



Escuela de Enfermería  
Ciclo de Lic. En Enfermería -FCM



# Tesina

Tema:

“Intervenciones educativas en pacientes psiquiátricos  
reingresados”.

**Autoras:** Méndez Janet  
Chara Sonia  
Flores Daniela

Mendoza, febrero de 2015.

**“ El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del tutor o los autores.”**

## ACTA DE APROBACIÓN

### Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Trabajo aprobado el..... /...../.....

## RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivo principal valorar la importancia de la educación durante el tratamiento y alta del paciente, caracterizando al personal de enfermería en relación a la psicoeducación e identificar los principales factores relacionados con el abandono del tratamiento.

A lo largo de los capítulos encontraremos una breve descripción del planteamiento del problema así como un marco teórico que abarca los conceptos de salud mental, familia, abandono del tratamiento y psicoeducación.

Para ello se realizó un estudio de tipo cualitativo, descriptivo, retrospectivo en los periodos comprendidos entre julio del año 2013 y julio del año 2014, utilizando una planilla de registros para determinar principalmente el perfil del paciente reingresado. También se realizó una encuesta al personal de enfermería para la caracterización de los mismos.

Los resultados permitieron identificar que es importante que se realicen intervenciones educativas por parte del personal, que se valoren los factores psicosociales y la influencia familiar. Principalmente debemos tener en cuenta al grupo de riesgo característico basado en una población joven con una patología prevalente de poliadicción. Claramente la investigación refleja a un grupo de enfermeros jóvenes con poca experiencia en salud mental teniendo en cuenta que la misma es una especialidad.

La capacitación adecuada y constante al personal de enfermería, la importancia de trabajar y contener correctamente al grupo de riesgo y la necesidad de generar un equipo de trabajo comunicativo y participativo es muy importante.

La conclusión derivada del presente estudio sugiere que se realice un programa educativo de enfermería que incluya talleres educativos de enfermería, hacia los pacientes y los familiares tanto sea en los servicios de internación como así también contar con un plan de seguimiento de los pacientes con mayor tendencia a la reinternación.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que se han visto implicadas, directa o indirectamente, en la realización de esta investigación.

A los Profesores que formaron parte del Comité de Tesis y contribuyeron con sus aportaciones a enriquecer este trabajo.

A mi familia por darme lo mejor de ellos. Y afectuosamente a mi madre por ser el motor que me impulsa a ser mejor en la vida.

Daniela.

Un sincero agradecimiento a todos los profesores de la carrera, a mis compañeros y amigos que me acompañaron en mis años de carrera.

A mi familia, sobre todo a mi hermano y su esposa, mi hermana que son fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y en especial mi más grande agradecimiento a mi madre que de algún lugar me cuida y acompaña.

Con todo mi cariño Sonia ☺

## **PRÓLOGO**

Durante los últimos meses hemos podido percibir un aumento de pacientes que reingresan al servicio de hombres del Hospital Dr. Carlos Pereyra como consecuencia del abandono del tratamiento o fallas de la externación.

Podemos observar que una gran mayoría de reingresos coincide con patologías adictivas. Esta situación de aumento del consumo de sustancias, que además se produce en un contexto de policonsumo en su mayoría, de baja percepción del riesgo por parte de los usuarios, y de consideración de estos consumos por quienes los realizan como parte de una cultura de ocio y diversión que contribuye a la participación e integración social, ha sido y está siendo objeto de estudio y reflexión por parte de distintos investigadores y estudiosos.

Resolvimos entonces preparar este trabajo con el fin de contribuir a mejorar esta problemática que se observa durante el periodo de julio 2013 hasta julio 2014 e identificar el grupo vulnerable.

El contenido del trabajo contempla la puesta en marcha de adicciones concretas, dirigidas a desarrollar actuaciones, información y sensibilización al entorno familiar.

También prevé el apoyo a la realización de actividades dirigidas con carácter educativo e informativo.

# ÍNDICE GENERAL

## Capítulo I

Introducción.....	1
Descripción del problema.....	3
Formulación y planteamiento del problema.....	5
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
Justificación.....	7
Marco teórico.....	9
APARTADON°1.....	9
Salud mental.....	9
Aspectos históricos de la Salud Mental.....	12
APARTADO N° 2.....	16
Abandono de tratamiento.....	16
Factores relacionados al trastorno .....	16
El agente de salud participa activamente en la adherencia del tratamiento.....	20
APARTADO N° 3.....	20
Familia.....	22
Definición de familia.....	22
Tipos de Familia.....	25
Estructura Familiar.....	26

APARTADO N° 4.....	27
Psicoeducación.....	30
Historia.....	31
Tipos de Psicoeducación.....	34
Hipótesis.....	37

**Capítulo II**

Diseño metodológico.....	38
Tipo de Estudio.....	38
Muestra.....	39
Unidad de análisis.....	39
Técnicas e instrumentos de recolección.....	39
Operacionalización de variables.....	40
Tablas y gráficos.....	43
Tablas Bivariadas .....	66

**Capítulo III**

Conclusión.....	72
Propuesta.....	76
Bibliografía.....	78
Anexos.....	79
Tabla Matriz.....	85



## **ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS**

<b>TABLAS Y GRÁFICOS.....</b>	<b>44</b>
Tabla N° 1: Sexo del personal de Enfermería del Hospital Dr. Carlos Pereyra.....	44
Gráfico N°1.....	44
Tabla N° 2: Edad del personal Enfermería.....	45
Gráfico N°2.....	45
Tabla N° 3: Nivel de formación que posee el personal del servicio de hombres y mujeres.....	46
Gráfico N°3.....	46
Tabla N° 4: Antigüedad laboral del personal de los servicios hombres y mujeres.....	47
Gráfico N°4.....	47
Tabla N° 5: Experiencia en salud mental del personal de enfermería.....	48
Gráfico N° 5.....	48
Tabla N° 6: Causas de reingresos de pacientes al hospital según la mirada del personal de Enfermería.....	49
Gráfico N° 6.....	49
Tabla N° 7: Representación de la respuesta a la pregunta ¿qué es psicoeducacion?.....	50
Gráfico N° 7.....	50
Tabla N° 8: Representación de la pregunta: Si realiza actividades educativas con los pacientes.....	51

Gráfico N° 8.....	51
Tabla N° 9: Representación de la pregunta: tiempo de internación realizadas con el paciente, con la familia o indirectamente.....	52
Gráfico N° 9.....	52
Tabla N° 10: Representación de la pregunta: qué tipo de intervención educativas aportadas por los enfermeros de los servicios de internación del hospital.....	53
Gráfico N° 10.....	53
Tabla N° 11: Edad del paciente reingresados durante julio dl 2013 al 2014.....	54
Gráfico N° 11.....	54
Tabla N° 12: Ocupación de los pacientes reingresados en julio del 2013 al 2014.....	55
Gráfico N° 12.....	55
Tabla N° 13: Estado civil de los pacientes reingresados en julio del 2013 al 2014.....	56
Gráfico N° 13.....	56
Tabla N° 14: Lugar de residencia de los pacientes reingresados en julio del 2013 al 2014.....	57
Gráfico N° 14.....	57
Tabla N° 15:Nivel de estudio de los pacientes reingresados en julio del 2013 al 2014.....	58
Gráfico N° 15.....	58
Tabla N° 16: Grado de dependencia de los pacientes reingresados en julio del 2013 al 2014.....	59

Gráfico N° 16.....	59
Tabla N° 17: Obra social de los pacientes que reingresados en julio del 2013 al 2014.....	60
Gráfico N° 17.....	60
Tabla N° 18: Pacientes reingresados en julio del 2013 al 2014 que poseen subsidio.....	61
Gráfico N° 18.....	61
Tabla N° 19: Tipos de convivencia de los pacientes reingresados en julio del 2013 al 2014.....	62
Grafico N° 19.....	62
Tabla N°20: Patología familiar de los pacientes reingresados en julio del 2013 al 2014.....	63
Grafico N°20.....	63
Tabla N°21: Diagnostico de los pacientes reingresados en julio del 2013 al 2014.....	64
Grafico N°21.....	64
Tabla N° 22: Tipos de tratamiento.....	65
Grafico N°22.....	65

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La idea que impulsó el desarrollo de esta investigación fue la observación y el conocimiento de los numerosos reingresos en el servicio de hombres del Hospital Dr. Carlos Pereyra y las graves repercusiones que el abandono terapéutico posee. Las implicaciones de la falta de adherencia son de muy diversa índole, y abarcan tanto cuestiones económicas como sociales, al igual que clínicas.

Los pacientes que abandonan el tratamiento indicado no consiguen los resultados terapéuticos esperados, lo que se traduce en un aumento de la probabilidad de recaídas y reingresos, con el consiguiente aumento de los costes sanitarios. Donde, el mayor perjudicado es el paciente, el cual sufrirá un mayor deterioro en su salud mental y continuara su no adhesión al tratamiento.

Al investigar en las diferentes bibliografías podemos destacar que las causas del abandono terapéutico y posterior reingresos a los servicios sanitarios son multifactoriales entre ellas cabe destacar la inestabilidad económica, desempleo, alcoholismo, drogadicción, violencia y la importancia de la familia en la rehabilitación del paciente.

Para el paciente psiquiátrico, mantener un vínculo familiar, es un factor importante en el tratamiento-rehabilitación. La familia puede contribuir al apego terapéutico, elemento indispensable para evitar una recaída o una agudización del cuadro.

Estudiar a la familia de donde procede el individuo alterado psicopatológicamente, conocer cuáles son los aspectos anormales que esta tiene y que podría ser la génesis de estas alteraciones es muy importante.

Enfermería por las características de la profesión puede contribuir de manera significativa en la rehabilitación del paciente, al establecer interacciones

terapéuticas tendientes al crecimiento personal y familiar de los pacientes hospitalizados.

La importancia de la realización de talleres educativos e intervenciones educativas en la rehabilitación de los pacientes y la contribución al logro de los objetivos institucionales, con respecto a disminuir la interrupción del tratamiento y los reingresos al hospital es nuestro mayor interés.

## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El interés particular del tema que hemos elegido lo hemos hecho a través de observar en el hospital Dr. Carlos Pereyra en los servicios de hombres y mujeres el constante reingresos de pacientes dados de alta, en un corto periodo de tiempo.

El hospital es una entidad estatal dependiente del Ministerio de Salud Pública, en el cual se tratan a personas con desórdenes psiquiátricos, que van desde el alcoholismo hasta la psicosis.

Para la institución los reingresos representan un problema debido a que la atención que recibe el paciente, los esfuerzos realizados para lograr su recuperación y los gastos inicialmente invertidos son inútiles pues el paciente se encuentra nuevamente enfermo y, peor aún, cada vez más deteriorado. Los frecuentes reingresos al hospital, nos hacen pensar que existen factores que intervienen y se relacionan con el abandono terapéutico.

La familia y el entorno que rodea al paciente como un sistema al cual pertenece el individuo afectado podría estar en crisis estructural y/o dinámica, tener dificultades en las relaciones entre sus miembros, en la forma de abordar y resolver sus problemas y en un sistema de autoridad, mal repartida o inexistente, falta de información y educación, etc. Si tomamos en cuenta por separado el aspecto funcional; hemos de considerar que el hombre está influido por el medio ambiente, en el cual está la familia.

Investigar la posible influencia familiar y estudiar a esa familia de donde procede el individuo alterado psicopatológicamente, conocer cuáles son los aspectos diferentes que esta tiene, contribuye a nuestra investigación para delimitar correctamente el proceder del personal de enfermería en cuanto a las intervenciones educativas más apropiadas.

Un estudio familiar puede ser abordado desde varios puntos de vista, nuestra visión será estudiar al paciente, no como alguien a quien hay que tratar aisladamente, sino como parte -de un sistema (familiar), en el cual se desarrolla.

Nuestra investigación está destinada a identificar cuáles son las intervenciones educativas de enfermería que favorecen la adherencia al tratamiento y disminuyen los reingresos a la institución. Para ello realizaremos un estudio que nos permita identificar el perfil del paciente reingresado y la visión del equipo de enfermería en cuanto a la Psicoeducación.

El estudio se basará en los casos de reingresos del hospital durante julio del año 2013 a julio del año 2014, se realizará tomando la muestra del servicio de hombres.

Para la determinación de la visión del equipo de enfermería se tendrán en cuenta a todos los enfermeros que trabajen en los servicios de internación.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Qué intervenciones de enfermería educativas podrían disminuir el reingreso de pacientes en el Hospital Dr. Carlos Pereyra, en el 2º semestre de 2014?



## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **Objetivo General:**

- Determinar que intervenciones de enfermería podría disminuir el reingreso de pacientes en el Hospital Dr. Carlos Pereyra.

### **Objetivos Específicos:**

- 1-Definir el perfil socio-económico familiar de los pacientes.
- 2-Identificar causas de abandono del tratamiento.
- 3-Establecer el tipo de cuidados enfermero de carácter educativo que se brindan.
- 4-Characterizar a los enfermeros.

## JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Una vez identificado el problema que surge de nuestra experiencia dentro del Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra, nace la intención de indagar una investigación que determine qué tipo de intervenciones favorecen la disminución de reingresos y que contribuya al establecimiento de modelos de atención de enfermería. Para ello es necesario conocer la influencia familiar, el entorno social, y determinar aquellos factores relacionados con el abandono terapéutico.

Para el paciente psiquiátrico, mantener el vínculo familiar, es un factor importante en el proceso del tratamiento y de la recuperación-rehabilitación. La familia puede contribuir al apego terapéutico, elemento indispensable para evitar una recaída o una agudización del cuadro.

La concepción holística, integral, en la que no se ve al individuo aislado sino envuelto en sistemas más complejos que lo determinan y en los que él también determina, y dentro de esos sistemas más complejos la familia es central en el desarrollo humano psicológico, cognitivo y emocional.

La familia, aporta una triple contribución al desarrollo humano y su existencia, ya sea hacia la normalidad o a la Patología.

Los problemas que ocasionan las recaídas en los pacientes psiquiátricos a nivel individual, familiar y social han propiciado la búsqueda de acciones preventivas que refuercen la continuidad del tratamiento.

Conociendo los factores de riesgo, poseyendo habilidades para educar y motivar al paciente y empleando estrategias para la modificación del comportamiento de éste, es posible mejorar la adherencia al tratamiento, aumentándola y consiguiendo así resultados más favorables.

Determinar cuáles son las intervenciones de enfermería que podrían favorecer la disminución de los factores relacionados con el abandono terapéutico y conocer el efecto de su actuación en la rehabilitación de los pacientes es muy importante debido a la contribución que aporta al logro de los objetivos institucionales, con

respecto a disminuir la interrupción del tratamiento y mantener el nivel de funcionamiento del paciente y la estabilidad familiar.

Esta actuación favorece el trabajo interdisciplinario bajo un esquema igualitario, preservando la identidad profesional específicamente de enfermería; dichos elementos permiten más efectividad en el cuidado al poner en práctica el conocimiento.

## MARCO TEÓRICO

### APARTADO N°1

#### Salud Mental

El término salud mental es muy amplio se presenta desde una gran diversidad de enfoques: desde los ámbitos clínicos, la psiquiatría, la psicología, ciencias sociales y culturales. Incluso a lo largo de los años ha tomado diferentes significados de los cuales se puede decir que la parte subjetiva de cada individuo juega un papel importante en su definición.

Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales.

El primer problema relacionado con el término salud mental es el de definir su contenido. La salud mental es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportes de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía, etc.).

Asimismo, en cada disciplina existen diversas orientaciones que tienen concepciones idiosincrásicas y defienden abordajes diferentes y, a veces, difíciles de conjugar, sobre la salud mental. Por otra parte, el objeto de estudio: la psicología del ser humano, es demasiado complejo para sintetizarlo en una definición universal que permita recoger sus múltiples matices.

Esta intrincada miscelánea ha generado múltiples intentos de definición de la salud mental pero, por el momento, las divergencias superan a los acuerdos.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) define Salud Mental como:

“El estado de salud que implica la capacidad del individuo de adaptarse al ambiente en que vive, así como de participar o contribuir en forma constructiva a las modificaciones necesarias de su ambiente físico y social”.

Si bien la O.M.S prioriza el bienestar y no la enfermedad comienzan a pensarse los factores relacionados que puedan incidir sobre los estados de salud.

### **Concepciones acerca de la Salud Mental**

“La Salud Mental está presente, en el desarrollo, en la construcción, o en el deterioro en las distintas prácticas sociales. Está en juego en el trabajo, en el estudio, en la vida familiar, en las organizaciones del tiempo libre, en todos los grandes rubros que refieren a la vida cotidiana.”<sup>1</sup>

Es decir que, la Salud Mental es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar bienestar y calidad de vida.

“Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.”

Por tanto, las concepciones de salud se sustentan en una determinada concepción del mundo y del sujeto

La concepción de Salud Mental también varía según diferentes modelos psicológicos y médicos. Actualmente los criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales tienen un punto de referencia básico en los criterios de Diagnóstico del DSM-IV (Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales, 4<sup>o</sup> edición)

Se observa que existe una confusión entre las definiciones de salud y enfermedad mental. Podemos afirmar que una no implica la ausencia de la otra. “Los estudios

---

<sup>1</sup> ARITO, Sandra (2001) “Cuestión Social y salud mental: una relación implicada en la intervención profesional” Boletín Electrónico Surá. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica

sobre salud mental consideran a ésta como un continuo en el que se reflejan diferentes grados de bienestar o deterioro psicológico.”<sup>2</sup>

La salud mental no es algo estático y definitivo sino un estado dinámico y cambiante, nunca es permanente sino que tiene que ir “reciclándose” continuamente, cada vez que las circunstancias internas y/o externas de las personas cambian. Es un proceso constante de adaptación y equilibrio que genera un movimiento progresivo de crecimiento personal. En este sentido, algunos autores como Tizón (1996), describen la salud como una utopía o meta a alcanzar. Es decir, como una tendencia hacia un nivel de salud inalcanzable pero deseable y direccionalmente orientador.

Otra dificultad importante que complica la definición del término salud mental es el concepto que cada cultura o sociedad que tiene sobre la salud y la enfermedad mental. Lo que en una cultura puede ser considerado como normal y sano en otro contexto cultural o en otro momento social puede ser tomado por anormal o patológico.

Es evidente que este problema es menor cuando se habla de trastornos mentales severos o con una mayor base orgánica, pero se agudiza cuando se intentan establecer los límites de los trastornos psíquicos que tienen una fuerte influencia psicosocial (Gracia y Lázaro, 1992).

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud (Wheare, K., 2000).

La preocupación respecto a salud mental no sólo involucra a los expertos en el tema, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la

---

<sup>2</sup> AMICO, Lucía del Carmen (2004) Op. Cit.

consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

Es necesario no separar la realidad de la salud mental de la salud física, que se corresponde a la perfección con la sentencia "mente sana en cuerpo sano". La relación que existe entre las enfermedades biológicas y las enfermedades mentales tienen una evidente conexión, como lo señala Benedetto Saraceno: "Los desafíos complejos que presenta la comorbilidad de las enfermedades mentales y físicas estarían mucho mejor atendidos en todo el mundo con estrategias de atención integral dirigidas al paciente y a la comunidad. Los expertos tienen que comunicarse porque es evidente que la comorbilidad entre lo físico y lo mental exige una intervención vertical, no horizontal. La comorbilidad clínica es la regla, no la excepción" (Simposio salud v mental y física, 2005).

### **Aspectos históricos de la Salud Mental**

Un breve desarrollo sobre la construcción histórica de las concepciones y prácticas en salud mental permitirá comprender la conceptualización de salud mental desarrollada anteriormente.

A lo largo de la historia las enfermedades mentales fueron relacionadas con la magia y la religión. En algunos pueblos primitivos era explicada como un castigo divino. En la antigüedad clásica, hasta finales del siglo XVI, la aproximación médica dominante "daba una explicación de los desórdenes mentales a partir de los trastornos producidos en el cerebro por desequilibrios humorales."

"Durante el desenvolvimiento de la medicina naturalista se había alcanzado la noción de que las enfermedades mentales tenían por causa alteraciones del organismo y podían curarse obrando sobre el cuerpo."<sup>3</sup>

En la Modernidad y a partir del nacimiento de la psiquiatría, bajo la influencia de la corriente del positivismo, la figura del médico tomó auge en la búsqueda de objetividad científica en el fenómeno de la locura. En el siglo XVII se desarrollaron

---

<sup>3</sup> VILAR, Sandra Lucía (2000) "Tratamiento de la locura a lo largo del tiempo" Trabajo Monográfico. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. Hospital El Sauce. Mendoza. Argentina.

interpretaciones naturalistas de la enfermedad mental como la iatrofísica y la iatroquímica.

Durante el siglo XVIII los trastornos mentales eran entendidos como un alejamiento voluntario de la razón que debía ser corregido mediante severas medidas disciplinarias. “De este modo, los enfermos mentales eran encerrados y apartados de la vida comunitaria junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos”<sup>4</sup>, situación que, en algunos casos persistirá hasta el siglo XX. Surge lo que Foucault denomina “el gran internado”. “La finalidad de su aislamiento no era su tratamiento sino proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales”<sup>5</sup>

“El Loco es el diferente, el que desafía lo instituido. Esto responde a la necesidad de la sociedad de establecer un equilibrio, y lo diferente es considerado una disfunción social.

El concepto salud va ligado, desde el punto de vista económico, al trabajo y la producción. El enfermo mental es improductivo y a la sociedad le interesan los miembros útiles.”<sup>6</sup>

Durante el siglo XIX, por el contrario, predominaron las explicaciones somáticas de la enfermedad mental; se desarrolló el denominado "tratamiento moral del paciente" que asumió como lema la reeducación mediante el trabajo, la dignidad y la responsabilidad. “

El Tratamiento Moral del paciente constituye la primera iniciativa de humanización del medio ambiente hospitalario y del trato hacia las personas con padecimiento mental, representando la primera crítica a la institución manicomial”, proceso que es denominado como Primera Revolución Psiquiátrica.

---

<sup>4</sup> AMICO, Lucía del Carmen (2004) Op. Cit.

<sup>5</sup> FOUCAULT, Michael (1990) “Historia de la locura en la época clásica” México. Fondo de cultura económica.

<sup>6</sup> RODRIGUEZ, Silvia (2006) “Reflexiones desde la práctica social sobre la salud mental infanto-juvenil” Monografía final. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Infanto Juvenil. Hospital “Dr. Carlos Pereyra”. Mendoza



Posteriormente, y ya en el siglo XX, la Segunda Revolución Psiquiátrica se instauró a través de los desarrollos de Freud y el descubrimiento del inconsciente. Estos descubrimientos llevaron a la consecuencia de aceptar que la conducta humana está en cierta medida motivada por causas desconocidas por nosotros. Durante la década del `60, el auge de la denominada Comunidad Terapéutica y la incorporación de la Psicofarmacología marcaron la Tercera Revolución Psiquiátrica. La que trajo como consecuencia modificaciones profundas en los tratamientos de las personas con padecimiento mental, las cuales podían Oreinsertarse en la sociedad de la cual formaban parte.

En algunos países donde evoluciona la psiquiatría y el psicoanálisis surgió un movimiento llamado “antipsiquiatría” que apuntó a suprimir el asilo y eliminar la noción de enfermedad mental hegemónica. Este movimiento tuvo su auge entre los años 1955 y 1975.

“En nuestro país, el psicoanálisis fue aceptado en los años `60 como símbolo de modernidad. Se abrieron instituciones intelectuales estatales y privadas, y en el ámbito universitario se intensificó el interés por carreras como Sociología y Psicología. En 1960 comienza la etapa de desinstitucionalización. Esta postura sostiene que la naturaleza autoritaria y jerárquica de los hospitales de salud mental colaboró en la creación de condiciones que se atribuían al paciente. “Comenzaron a hablar de sus derechos, que no habían sido contemplados hasta el momento.”

Actualmente se puede hablar de dos tipos de modelos de instituciones en salud mental:

- Modelo hospitalario, se separa al enfermo del resto de la sociedad, y se lo introduce en un tipo de vida institucional con condiciones estrictamente determinadas, con derechos y obligaciones diferentes para profesionales y pacientes.

- Modelo comunitario, quienes trabajan en la salud mental se desempeñan en el medio habitual de los pacientes, sin fronteras ni separaciones. Esto lleva a pensar que para concretar este segundo modelo deben introducirse cambios en cuanto a la formación, entrenamiento y supervisión de los profesionales que intervienen,

así como también con respecto a la ideología y postura personal que ellos sostienen.

Si tomamos en cuenta estos modelos descriptos, diremos que en la actualidad se construyen dispositivos donde se toman en cuenta los aportes de los distintos actores que integran el sector de la salud mental y se buscan nuevas alternativas a las problemáticas emergentes.

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental.

En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.

Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental, expresión amplia que abarca toda una serie de estrategias destinadas a lograr resultados positivos en materia de salud mental. El desarrollo de los recursos y las capacidades de la persona y la mejora de la situación socioeconómica figuran entre los objetivos de esas estrategias.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

## **APARTADO N°2**

### **ABANDONO DE TRATAMIENTO**

El abandono terapéutico constituye un proceso complejo, determinado por una gran variedad de factores, que presenta numerosas y graves repercusiones de muy diversa índole.

Los resultados terapéuticos de aquellos pacientes con trastornos mentales que no cumplen adecuadamente el tratamiento prescrito no son los deseados, ya que conlleva una ausencia de mejora del estado del paciente, aumenta la probabilidad de recaída y aparece un nuevo uso de los servicios de salud mental, con el consiguiente aumento de los costos sanitarios. Hasta el momento, la mayor parte de la investigación ha dirigido sus esfuerzos a esclarecer el papel que juegan en el abandono terapéutico las características sociodemográficas, siendo éstas las únicas variables con un consistente soporte empírico. Pero existen otras variables que tienen una gran implicación en el abandono, sobre todo en lo que se refiere a la posible intervención para la mejora de la adherencia y la práctica clínica en general en los servicios de salud mental. La identificación de todas estas variables es el objetivo de esta investigación, en la que se ofrece el perfil característico del paciente que abandona el tratamiento psicológico/psiquiátrico.

#### **Factores asociados a adherencia al tratamiento**

Los factores más investigados y con mayor importancia para predecir adherencia son las creencias y actitudes que tienen los sujetos sobre su enfermedad y tratamiento, las cuales explican un porcentaje de la varianza de la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas<sup>7</sup>. Existen otros factores, que también analizaremos a continuación, que influyen en la adherencia al tratamiento y que no están directamente relacionados a variables cognitivas (Tabla 1).

---

<sup>7</sup> Horne R, Weinman J. Creencias de los pacientes sobre los medicamentos recetados y su papel en la adherencia al tratamiento en la enfermedad física crónica 1999; 47: 555-67

## Factores relacionados al trastorno

Las adicciones y otras enfermedades que se asocia a baja adherencia al tratamiento. Esto podría explicarse por características propias de la enfermedad (anhedonia, alteración de la memoria, cambios de la conducta, sentimientos de desesperanza), y por el significado que le da el paciente a su trastorno en relación a la causa de su dolencia, a la gravedad de los síntomas y a la forma de resolverla o tratarla<sup>8</sup>.

**Tabla 1. Factores asociados a adherencia al tratamiento**

Enfermedad	Medicamentos	Relación médico-paciente	Familia
Creencias sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Causas</li> <li>• Gravedad</li> <li>• Tratamiento</li> <li>• Valoración social</li> <li>• Comorbilidades</li> </ul>	Creencias sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modo de acción</li> <li>• Efectos adversos</li> <li>• Dependencia</li> <li>• Efectividad</li> <li>• Efectos adversos</li> <li>• Latencia de efectividad</li> </ul>	Vinculación : <ul style="list-style-type: none"> <li>-Relación de cooperación</li> <li>-Considerar las creencias del paciente</li> <li>-Tema de decisiones en conjunto</li> <li>Información disponible</li> </ul>	Apoyo familiar : <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cohesión familiar</li> <li>-Calidez parental</li> <li>-Control parental</li> <li>-Creencias de padres y familiares en relación a la enfermedad y el tratamiento</li> </ul>

<sup>8</sup> Shaw R, DeMaso D. Adherencia al Tratamiento. En: Consulta Psiquiátrica en Pediatría. En niños y adolescentes con enfermedad orgánica. Editorial Médica Panamericana 2009; 227-42.

Algunos adultos no quieren usar tratamiento farmacológico porque tienen la creencia de que deberían ser capaces de sobreponerse sin ayuda<sup>9</sup>. Para muchos jóvenes el tener un trastorno es una condición que no necesita ser "arreglada", es una "forma de ser". La mayor severidad sintomática y grado de disfunción puede aumentar la chance de adherencia<sup>10</sup>.

### **Factores relacionados a los medicamentos**

Los medicamentos se asocian a barreras cognitivas y prácticas. Entre las barreras cognitivas se encuentran las creencias sobre su modo de acción, grado de efectividad, y temores a los efectos adversos; especialmente la dependencia<sup>11</sup>. Por otro lado, algunos creen que los medicamentos cambian su personalidad y los estigmatiza como enfermos, sintiéndose distintos al grupo de pares.

Entre las barreras prácticas están el número efectivo y la intensidad de efectos adversos que se presenten con el medicamento. Otra razón posible de abandono es la demora entre inicio de tratamiento y remisión de síntomas. Esto se puede deducir ya que un importante número de pacientes discontinúa el uso de tratamiento farmacológico antes de los 30 días de iniciado el tratamiento.

La forma de administración del medicamento, frecuencia, número de medicamentos y costos también son barreras prácticas a la adherencia.

### **Factores relacionados con la familia**

El apoyo social es un importante factor de conductas proactivas en salud. El apoyo social más cercano está en la familia. La cohesión familiar, el apoyo familiar, el compartir valores similares, influyen en el paciente y su adherencia a los

---

<sup>9</sup> Janz N K, Becker M H. El modelo de creencias de salud: una década después. Salud Educativa 1984.

<sup>10</sup> Charach A, Volpe T, Boydell K, Gearing R. Enfoque teórico para la Adhesión medicamentos para los niños y jóvenes con trastornos psiquiátricos. Revista Psiquiatría 2008; 16: 126-35.

<sup>11</sup> Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S, Grover S. Las actitudes y creencias de los pacientes de primer episodio de depresión a los antidepresivos y su adherencia al tratamiento 2009.

tratamientos médicos. Las actitudes negativas, el rechazo familiar y un alto nivel de crítica son poderosos predictores de no adherencia y abandono a tratamiento.

La oposición o la no participación al tratamiento medicamentoso por parte de la familia o amigos del paciente, se asocian a altas tasas de abandono. El apoyo parental desde la calidez y sin intentar controlar, permite mejorar la adherencia al mismo.

Cabe destacar que es de suma importancia la familia como apoyo al tratamiento del paciente por esta razón el mismo será desarrollado como un apartado en la presente investigación a continuación.

### **Factores relacionados con la relación médico pacientes.**

En sujetos con trastornos mentales los estudios muestran que aquellos pacientes que están en buena relación con su médico adhieren más al tratamiento, al igual que aquellos que refieren recibir mayor información y a los que se les permite elegir entre distintas alternativas de terapias<sup>12</sup>.

En terapia de adicciones por ejemplo, la capacidad del agente de salud de enfatizar con el paciente con el fin de lograr una relación de cooperación es un fuerte factor de adherencia. La entrega de información por si sola parecería no ser suficiente para promover cambios conductuales importantes para el manejo de algunos trastornos y enfermedades.

### **Factores relacionados con la etapa joven-adulto**

Las principales tareas del joven son la búsqueda de una identidad propia, un sentido de pertenencia grupal y la diferenciación de los padres. Características propias de los adolescentes son el ser más impulsivos y menos reflexivos en la toma de decisiones, inseguros y ambivalentes de sí mismos, e inmaduros emocionalmente (cambios anímicos bruscos, difícil regulación emocional). Estos aspectos de la personalidad en formación hacen que la aceptación de un trastorno o enfermedad, y por consiguiente un tratamiento se tome "menos en serio" o un "a

---

<sup>12</sup> Lingam R, Scott J. El tratamiento de la no adhesión en los trastornos afectivos 2002.

mí no me sucede" (omnipotencia del pensamiento), y por consiguiente no se aprecie inmediatamente su importancia, más aún cuando el uso de un fármaco puede provocar la sensación de "estar controlado" o de ser "dependiente de algo", cuando lo que se quiere es "ser independiente y no someterse a autoridad alguna que coarte mis acciones" (proceso de diferenciación y autonomía). Esta dinámica psicológica puede determinar una "espontánea" menor adherencia a una terapia farmacológica, como se ha observado en pacientes con trastornos del ánimo, pacientes con poli consumo y otros trastornos mentales.

### **El agente de salud participa activamente en la adherencia al tratamiento**

La enseñanza en los equipos de salud aumenta la adherencia a los tratamientos en los pacientes. El entrenamiento del profesional con conocimiento técnico y práctico, le permite desarrollar habilidades que aplicará en estimular la adhesión del paciente a su tratamiento. Se proponen cinco pasos de acercamiento o aproximación del agente de salud para el aumento la adherencia terapéutica<sup>13</sup>.

El primer paso es la reflexión práctica en que se estimula que el profesional sea capaz de reflexionar en la acción y sobre la acción. Por ejemplo, reflexionar especialmente sobre la adherencia a los tratamientos en psiquiatría, sobre la insuficiencia que el modelo médico tradicional puede tener al ser aplicado a la adherencia del paciente psiquiátrico. Se debe hacer mucho con el profesional de la salud si se quiere mejorar la adherencia. En este nivel de reflexión se puede alcanzar con los pares, estimulando el feedback y la revisión de literatura científica.

En un segundo nivel el profesional de salud debe reflexionar sobre las diferencias, las que existen en los tratamientos de niños y adultos y de los protocolos o guías clínicas que se han establecido para adultos y que son aplicadas en niños y adolescentes. El profesional debe integrar la información existente con la

---

<sup>13</sup> Gearing RE, Mian IA. Un acercamiento a la maximización de la Adherencia al Tratamiento de Niños y Adolescentes con Trastornos Psicóticos Revista de Psiquiatría 2005.

experiencia clínica y su conocimiento de modo de proveer tratamientos más efectivos.

El tercer paso de acercamiento es el de la colaboración familiar. Busca enganchar al paciente con su tratamiento maximizando el involucramiento familiar. La familia impacta positivamente o negativamente en la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Los programas de educación familiar, el acceso a la información y la buena disposición de los profesionales ayudan a que la familia alcance niveles más positivos de involucramiento terapéutico.

En el cuarto paso se menciona el rol de la evaluación. Cuando se realiza una evaluación, ésta tiene grandes beneficios para el que aprende y sobre quién se trabaja. La autoevaluación permite re direccionar el proceso de aprendizaje, apoyándose en las fortalezas y mejorando áreas de desarrollo más débiles.

El último paso a considerar es el de la investigación, la cuál puede ser llevada a cabo por el equipo de salud. La investigación apoyada en la práctica clínica mejora la adherencia al tratamiento<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Gearing RE, Mian IA. Un acercamiento a la maximización de la Adherencia al Tratamiento de Niños y Adolescentes con Trastornos Psicóticos Revista de Psiquiatría 2005.



## **APARTADO N°3**

### **Familia**

#### **Definición de familia**

Fernández Moya J. (2000) propone una definición actualizada de lo que sería la familia, basándose en la definición propuesta por Rosalía Bikel (1982): ...la familia es un sistema organizado cuyos miembros, unidos por relaciones de alianza y/o consanguinidad, sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad para lo cual utilizan información de adentro y de afuera del sistema y la experiencia actual – histórica de cada uno de sus miembros.

Para el paciente psiquiátrico, mantener el vínculo familiar, es un factor importante en el proceso del tratamiento y de la recuperación- rehabilitación. La familia puede contribuir al apego terapéutico elemento indispensable para evitar una recaída o una agudización del cuadro.

La familia es un componente de la estructura de la sociedad. Como tal se encuentra condicionada por el sistema económico y el período histórico-social y cultural en el cual se desarrolla.

Trabajar con los pacientes para que aprendan a reconocer los síntomas precoces de la recaída evita una agudización completa de la enfermedad. Informar a la familia acerca de las características de la enfermedad y enseñarles estrategias para afrontarla puede reducir las recaídas y aumentar de forma notable la calidad de vida del paciente.

#### **EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: FAMILIA FUNCIONAL Y FAMILIA DISFUNCIONAL**

Si bien, no se puede hablar de una familia como “sana” o “enferma”, “normal” o “anormal”, ya que no existen criterios únicos para tomar de parámetros, sí existen ciertas características que hacen que una familia funcione relativamente “bien” y a

partir de ello se puede decir que es “funcional”. A la hora de evaluar el funcionamiento de una familia, se debe focalizar en:<sup>15</sup>

- ✓ La capacidad que tiene la familia para resolver problemas.
- ✓ El clima emocional que hay en ella,
- ✓ la capacidad de cambio en el curso del ciclo vital de la familia,
- ✓ la capacidad de regular la proximidad y
- ✓ la distancia en las relaciones intrafamiliares, la formación de fronteras generacionales funcionales.
- ✓ Por otro lado, Virginia Satir (citada en Fernández Moya, J. op. cit) propone ciertas reglas de comunicación que permiten garantizar la funcionalidad de la familia, ellas son:
  - ✓ Las transacciones que son iniciadas deben ser terminadas
  - ✓ Las preguntas se formulan con claridad y se responden con claridad
  - ✓ La hostilidad y los conflictos son reconocidos e interpretados
  - ✓ Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás.
  - ✓ Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás y de comunicar las esperanzas, temores y expectativas que tiene con respecto a las partes interactuantes.
  - ✓ Se admite la diferencia de opiniones|
  - ✓ Los miembros de la familia son capaces de elegir entre varias alternativas de conducta. Cada uno de los miembros tiene capacidad para aprender de la experiencia y rechazar modelos obsoletos.
  - ✓ Los mensajes que los miembros de la familia se envían mutuamente son enunciados con claridad y la conducta correspondiente es coherente con el mensaje. A su vez, Weakland plantea que las familias que logran dejar de lado las

---

<sup>15</sup> Fernández Moya, J. (2000).

Según Beavers,<sup>16</sup> una familia funcional se caracteriza por tener:

- ✓ Un sistema común de valores
- ✓ Una preocupación recíproca que apunte al bienestar de sus miembros no a la desvalorización mutua, respetando los límites y la independencia de cada uno de sus miembros
- ✓ Una amplia gama de sentimientos: ternura, alegría, dolor, hostilidad, etc. Que permita sacar los conflictos, confrontarlos, disputarlos, con una intención de clarificar el clima familiar y generar alternativas de solución.
- ✓ La voluntad de confiar: tanto en los miembros de la familia como los de afuera de ella, de creer que por lo general tienen buenas intenciones, no son hostiles y tendientes al rechazo
- ✓ La oportunidad de dialogar: permitiendo que cada uno sintonice lo que el otro está sintiendo, pero sin embargo permita manifestar su propia posición.

Por otro lado, una familia disfuncional, sería aquella que:

- ✓ Tiene dificultades para resolver problemas
- ✓ Sus procesos interaccionares son fijos.
- ✓ Tienden a culpabilizar a uno de sus miembros (chivo expiatorio)
- ✓ Los conflictos no se enfrentan.
- ✓ Hay negación de los problemas existentes
- ✓ Las estrategias para resolver los conflictos suelen ser siempre las mismas a pesar de su ineficacia
- ✓ Hay rigidez y poca capacidad de cambiar.
- ✓ Las fronteras generacionales son difusas

---

<sup>16</sup> Citado en Fernández Moya, J., op cit.

- ✓ No hay organización jerárquica
- ✓ Se forman triangulaciones patológicas
- ✓ Hay dificultades en la comunicación
- ✓ No hay un buen manejo de la proximidad/ distancia entre sus miembros (familias centrípetas o familias centrífugas)

## **Tipos de Familia**

A-Familia nuclear: es la integrada por una pareja que tenga hijos o no, o por uno de los miembros de la pareja con su descendencia. Incluye los hijos sin padres en el hogar, los hijos de uniones anteriores, la adopción y el equivalente de pareja.

Existen diferentes tipos de familia nuclear

- ✚ Parejas sin hijos y pareja sin hijos en el hogar
- ✚ Familia monoparental: integrada por uno de los dos padres y uno o más hijos.
- ✚ Familia biparental: integrada por el padre y la madre, y uno o más hijos.
- ✚ Familia con padres ausentes: integrada solo por dos o más hermanos.
- ✚ Familia reconstituida: La característica de que uno o los dos miembros ya tuvieron al menos un matrimonio anterior, hayan tenido hijos o no.
- ✚ Equivalente de pareja. Pareja de homosexuales que se reconoce a sí misma como pareja ante el equipo de salud

B-Familia extensa: aquella que descienda de un mismo tronco, independientemente del número de generaciones y que esté integrada por una pareja con hijos cuando al menos uno de ellos convive en el hogar con su pareja, o equivalente de pareja, con descendencia o sin ella.

C-Familia ampliada: cuando la familia nuclear o extensa se integran otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional. Se pueden considerar otros casos en los que aunque no existan vínculos consanguíneos y de parentesco entre ellos, sí existen de convivencia y afinidad.

### **Estructura y dinámica familiar**

En la familia, tanto la estructura como su dinámica están íntimamente relacionadas, se puede decir que son algo simultáneo y continuo

La estructura familiar, Minuchin la describe como:

*"el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, la cual es un sistema que opera a través de pautas transaccionales... las cuales regulan la conducta de los miembros de la familia".*

Lo que significa que cada miembro toma pautas de cómo debe relacionarse, cuándo y con quién, lo que determinará la dinámica familiar. De la misma manera, éste modo conductual dentro de la familia, permite determinar quién es el que manda en la familia, cómo han de actuar los padres ante los hijos y viceversa, en fin, la forma en cómo se complementarán para constituirse como conjunto.

Este conjunto o sistema familiar se perpetua por medio de las readaptaciones que debe ser capaz de hacer, cuando las circunstancias cambian, y a la vez por medio de pautas conductuales -más o menos estables para que la estructura familiar se mantenga y consolide.

Esta adaptabilidad de la familia ante la crisis que demanda la vida, estará determinada por la adaptabilidad de sus miembros.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, que pueden determinarse por la edad, sexo, función que realicen, interés.

Esta organización en subsistemas permite a su vez, que cada individuo reciba entrenamiento que fortalezca su "yo", y a la vez, le permite aprender interrelacionarse, adoptando pautas conductuales adecuadas o no, de tal forma que un hijo debe obedecer a su madre, y al hacerlo define quién es ella en relación con él, y él en relación con ella. Por otro lado, el hijo mayor puede tener un rol parecido al de los padres, cuando éstos faltan.

No obstante, cada subsistema en la familia debe dejar bien claros esos límites, en base a las funciones que le competen; así los padres deben de orientar a sus hijos, alimentarlos y apoyarlos, por lo tanto el liderazgo familiar recae necesariamente en ellos.

Al dejar claros esos límites, permite que cada individuo se -desarrolle en forma organizada dentro de su subsistema, y así el funcionamiento familiar es adecuado. De allí que, si éstos límites son difusos, los miembros tienden a sobre involucrarse en funciones que no les competen; si -por el contrario, éstos límites son muy rígidos, los miembros estarán desligados unos de otros, con un sentido desproporcionado de independencia, estos tipos de familia se definen como familia sobre involucrada e Indiferente, respectivamente; entre ambas, y con sus límites claros está la familia normal.

Pero no necesariamente toda la familia puede tener tal o cual delimitación; puede suceder en uno de los subsistemas, por ejemplo: que ambos padres estén sobre involucrados entre sí, pero no en relación a sus hijos.

En base a éstos límites podemos definir tres subsistemas básicos en una familia, dependiendo de su rol o funciones:

1. - Subsistema Conyugal.
- 2.- Subsistema Parental,
3. - Subsistema Fraternal

El Subsistema Conyugal:

Es el primero que se forma, cuando una pareja se forma es necesario su -complementariedad y acomodación mediante pautas transaccionales que ellos ya

traen de sus familias de origen, y de aquellas que ellos mismos formarán al interrelacionarse.

Este subsistema conyugal habrá de adaptarse a las etapas que sufrirá, habrá de mantener su unidad puesto que al final del ciclo de la vida familiar, éste subsistema será el único que quedará. De allí que es necesario la interdependencia entre los cónyuges, y la delimitación de su privacidad, es decir, su propia autonomía.

#### El Subsistema Parental:

Se forma cuando nace el primer hijo, se iniciarán por tanto, nuevas funciones dentro de las etapas que vayan -apareciendo, de allí que durante la lactancia la madre -habrá de darle a su hijo además de su leche, su cariño y protección; posteriormente durante el destete, reafirmará su carácter al enfrentarse al niño a su primera adaptación.

Pero a medida que el niño crece empujará también a los padres a adaptarse con él, puesto que éstos habrán de aprender a enseñar, ya que nadie nace siendo un padre ideal y sapiente. De allí que cuando el niño empieza a -relacionarse con otras personas, los padres habrán de darle las pautas de relación, adecuadas éstas últimas con las normas sociales y culturales. Es acá donde surge el -principio de autoridad y liderazgo, puesto que aun cuando los padres sean comprensivos tendrán que restringir en algún momento dado a sus hijos. El subsistema parental se adapta con el advenimiento de un nuevo hijo, y su interrelación con cada-uno de los hijos es triangular, es decir, de ambos padres con cada uno de los hijos.

#### El subsistema fraterno:

Está determinado por un cierto grado de igualdad entre -todos los hijos, pues todos son hermanos. No obstante, la edad, el sexo y su orden (del primogénito al

benjamín) es lo que determinará diferencias en cuanto a su desarrollo personal y su orientación posterior.

Estos subsistemas que forman parte de la estructura familiar, al mismo tiempo se dinamizan al interrelacionarse.

Es así como la familia se ve sometida a la presión interna de la evolución de cada miembro y subsistema, y al mismo tiempo, la presión que ejerce en el exterior la sociedad.

La familia se debe adaptar en los momentos transicionales de cada uno de sus miembros, por ejemplo:, cuando el niño se convierte en adolescente, cuando se casa, todo ello determina reorganización de la familia.

Por últimos la familia, manteniendo siempre su homeostásis interna, se debe adaptar frente al stress referente a problemas de idiosincrasia, como sucede cuando un individuo se enferma seriamente, su rol debe ocuparlo otro miembro, y cuando aquel regresa, debe de reorganizarse nuevamente.



## APARTADO N° 4

### Psicoeducación

La psicoeducación es un proceso que permite a las personas que sufren un trastorno mental, informarse, desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables, haciendo énfasis en aspectos psicológicos como motor para alcanzar las máximas cuotas de autonomía. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta.

De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, cuanto mayor conocimiento tiene el paciente de su proceso-enfermedad, mejor puede vivir con su condición. Tampoco debemos olvidarnos de la importancia de la educación en la familia del paciente.

La Psicoeducación surge como una respuesta a las necesidades más integrales de abordaje de la enfermedad mental<sup>17</sup>, convirtiendo a pacientes y familiares en colaboradores activos en el tratamiento de la enfermedad, para tratar de mejorar el apego terapéutico, crear ambientes bajos en estresores, y disminuir las probabilidades de recaídas.

Algunos defensores de la psicoeducación sostienen que para ponerla en práctica es suficiente asistir a algunos cursos y talleres con poca inversión temporal y económica. Además es útil en diversos ámbitos, uno el económico, por su costo-efectividad.<sup>18</sup>No obstante entre sus críticas destaca la poca experiencia del personal a cargo del tratamiento, con los efectos altamente desfavorables que ello implica para el proceso familia-enfermo.

---

<sup>17</sup> Varela C. La influencia de la familia en el paciente esquizofrénico. Universidad de Sonora 1999.

<sup>18</sup> El estudio de Lehtinen, hecho durante cinco años, mostro una reducción del 51% al 18% en el pago por incapacidad a los enfermos luego de recibir el tratamiento; asimismo si el número de recaídas disminuye los costos sociales y financieros pueden verse aminorados.

Actualmente se considera que el paciente y la familia consiguen mayor conocimiento de la enfermedad, pero esto no frena totalmente las recaídas. Por lo tanto, variables más decisivas para el cambio se encuentran en el formato psicoeducativo del grupo y de las actividades de los profesionales que las llevan a cabo, según Belloso (2006).

Los actuales protocolos de manejo buscan, además de eliminar los síntomas e intervenir en la etiología de la enfermedad, mejorar la funcionalidad, la independencia del paciente, y una mejor calidad de vida, en su entorno familiar, social y laboral.

Se define como calidad de vida<sup>19</sup>, y que se ha extendido su uso a otras patologías mentales al grado con el que se experimenta placer y satisfacción, en diversas áreas de la vida, tales como estado de salud física, estado de ánimo, en el área laboral o escolar, en las actividades del tiempo libre, en las relaciones sociales y familiares, y en la actitud general.

Dos puntos importantes para mejorar la calidad de vida son prevenir las recaídas y mejorar el apego terapéutico (alianza terapéutica)

## **Historia**

La divulgación y el desarrollo del término psicoeducación en su forma actual se le atribuye ampliamente a la investigadora americana Carol M. Anderson en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Su investigación se centró en educar a sus familiares con respecto a los síntomas y al proceso de la enfermedad, lo que se tradujo en disminuir las recaídas y los re-ingresos.

Uno de los antecedentes más importantes en el camino a la psicoeducación son los trabajos de George Brown al describir lo que llamó “emoción expresada”. El concepto nace de la observación empírica de interacciones entre esquizofrénicos

---

<sup>19</sup> Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. Salud Mental 1997;20:15-23

y sus familiares, en las que en tanto más intolerantes, sobre-involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos.

Existe una relación directa entre mayor emoción expresada (mediante valor numérico) y las dificultades de adaptación del paciente, haciendo más frecuentes las recaídas. Con las propuestas de Brown, se identificó un patrón de interacción familiar determinado que es posible asociar con una mayor frecuencia de recaídas, y a partir de ahí la posibilidad de intervenir para evitar ese patrón mediante el entrenamiento. Los antecedentes necesarios para que aparezcan programas de entrenamiento a familias de enfermos mentales fueron la necesidad de trabajar con pacientes en la comunidad (disminuir los periodos de hospitalización) y la importancia de simplificar esta aproximación para hacerla accesible a la población. Este tipo de programas, conocidos en principio sencillamente como “intervenciones psicosociales” tienen en común cuatro características:

1. Reconocer los trastornos psiquiátricos como una enfermedad.
2. Reconocer que el ambiente familiar no está implicado en su etiología.
3. Las familias son involucradas como agentes terapéuticos.
4. Las intervenciones son parte de un paquete de tratamiento que utiliza además tratamiento farmacológico y manejo clínico de rutina.

A partir de 1978 aparecieron un gran número de autores, clínicas y grupos que mediante diversos modelos de intervención psicosocial, buscaron documentar la eficacia de sus propuestas, destacando varios autores como Goldstein, Hogarty, Fallon, Tarrrier, McFarlane, y Schooler con investigaciones amplias de sujetos y familias estudiados, los cuales documentaron una disminución en las recaídas en los pacientes cuyas familias fueron tratadas, y sustentaron que es factible influir en la evolución de padecimientos mentales mediante el entrenamiento familiar.

Si bien al principio se estableció una ardua disputa con la terapia familiar, que tuvo su nacimiento en la psiquiatría, el diálogo entre psiquiatras, terapeutas familiares,

psicólogos, trabajadores sociales y otros ha permitido redimensionar la psicoeducación, la cual no se adhiere a ninguna escuela de terapia familiar en particular.

Es necesario señalar que el propósito general de la psicoeducación nada tiene que ver con curar la enfermedad mental, ni mucho menos con volverse una alternativa en antagonismo con otras como la terapia farmacológica

La psicoeducación resulta ser un coadyuvante en el tratamiento de los trastornos mentales.

En un estudio hecho por Quiroga, H. en el año 2003 se presentan los principales aportes terapéuticos entre ellos destacan la efectividad de las intervenciones psicoeducativas como el riesgo de recaídas ya que se destaca un aumento en el cumplimiento del tratamiento y una diferencia significativa en el número de reincidencias, la adherencia al tratamiento aunque no resulta del todo concluyente parece desprenderse de estos estudios que existe una mejoría en el cumplimiento del mismo, el funcionamiento socio/familiar en pacientes sobre cuyas familias se han realizado intervenciones de corte psicoeducativo se ha encontrado cierta mejoría que se puede atribuir más bien a un cambio en la percepción del miembro familiar enfermo y a una respuesta más positiva hacia su conducta que a un aumento de su funcionamiento tanto en independencia como en actividad social.

Una revisión realizada por Pekkala E, Merinder L. en 2007, muestra evidencia sobre 15 estudios revisados de ensayos controlados aleatorios pertinentes que se centraron en psicoeducación para la esquizofrenia o enfermedades mentales graves relacionadas que incluyeron individuos o grupos. Compara la eficacia de la psicoeducación sumada a la atención estándar como un medio de ayudar a las personas con enfermedad mental grave, con la de la atención estándar solamente. Las pruebas demuestran una reducción significativa de las tasas de recaída o de reingreso hospitalario. Se puede estimar que se pueden evitar alrededor de doce recaídas, o al menos se pueden posponer, durante alrededor de un año si 100 pacientes recibieran psicoeducación.

## **Tipos de Psicoeducación**

### **Familiar**

El modo en que la familia se enfrenta a la enfermedad y a los problemas con el enfermo va a tener una gran influencia sobre su evolución. De hecho, se han realizado numerosas investigaciones en las que se ha estudiado esta influencia. Los resultados son coincidentes: un mayor número de recaídas correlaciona con pacientes que viven en un entorno familiar que mantienen actitudes negativas hacia ellos y su enfermedad. A estas familias se las denomina “de alta expresividad emocional”

Debido a que, con frecuencia, es difícil para los miembros de la familia y para el paciente aceptar el diagnóstico del mismo, la psicoeducación también tiene la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psicológicos y a disminuir las barreras para el tratamiento. La psicoeducación, a través de una opinión mejorada de las causas y efectos de la enfermedad, a menudo ensancha el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad y este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva. De esta manera se disminuye el riesgo de recaída. Los pacientes y los miembros de la familia que están mejor informados sobre la enfermedad se sienten menos impotentes.

### **Grupal**

La psicoeducación puede transcurrir en discusiones de uno a uno o en grupos y son llevadas a cabo por psicólogos, médicos, enfermeras o cualquier miembro del equipo de Salud. En los grupos, se informa a varios pacientes y/o familiares sobre la enfermedad al mismo tiempo. También, los intercambios de experiencias y el apoyo mutuo, juegan un papel en el proceso de salud.

Los mecanismos de acción de los grupos psicoeducativos proporcionan una buena información y dando unas instrucciones al paciente para el afrontamiento y el manejo de la enfermedad, se reduce el sentimiento de culpa, la ansiedad y la confusión, por lo que, se disminuye también la tensión y el estrés. Los consejos

específicos dados sobre la detección de signos de alarma, pautas para prevención de recaídas, influyen directamente sobre la eficacia del tratamiento y tienen, por tanto, un efecto positivo sobre el curso de la enfermedad. La psicoeducación puede reducir el sentimiento de culpa de los pacientes, sobre todo cuando se trabaja en grupo, ya que los miembros del mismo se pueden dar cuenta de que otras personas tienen problemas similares y cuando aprenden juntos la manera de enfrentarse a la enfermedad, se puede llegar a liberar una gran carga emocional. Si el paciente es capaz de comprender y controlar, al menos en parte, su enfermedad puede disminuir el estigma y desarrollar de esta forma un sentimiento de aceptación social dentro del propio grupo.

En algunos casos se produce una reestructuración indirecta ya que algunos miembros del grupo reconocen la existencia de problemas en otros siendo capaces de encontrar soluciones para ellos mejor que en su propio caso y viceversa. Hay personas que aplican para sí soluciones concretas a las que llegó todo el grupo. La información aportada en los grupos, lo que se aprende con los ejemplos y los consejos específicos transmitidos, sirven para mejorar la comunicación entre los pacientes, facilitando de esta forma el dialogo para resolver los problemas.

### **Individual**

Se trata de sesiones o talleres que proveen al paciente datos concretos y específicos de la enfermedad y las técnicas propuestas para enfrentar los problemas que ella causa, posteriormente se fijan metas accesibles y realistas, las intervenciones continuadas se centran en mejorar la motivación y el funcionamiento. Se tratan también los sentimientos de los pacientes así como sus experiencias pasadas y presentes con el objetivo de que el paciente se comprenda y se acepte a sí mismo, además de tener un crecimiento personal.

Con todo lo comentado, hoy día parece suficientemente contrastado que la psicoeducación debe ser una parte integrante de cualquier paquete de tratamiento que tenga como objetivo el abordaje psicosocial de los Trastornos Metales

Graves, siendo muy probable que su uso dentro de un formato comprensivo de abordaje colabore a maximizar las sinergias positivas entre las variables biopsico-sociales implicadas en el mismo.

## **HIPOTESIS**

La realización de intervenciones educativas de enfermería teniendo en cuenta el perfil del paciente disminuye el porcentaje de reingresos en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra.



## CAPÍTULO II

### DISEÑO METODOLOGICO

#### **Tipo de estudio:**

El estudio empleado en esta investigación, es cuantitativo, descriptivo, y retrospectivo.

Es un estudio cuantitativo: porque los resultados se expresan en números.

Descriptivo: ya que se realiza un análisis y descripción de los datos obtenidos, es decir cómo se encuentran las variables a estudiar en la realidad.

Retrospectivo: porque las variables que se estudian se buscaran en hechos ya sucedidos, se obtienen los datos de las historias clínicas de los pacientes reingresados.

#### **Área de estudio:**

Este estudio se efectúa en el hospital Escuela de salud mental Dr. Carlos Pereyra, ubicado en Itzaingó 2831, Mendoza. Ciudad.

#### **Población:**

El universo de nuestra investigación serán los enfermeros que trabajan en el Hospital Dr. Carlos Pereyra en el servicio de hombres y mujeres, y los 85 pacientes reingresados del pabellón de hombres del hospital en el periodo de julio de 2013 a julio de 2014.

#### **Muestra**

Los 30 enfermeros que se desempeñan en el servicio de hombres y mujeres del hospital Dr. Carlos Pereyra y 85 pacientes que reingresaron al servicio de hombres en el transcurso de doce meses entre julio del 2013 y julio del 2014.

### **Técnica de recolección de datos:**

Para realizar el presente estudio, se utilizó una encuesta personal con preguntas cerradas y abiertas realizadas al personal de enfermería de los servicios de hombres y mujeres, y se utilizó también el análisis de documento dado que se obtendrán datos de las variables en estudio en las Historias Clínicas de los pacientes seleccionados.

### **Instrumentos:**

- Encuesta con preguntas cerradas y abiertas
- Planilla de registro de datos.

### **Fuentes de información:**

La fuente de recolección de datos es primaria en forma directa con el personal de enfermería y secundaria con respecto a la planilla de registro ya que los datos se obtendrán de las Historias Clínicas de los pacientes.

### **Procedimiento**

Una vez finalizado con la recolección de los datos se procederá a codificar la información en una tabla matriz de datos, la información se tabulará en una tabla de doble entrada con frecuencia absoluta y relativa, para cruzar los datos de las variables en estudio.

La información se presentará en gráfico de barras y de torta que representara cada variable.

V  
A  
R  
I  
A  
B  
L  
E  
S

Edad

Ocupación

Estado civil

Lugar de residencia

- Zona rural
- Zona urbana

Nivel de institución

- sin estudios
- Primaria completa-incompleta
- Secundaria completa- incompleta
- Estudios Universitarios

Grado de dependencia

- De los padres
- El mismo
- De otros

Cobertura médica

- SI
- NO

Tipo de convivencia

- Solo
- Con pareja y/o hijos
- Con la familia
- Con otros familiares o en adopción
- En institución

Existe patología familiar individual

- SI

→ NO

Factores Clínicos

→ Enfermedad crónica

→ Discapacidad física

→ Abusos de drogas

→ Abusos de alcohol

Tratamiento empleado

→ Tratamiento farmacológico

→ Terapia individualizada

→ Terapia en grupo

→ Tratamiento farmacológico más terapia

→ Otras modalidades de tratamiento

Abandono del tratamiento

→ SI

→ NO

V  
A  
R  
I  
A  
B  
L  
E  
S

Profesional de salud

- 20 - 30
- 31- 40
- 41-50

Sexo

- Femenino
- Masculino

Servicio

- Hombres
- Mujeres

Formación Profesional

- Enfermero/a Profesional
- Lic. En Enfermería

Antigüedad en la institución

- 1- 5 años
- 6- 10 años
- Más de 11 años

Años de experiencia del

Profesional en el servicio

- 1- 5 años
- 6-10 años
- Más de 11 años

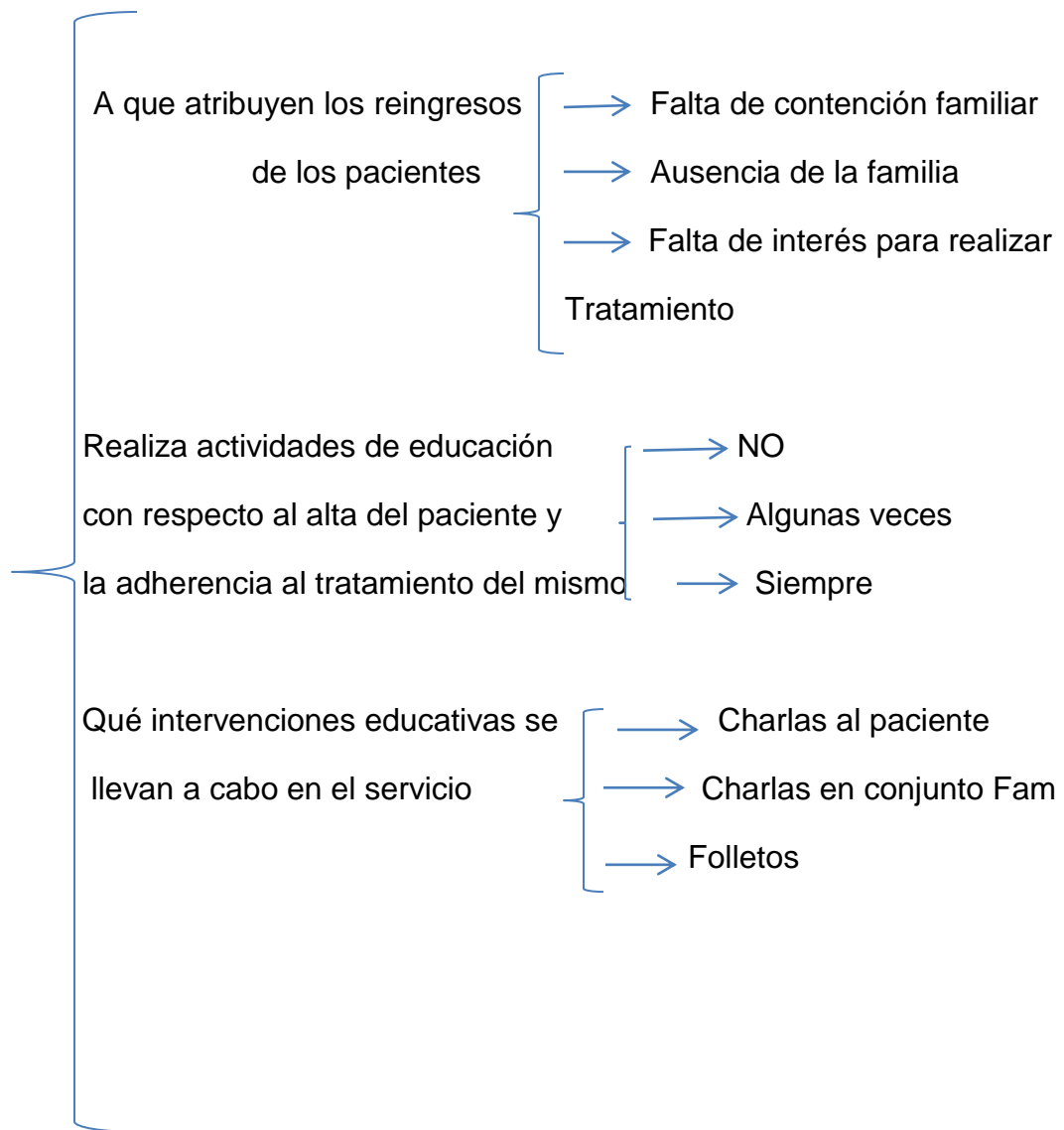
Observa reingreso de

Los pacientes

- SI
- NO

Sabe que significa psi coeducación

- SI / NO



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

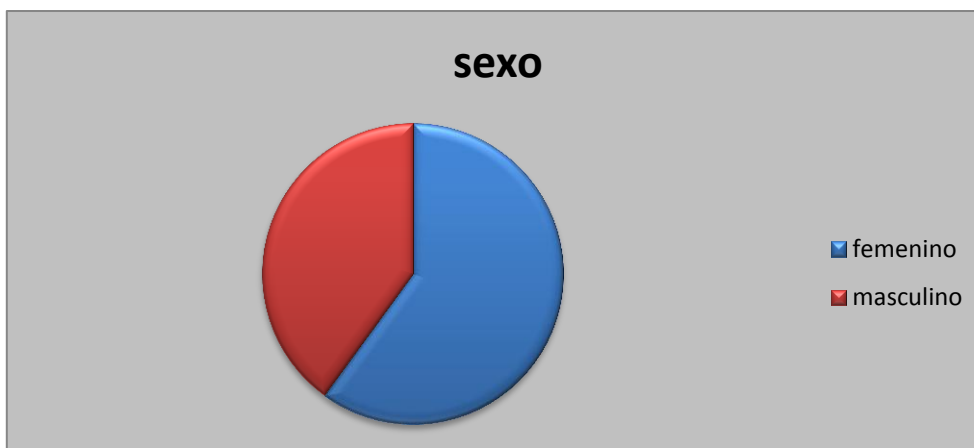
Interpretación de las 30 encuestas realizadas a los enfermeros de los servicios de hombres y mujeres

**Tabla 1: N° de enfermeros en estudio según sexo del Hospital Dr. Carlos Pereyra, Mendoza 2014.**

Sexo	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub>
F	18	60%
M	12	40%
Total	30	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a enfermeros del servicio de los servicios de Hombres y Mujeres del Hospital Dr. Carlos Pereyra, Mendoza 2014.

**Grafico n°1:**



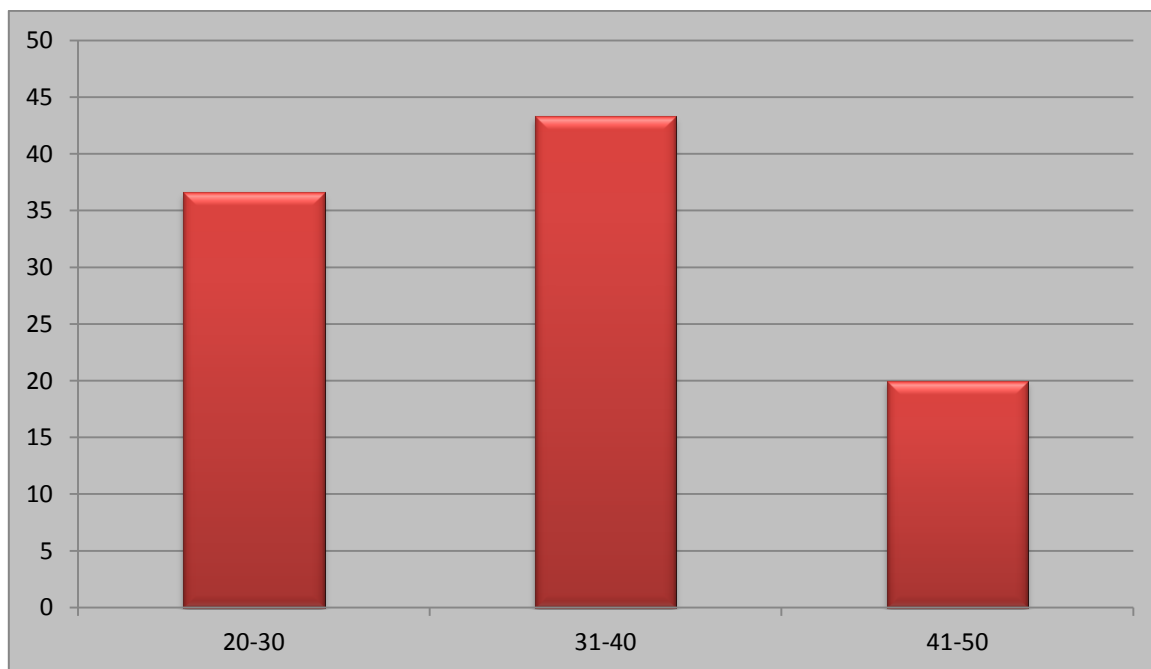
**Análisis e interpretación:** Los servicios de Hombres y Mujeres del Hospital Dr. Carlos Pereyra, cuenta con un plantel de enfermería formado por 18 Enfermeros de sexo femenino y 12 enfermeros de sexo masculino.

**Tabla 2 Edad del personal de Enfermería del Hospital Dr. Carlos Pereyra**

Edad	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub> %
20-30	11	36,6%
31-40	13	43,3%
41-50	6	20%
Total	30	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a enfermeros del servicio de los servicios de Hombres y Mujeres del Hospital Dr. Carlos Pereyra, Mendoza 2014.

**Grafico n°2**



**Análisis e interpretación:** Los servicios de Hombres y Mujeres del Hospital Dr. Carlos Pereyra, cuenta con un plantel de enfermería joven, ya que el 80% de la población se establece en un rango de edad de entre 20-40 años.

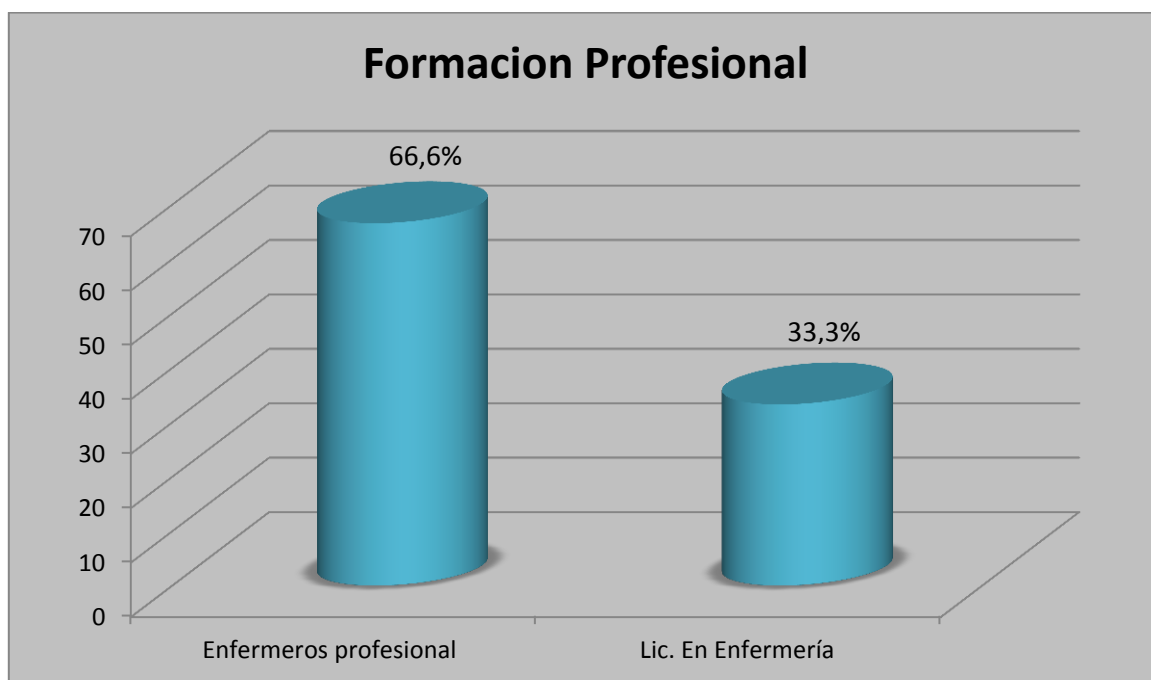


**Tabla 3 Nivel de formación que posee el personal de Servicio de hombres y mujeres del Hospital Dr. Carlos Pereyra**

Formación profesional	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub>
Enfermeros profesional	20	66,6%
Lic. En Enfermería	10	33,3%
Total	30	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a enfermeros del servicio de los servicios de Hombres y Mujeres del Hospital Dr. Carlos Pereyra, Mendoza 2014

**Grafico 3**



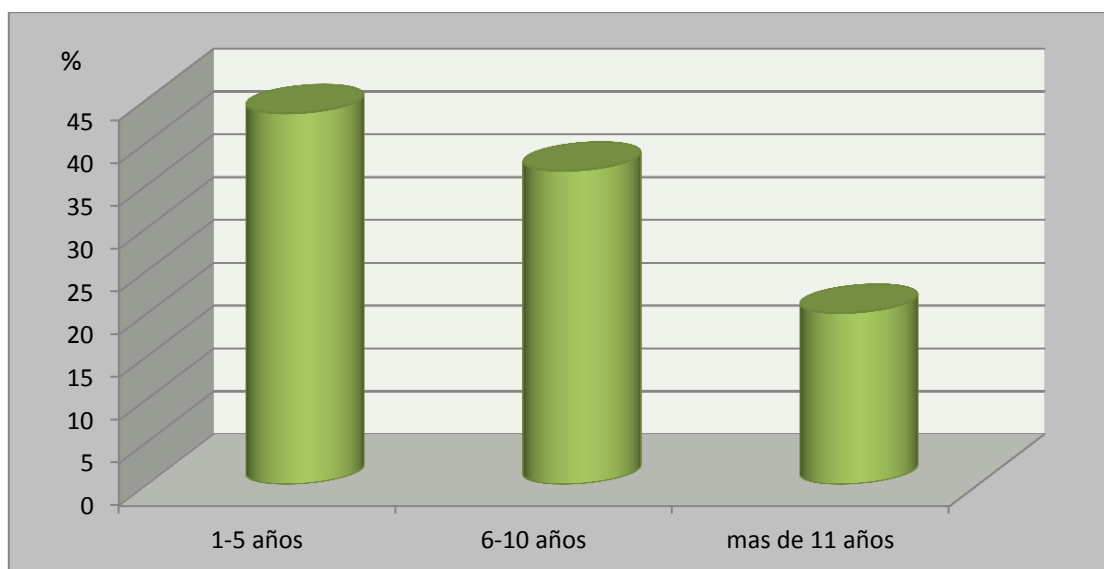
**Análisis e interpretación:** Los servicios de Hombres y Mujeres del Hospital Dr. Carlos Pereyra, cuenta con un plantel de enfermería formado por 20 Enfermeros Profesionales y 10 Licenciados en enfermería.

**Tabla 4: Antigüedad laboral del personal de los servicios de Hombres y Mujeres**

Antigüedad en la profesión	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub>
1-5 años	13	43,3%
6-10 años	11	36,6%
Más de 11 años	6	20%
Total	30	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a enfermeros de los servicios de Hombres y Mujeres, Mendoza 2014.

**Grafico 4**



**Análisis e Interpretación:** El personal de enfermería del Hospital Dr. Carlos Pereyra, cuenta en su mayoría, con personal con antigüedad de entre 1 a 5 años ejerciendo la profesión. De acuerdo a los datos recolectados, se puede decir que el plantel de trabajo es nuevo, con pocos años de antigüedad.

**Tabla 5 Experiencia en salud mental del personal de enfermería del Hospital Dr. Carlos Pereyra**

Experiencia en salud mental	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub> %
1-5 años	18	60%
6-10 años	7	23,33%
Más de 11 años	5	16,6%
Total	30	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a enfermeros de los servicios de Hombres y Mujeres, Mendoza 2014.

**Grafico 5**



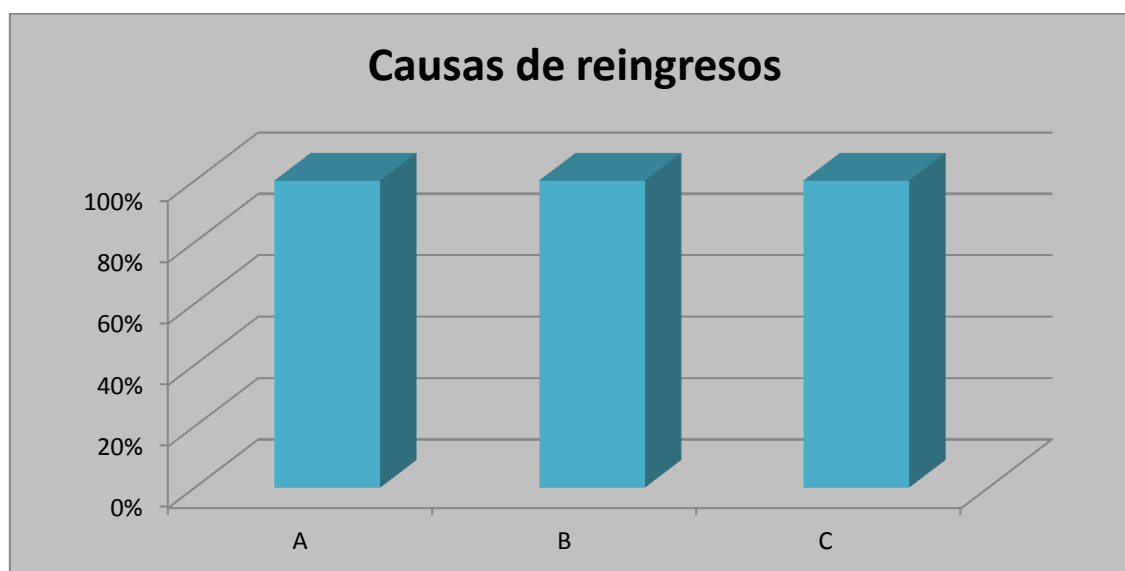
**Análisis e Interpretación:** El personal de enfermería del Hospital Dr. Carlos Pereyra, cuenta en su mayoría, con personal con experiencia en salud mental de entre 1 a 5 años. De acuerdo a los datos recolectados, se puede decir que el plantel de trabajo tiene muy poca experiencia teniendo en cuenta que la salud mental es una especialidad.

**Tabla 6: Causas de reingresos de pacientes al hospital según la mirada del profesional de enfermería**

Causas de reingresos	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub> %
A-Falta de contención o ausencia familiar	10	33,3%
B-Falta de interés para realizar el tratamiento	10	33,3%
C-Otros	10	33,3%
TOTAL	30	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a enfermeros de los servicios de Hombres y Mujeres, Mendoza 2014.

**Grafico 6**



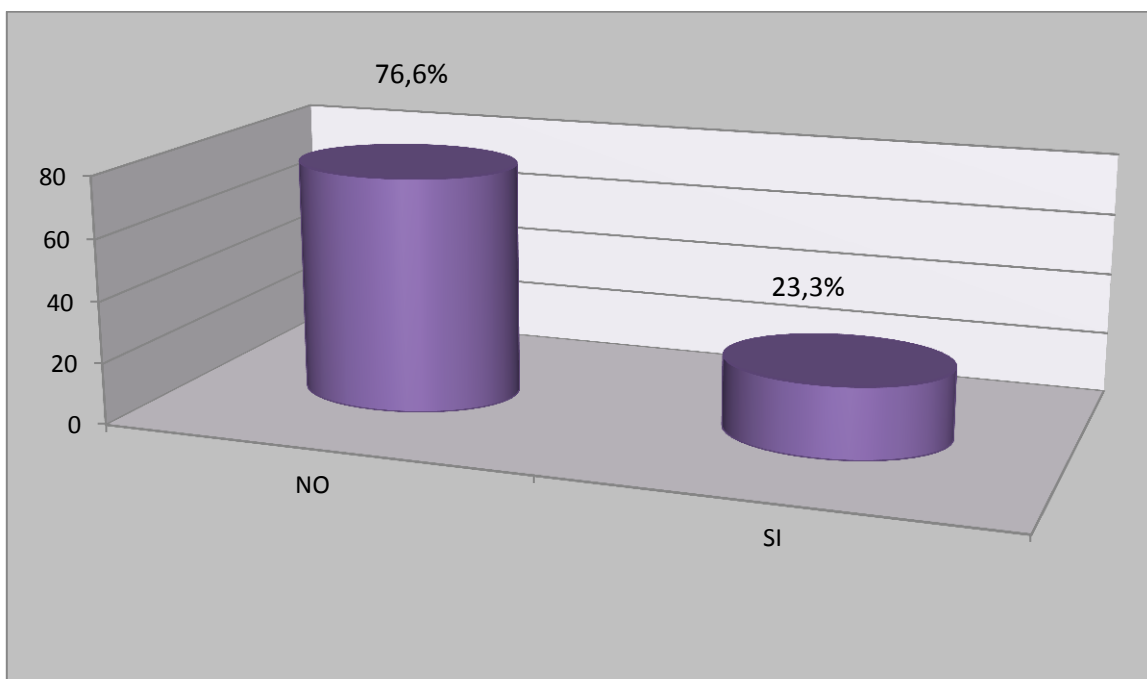
**Análisis e Interpretación:** según la mirada del profesional de enfermería las causas de pacientes reingresados en el hospital es variada, cabe recalcar que en las opciones de “otros” la mayoría de los profesionales sugirió la falta de educación al paciente y familiares como la falta de seguimiento una vez dados de alta.

**Tabla7: Representación de las respuestas a la pregunta ¿Que es Psicoeducación? SI-NO**

¿Sabe que es Psicoeducación?	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub>
NO	23	76,6%
SI	7	23,3%
Total	30	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a enfermeros de los servicios de Hombres y Mujeres, Mendoza 2014.

**Grafico 7: Titulo**



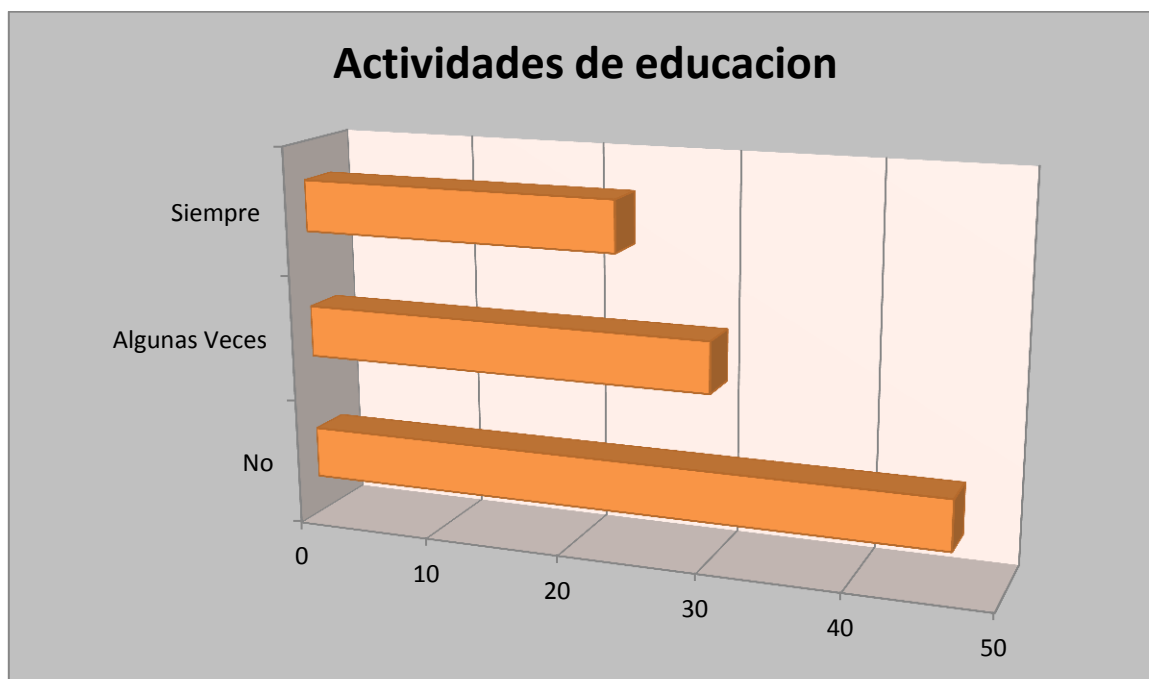
**Análisis e Interpretación:** El personal de enfermería del Hospital Dr. Carlos Pereyra, en su mayoría no sabe el significado de Psicoeducación.

**Tabla 8: Representación de la pregunta Realiza actividades Educativas con los pacientes.**

Actividades de educación	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub> %
No	14	46,6%
Algunas veces	9	30%
Siempre	7	23,3%
Total	30	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a enfermeros de los servicios de Hombres y Mujeres, Mendoza 2014.

**Grafico 8**



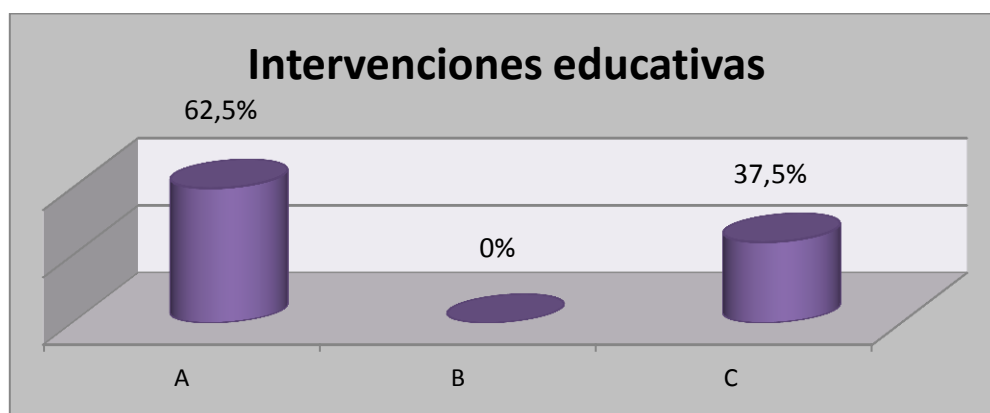
**Análisis e Interpretación:** El personal de enfermería del Hospital Dr. Carlos Pereyra, en su mayoría no realiza actividades educativas.

**Tabla 9: Representación de la pregunta qué tipo de intervención realiza directa con el paciente, con la familia o indirectamente**

Intervenciones educativas	F Ab	F R
A-Talleres Educativas al paciente	10	62,5%
B-Charlas Educativas en conjunto a la familia y paciente	0	0%
C-Forma indirecta a través de folletos o recomendaciones escritas.	6	37,5%
Total	16	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a enfermeros de los servicios de Hombres y Mujeres, Mendoza 2014.

**Grafico 9: Titulo:**



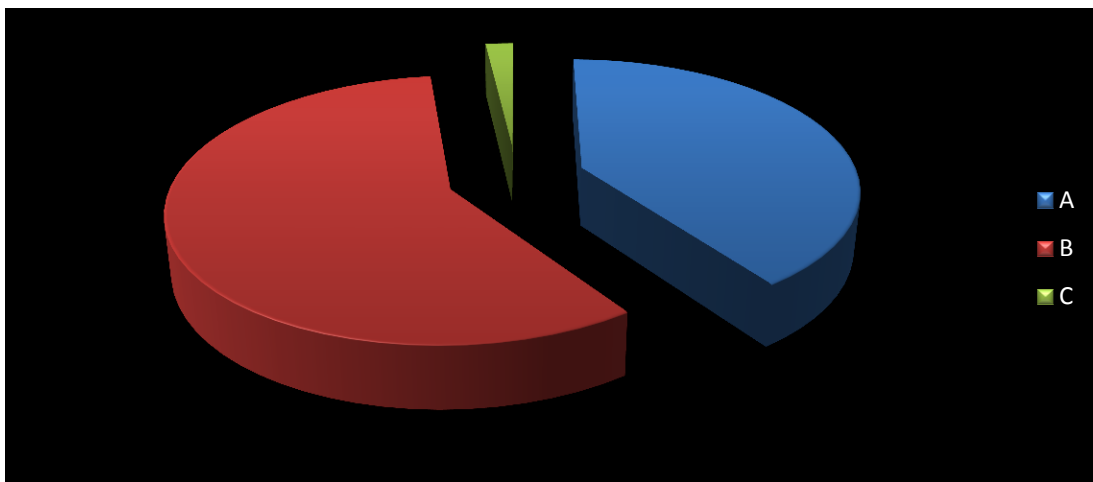
**Análisis e Interpretación:** El gráfico representa el tipo de actividades educativas que realizan los enfermeros del Hospital Dr. Carlos Pereyra. Para realizarlo se consideró la población que realiza Psicoeducación siendo un total de 16 enfermeros, cabe recalcar que en las tareas educativas no se incluye a la familia del paciente, siendo esta el mayor soporte para la adherencia del tratamiento del mismo.

**Tabla10: Representación de las propuestas de tipo de intervenciones educativas aportados por los enfermeros de los servicios de internación del Hospital Dr. Carlos Pereyra.**

Propuestas sugeridas	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub> %
A-Talleres para pacientes	9	30%
B-Talleres para pacientes y familiares	13	43,3%
C-Otros	8	26,6%
Total	30	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a enfermeros de los servicios de Hombres y Mujeres, Mendoza 2014.

**Gráfico 10: Titulo:**



**Análisis e Interpretación:** El gráfico representa los tipos de intervenciones educativas propuestas por los enfermeros del Hospital Dr. Carlos Pereyra. Las mismas fueron agrupadas en tres grupos.

Interpretación de los datos obtenidos de las planillas de registro de los 85 pacientes reingresados en el pabellón de hombres.

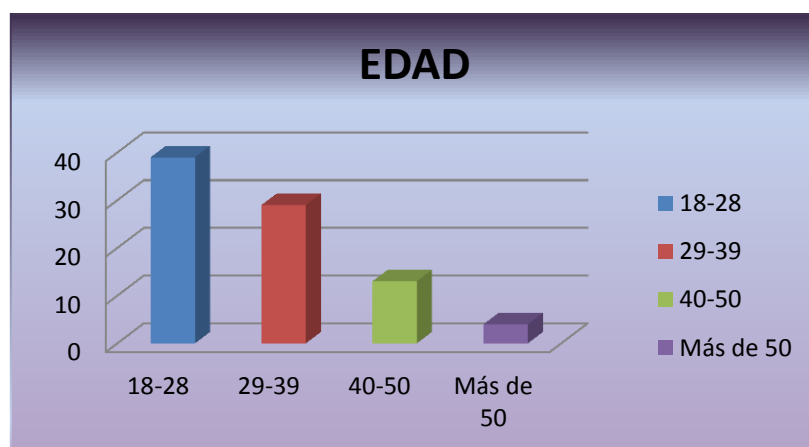


**Tabla 11: La edad de los pacientes reingresados internados durante julio del 2013 a julio 2014**

Edad (años)	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub> %
18-28	39	46%
29-39	29	34%
40-50	13	15%
Más de 50	4	5%
TOTAL	85	100%

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014. Mendoza 2014.

**Grafico N° 11**



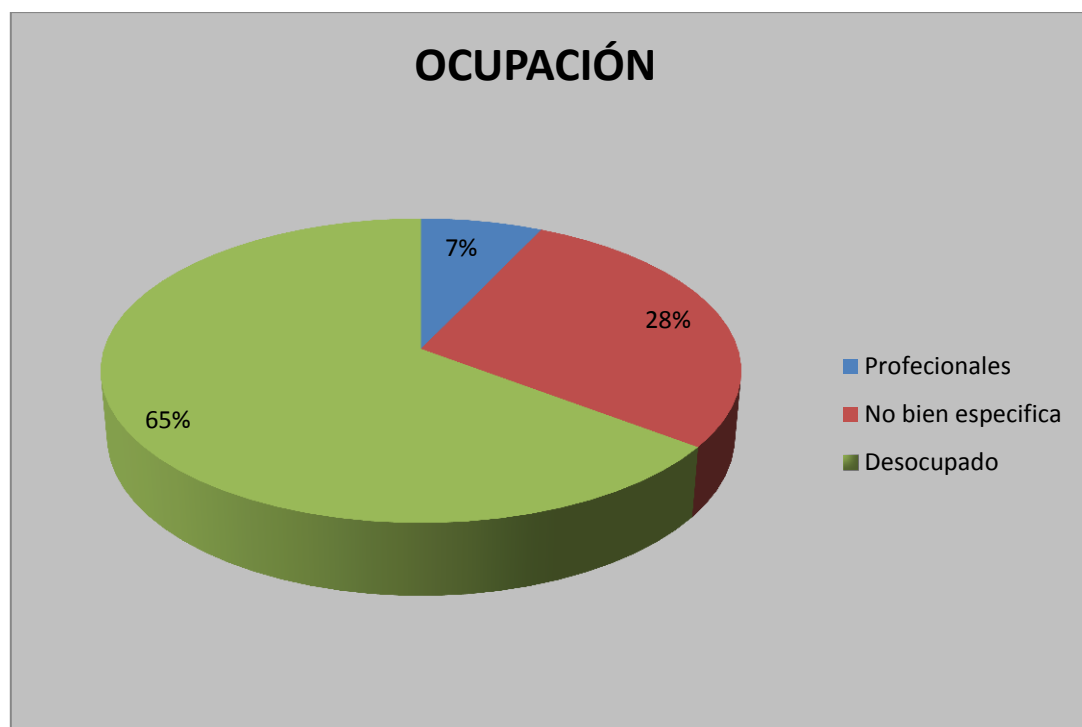
**Análisis e interpretación:** El grafico representa la edad promedio de los pacientes que reingresaron durante el periodo de julio 2013 a julio 2014, prevaleciendo claramente los pacientes comprendidos en el rango de edad de 18 a 40 años por lo que consideramos una población joven de pacientes reingresados.

**Tabla 12: Ocupación de los pacientes reingresados internados durante julio del 2013 a julio 2014**

OCUPACIÓN	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub> %
Profesionales	6	7%
No bien especifica	24	28%
Desocupado	55	65%
TOTAL	85	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014.

**Gráfico N°12**



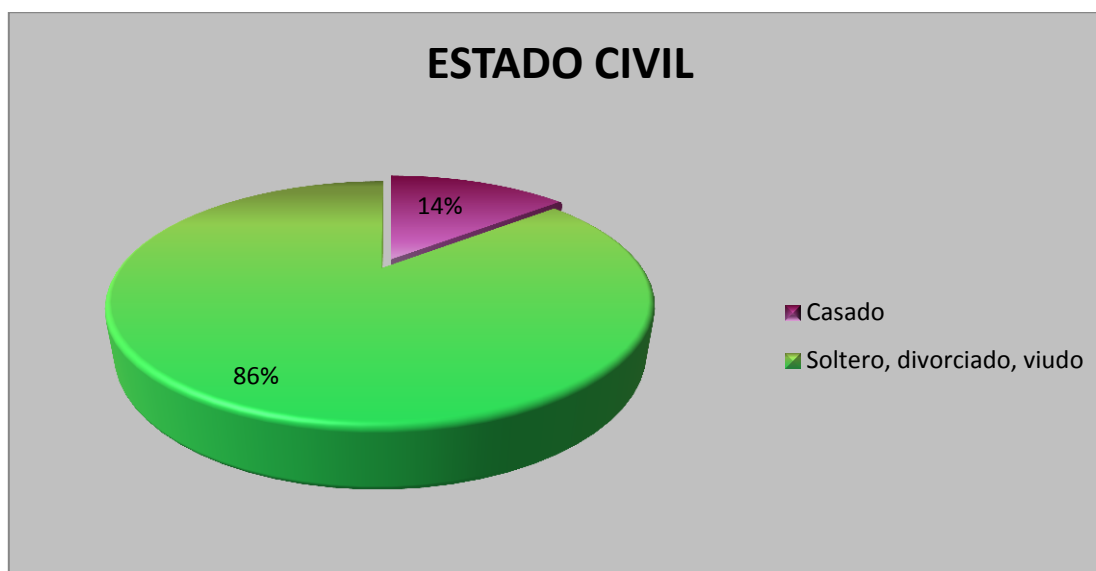
**Análisis e interpretación:** El gráfico representa la ocupación de los pacientes reingresados en el periodo de julio 2013 a julio 2014 se puede observar que la mayoría de estos están en situación de desocupados.

**Tabla 13: Estado civil de los pacientes reingresados internados durante julio del 2013 a julio 2014**

ESTADO CIVIL	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub> %
Casado	12	14%
Soltero, divorciado, viudo	73	86%
TOTAL	85	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014. Mendoza 2014.

**Gráfico N° 13**



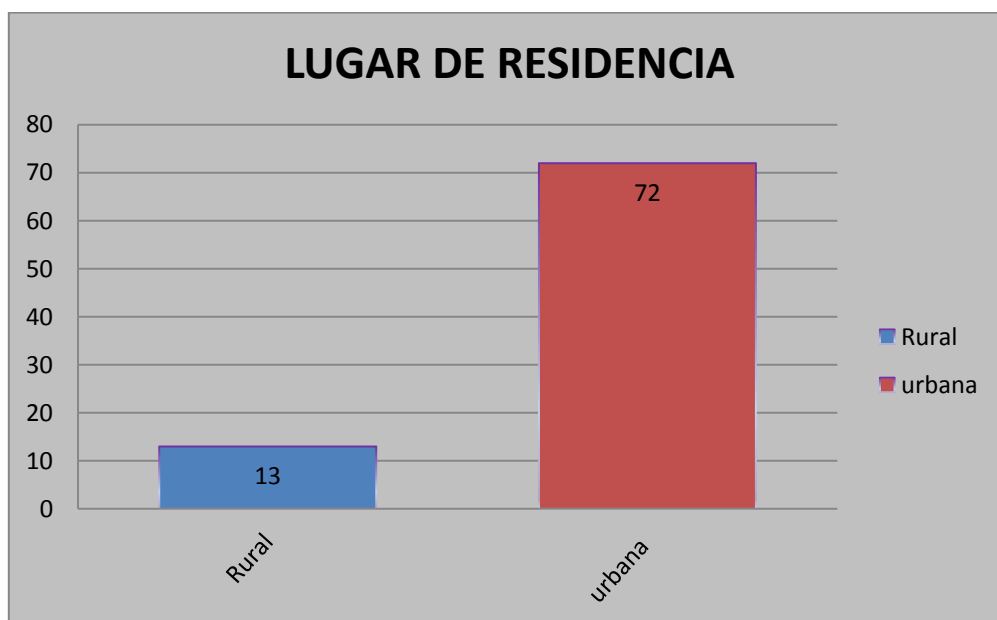
**Análisis e interpretación:** El gráfico muestra el estado civil de los pacientes reingresados en el periodo de julio 2013 a julio 2014 en donde se observa que la mayor incidencia de los pacientes reingresados son solteros, divorciados o viudos.

**Tabla 14: Lugar de residencia de los pacientes reingresados internados durante julio del 2013 a julio 2014**

LUGAR DE RESIDENCIA	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub> %
Rural	13	15%
urbana	72	85%
TOTAL	85	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014.

**Gráfico N° 14**



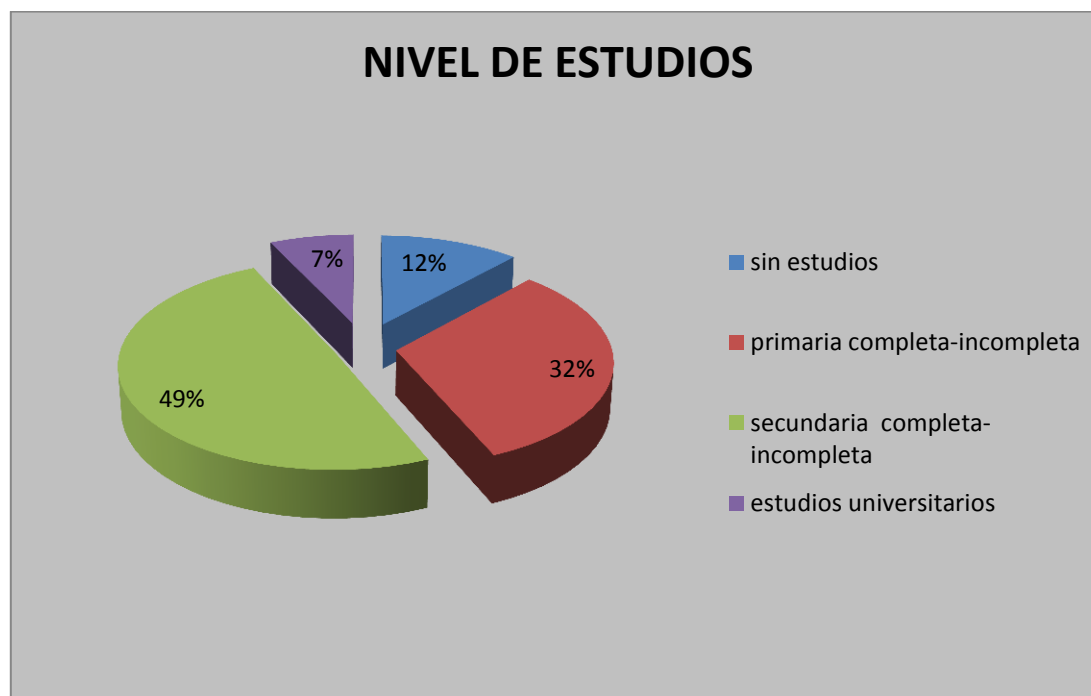
**Análisis e interpretación:** El gráfico representa que la mayoría de los pacientes reingresados en el periodo de julio 2013 a julio 2014 vive en la zona urbana.

**Tabla15: Nivel de estudios de los pacientes reingresados internados durante julio del 2013 a julio 2014**

NIVEL DE ESTUDIOS	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub> %
sin estudios	10	12%
primaria completa-incompleta	27	32%
secundaria completa-incompleta	42	49%
estudios universitarios	6	7%
TOTAL	85	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014.

**Gráfico N° 15:**



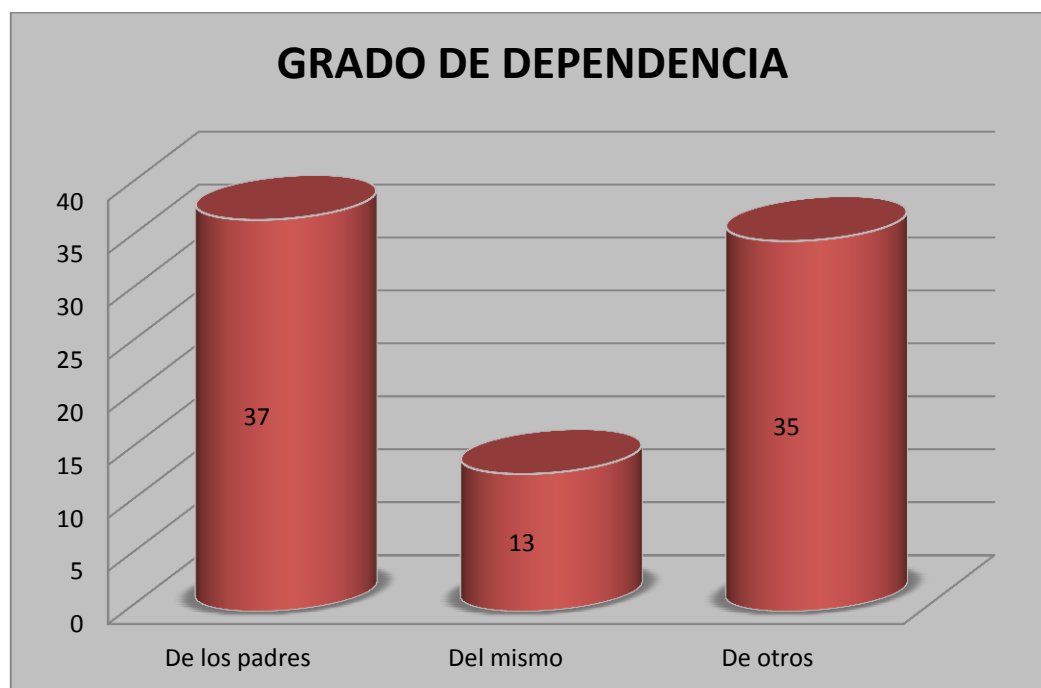
**Análisis e interpretación:** El gráfico representa el porcentaje de nivel educativo de los pacientes reingresados en el periodo de julio 2013 a julio 2014 en donde se observa que la mayor parte de los pacientes no finalizo sus estudios.

**Tabla 16: Grado de dependencia de los pacientes reingresados internados durante julio del 2013 a julio 2014**

GRADO DE DEPENDENCIA	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub> %
De los padres	37	44%
Del mismo	13	15%
De otros	35	41%
TOTAL	85	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014.

**Gráfico N° 16**



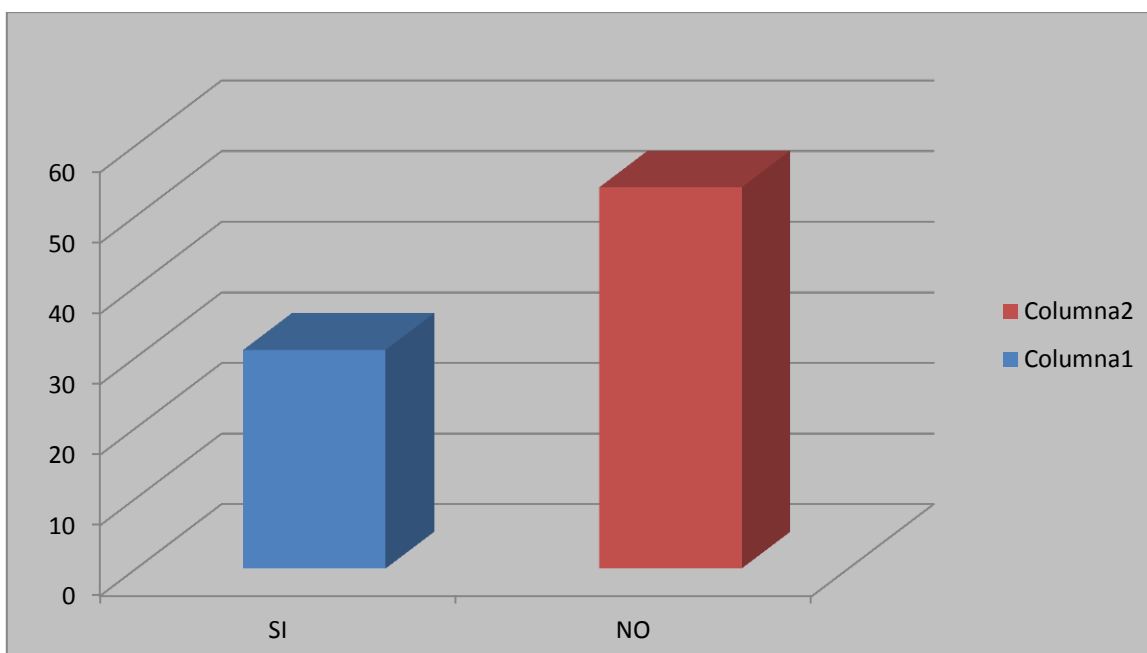
**Análisis e interpretación:** El gráfico muestra que los pacientes reingresados en el periodo de julio 2013 a julio 2014 depende de los padres y otra mayoría de otros.

**Tabla 17: Pacientes reingresados internados durante julio del 2013 a julio 2014 con obra social**

Obra Social	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub>
SI	31	36,47%
NO	54	63,52%
Total	85	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014, Mendoza 2014.

**Gráfico N° 17: Titulo:**



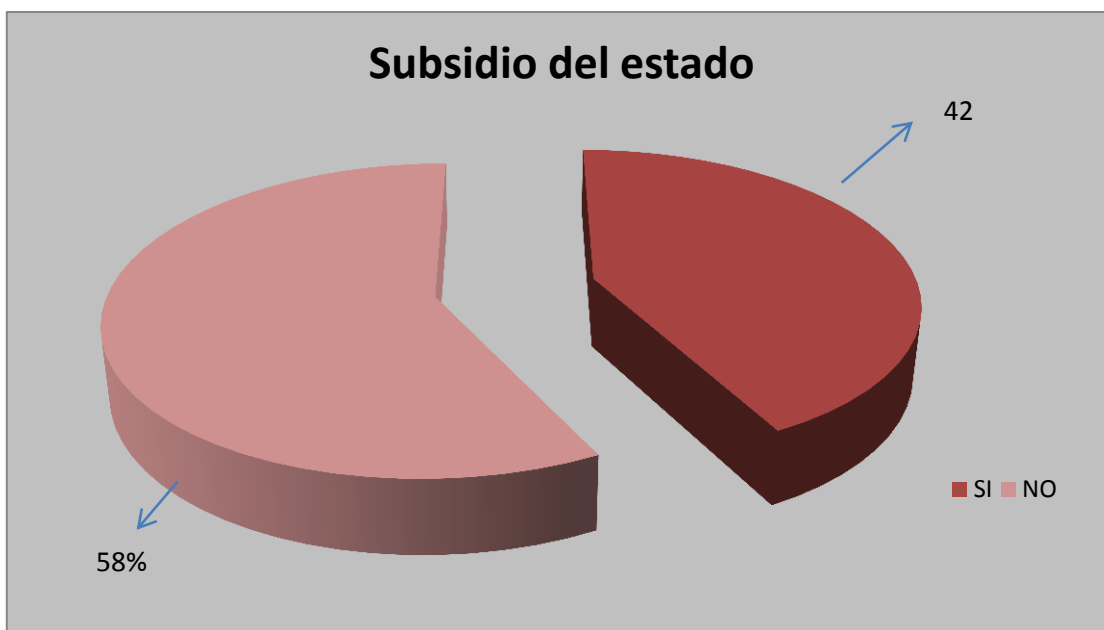
**Análisis e interpretación:** Durante el periodo de julio 2013 a julio 2014 en el servicio de hombres reingresaron 85 pacientes de los cuales 54 de ellos no contaba con cobertura social.

**Tabla 18: Pacientes reingresados internados durante julio del 2013 a julio 2014 que poseen subsidio del estado**

Subsidio del estado	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub>
SI	36	42%
NO	49	58%
Total	85	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014.

**Gráfico N° 18: Titulo**



**Análisis e interpretación:** Durante el periodo de julio 2013 a julio 2014 en el servicio de hombres reingresaron 85 pacientes de los cuales 49 de ellos no poseen subsidio del estado.

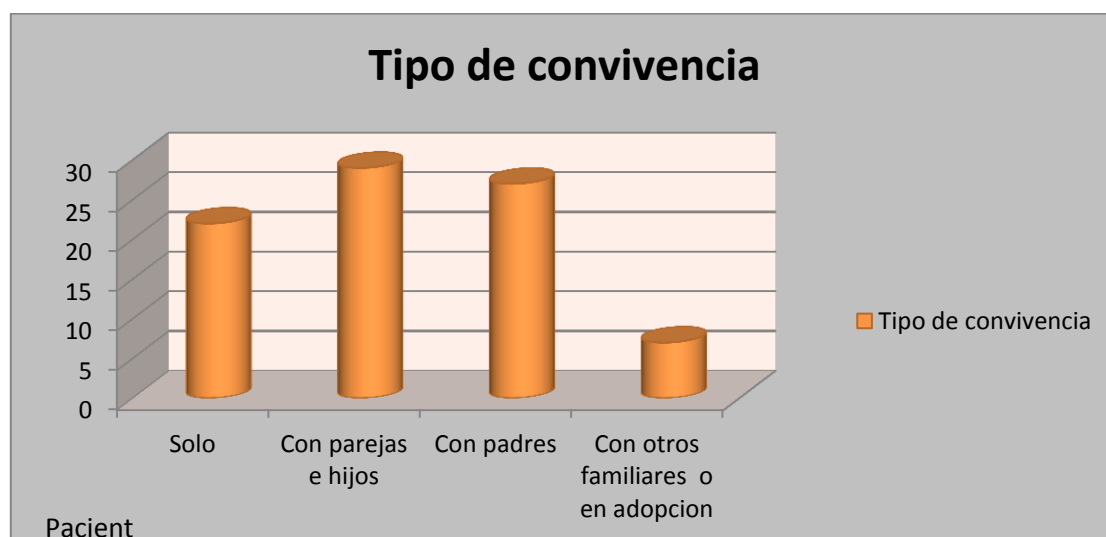


**Tabla 19: Tipo de convivencia de los pacientes reingresados internados durante julio del 2013 a julio 2014**

Tipo de convivencia	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub>
Solo	22	25,88%
Con parejas e hijos	29	34,12%
Con padres	27	31,77%
Con otros familiares o en adopción	7	8,23%
Total	85	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014.

**Gráfico Nº 19: Titulo:**



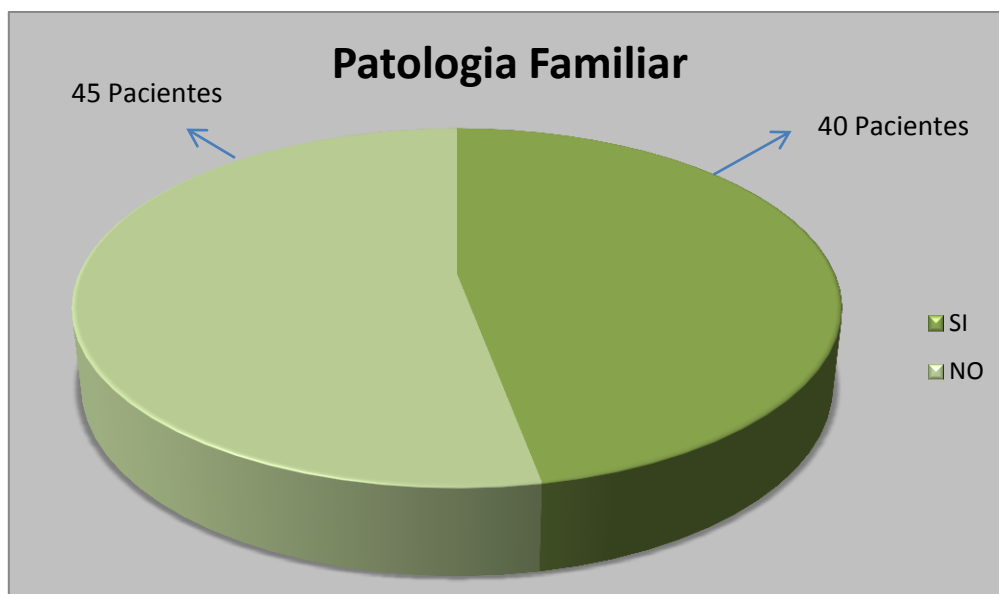
**Análisis e interpretación:** Por los datos obtenidos se observa que la mayor parte de la población en estudio convive con parejas e hijos o vive con sus padres.

**Tabla 20: Patología Familiar de los pacientes reingresados internados durante julio del 2013 a julio 2014**

Patología Familiar	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub>
SI	40	47,05%
NO	45	52,95%
Total	85	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014.

**Gráfico N° 20**



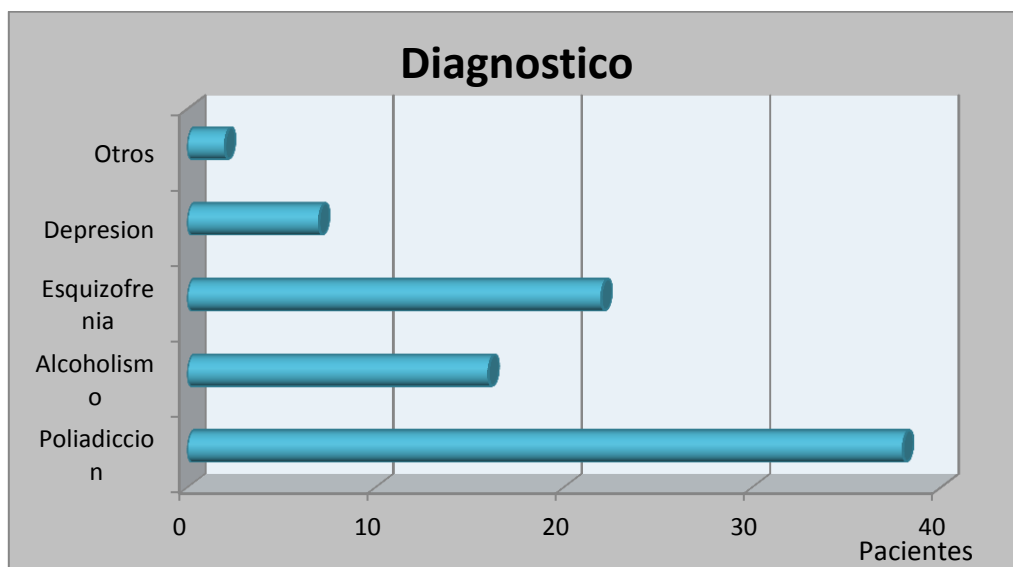
**Análisis e interpretación:** El gráfico representa la cantidad de pacientes reingresados que padecen patología familiar.

**Tabla 21: Diagnostico de los pacientes reingresados internados durante julio del 2013 a julio 2014**

Diagnostico	F Ab	F R
Poliadicción	38	44,7%
Alcoholismo	16	18,82%
Esquizofrenia	22	25,88%
Depresión	7	8,23%
Otros	2	2,35%
Total	85	100%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014.

**Gráfico Nº 21**



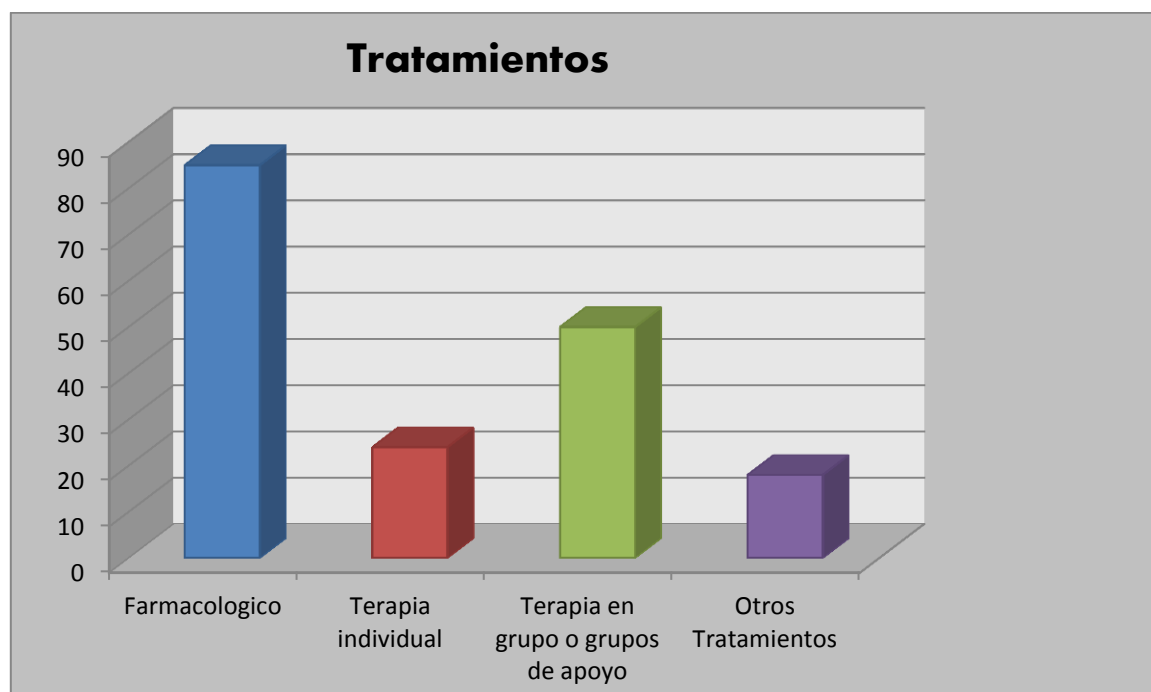
**Análisis e interpretación:** El grafico representa el tipo de diagnóstico que presentan los pacientes reingresados en el periodo de julio 2013 a julio 2014 en donde se observa una mayor incidencia en el diagnóstico de Poliadicción.

**Tabla 22: Tratamientos de los pacientes reingresados internados durante julio del 2013 a julio 2014.**

Tipos de Tratamiento	F <sub>a</sub>	F <sub>r</sub> %
Farmacológico	85	100%
Terapia Individual	24	28,23%
Terapia en grupo o grupos de apoyo	50	58,82%
Otras terapias	18	21,17%

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014.

**Gráfico N°22**



**Análisis e interpretación:** El gráfico representa el tipo de tratamiento que utilizaron los pacientes reingresados durante el periodo de julio 2013 a julio 2014, cabe recalcar que la mayoría de los pacientes es tratado con dos o más tipos de tratamiento.

## Análisis Bivariado

**Tabla 23: Pacientes reingresados según la relación de la edad y tipo de diagnóstico .Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra. Mendoza 2014**

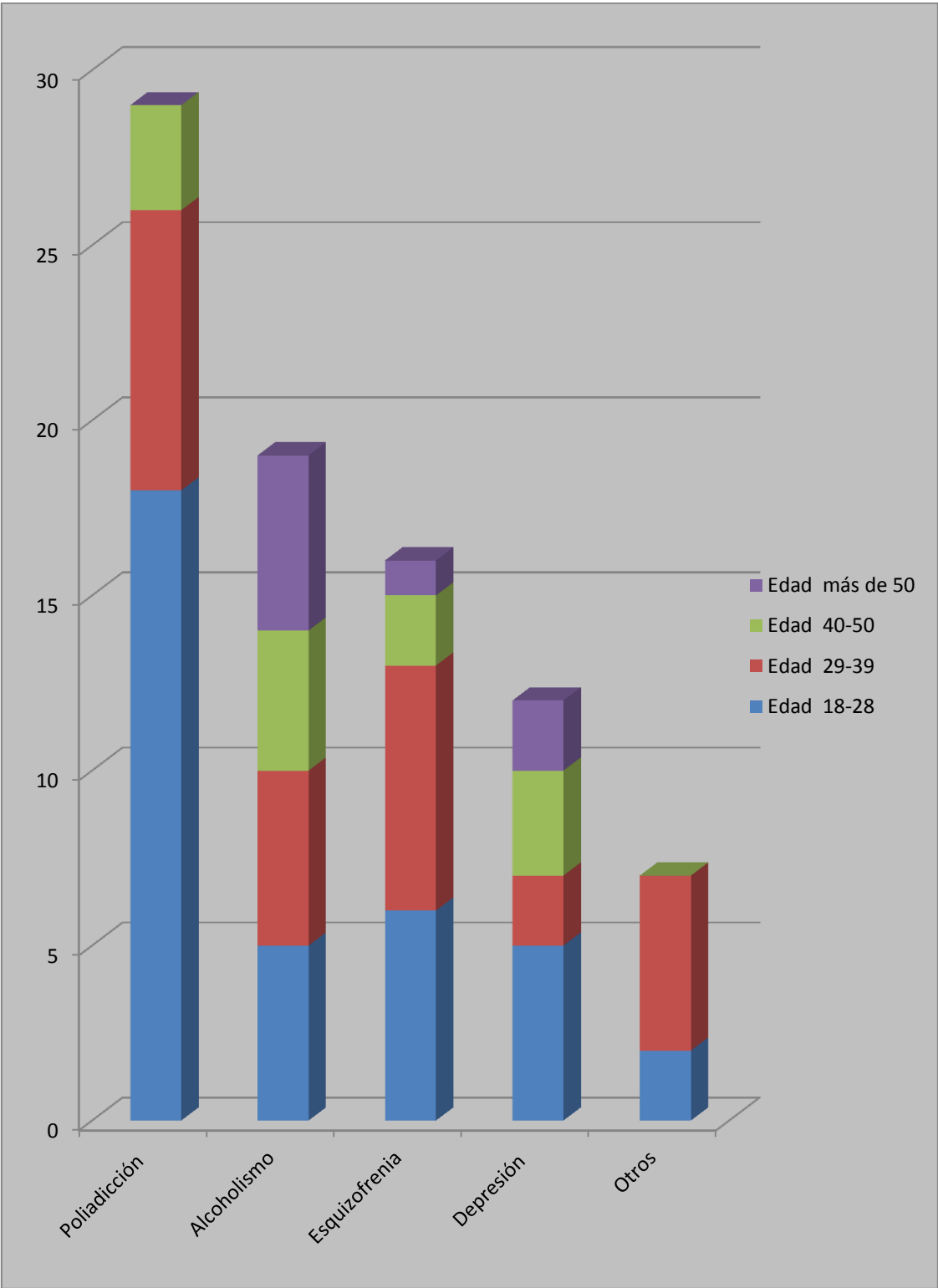
Diagnostico	Edad				Total
	18-28	29-39	40-50	más de 50	
Poliadicción	18	8	3	0	29
Alcoholismo	5	5	4	5	19
Esquizofrenia	6	7	2	1	16
Depresión	5	2	3	2	12
Otros	2	5	0		9
total	36	27	12	10	85

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014.

Diagnostico	Edad				Total
	18-28	29-39	40-50	más de 50	
Poliadicción	21,17%	9,41%	3,52%	0%	34,11%
Alcoholismo	5,88%	5,88%	4,70%	5,88%	22,35%
Esquizofrenia	7,05%	8,23%	2,35%	1,17%	18,82%
Depresión	5,88%	2,35%	3,51%	2,35%	14,11%
Otros	2,35%	5,88%	0%	2,35%	10,58%
total	42,35%	31,76%	14,11%	11,76%	100%

**COMENTARIOS:** Del total de los pacientes reingresados en el periodo de tiempo de julio 2013 a julio 2014 el mayor porcentaje se encuentra entre el grupo etario de 18-28 años con un diagnóstico de Poliadicción, lo que nos permite observar que la mayor parte de la población en estudio es joven y padece principalmente de Poliadiccion enfermedad caracterizada por la adicción.

Grafico 23



**Tabla 24: Enfermeros según la relación de experiencia en salud mental y la realización de intervenciones educativas .Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra. Mendoza 2014**

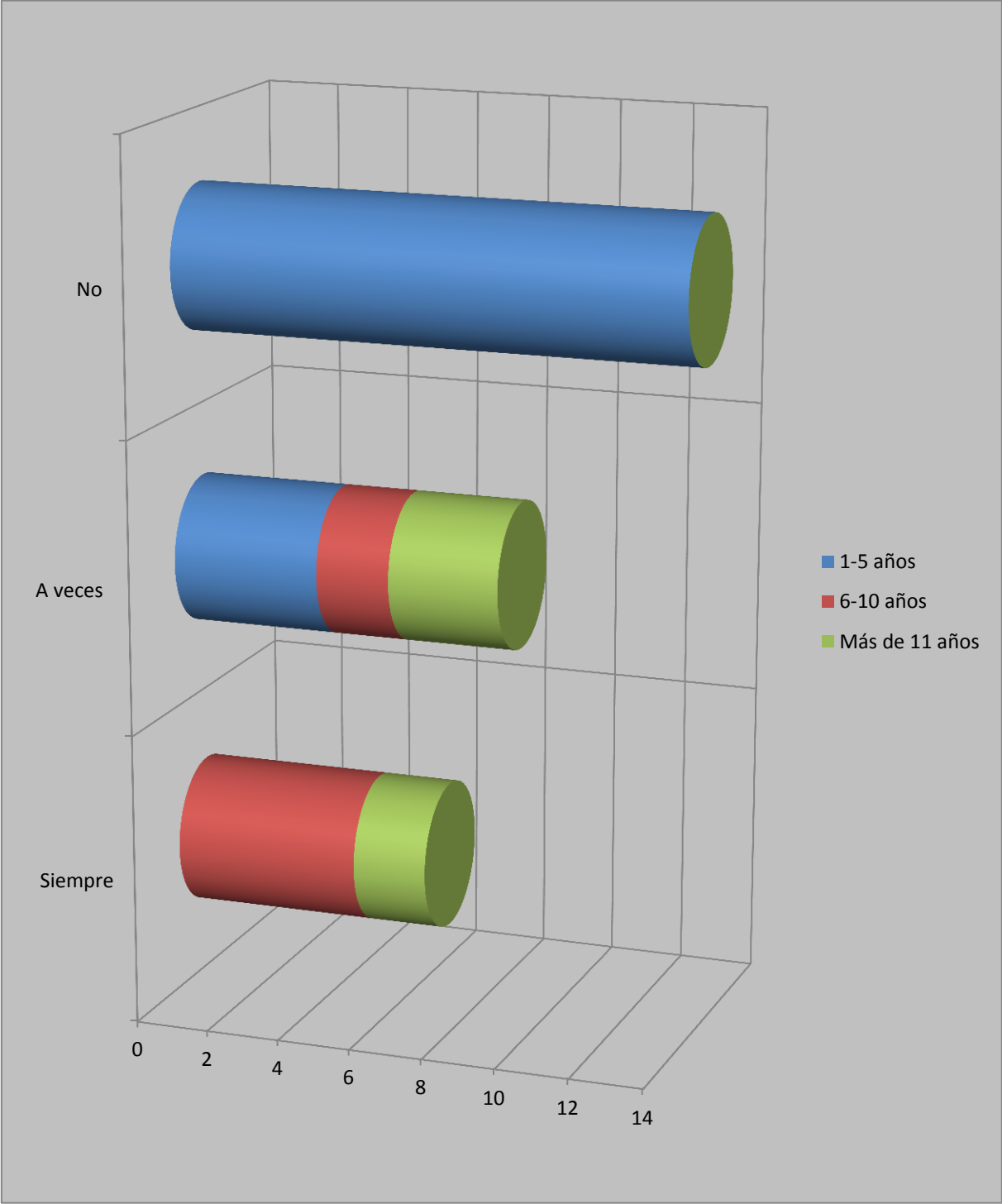
Experiencia en salud mental	Realizan Intervenciones educativas			Total
	Siempre	A veces	No	
1-5 años	0	4	14	18
6-10 años	5	2	0	7
Más de 11 años	2	3	0	5
Total	7	9	14	30

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a enfermeros del servicio de los servicios de Hombres y Mujeres del Hospital Dr. Carlos Pereyra, Mendoza 2014.

Experiencia en salud mental	Realizan Intervenciones educativas			Total
	Siempre	A veces	No	
1-5 años	0%	13,33%	46,66%	60%
6-10 años	16,66%	16,66%	0%	23,33%
Más de 11 años	6,66%	10%	0%	16,66%
Total	23,33%	30%	46,66%	100%

**Comentarios:** Del total de enfermeros que trabajan en los servicios de internación del Hospital Dr. Carlos Pereyra el mayor porcentaje se encuentra entre el grupo que posee experiencia en salud mental en un rango de 1-5 años y NO realizan intervenciones educativas. Lo que claramente refleja que el personal cuenta con poca experiencia considerando que la salud mental es una especialidad y posee falta de capacitación.

Grafico 24





**Tabla 25: Pacientes reingresados según la relación de ocupación y Tipo de convivencia .Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra. Mendoza 2014**

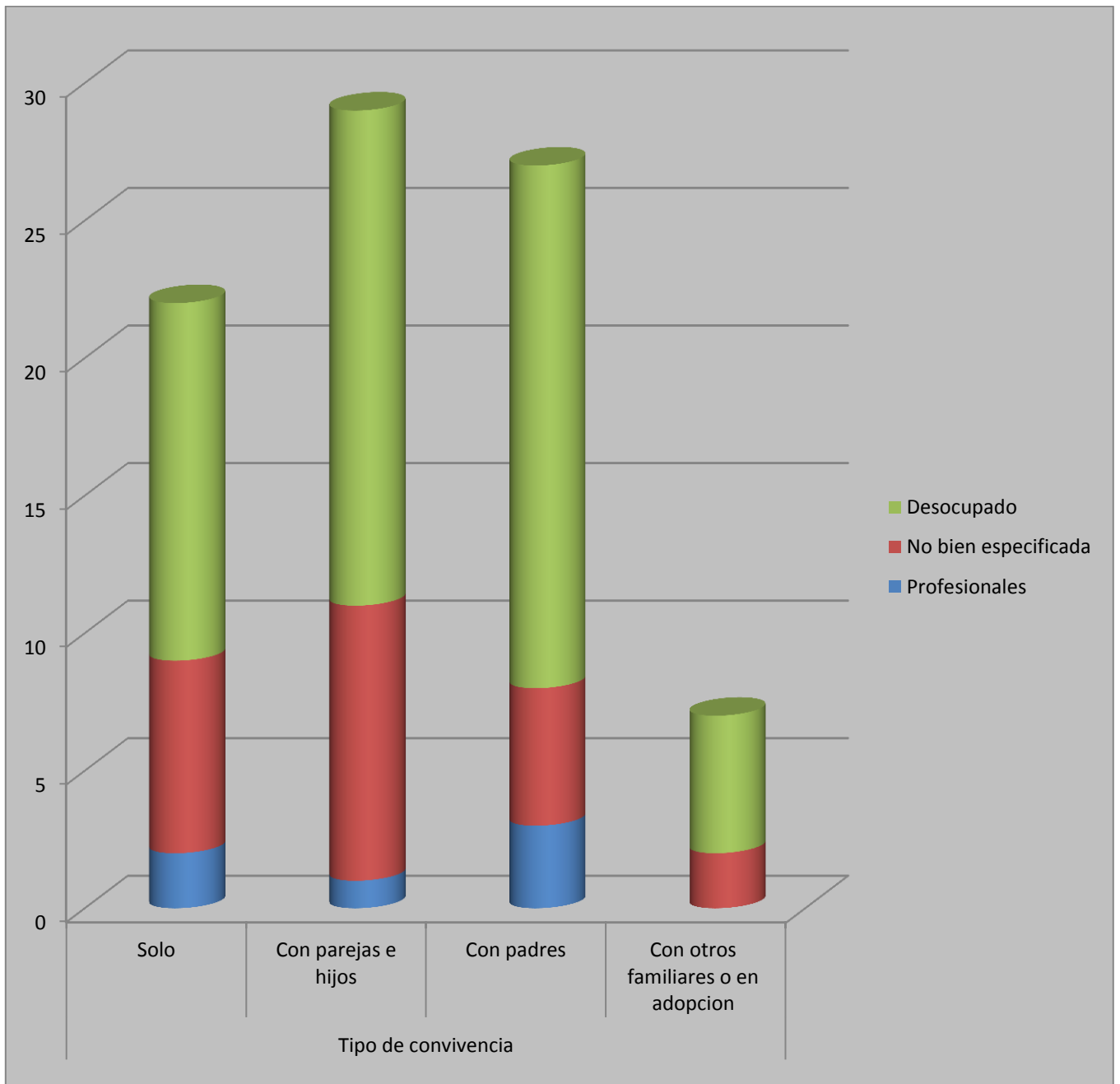
Ocupación	Tipo de convivencia				Total
	Solo	Con parejas e hijos	Con padres	Con otros familiares o en adopción	
Profesionales	2	1	3	0	6
No bien especificada	7	10	5	2	24
Desocupado	13	18	19	5	55
Total	22	29	27	7	85

**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de planilla de registro de pacientes reingresados durante julio 2013 a julio 2014.

Ocupación	Tipo de convivencia				Total
	Solo	Con Pareja e Hijos	Con Padres	Con otros familiares o en adopción	
Profesionales	2,35%	1,17%	3,25%	0%	7,05%
No bien especificada	8,23%	11,76%	5,88%	2,35%	28,23%
Desocupado	15,29%	21,17%	22,35%	5,88%	64,70%
Total	25,85%	34,11%	31,76%	8,23%	100%

**Comentarios:** Del total de pacientes que reingresan en el servicio de Hombres del Hospital Dr. Carlos Pereyra el mayor porcentaje se encuentra entre el grupo que se encuentra desocupado y vive con sus padres y el grupo que se encuentra desocupado y vive con sus parejas e hijos se encuentra en segundo lugar. Lo que claramente refleja una inestabilidad familiar debido, que en algunos no podrían hacerse cargo de sus familias, lo que perjudica al paciente en su estabilidad emocional ya que se genera una situación de estrés.

**Grafico 25**



## CAPÍTULO III

### CONCLUSIONES

Al realizar este trabajo nos ha permitido conocer con profundidad la influencia de los factores psicosociales y la familia en cuanto al abandono del tratamiento del paciente reingresado a la institución, de los cuales observamos que cada una de estas características es aditiva e interactiva, y predispone a una mayor probabilidad de abandono terapéutico.

El objetivo de este trabajo fue valorar la importancia que tienen las intervenciones educativas de enfermería, si se realizan o no en la institución y lograr proponer un modelo que refleje el perfil característico de los pacientes con un alto riesgo de abandono terapéutico, con el fin de adaptar los talleres educativos e intervenciones educativas de enfermería a los pacientes de forma individualizada y a través de ella modificar, en la medida de lo posible, las características que influyen de forma negativa en la adherencia al tratamiento, y el reingreso a la institución.

Podemos concluir que:

Con respecto a las características demográficas sobresale que los pacientes reingresados en el periodo de tiempo de julio del año 2013 a julio del año 2014:

- ✓ Se encuentran en un rango de edad entre 20-40 años
- ✓ El 86 por ciento de los pacientes son solteros, divorciados o viudos y el 14 por ciento está casado.
- ✓ Con respecto a la ocupación se encontró que el 65 por ciento está desempleado y el 28% no se encuentra bien especificada debido a que son

trabajos temporales. Cabe recalcar que solo un 7% de la población es profesional y posee un trabajo estable.

- ✓ El 49% de los pacientes se encuentran bajo el ítem secundaria completa e incompleta y el 32% nunca asistió a la secundaria.

Al analizar las variables sobresale con claridad que los pacientes que reingresan al Hospital tienen como diagnóstico prevalente el de Poliadicción siendo este el de un 45% y Esquizofrenia un 26%. Claramente podemos observar que la mayoría de los pacientes no tiene obra social, aunque una gran proporción cuenta con subsidios del estado. De esta forma podemos concluir que el perfil del paciente reingresado por lo general no cuenta con los medios socioeconómicos necesarios, prevaleciendo la desocupación, la falta de educación, falta de obra social y si bien la mayor parte de la población convive con parejas e hijos o con sus padres, solo un 26% vive solo, la familia no brinda el apoyo suficiente ya sea por falta de interés, porque no está dentro de sus posibilidades o principalmente por falta de educación en el tratamiento del paciente.

Con respecto a las intervenciones educativas por parte de enfermería claramente podemos observar que la mayor parte de los profesionales no las realiza o solo las realiza en ocasiones, ya sea por falta de tiempo, falta de interés, o por falta de conocimientos con respecto a la temática, ya que el personal de enfermería del Hospital Dr. Carlos Pereyra, cuenta en su mayoría, con personal con experiencia en salud mental de entre 1 a 5 años. De acuerdo a los datos recolectados, se puede decir que el plantel de trabajo tiene muy poca experiencia teniendo en cuenta que la salud mental es una especialidad.

Realizar esta investigación nos ayudó a conocer que tipo de intervenciones educativas se realizan, y darnos cuenta principalmente las falencias de las mismas ya que en ningún momento se incluye a la familia siendo esta el mayor soporte para la adherencia al tratamiento del paciente y evitar de esta forma los reiterativos reingresos de los mismos.

Apoyar y potenciar a la familia, en los talleres e intervenciones educativas, es de vital importancia, la participación de la familia que además de exigirles se le debe

dar. Hacer que la familia sea parte de la educación y el seguimiento del tratamiento del paciente una vez que este es dado de alta, para que aprendan elementos de rehabilitación y contribuya con las actividades y programas, pero que además se les brinde alternativas de solución reales con soporte a los pacientes que viven en su medio familiar y programas que refuercen las capacidades.

Promover los objetivos vitales, de contexto familiar y comunal en las personas afectadas, por ejemplo: independencia, autocuidado, empleo, la conciencia de su enfermedad, su adecuada adherencia al tratamiento, relaciones interpersonales satisfactorias y calidad de vida, son variables importantes a tener en cuenta en el éxito de las intervenciones a desarrollar.

Debemos destacar que al ser parte de los equipos de salud mental hemos podido observar que los pacientes en general están receptivos durante la internación siendo para ellos significativa la relación y toda aquella actividad que es desarrollada por parte de enfermería: charlas motivacionales, talleres de ludoterapia y de arte, etc.

El interés y respeto con el que son tratados les deja una huella positiva en su vida. La confianza que se logra a partir de un largo proceso de resultados positivos y constantes a partir de intereses y consecuciones del propio paciente, incluyendo tratamiento farmacológico y apoyo familiar, incluso las pequeñas mejoras pueden llegar a cambios funcionales tan significativos que eleven la calidad de vida del paciente.

De esta forma concluimos que es de suma importancia incorporar un taller de intervenciones educativas de enfermería para favorecer la adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta el perfil del paciente reingresado e incluir a la familia que es el mayor soporte en el tratamiento del paciente

Como respuesta a nuestra pregunta problema las intervenciones más destacadas que se realizarían con los pacientes reingresados son: talleres sobre la identificación de factores y síntomas que predisponen a una recaída, charlas sobre la importancia de la toma de medicación, talleres con los familiares de los

pacientes que traten sobre la importancia que tiene la familia en la adhesión al tratamiento, conciencia de enfermedad, manejo de situaciones de estrés, etc.

## **PROPUESTAS**

La conclusión derivada del presente estudio sugiere que se realice un programa educativo de enfermería que incluya talleres educativos de enfermería, hacia los pacientes y los familiares tanto sea en los servicios de internación del Hospital Dr. Carlos Pereyra, como así también contar con un plan de seguimiento de los pacientes con mayor tendencia a la reinternación.

Si bien debemos aclarar que el hospital cuenta con un programa de seguimiento domiciliario, la cantidad de pacientes incluidas en el mismo es mínima y solo cuenta con la participación de una Licenciada en enfermería. El hospital también cuenta con los dispositivos de Hospital de día, Milenium y casas de medio camino los cuales cuentan con la participación de solo un enfermero desde agosto del año 2014 idea propuesta por la nueva jefatura del Departamento de enfermería. Cabe destacar que el dispositivo de Infanto no cuenta con la participación activa de ningún enfermero.

Recomendamos que debiera de aumentar el número de personas que trabajan en enfermería, de manera que cada enfermero pudiera hacer un seguimiento más cercano de la evolución de la enfermedad.

Así mismo es conveniente que enfermería llene los vacíos que se tienen en el proceso de la atención del paciente participando en programas extrahospitalarios de apoyo a pacientes y familiares con más vulnerabilidad a través de: fortalecer los vínculos con la Institución, monitorizar el tratamiento farmacológico, continuar la Psicoeducación sobre el padecimiento, signos y síntomas de reagudización, apoyar al sistema familiar valorando su funcionamiento y destacando factores riesgo y en programas intrahospitalarios en donde la enfermera a través de acciones planeadas, coordinadas y haciendo uso de la relación terapéutica desarrolle habilidades -en los familiares para manejar y convivir con su paciente.

Es importante que enfermería implemente actividades en donde se refuerce el rol psicoeducativo con el fin de fortalecer la capacidad de los pacientes y familiares para enfrentar la enfermedad.

Sugerimos que es conveniente seguir desarrollando investigaciones cualitativas y cuantitativas para que se fortalezca la validación del instrumento propuesto.



## BIBLIOGRAFÍA

- Bulacio, J.M., Vieyra M. C. y Esteban, E. Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp).
- Fornés Vives J, Carballal Balsa MC. Enfermería de salud mental y psiquiatría: guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Panamericana; 2001.
- A.P.A (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. DSM IV. Editorial Masson: Barcelona
- Guardo G. Rios P. (2006) Tratado de actualización en psiquiatría Buenos Aires.
- López, A, Parado, A. Jimonetti, F (2005). Introducción a la psicología de la comunicación
- Bulacio J.M. y Vieyra, M.C (2003) Psicoeducación en salud.
- Varela C. La influencia de la familia en el paciente esquizofrénico. Tesis para obtener el grado de maestro en psicología. Universidad de Sonora 2008.
- Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. Salud Mental 2007.

## ANEXO 1

FCM



Profesional de Salud:

La siguiente encuesta está realizada para obtener datos, del personal de enfermería de los servicios de internación, que serán utilizados en un trabajo final de tesis de la Escuela de Enfermería de la UNCuyo. Por tal motivo los datos que usted revele son confidenciales.

Agradecemos su colaboración.

Complete según corresponda:

- Edad:.....
- Sexo

F

M

- Formación Profesional:

Enfermero/a Profesional

Licenciado/a en enfermería

- Antigüedad en la institución:

Entre 1 a 5 años

Entre 6 a 10 años

Entre 11 a más años

- Años de experiencia del profesional en Servicios de Salud Mental:

Entre 1 a 5 años

Entre 6 a 10 años

Entre 11 a más años

- ¿A que atribuyen los reingresos de los pacientes?

Falta de contención o ausencia familiar

Falta de interés para realizar tratamiento

otros

- Sabe que significa “Psicoeducación”

SI  NO

- Realiza actividades de educación con respecto al alta del paciente y la adherencia al tratamiento del mismo



No

Algunas veces

Siempre

- ¿Qué intervenciones educativas realiza en el servicio?

Directas a través de charlas  
y educación al paciente

Directas a través de charlas  
en conjunto a la familia y al paciente

Indirectamente a través de folletos  
o indicaciones escritas

- Que propuestas educativas realizaría para favorecer la adherencia al tratamiento durante la internación y una vez que el paciente es dado de alta para evitar los reingresos a la institución

---

---

## ANEXO2

### Planilla de registro

### Hospital Carlos Pereyra

Agosto del 2013 a Agosto del 2014-Mendoza

#### Factores Sociodemográficos

• Edad.....

• Ocupación.....

• Estado civil.....

• Lugar de residencia:

Zona Rural

Zona Urbana

• Nivel de instrucción :

Sin estudios

Primaria completa – incompleta

Secundaria completa – incompleta

Estudios Universitarios

- Grado de dependencia:

+ De los padres

+ El mismo

+ De otros

- Cobertura Médica:

SI

NO

- Cobertura Social:

Subsidio del Estado SI

NO

- Tipo de convivencia

+ Solo

+ Con pareja y/o con hijos

+ Con el padre, con la madre o con ambos

+ Con otros familiares o en adopción

- Existe patología familiar individual (aparte del paciente)

SI

NO

- Tipo de Diagnóstico:.....

Factores Relativos a la internación y al tratamiento (intrahospitalario y ambulatorio)

- Tratamiento empleado
  - + Tratamiento farmacológico
  - + Terapia individual
  - + Terapia de grupo y grupos de apoyo
  - + Otras modalidades de tratamiento

- Abandono del tratamiento farmacológico

SI  NO

- Evaluación de situación de alta

- + Alta hospitalaria
- + Alta Voluntaria
- + Fuga