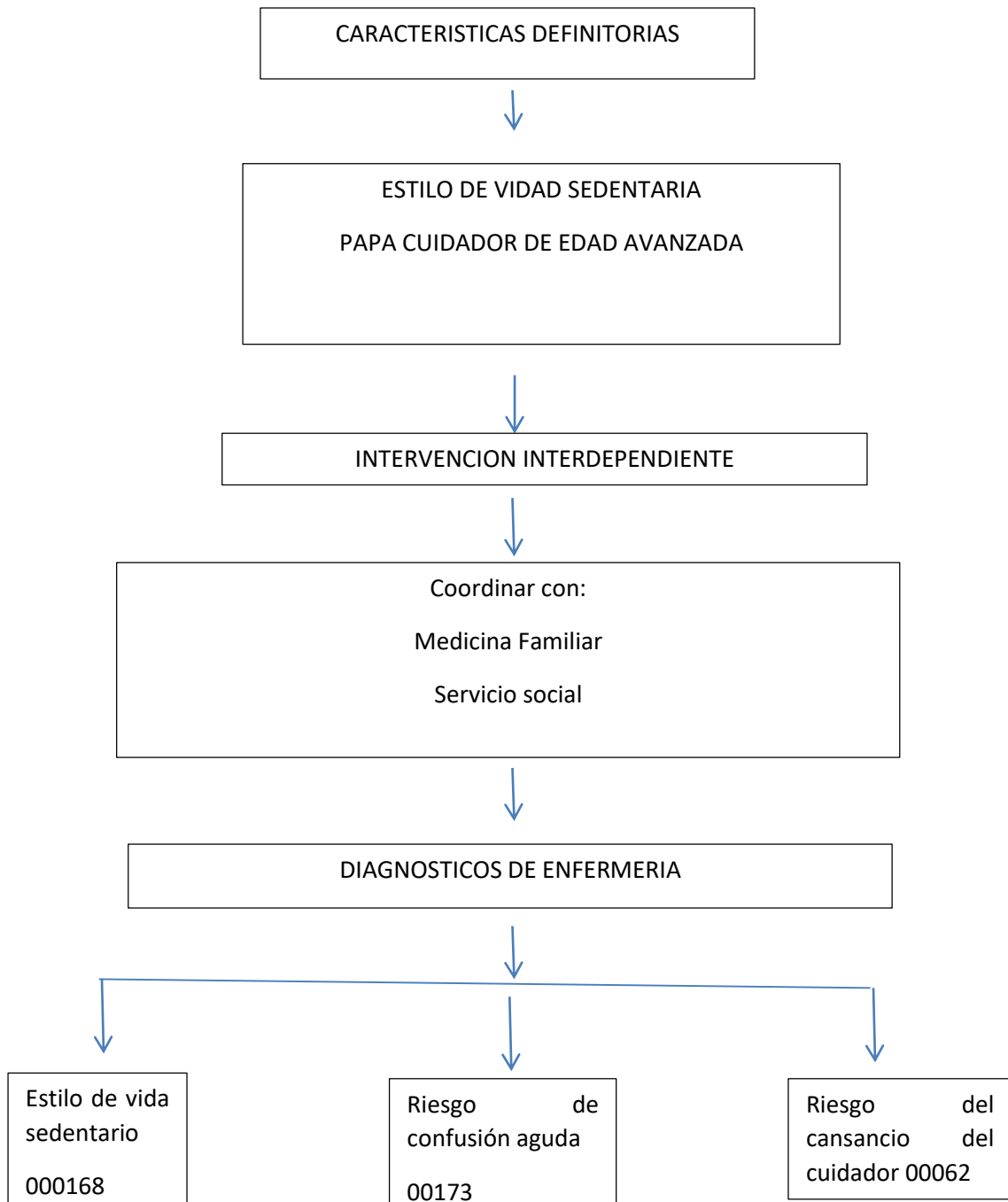
- **Descripción General:** Paciente femenina contextura gruesa estatura promedio con sobrepeso, buena higiene, viste de acuerdo a la edad y a la estación.  
**Conducta motora** Mantiene contacto visual movimientos coordinados postura adecuada.  
**Actitud frente al examinador** Tímida colaboradora calmada.
- **Estado emocional**  
**Animo** Tranquila calmada  
**Afecto** Poco demostrativa
- **Lenguaje**  
**Volumen** Medio  
**Velocidad** Normal
- **Percepción**  
**Alucinaciones** Niega  
**Delusiones** Niega
- **Pensamiento** coherente y lógico
- **Sensorio y cognición**  
**Nivel de conciencia** Despierta  
**Orientación** Orientada en tiempo espacio y persona  
**Memoria** subjetiva y personal  
**Atención** Mantiene una conversación  
**Conciencia de enfermedad** medianamente consciente al inicio actualmente es adecuado.

#### **Examen Mental Redactado**

Paciente femenino de 33 años de edad contextura gruesa y de estatura promedio, presenta sobrepeso. La paciente se encuentra con una buena higiene viste de acuerdo a su edad y al tipo de estación (ropa casual).

Mantiene contacto visual, presenta una postura adecuada con movimientos coordinados. Su actitud es adecuada ante la entrevista, se muestra colaboradora. No presenta signos de agresividad o ansiedad. En su estado de ánimo se encuentra tranquila y presta atención en todo momento. Al momento de expresarse su tono y volumen de voz medio. Niega presencia de alucinaciones y delusiones, piensa con claridad y coherencia. Se encuentra orientada en tiempo espacio y persona, su estado de conciencia es despierto. Se acuerda de acontecimientos pasados y actuales (sobre todo de acontecimientos que realiza durante el día en un principio no era del todo consciente de su enfermedad, toma sus medicamentos por indicación de su papa en la actualidad su conciencia de enfermedad ha mejorado toma su medicación, acude a sus citas, participa del club psicosocial y participa del taller psicoeducativo para pacientes y familiares.

### 3.1.7. Esquema de valoración



## 3.2. Diagnóstico de Enfermería

### 3.2.1. Lista de Hallazgos significativos

DATOS RELEVANTES	DEDUCCIÓN/BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR ETIOLÓGICO
<p><b>Datos subjetivos:</b></p> <p>La paciente refiere: “ me siento bien, he estado yendo todas las semanas al club, hago jabones y vinchas”</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>La paciente se encuentra bajo la responsabilidad del padre por ello no toma decisiones autónomas. Su peso es de 60kg y su talla 1.48 cm por lo que según el índice de masa corporal indica sobre peso.</p>	<p>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</p> <p>Es una enfermedad mental grave que afecta algunas funciones cerebrales tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo de vida sedentario</li> <li>• Riesgo de confusión aguda</li> <li>• Riesgo del cansancio del rol de cuidador</li> </ul>	<p>R/C Interés insuficiente para realizar ejercicio físico.</p> <p>R/C enfermedad mental.</p> <p>R/C edad avanzada del cuidador</p>



### 3.2.2. Diagnóstico de enfermería según datos significativos

DOMINIO	PRIORIZACIÓN	DIAGNOSTICO
Dominio1: Promoción de la salud Clase 1: Conocimiento de la salud	1	Estilo de vida sedentario R/C Interés insuficiente para realizar ejercicio físico
Dominio 7: Rol/ relaciones Clase 1: Rol del cuidador	2	Riesgo del cansancio del rol de cuidador R/C edad avanzada del cuidador
Dominio5: Percepción/ cognición Clase 4: Cognición	3	Riesgo de confusión aguda R/C enfermedad mental.

### 3.2.3. Esquema de diagnóstico de enfermería

Dominio/ Clase	Código de Etiqueta Diagnóstica	DIAGNOSTICO ENFERMERO			Factor Etiológico	
		Enfocado en el problema	De Riesgo	De promoción de la salud	Relacionado	De riesgo
Dominio1: Promoción de la salud Clase 1: Conocimiento de la salud	Código: 000168			Estilo de vida sedentario	Interés insuficiente para realizar ejercicio físico	
Dominio5: Percepción/ cognición Clase 4: Cognición	Código: 00173		Riesgo de confusión aguda			Enfermedad mental.
Dominio 7: Rol/ relaciones Clase 1: Rol del cuidador	Código: 00062		Riesgo del cansancio del rol de cuidador			edad avanzada del cuidador

### 3.3. Planificación

#### 3.3.1. Esquema de planificación

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO TEORICO	EVALUACIÓN
<p>           Dominio 1: Promoción de la salud            Clase 1: Conocimiento de la salud            Estilo de vida sedentario  <b>R/C</b>            Interés insuficiente para realizar ejercicio físico  <b>E/P</b>            Peso: 60kg            Talla: 1.48cm            Sobrepeso         </p>	<p> <b>Participación en el ejercicio (1633)</b>            -Establece objetivos realistas a corto plazo.(163303)            -Equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio.(163307)            ► <i>El paciente será capaz de incluir dentro de su rutina alguna actividad de esfuerzo físico.</i> </p>	<p> <b>Fomento del ejercicio (0200)</b>            -Valorar las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.            - Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento de ejercicios.            - Incluir al familiar del paciente en la planificación y mantenimiento de ejercicios.            - Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.            - Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios.            - Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.            - Ayudar al paciente a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.            - Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.            - Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del paciente.    <b>Terapia de actividad (4310).</b>            - Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gana de actividades.         </p>	<p>           Facilitar regularmente la realización de ejercicios con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.              Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.              Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.         </p>	<p>           -Se logró concientizar sobre la importancia de establecer objetivos realistas a corto plazo.            -Se logra que la paciente aumente distancias largas para realizar caminatas.         </p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar a explorar el significado personal de la actividad corriente y actividades de pasatiempo favoritas.</li> <li>- Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades.</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar las actividades significativas.</li> <li>- Ayudarle a programar periodos específicos de actividad de diversión en la rutina diaria.</li> <li>- Ayudar al paciente y/o la familia a identificar déficit de nivel de actividad.</li> <li>- Explicar el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.</li> <li>- Enseñar al paciente y/o a la familia, a realizar la actividad deseada.</li> <li>- Ayudar al paciente y/o a la familia, a adaptar el entorno para acomodarlo a las actividades deseadas.</li> <li>- Remitir a centros comunitarios o programas de actividad.</li> <li>- Fomentar el compromiso en actividades recreativas y de diversión que disminuyan la ansiedad: cantar en grupos, voleibol, tenis mesa, natación, tareas concretas y rutinarias, juegos simples, quehaceres domésticos, arreglo personal y cartas.</li> </ul>		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y la seguridad.</li> <li>- Observa la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad.</li> </ul> <p><b>Manejo del peso (1260)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratar con el paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia y la pérdida de peso.</li> <li>- Concientizar con el paciente las condiciones médicas que pueden afectar el peso.</li> <li>- Tratar con el paciente los hábitos, costumbre que ejercen su influencia sobre el peso.</li> <li>- Informar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima del peso.</li> <li>- Determinar la motivación del paciente para cambiar los hábitos en la alimentación.</li> <li>- Determinar el peso corporal ideal del paciente.</li> <li>- Animar al paciente a registrar el peso semanalmente.</li> <li>- Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas.</li> </ul>		
DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO TEORICO	EVALUACIÓN
Dominio 5: Percepción/ Sensación Cognición Clase 4: Cognición confusión aguda	<i>El paciente será capaz de llevar un manejo adecuado de su medicación</i>	<p><b>Manejo de la medicación (2380)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica.</li> <li>- Valorar los efectos terapéuticos de la medicación</li> </ul>	Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y	- Se logró que identificar el grado de orientación de la paciente.

<p><b>R/C con la enfermedad</b></p>		<p>en el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.</li> <li>- Potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.</li> <li>- Enseñar al paciente y/o la familia el método de administración de los fármacos.</li> <li>-Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.</li> <li>- Enseñar al paciente cuándo debe conseguir atención médica.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Fomentar el Sueño (1850)</b></p>	<p>percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se logró concientizar sobre el cumplimiento estricto de la medicación prescrita.</li> </ul>
-------------------------------------	--	--	--	--

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO TEORICO	EVALUACION
<p><b>Dominio 7:</b> <b>Rol/Relaciones</b> <b>Clase 1: Rol de Cuidador</b></p> <p><b>(00062) Riesgo Cansancio del Rol de Cuidador R.C Enfermedad Psiquiátrica M/P Preocupación y cansancio por las rutinas del cuidador.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar del Cuidador Principal (2508)</li> <li>• Resistencia del papel de cuidador.</li> <li>• Salud Emocional del Cuidador Principal (2506)</li> </ul> <p><i>El paciente será capaz de seguir manteniendo su rol de manera eficiente disminuyendo la preocupación y el cansancio</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Apoyo al Cuidador Principal.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicándole sobre lo importante que es en el manejo y tratamiento de la enfermedad de su familiar.</li> <li>- Incentivar al paciente que participe en las actividades recreativas del Centro De Salud Mental</li> </ul> </li> <li>• <b>Estimulación de la Integridad de la Familia.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar a la familia sobre la enfermedad y el apoyo familiar.</li> <li>- Hacer dinámicas recreativas donde toda la familia participe.</li> </ul> </li> <li>• <b>Potenciación de Roles.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluir a toda la familia sobre el cuidado repartiendo roles.</li> </ul> </li> <li>• <b>Manejo de la Conducta.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer terapias de relajación incluyendo la respiración.</li> <li>- Enseñarle actividades físicas relajantes.</li> </ul> </li> </ul>	<p>El bienestar del cuidador es muy importante ya que si él se encuentra bien dará un buen cuidado mejorando en el procedimiento y tratamiento de la enfermedad.</p> <p>El cuidador informal es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados, que puede repercutir de forma negativa sobre su salud, esto se ve reflejado gracias a la escala ordinal de Zarit que valora la sobrecarga del cuidador informal en tres niveles: no sobrecarga, sobrecarga leve y sobrecarga intensa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se logró concientizar a la familia sobre el apoyo al cuidador.</li> <li>• Se logró que el cuidador siga asumiendo el rol de cuidador y comprometiéndose a practicar todo lo aprendido</li> </ul>

### **3.4. Ejecución y Evaluación**

#### **3.4.1. Registro de enfermería SOAPIE**

**S:** La paciente refiere: “Últimamente he tenido dificultad para dormir demoro en poder dormir, me gusta ir al club donde me reúno con mis compañeros”

**O:** La paciente se encuentra bajo la responsabilidad del padre por ello no toma decisiones autónomas. Su peso es de 60kg y su talla 1.48 cm por lo que según el índice de masa corporal indica sobre peso.

**A:** Trastorno del patrón del sueño (00198), relacionado con: Factores ambientales.

- Estilo de vida sedentario R/C Interés insuficiente para realizar ejercicio físico E/P Peso: 60kg Talla: 1.48cm Sobrepeso.
- Riesgo del cansancio del rol de cuidador R/C edad avanzada del cuidador

**P:** La paciente mejorara su sueño.

- La paciente mejorara su estilo de vida.
- El cuidador mejorara su estado de salud.

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

- Se enseñó técnicas de relajación
- Se enseñó técnicas de respiración.
- Se administró ansiolíticos por el periodo de 2 semanas según indicación médica.
- Se brindó psicoeducación sobre higiene del sueño y hábitos saludables.
- Se realizó visitas domiciliarias para evaluar la dinámica familiar.
- Participo en el club psicosocial.
- Participo en el taller psicoeducativo de pacientes y familiares.
- Se realizó llamadas telefónicas para fomentar la adherencia al tratamiento.
- Se brindó consejería sobre adherencia al tratamiento.

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



#### **4. CONCLUSIONES**

- 1) El cuidado de enfermería en pacientes con esquizofrenia fomenta la adherencia al tratamiento y esto conlleva a que mejore su calidad de vida garantizando la satisfacción de las necesidades de los pacientes.
- 2) La continuidad de los cuidados de enfermería favorece la reinserción social, familiar y laboral disminuyendo la estigmatización a través del seguimiento de enfermería a través de las visitas domiciliarias y llamadas telefónicas.
- 3) La adherencia al tratamiento disminuye la posibilidad de tener recaídas y hospitalizaciones que no favorecen la buena salud de los pacientes.
- 4) La participación de la familia es esencial para la recuperación y rehabilitación del paciente en brindar los cuidados en el hogar como verificar y administrar la medicación, brindar apoyo y acompañar a las citas de control, participar en la actividades intramurales (celebración de cumpleaños fechas festivas) y extramurales (paseos, visitas a parques zonales, museos, cine).

## 5. RECOMENDACIONES

- 1) Implementar programas donde refuercen la adherencia al tratamiento a través de los cuidados de enfermería.
- 2) Implementar más talleres psicoeducativos, club psicosocial realizar alianzas estratégicas con Centro de educación técnico productivo, Oficina Municipal de Atención a la persona con Discapacidad y entidades que apoyen para la reinserción laboral.
- 3) Contar con movilidad propia para poder realizar visitas domiciliarias y así mejorar la adherencia al tratamiento con participación de la familia.
- 4) Implementar talleres psicoeducativos donde participen la familia como principal cuidador del paciente para reforzar los cuidados en el hogar.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia)
2. [www.consalud.es/pacientes/en-espana-hay-unas-600-000-personas-con-esquizofrenia-o-trastornoasociados\\_36884\\_102.html](http://www.consalud.es/pacientes/en-espana-hay-unas-600-000-personas-con-esquizofrenia-o-trastornoasociados_36884_102.html)
3. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 18(4/5), 2005  
[http://publications.paho.org/spanish/01\\_ARTI\\_Kohn.pdf](http://publications.paho.org/spanish/01_ARTI_Kohn.pdf)
4. <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1454/TTPMC-EILEEN%20KARINA%20ALVARADO%20BLANCO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-LR/files/res/downloads/book.pdf>
6. Vicente Mochales Concepción “La rehabilitación y continuidad de cuidados en salud mental en Madrid: la experiencia de un servicio de salud mental comunitario” [Tesis Doctoral] Madrid 2018 MCV Mochales - 2017 - [eprints.ucm.es](http://eprints.ucm.es).
7. Fierro Jordán Nicolás “Elementos constitutivos de la continuidad del cuidado en salud mental. Una revisión sistemática de la literatura.” [Tesis Magistral] Chile 2017 N Fierro Jordan - 2017 - [bibliodigital.saludpublica.uchile.cl](http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl)
8. GUZMAN MAMANI Blanca Rayza Manuela “Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico” [Tesis Licenciada en enfermería] 2018 Lima Metropolitana. BRM Guzman Mamani - 2018 - [cybertesis.unmsm.edu.pe](http://cybertesis.unmsm.edu.pe)
9. MORALES LIVISI, Yolanda “Determinantes que influyen en el cumplimiento de tratamiento en pacientes ambulatorios con esquizofrenia hospital Honorio Delgado julio – setiembre 2017 Arequipa” [Tesis Licenciada en Enfermería] Perú 2017 Y Morales Livisi - 2017 - [repositorio.uancv.edu.pe](http://repositorio.uancv.edu.pe)

10. Marriner T, Raile A. Modelos y Teorías en Enfermería, Ed. Harcourt, S.A., España, 2000: p.186.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
11. Peplau H. Interpersonal relations in Nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic Nursing. 1991.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
12. Rev Cuid 2015; 6(2): 1108-20 TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA USADOS EN LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA NURSING THEORIES AND MODELS USED IN PSYCHIATRIC NURSING Milena Alexandra Galvis López  
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
13. <https://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>
14. Schultz S, North S, Shields C. Schizophrenia: A Review. American Family Physician. 2007; 75 (1).
15. Amézquita L, Barrera A, Vargas T. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia. Tesis de especialización. Colombia: Universidad del Rosario; 2012.
16. Charles Schulz, MD, Professor Emeritus, University of Minnesota Medical School; Psychiatrist, Prairie Care Medical Group  
<https://www.msmanuals.com/espe/professional/trastornospsiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>
17. Morfi Samper R. El arte del cuidado de enfermería con el anciano en estadio terminal. Congreso Internacional de Gerontología. La Habana, Editado CD Palacio de las Convenciones, 2008.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001)
18. Amaro Cano MC. Historia de la enfermería. La Habana, Editorial Ciencias Médicas. 2004.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001)

19. Colectivo de autores. Norma General Administrativa N° 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada.mht. Resolución 1127.07.2007 doc. Santiago, 14, 1.12.2007. Disponible en INTERNET: [http](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000100001) (citado 4 de noviembre del 2009).
20. Álvarez Sintés. Medicina General Integral. Vol. I. Salud y Medicina. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2008. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192010000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000100001)
21. Morfi Samper R. Diseño de programa de participación social para fomentar la salud del adulto y adulto mayor. Cuba, ISCM-La Habana, 2007 . [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192010000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000100001)
22. Complejo Hospital Norte. GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.mht. *NUEVA ESTRUCTURA ORGÁNICO FUNCIONAL EN EL CONTEXTO DE REFORMA SANITARIA*. 2005. Disponible en INTERNET: [http://www.enfermeriajw.cl/word/protocolos/Gestión\\_Cuidados\\_Enfermer%CDA-CHNorte2005-2006.doc](http://www.enfermeriajw.cl/word/protocolos/Gestión_Cuidados_Enfermer%CDA-CHNorte2005-2006.doc).
23. De la Cuesta BC. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería 2007; 25 (1): 106-112. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
24. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Capítulo I: Cuidado y práctica de Enfermería: nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. pp.4-13. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)

25. Watson J. Nursing: the Philosophy and Science of caring. Boston: Little Brown and Company; 1979. p. 320. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
26. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well being of others. The journal of nursing scholarship 1993; 24 (4): 352-357. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
27. Ortega C. El cuidado de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002; 10 (3): 88-89. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002)
28. Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Madrid: Leartes; 1999. pp. 29-87. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
29. Daza C, Medina L. Significado del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. Revista: cultura de los cuidados 2006; 19 (10): 55-62. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
30. Baggio MA. O Significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. Revista Electrónica de Enfermería 2006; 8 (1):9-16. Disponible en [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_01.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm)
31. Levinas E. Totalidad e infinito. Madrid: Editorial Sígueme; 1995. pp. 120-121. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)

32. Arvea DM. Palabra y trascendencia. Manual de la educación y alfabetización popular. Oaxaca: Editorial la Mano; 2008. p. 76. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
33. Siles GJ. Historia de la enfermería: una aportación epistemológica desde la perspectiva cultural de los cuidados. *Cultura de los Cuidados* 2008; 12 (24): 5-6. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
34. Daza CR, Torres PA, Prieto RG. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, participación y afecto. *Revista Index de Enfermería* 2005; 14 (4849): 18-22. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
35. Consejo Internacional de Enfermería. La investigación de Enfermería: instrumento de acción. Disponible en [http://www.icn.ch/matters\\_researchsp.htm](http://www.icn.ch/matters_researchsp.htm)
36. Madjar I. Dialogue-Introducing Evidence. Referido por Morse J, Swanson AJ. En: *The Nature of Qualitative Evidence*. Thousand Oaks: SAGE; 2001: 2-4. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
37. Watson J. *Nursing: human science and human care, a theory of nursing*. New York: National League for Nursing; 1988. p. 158. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
38. Queiróz AA. *Empatia e Respeito*. 2 ed. Coimbra: Editora Ariane; 2004. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
39. De Figueiredo CZ, Núñez HA, Mulet FF, Núñez AM, Andrade ML. El significado de cuidado para los enfermos que cuidan de personas

- con lesión medular. *Cultura de los cuidados* 2008; 12 (24): 117-113.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
40. Boff L. *El cuidado esencial. Ética de lo humano*. Traducción de Juan Valverde. Madrid: Trotta; 2002. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002)
41. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. México: Editorial Siglo XXI; 2005. pp. 25-123.
42. Maturana HR. *Del ser al hacer. Los orígenes de la biología del conocer*. Buenos Aires: Granica; 2008. p. 232. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
43. Lorenzini EA, Luzia LJ, Costa MI, Auxiliadora TM, Carvalho DC. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería años 2001-2003. *Ciencia y Enfermería* 2005; 11 (2): 35-46.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)
44. Marriner T, Raile A. *Modelos y teorías en enfermería. Teoría transcultural de los cuidados*. 5 edición. Madrid: Harcourt Brace; 2005. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972009000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972009000200002)



## **7. ANEXOS**



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia





FUENTE: Elaboración Propia



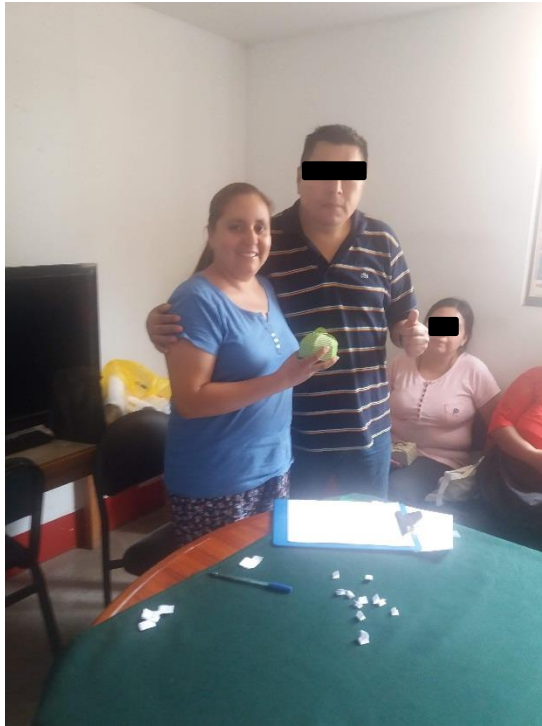
FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia