

**Managó, María Celeste**

## **Factores que contribuyen a la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento de usuarias con depresión en internación aguda**

---

**Tesis para la obtención del título de grado de  
Licenciada en Psicología**

Directora: Cardozo, Griselda Patricia del Valle

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CÓRDOBA

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

***“FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA CONCIENCIA DE  
ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE USUARIAS  
CON DEPRESIÓN EN INTERNACIÓN AGUDA”***

Autora: Managó, María Celeste

Córdoba, 2020.



**“FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD  
Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE USUARIAS CON DEPRESIÓN EN  
INTERNACIÓN AGUDA”**



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CÓRDOBA

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Modalidad: Sistematización de prácticas

**“FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD  
Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE USUARIAS CON DEPRESIÓN EN  
INTERNACIÓN AGUDA”**

Autora: Managó, María Celeste

Directora: Cardozo, Griselda

Córdoba, 2020.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Católica de Córdoba, que a lo largo de estos años me dio la posibilidad de adquirir conocimientos y experiencias únicas, ocupándose de acompañarme en mi formación profesional. A mis compañeros, con quienes crecí durante cinco años y aprendimos juntos como transitar este camino.

A los docentes, que día a día brindaban su conocimiento y preocupación por formar a jóvenes en esta hermosa profesión, especialmente a la Lic. Carolina Bracamonte, mi tutora en el contexto clínico, quien me acompañó en los primeros pasos de este Trabajo Integrador Final.

Al Sanatorio Morra, por permitirme adquirir innumerables experiencias, conocer aún más sobre el rol del psicólogo. A cada profesional de la institución, por darme un lugar, acompañarme y brindarme nuevos conocimientos.

A la Dra. Griselda Cardozo, por la paciencia y comprensión en cada una de las correcciones, por los conocimientos y el tiempo brindado. Eternamente gracias.

A mis amigos, los que tuvieron desde el primer día y aquellos que se sumaron con el paso del tiempo, quienes supieron entenderme, darme apoyo y aconsejarme en momentos importantes durante el transcurso de esta carrera.

A mi familia, quienes me acompañaron en todo momento y fueron mi sostén en los momentos más difícil de mi formación. Gracias por su amor e incondicionalidad.

¡Muchas Gracias!

Celeste

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN .....   | 10 |
| 2. CONTEXTO CLÍNICO .....   | 13 |
| 2.1 RESEÑA HISTÓRICA.....   | 13 |
| 2.2 ¿QUÉ ES LA PSICOLOGÍA CLÍNICA?.....   | 14 |
| 2.3 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD .....  | 14 |
| 2.4 MARCO LEGAL.....  | 15 |
| 3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....  | 18 |
| 3.1 LOS NUEVOS COMIENZOS... ..  | 20 |
| 3.2 ORGANIGRAMA .....   | 22 |
| 4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN .....   | 24 |
| 5. OBJETIVOS.....   | 26 |
| 6. PERSPECTIVA TEÓRICA.....   | 28 |
| 6.1 CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN<br>USUARIAS CON DEPRESIÓN ..... | 28 |
| 6.2 DEPRESIÓN .....   | 35 |
| 6.2 FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA TOMA DE CONCIENCIA Y<br>ADHERENCIA .....                  | 38 |
| 6.3 INTERVENCIONES CLÍNICAS DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVO-<br>CONDUCTUAL.....              | 46 |
| 7. MODALIDAD DE TRABAJO .....   | 54 |
| 7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS .....  | 54 |
| 7.2 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....   | 55 |
| 7.3 IMPLICANCIAS ÉTICAS .....   | 57 |
| 8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....  | 59 |

|        |   |     |
|--------|---|-----|
| 8.1    | RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....  | 59  |
| 8.1.1  | PABELLÓN 1: MUJERES CON PSICOPATOLOGÍAS AGUDAS. ....  | 61  |
| 8.2.   | ANÁLISIS DE DATOS.....  | 68  |
| 8.2.1  | PROCESO DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL<br>TRATAMIENTO A LO LARGO DE LA INTERNACIÓN. ....                               | 69  |
| 8.2.2  | FACTORES PERSONALES, INSTITUCIONALES Y PERSONALES<br>IMPLICADOS EN LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL<br>TRATAMIENTO. .... | 80  |
| 8.2.3: | ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES DEL ROL DEL PSICÓLOGO. ....  | 104 |
| 9.     | CONCLUSIONES .....  | 111 |
| 10.    | REFERENCIAS .....   | 115 |



## ÍNDICE DE SIGLAS

- USM: Usuario de salud mental
- CDE: Conciencia de enfermedad
- CC: Conciencia
- AAT: Adherencia al tratamiento
- CDA: Capacidad de afrontamiento
- DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- OMS: Organización Mundial de la Salud

## INTRODUCCIÓN

## 1. INTRODUCCIÓN

En el presente Trabajo Integrador Final, se llevará a cabo una descripción sobre la experiencia vivida a partir de las Prácticas Profesionales Supervisadas brindadas por la Universidad Católica de Córdoba.

La práctica fue realizada en el Sanatorio Morra, ubicado en la ciudad de Córdoba, brindando atención clínica a personas que padecen psicopatologías mentales. El periodo en el cual me encontré inserta en la institución monovalente fue desde el 7 de mayo hasta el 1 de noviembre del año 2019.

La actividad llevada a cabo dentro de la institución se desarrolló en uno de los sectores de internación, el sector 1 (uno) conocido como “Pabellón de mujeres con psicopatologías agudas”.

En los primeros apartados se podrá conocer sobre el trabajo realizado por parte de los profesionales de salud mental en relación al contexto clínico e institucional tomando énfasis en la importancia de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26657 y Ley Provincial “Protección de la Salud Mental” n° 9848.

Posteriormente se realizará una lectura sobre la experiencia vivida, analizando el proceso y el eje principal del trabajo: ***“Factores que contribuyen a la consciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento de usuarias con depresión en internación aguda”***. Dicho análisis contará con una división de tres apartados haciendo referencia a cada uno de los objetivos planteados en este trabajo, donde se desarrollará una articulación de las experiencias e historia de vida de las usuarias de salud mental seleccionadas junto con la teoría.

El primer apartado abordará el proceso de consciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento de personas depresivas a lo largo del tratamiento, teniendo en cuenta las modificaciones que se llevan a cabo a través del tiempo de internación; El segundo apartado hará referencia a los diferentes factores que influyen en la consciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento en las usuarias; Y, por último, en el tercer capítulo se presentará una articulación de las estrategias e intervenciones realizadas por parte de los psicólogos para promover la existencia de los temas a tratar en este trabajo.

En las últimas páginas, se desarrollarán las conclusiones alcanzadas a partir de la teoría y la información recabada en razón de la experiencia vivida en el Sanatorio Morra, dándole especial importancia a la historia de vida de las personas analizadas y la observación en relación al rol del psicólogo y de la institución.

## CONTEXTO CLÍNICO

## 2. CONTEXTO CLÍNICO

### 2.1 RESEÑA HISTÓRICA

Sabemos que el inicio de la psicología clínica se dio al comienzo de los tiempos de la misma ciencia. Tal como lo plantea Flores (2013), en 1907, Witmer, utilizó el concepto de Psicología Clínica para describir la práctica para niños que llevaba a cabo en su clínica. Este autor fue quien, además de haber implementado el concepto por primera vez, abrió un nuevo camino profesional del psicólogo, quien por el momento empleaba tareas de evaluación, dejando la labor psicoterapéutica a los psiquiatras.

Luego, con el desenvolvimiento de la Primera Guerra Mundial, se llevó a cabo un avance en el papel del psicólogo clínico, como así también en la aplicación de los test psicológicos. Es por ello, que los psicólogos clínicos comenzaron a expandir su nombre, y así fue como en el año 1919 la “Asociación Americana de Psicología Clínica” desarrolló una división formal para la especialidad.

De esta manera, la psicología clínica fue diferenciándose de la psiquiatría, considerándose como un área distinta que entendía al individuo con alguna psicopatología en su totalidad, proporcionándole un interés particular a su funcionamiento psíquico y la relación con el sufrimiento. Así, con el paso del tiempo, fue evolucionando, implementando el desarrollo de tratamientos, técnicas de intervención, diagnósticos, abandonando un poco la idea de la práctica médica y formando una psicología positiva y humana, convirtiéndose en una “...perspectiva que toma en cuenta la dimensión del sujeto, la singularidad de la situación, lo cual configura lo específico de nuestra formación y práctica.” (Salomone, 2008, p. 6).

Años más tarde, aproximadamente 1930, la psicología clínica había alcanzado su máximo esplendor, ocupándose de actividades como la evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, asesoramiento y administración, llevándose a cabo en clínicas, hospitales, prisiones, etc.

## 2.2 ¿QUÉ ES LA PSICOLOGÍA CLÍNICA?

Lagache (1945) menciona que la psicología clínica es una disciplina que forma parte de la psicología, y se encarga del estudio profundo de casos individuales, la cual posee tres elementos: el objeto, las metas y los medios. El objeto sería la conducta de la persona adaptada o inadaptada como así también sus condiciones. Es decir, que dicha disciplina se ocupa de la persona total “en situación”.

El trabajo del psicólogo sería llevar a cabo una correcta y minuciosa observación e interpretación sobre los fenómenos observables y no observables que forman parte de las reacciones de la persona en situación. Las finalidades prácticas del profesional van a rondar en la importancia del asesoramiento y la educación del sujeto, como así también en la curación como objetivo principal; interesándose por “el paciente como ser humano portador de un problema, y de un problema mal resuelto” (Lagache, 1945, pp. 119-120).

De esta manera, gracias a las palabras del autor, sabemos que la tarea del psicólogo clínico se basa en la observación sobre aquellas acciones, pero también, utiliza diferentes técnicas y estrategias que lo llevan a lo que es considerado por Ulloa (1970) su fin particular, que es el detectar aquellos puntos de urgencia presentados por el usuario de salud mental; de esta forma, el profesional tendrá en cuenta cuál es la acción crítica con la que se enfrenta.

## 2.3 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD

Podemos decir que el rol del psicólogo clínico se ha ido modificando con el tiempo, sus tareas y actividades se fueron ampliando. Amoros (1980), comenta que el rol del psicólogo clínico ya no se lleva a cabo solo en lugares clásicos como hospitales o psiquiátricos, sino que con el paso del tiempo comenzó a tener lugar en los centros mentales y sociales, la orientación profesional o infantil, los centros infantiles destinados a las limitaciones físicas, mentales o del lenguaje, etc. Es decir que el psicólogo comenzó a ocupar un lugar en el servicio de salud en general, teniendo un papel importante que cumplir.

De esta manera, se ha llevado a cabo una evolución y transformación de la psicología clínica en relación a las diferentes teorías que la componen, los diversos ejercicios profesionales por los que pueden optar aquellos que se hayan formado en dicha carrera, suponiendo un avance en la comprensión de la conducta normal o patológica mediante la modificación en la manera de entender a la salud, permitiendo que los profesionales puedan realizar intervenciones en lugares o personas donde nunca antes lo habían hecho como por ejemplo, en aquellas personas que portan enfermedades físicas. (Buendía, 1991).

Así es como la psicología clínica actualmente ha sumado diferentes intervenciones modificando su estilo tradicional y contemplando nuevos objetivos como la prevención y la promoción de la salud, teniendo como eje la preservación del bienestar del individuo que se encuentra inmerso en un contexto social, modificando la mirada del sujeto independiente del mundo sociocultural (Buendía, 1991).

Reynoso y Seligson (2005) sugieren que uno de los enfoques que componen la psicología clínica es la teoría conductual, práctica que en la actualidad lleva a cabo su labor con diferentes actividades desarrolladas en diversas áreas como la prevención de enfermedades, cambios en el estilo de vida de las personas, atención a los usuarios de salud mental que portan enfermedades crónicas-degenerativas y en su rehabilitación. Es así como la tarea de los psicólogos que se encuentran inmersos en esta área se ocupan de la modificación del estilo de vida a través del cambio conductual, llevando a cabo diseños y programas de entrenamiento para las personas que aún se encuentran sanas, como así también para aquellos que tienen una enfermedad y solicitan ayuda.

#### *2.4 MARCO LEGAL*

En el año 2010 se implementó la nueva Ley de Salud Mental 26.657, la cual definió a la salud como “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Cap. II, Art. 3). Es decir, avala la importancia de considerar a la persona en su totalidad, realizando un abordaje completo sobre la salud, y teniendo en cuenta que la misma es resultado de diferentes factores de la vida de la persona, no solo la salud es por genética, sino que también influye el modo en el cual la persona vive. También, es



imprescindible que se tengan en cuenta las diferentes condiciones en las cuales se encuentran los sujetos, sin realizar discriminación alguna sobre la persona, planteando de que todos tienen derecho a una salud mental y a su correspondiente atención.

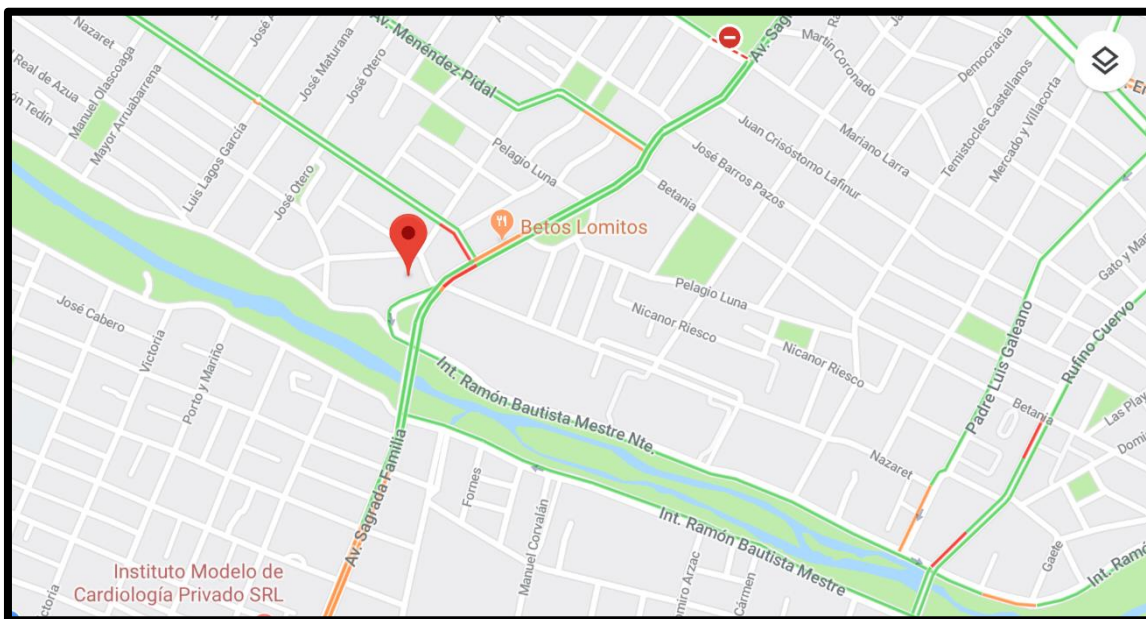
Por otra parte, la ley sostiene que la persona que padece algún sufrimiento psíquico es considerada un “usuario de salud mental”, quien goza de diferentes derechos sobre su persona a menos que el mismo sea considerado un riesgo para sí mismo o para terceros. De esta manera, el USM (Usuario de Salud Mental) tiene la facultad de decidir sobre su internación y recibir una atención integrada y humanizada, con un tratamiento acorde a sus necesidades y siendo acompañado en todo momento. En el caso de que hubiera un motivo de internación y la persona no se encuentra de acuerdo con la misma se evalúa el hecho de “judicializarlo”, realizando una autorización por parte de un juez que avale la internación de la persona sin su consentimiento.

En el contexto de nuestra practica se logró visualizar la importancia que tiene la Ley de Salud Mental y de qué manera implementa en la institución, considerando que cada persona es un caso en particular y es condición fundamental respetar la singularidad de cada uno y no tratar todos de la misma manera.

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

### 3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La Práctica Profesional realizada dentro del contexto clínico fue llevada a cabo en el Sanatorio Prof. León S. Morra, una institución privada destinada al ámbito de Salud Mental. Se encuentra ubicada en Av. Sagrada Familia esq. Nazaret en la ciudad de Córdoba.



Google. (s.f.). [Mapa de Barrio Urca, Ciudad de Córdoba, Córdoba, Argentina en Google Maps]. Recuperado el 18 de julio, 2020, de: [google.com/maps/search/sanatorio+morra/@-31.3898408,-64.2337745,16z](https://www.google.com/maps/search/sanatorio+morra/@-31.3898408,-64.2337745,16z)

Fue fundada en el año 1927 por el Dr. León S. Morra, farmacéutico, docente y escritor. Tenía la convicción de mejorar aspectos del campo de las psicopatologías, como por ejemplo la mirada que se sostenía sobre la persona que padece una enfermedad mental. Para esto, presentó sus aportes en contra de la antigua cultura de alienados, enfrentando sus problemas y pensamientos que prevalecían en años anteriores. Sus conclusiones generaron estupor en algunos núcleos sociales y académicos que consideraban a las personas con padecimiento mental como sujetos sin derechos.

Lamentablemente sus aportes no generaron cambios significativos, y es después de la reformulación realizada en el año 2010 en la Ley Provincial N° 9848 de Salud Mental que los deseos y convicciones de León Morra toman forma (Sanatorio Morra).

Morra sugería lo indispensable que era una legislación sobre alienados, refiriéndose a la organización y control de los establecimientos, con una adecuada vigilancia de los mismos, afirmando que el estado debía ser el encargado de amparar a aquellos enfermos que no gocen de los recursos necesarios para un buen tratamiento e intervención.

El Sanatorio Morra en sus comienzos había sido llamado “Clínica de Las Rosas”, donde se llevaba a cabo el tratamiento de enfermedades psiquiátricas con la modalidad de internación. Con el paso de los años, más precisamente en 1969, comenzaron a incorporarse consultorios externos, con el objetivo de una mayor atención, centrándose en un enfoque interdisciplinario con abordaje de las patologías mentales, incluyendo la medicina, psicología, neurología, nutrición, trabajo social, rehabilitación, fisioterapia, etc. Del mismo modo, se logró un incremento de la cobertura prestacional, para que la mayor cantidad de personas tenga la posibilidad de hacer uso del servicio.

Años más tarde, el Sanatorio Morra siguió creciendo, creando el Hospital de Día, el cual era considerado un dispositivo de tratamiento intermedio entre el internado y la sociedad. Permitía disminuir la gran cantidad de demanda de internación recibida, brindando otras opciones para una eficaz prevención, promoción y preservación de la salud mental.

Actualmente, el hospital de día cuenta con más de 40 personas que asisten a jornada completa o semi-completa. Los profesionales trabajan en conjunto para contener al usuario y evitar una internación, dando lugar a la importancia del apoyo familiar y la adherencia del usuario en relación a su tratamiento.

En el año 2003, Dr. Morra falleció y fueron sus hijos, León y Carlos, quienes asumieron su ideología, tratando de alcanzar el sueño pendiente de su padre. Re-denominaron a la antigua Clínica de Las Rosas como el actual “Sanatorio Morra”, en honor a su padre.

### *3.1 LOS NUEVOS COMIENZOS...*

El sanatorio Morra fue creciendo, se fueron incluyendo diversos servicios para brindar una mejor atención al cuidado de la salud mental. Esto llevo a que su número de profesionales se vaya incrementando con el paso del tiempo, se realizó la construcción de nuevos espacios dentro del Sanatorio, como una planta profesional y enfermería especializada. Del mismo modo, se implementó una nueva modalidad de historias clínicas para que sea posible una mirada interdisciplinaria, las cuales se encontraban al alcance de todos los profesionales de una manera rápida y eficaz. (Sanatorio Morra).

En el año 1998 se crea la Fundación Morra, el cual se encargaba de la capacitación de profesionales, información y formación a familiares y asistencia gratuita a la comunidad en problemáticas específicas. Se desarrollaron actividades y capacitaciones para el área de la psicología, medicina y acompañante terapéutico.

De esta manera, el Sanatorio Morra se fue reformando para llegar a ser el sueño de su fundador, teniendo en cuenta la reinserción, rehabilitación, recuperación y resocialización de las personas con padecimiento mental, con un abordaje terapéutico acorde a la nueva ley reformulada en el año 2010.

Actualmente, cuenta con atención ambulatoria interdisciplinaria, consultorios externos, Atención Programada a Domicilio Multidisciplinaria, Atención Domiciliaria de Urgencia Interdisciplinaria, Hospital de Día, Internación de usuarios agudos, internación breve para usuarios en crisis, e internación de usuarios crónicos sin posibilidades de reinserción comunitaria por falta de continente socio- familiar y afectivo y limitación por el curso de su patología propia de base, Servicio de Acompañantes Terapéuticos, casas de medio camino, programas para reinserción socio-laboral de usuarios de salud mental, y capacitación para profesionales.

El sector de internación se encuentra compuesto por seis pabellones, donde las personas se encuentran divididas por las psicopatologías que poseen. También, cuenta con un servicio anexo en la Ciudad de Río Ceballos.

Los pabellones son:

- Pabellón 1: Mujeres portadoras de psicopatologías agudas
- Pabellón 2: *Vip*
- Pabellón 3: Hombres portadores de psicopatologías agudas
- Pabellón 4: Mixto de personas portadoras de psicopatologías crónicas
- Pabellón 5: Cuidados intermedios
- Pabellón 6: Neurorehabilitación



Clínica de Las Rosas (1927) 1



Clínica de Las Rosas (1927) 2

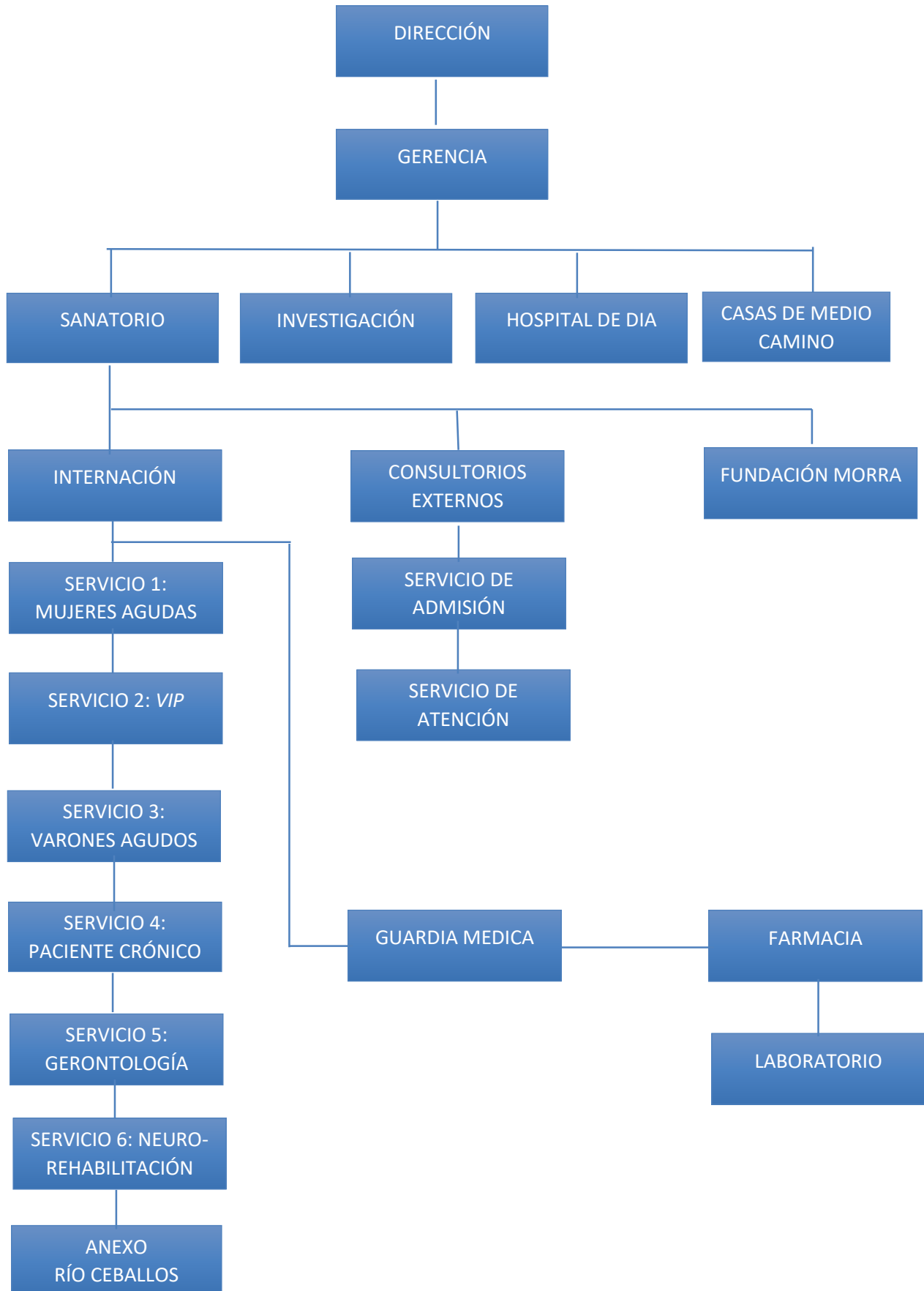


Sanatorio Morra (2019) 1



Sanatorio Morra (2019) 2

3.2 ORGANIGRAMA



EJE DE SISTEMATIZACIÓN



#### **4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN**

*“Factores que contribuyen a la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento de usuarias con depresión en internación aguda”*

## OBJETIVOS

## 5. OBJETIVOS

### Objetivo general:

- Analizar los factores que contribuyen a la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento en usuarias depresivas que se encuentran internadas en el pabellón 1 (uno) del Sanatorio Morra: “Mujeres con psicopatologías agudas”.

### Objetivos específicos:

- Indagar el proceso de la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento de las usuarias a lo largo de la internación.
- Identificar cuáles son los factores personales, familiares e institucionales que promueven la toma de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.
- Identificar aquellas estrategias e intervenciones clínicas que implementa el psicólogo durante el periodo de internación para favorecer la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

## PESPECTIVA TEÓRICA

## 6. PERSPECTIVA TEÓRICA

### 6.1 CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN USUARIAS CON DEPRESIÓN

La conciencia de enfermedad se encuentra directamente relacionada con la *introspección* o *insight*, como un concepto complejo y multidimensional. Hace referencia a la respuesta verbal o conductual de la persona frente a su enfermedad, influyendo directamente en la patología (Navarro Marún et. al. 2016).

Según Navarro Marún et. al. en la antigüedad se utilizaba el término del autoconocimiento, como objetivo para alcanzar el bienestar, aunque la introspección fue caracterizada recientemente por la psiquiatría como “cierto estado mental que se infiere a partir de la respuesta (verbal y conductual) del paciente a su enfermedad” (2016, p. 62). Por otro lado, el *insight* fue definido por Dagonet en 1881, observando las consecuencias de la enfermedad en el autoconocimiento de dicha persona. Este término ha ido variando y traducido al español fue considerado por algunos investigadores como la introspección a pesar de no ser literal.

Entonces, podemos decir que la introspección es el conocimiento que tiene la persona de sí mismo, en donde es capaz de reconocer su enfermedad, las consecuencias que conlleva y la importancia que tiene el tratamiento (Esparza Moreno, 2011). Resultados obtenidos en investigaciones concluyen que diversas variables tienen consecuencias en la conciencia de enfermedad, como por ejemplo el género, nivel de estudios, las convivencias, etc.

A menudo, los sujetos que padecen una enfermedad mental no son conscientes de ello, lo cual tiene como consecuencia la no iniciación del tratamiento o la escasa atención al mismo: “La falta de conciencia de enfermedad respecto a las repercusiones de la enfermedad y a la enfermedad misma, está fuertemente asociada a una mala adherencia y desconfianza en el tratamiento y un peor pronóstico del curso de la enfermedad” (Fernández Rodríguez, 2010; p. 3). Es por ello, que la CDE (conciencia de enfermedad) repercute directamente en la adherencia de la persona al tratamiento adecuado a su patología.

La Asociación de Iniciativas Sociales de Madrid (2016), menciona que la falta de consciencia lleva al deterioro de la persona impactando en su ámbito social, familiar y laboral, siendo como principales factores una escasa capacidad intelectual y cognitiva, falta de juicio sobre los síntomas que porta y estar transitando la etapa de la adolescencia o juventud, lo que lleva al sujeto a la ausencia de consciencia con respecto a su diagnóstico.

Por estas características nombradas en el párrafo anterior, se concientiza al sujeto la importancia de una adecuada toma de CC (consciencia) de dicha enfermedad y para ello hay que tener en cuenta algunas habilidades, como la comprensión y el conocimiento de la enfermedad, el reconocimiento de padecerla y la colaboración en el tratamiento por parte de la persona y su entorno (Asociación de Iniciativas Sociales de Madrid, AISS, 2016).

Tal como se nombró anteriormente, el concepto de CDE se encuentra ligado a la definición de *insight* y realizando diferentes lecturas sobre el mismo, se puede abordar una definición más amplia y profunda.

El *insight* es conocido por diferentes investigaciones abordándolo como CDE. González Ortuño et al. (2014) sostiene que el mismo hace referencia a como las personas evalúan sus experiencias al ser portadoras de una enfermedad mental, implicando un grado de aceptación e incluyendo la concientización de las consecuencias que arrastra con respecto a la relación de la persona con el mundo. Es así, como Pascual, Vilaplana, Pedrós y Martínez (2018) consideran que el *insight* es un concepto multidimensional y continuo ya que incluye la consciencia de los síntomas provenientes de la enfermedad, las consecuencias sociales y la aceptación del tratamiento; es un autoconocimiento, que incluye los rasgos de personalidad del sujeto como así también las interacciones de este con el ambiente.

Según Seguí (2015), el *insight* es un fenómeno proveniente de la corriente cognitiva, y hace referencia al “darse cuenta de”, indicando aquellos cambios que se llevan a cabo en la terapia clínica para la mejoría del USM, como por ejemplo los cambios en los pensamientos automáticos, esquemas cognitivos, etc. Es decir, que la tarea del “darse cuenta” es fundamental ya que es lo que impulsa a los cambios que traerán como consecuencia nuevos aprendizajes y estrategias para la solución de problemas distintos a los que ya poseía la persona y eran insuficientes para alcanzar su propio bienestar.

Del mismo modo, los autores plantean que son cinco los factores que caracterizan el insight:

- ✓ El conocimiento de tener una enfermedad mental
- ✓ El reconocimiento de la necesidad del tratamiento
- ✓ El conocimiento de las consecuencias sociales de la enfermedad
- ✓ El conocimiento de los síntomas psicóticos
- ✓ Atribución de los síntomas a un trastorno mental

Hay que tener en cuenta que la falta de *insight* puede llevar a la persona a un agravamiento de su patología y a una escasa adherencia al tratamiento, que tendrá como consecuencia mayor frecuencia de recaídas, hospitalizaciones (voluntarias o involuntarias), incumplimiento del tratamiento e incluso al suicidio como consecuencia de diversos factores de riesgo. Aun así, es importante destacar de que el *insight* puede incrementarse a medida que pase el tiempo y la persona se encuentre en tratamiento, y ello se va evaluando en relación al aumento de su autoconocimiento, la adherencia a las intervenciones realizadas por los profesionales (por ejemplo: la medicación), el impacto emocional y los procesos cognitivos. (González Ortuño et al., 2014).

Podemos decir, que el insight contiene diferentes fases (Bowden y Jung-Beeman Citado en Seguí, 2015):

1. *Impasse Mental*: ocurrirá cuando la persona tenga algún problema y piense que no podrá avanzar hacia una meta, quedando atascado en su propia dificultad.
2. *Reestructuración del problema*: se da cuando la persona puede romper con el problema y resolverlo, esto lo logra a partir de un cambio en la representación de dicho problema, reestructurándolo mediante la recuperación de conceptos que se encuentran almacenados en la memoria interna y que sirven para reinterpretar y resolver el problema.
3. *Adquisición de un tipo de comprensión más profunda*: lleva a la persona a entender de una forma más profunda el problema, ya que en los comienzos esto era considerado imposible.
4. *Suddenness*: se lleva a cabo la experiencia del insight de una manera espontánea y repentina.

Otro aspecto a tener en cuenta es que es importante hacer un análisis sobre las interacciones que tiene la propia persona, ya que estos influyen directamente sobre la toma de CC. Markova plantea que “El *insight* es una forma de autoconocimiento que, además de incluir la apreciación de los rasgos de personalidad propios, tiene en cuenta cómo afectan estos a las interacciones de la propia persona con el ambiente” (Citado en Pascual, Vilaplana, Pedrós y Martínez, 2018. p. 492).

La CDE repercute directamente en la adherencia de la persona al tratamiento adecuado a su patología. La adherencia es conceptualizada en el año 2003 por la Organización Mundial de la Salud (Citado en Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, 2009), como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. (p. 342)

Es el contexto en el que la persona realiza un comportamiento y este coincide con las indicaciones o recomendaciones por parte del profesional de la salud, incluyendo, además, la capacidad de la persona para asistir a las consultas, ser constantes en la toma de medicación prescrita, realizar las acciones que conduzcan a un cambio de vida. (Silva, Galeano y Correa, 2018).

Peralta y Carbajal (2008) describen que la AAT (adherencia al tratamiento) se da cuando el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones destinadas a su bienestar, como la capacidad de asistir a las citas con el médico, la correcta toma de medicación y los cambios en el estilo de vida, sin dejar de tener en cuenta cuatro factores que determinan si se encuentra presente o no en una persona:

- ❖ Relación médico-paciente: se relaciona con la motivación que tiene la persona a partir de la relación establecida con el médico, incluyendo la comunicación y la confianza.
- ❖ El paciente y su entorno: incluye las creencias que tiene el usuario sobre su entorno emocional, afectivo, el rol que ocupa dentro de la sociedad, las características sociodemográficas. Toma principal importancia el apoyo de su familia y del entorno con el que convive.



- ❖ La enfermedad: refiere al tipo de enfermedad que la persona padezca, sus síntomas y consecuencias. Por ejemplo, diferentes estudios muestran que cuando la cronicidad de la enfermedad aumenta, el cumplimiento de la persona disminuye. Es por ello que se considera necesario investigar sobre la dificultad que tenga la persona, ya que nos dará una idea del comportamiento que podemos llegar a encontrar.
- ❖ La terapéutica: se relaciona con las indicaciones y tratamientos que van a ser destinados a la persona enferma. Diferentes observaciones muestran que aquellos tratamientos cortos y sencillos gozan de una mejor adherencia que los prolongados como consecuencia de enfermedades crónicas.

Es así como Nieto y Pelayo (2009) nos hablan sobre diferentes componentes provenientes del usuario que forman parte de la adherencia:

- ❖ En primer lugar, el usuario debe aceptar el formar parte de un cronograma de tratamientos. Debe permitirse conocerlo tras haber aceptado que es portador de un diagnóstico que requiere ser tratado.
- ❖ Luego, debe aceptar el tratamiento y poner en acción las indicaciones dadas por parte del terapeuta, es decir, llevar a cabo un cumplimiento de lo acordado en relación a las tareas que debe realizar.
- ❖ En tercer lugar, la persona debe evitar realizar aquellos comportamientos que son considerados de riesgo, logrando un tratamiento preventivo. Para ello el usuario debe realizar las modificaciones necesarias.
- ❖ Por último, debe incorporar nuevas conductas saludables, de modo que pueda llevar a cabo un nuevo estilo de vida mejorando su estado inicial.

Tal como es de suponer, la adherencia no se encuentra establecida en algunas personas, por lo cual, siguiendo la línea de estos autores, se considera a la no-adherencia como una falla en el cumplimiento de las demandas terapéuticas y puede ser que esté presente de modo voluntario o involuntario, presentándose en todas las edades y en todos los estados metales. Otra de las características, es que su frecuencia puede variar en el tiempo, es decir que la persona puede cumplir con la medicación, pero no asistir a la consulta, esto es debido a la percepción que tenga el propio sujeto, como así también la eficacia de la medicación, o factores familiares, económicos, culturales. (Silva, Galeano y Correa, 2018).

Los autores anteriormente mencionados plantean que hay diversos factores que pueden llevar a la falta de adherencia en el tratamiento. Por un lado, se encuentran los factores asociados al usuario, como ser el deterioro sensorial (la persona no puede obtener la información adecuada), deterioro cognoscitivo y del estado de ánimo (la información se procesa de manera alterada) o aspectos de la enfermedad (a veces eligen seguir su vida cotidiana antes de seguir con un tratamiento). En segundo lugar, los factores ambientales, como por ejemplo el vivir solo, encontrarse aislado, tener determinadas creencias que no coincidan con el tratamiento. En tercer lugar, los factores asociados a la toma de medicamentos, es decir, que el usuario tenga rechazo a la toma de medicamentos lleva a no tomarlo, omitir algunas dosis, duplicarlos, suspenderlos, tomar cualquier otro medicamento. Y, por último, los factores de interacción médico/usuario, en donde es importante que las instrucciones que se lleven a cabo por parte del primero sean claras y precisas, como por ejemplo la duración, forma u horarios de tratamiento.

Hay que tener en cuenta algunas estrategias para mejorar la adherencia en la persona. A) El primero de ellos es tener información efectiva, como profesionales de salud mental se debe estar entrenados para brindar instrucciones claras, evitando lo más posible el lenguaje técnico y dándole al usuario la mayor información posible y educándolo. B) Por otro lado, es importante establecer una comunicación asertiva, discutir de manera abierta y sincera los temas sobre la enfermedad, el tratamiento, riesgos y beneficios. C) Por último, el profesional debe educar al usuario, para que el mismo se encuentre informado de todos los aspectos provenientes de su enfermedad y no entre en confusión.

Acosta, Rodríguez y Cabrera (2013), comentan que diferentes estudios demuestran que entre el 30% y el 60% de las personas presentan una no-adherencia a la medicación antidepressiva lo que lleva a un aumento en las tasas de recaídas y recurrencias en la patología. También, encuentran que desde un 49% hasta un 84% de las personas sienten la necesidad de llevar a cabo un tratamiento, pero el mismo es abandonado a partir de los 3 meses, luego de haber encontrado resultados favorables, llegando a una cifra del 55% de las personas que abandonan el tratamiento en los primeros 6 meses.

Los autores concuerdan que la no adherencia es un fenómeno multifactorial, que cuenta con diversos factores de riesgo relacionados con el usuario de salud mental, la enfermedad, la medicación, el médico y la asistencia que recibe, así como también la familia que acompaña y la sociedad. En este punto, se encuentran involucradas las actitudes y las creencias que tiene el

usuario y la familia en relación a la depresión, la medicación y el tratamiento; la relación terapéutica también es considerada un factor de riesgo, debido a que una deficiente relación puede llevar a una mala adherencia. La educación, el nivel económico, el estado civil, la personalidad, el abuso de sustancias y los síntomas también son considerados como factores de riesgo que inciden en la no adherencia.

Entonces, podemos decir que las creencias que tengan los USM sobre la depresión y el tratamiento son factores importantes a la hora de calificar la adherencia que tenga el mismo, no dejando de tener en cuenta que la familia también es un factor primordial que influye en la misma. Es por ello que los autores consideran necesario que el terapeuta se encargue de psicoeducar al usuario, de forma que el mismo aprenda a tomar decisiones y algunas veces sean en conjunto con el profesional promoviendo la adherencia, puesto que aquellas personas con más conocimientos con el trastorno y su tratamiento pueden presentar una mejor adherencia e incluso una evolución más positiva en relación a la psicopatología.

Siguiendo el mismo hilo, Peralta y Carbajal (2008) comentan que la adherencia permite que el profesional establezca una alianza con la persona, creando un contexto para que el usuario entienda su problema, las consecuencias que conlleva, acompañándolo en la toma de decisiones y promoviendo un compromiso activo por parte del mismo.

De este modo, Nieto y Pelayo (2009), sugieren que la adherencia al tratamiento tiene tres momentos. 1) En primer lugar, la persona recurre a los servicios de atención, donde se establece el primer contacto con el terapeuta. 2) En segundo lugar, el terapeuta toma responsabilidad y se ocupa de comprometer al consultante, como así también a los demás profesionales y a la institución en sí misma. 3) Por último, el objetivo es conseguir en la persona cambios que sean perdurables y que no sean abandonados al momento de concluir con el tratamiento.

Finalmente, se considera importante llevar a cabo estas estrategias para que la persona tome una posición favorable respecto al tratamiento requerido y teniendo en cuenta el cuadro que el mismo presenta, ya que la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento no se encuentra en las mismas condiciones en un usuario con esquizofrenia a uno con depresión, siendo este último un factor central de interés en este trabajo.

## 6.2 DEPRESIÓN

En relación al cuadro de depresión, Blanco (2013) la conceptualiza como un trastorno que se manifiesta en el comportamiento, afectando progresivamente la realidad de la persona quien la padece y al entorno en el que esta misma se desenvuelve. Por otro lado, el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), define a la depresión como “un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades” (Citado en Blanco, 2013, p. 47).

Pérez Alvares y García Montes (2001), mencionan cuatro grupos diferentes de síntomas presentes en el trastorno depresivo:

- ❖ Por un lado, están los síntomas afectivos, que incluyen el humor bajo, la tristeza y el desánimo.
- ❖ En segundo lugar, los síntomas cognitivos, teniendo en cuenta los pensamientos negativos por parte de la persona sobre el mundo y sí mismo, el bajo autoestima, la desesperanza, el remordimiento.
- ❖ En tercer lugar, los síntomas conductuales, como la falta de actividades sociales, conductas habituales, lentitud, agitación motora.
- ❖ Por último, los síntomas físicos, es decir, alteraciones en el apetito, el sueño y energía.

Diversos autores, plantean que la depresión se caracteriza por sentimientos como la indiferencia, la soledad, el pesimismo, afectando el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos de la persona quien la padece (Citando en Cerquera y Meléndez, 2010).

Es importante aclarar, que cada una de estas sintomatologías es una cualidad particular de la persona, es decir que lo que la persona sienta y como actúa va a depender de su subjetividad, entonces, los síntomas probablemente varían de una persona a otra, al igual que el motivo que ha llevado a la persona a caer en dicho cuadro.

Korman y Sarudiansky (2011) sostienen que a pesar de todos los síntomas que presenta la depresión es importante discriminar en lo que es considerada una psicopatología y lo que no,

es decir que hay que tener en cuenta que experimentar tristeza, ganas de llorar, desgano o perder el interés en las actividades de la vida cotidiana por un momento no es algo anormal o un factor que nos diga inmediatamente que estamos hablando de un trastorno, sin embargo hay que tener en cuenta que los mismos síntomas clasifican a una enfermedad que es la depresión. En este momento, no se estaría hablando solamente de una tristeza pasajera, sino que conforman un trastorno que llegara a interferir con la vida cotidiana de la propia persona como así también de su familia, amigos y el entorno en general.

Otra característica fundamental del trastorno depresivo es que él mismo puede llevar a la persona a cometer intentos de suicidio, como así también a desarrollar problemas de ansiedad como pánico, fobias y trastorno obsesivo compulsivo. Segal, Williams y Teasdale (2008) aseguran que el 50% de las personas que se recuperan de un episodio de depresión padecen al menos un episodio más; en cambio, aquellos usuarios con más de un episodio de depresión conllevan un riesgo del 80% a padecer uno nuevo. Esto nos da la pauta que la depresión puede ser considerada como una enfermedad para toda la vida.

Por otro lado, Pérez Alvares y García Montes (2001) describen la depresión no-endógena, propia de la condición neurótica. En ésta distinguen entre A) la depresión bipolar (alternación de depresión y manía), B) depresión unipolar (exclusivamente depresión), que se incluye en el trastorno del estado de ánimo en el DSM-IV. En este segundo grupo, se pueden distinguir distintos subtipos:

- ❖ “episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor (recidivante),
- ❖ trastorno distímicos,
- ❖ trastorno depresivo no-especificado (premenstrual, menor, breve recidivante...)
- ❖ y otros trastornos del estado de ánimo (debido a enfermedad médica, inducido por sustancias, y no-específico)” (p. 494).

Blanco (2013) plantea que las personas con depresión presentan sentimientos de vacío, autorreproche, culpa, decaimiento, desmotivación, ansiedad, incapacidad de autoreconocimiento, baja autoestima, etc., lo cual también tiene consecuencias en el entorno, produciendo un desgaste, factor que sería sumamente negativo considerando la importancia que tiene este recurso de apoyo para la propia persona. Es por ello, que se considera necesario un proceso de psicoeducación para establecer la CDE en la persona y en su familia, brindando

conocimiento sobre la patología, tratamiento, sintomatología y sin ocultar información ya que este acto lleva a la desconfianza con respecto al tratamiento y evita la aceptación de enfermedad, teniendo como consecuencia una pobre adherencia al tratamiento.

Entonces, se considera adecuado tener presente a la familia en el tratamiento con sujetos portadores de un trastorno depresivo. Un estudio realizado por Villa et al. (2009) dio como resultado un alto riesgo de intentos de suicidio en aquellos USM que provenían de familias con diferentes alteraciones, como es el caso de los entornos desintegrados, disfuncionales y hasta aquellos en donde se practica violencia familiar. Estas características serían consideradas como un factor de riesgo para personas propensas a cometer intentos de suicidio.

Por otro lado, Ochoa, Cruz y Moreno (2015) mencionan que hay tres aspectos de la depresión que llaman mucho la atención. 1) En primer lugar, es que la OMS (Organización Mundial de la Salud) plantea que se dio un incremento a nivel mundial en las cifras del trastorno. 2) En segundo lugar, es que dicho trastorno aparece cada vez en edades más tempranas. 3) Por último, se presenta una mayor prevalencia de síntomas depresivos en las mujeres, dando como resultado una disminución en los síntomas presentes en el hombre.

Este último punto llama mucho la atención a los autores, por los que se encargan de realizar una investigación sobre el motivo por el cual la depresión se encuentra presente mayormente en las mujeres que en los hombres. Se encuentran diferentes hipótesis en las que las razones pueden ser por el sistema endocrino, el desarrollo emocional, social o los diferentes roles que ocupa la mujer en la sociedad; es por ello que el encontrar las razones sobre la prevalencia de la depresión en la mujer atrae un arduo trabajo.

De este modo, plantean que la depresión es planteada como una problemática multidimensional, dándole participación a diferentes factores como causales del trastorno. La OMS (Citado en Ochoa et al. 2015) comenta que las mujeres actualmente se presentan en una situación de vulnerabilidad teniendo en cuenta factores como la educación, la labor y la violencia sufrida, llevándolas a portar un trastorno mental (generalmente depresivo) y a cometer suicidios entre los 20 y 59 años.

Otro de los factores causales de la depresión ha sido planteado por Correa y Jadresic (Citado en Ochoa et al. 2015), quienes postulan que la psiquiatría estuvo en la búsqueda de las razones del trastorno. Así mismo, comentan que los casos de depresión han ido aumentando

cuando la mujer se encuentra en la edad fértil, asociando las razones a un componente biológico y psicosocial que es derivado de la adolescencia. De esta manera se comienzan a tener en cuenta los factores psicosociales como un dato importante en el momento de hablar de las causas de la depresión, dándole prevalencia al modo en el que el ambiente social puede influir en el trastorno.

Por último, podemos decir que las relaciones familiares también son participes del trastorno y pueden ser una de las razones que lleven a las personas a padecer una enfermedad mental, desarrollando síntomas depresivos, o bien, pueden llevar a la persona a desarrollar sus recursos personales para pelear contra aquellos factores que son considerados de riesgo. Entonces, podemos concluir diciendo que hay diversos factores que pueden llevar a que una mujer desarrolle depresión, es por ello que es importante a la hora de analizar las razones del trastorno, que se tenga en cuenta una visión integral de la persona, logrando discriminar entre aquellos factores que influyen como en los que no.

## *6.2 FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA TOMA DE CONCIENCIA Y ADHERENCIA*

Podemos decir que la conciencia de enfermedad se encuentra influida por diferentes factores.

- 1) Los **factores personales**, ya que se ve comprometida la manera en el que la persona vivencia su autonomía y su propio cuerpo, conjugando con experiencias en las que puede encontrar significados emocionales diversos relacionados con el sentido de la persona y su identidad (Zalaquett y Muñoz, 2017).
- 2) Lo **social/familiar**, en donde a pesar de que la conciencia de enfermedad se encuentra directamente ligada al autoconocimiento, se considera que el entorno en el cual se encuentra inserta la persona tiene influencia en el mismo. Johnson y Orrell,

sostienen que existe una dimensión social, que postula al constructo social como influyente en el *insight* de la persona con psicosis, es decir, que las percepciones de enfermedad y tratamiento de la propia persona prevalecen en la cultura a la que forman parte. Por ejemplo, un estudio que se ha realizado para evaluar el insight en usuarios, muestra que aquellos que vivían solos presentaban un menor nivel de insight.

- 3) Las **estrategias institucionales**, los objetivos que se llevan a cabo con cada uno de los usuarios de salud mental, las intervenciones y el modo de abordar la enfermedad.

Se considera fundamental tener en cuenta estos factores para que las personas que portan una enfermedad mental puedan transitarla de la mejor forma, sin permitir que alguno de estos sea un riesgo para el mismo.

Silva, Galeano y Correa (2018) describen que diversos estudios muestran que la CDE debería ser uno de los principales objetivos en el tratamiento de usuarios con diagnóstico de esquizofrenia. La medicación también cumple un rol importante, ya que un elevado *insight* puede favorecer en el cumplimiento de la medicación por parte de la persona y logrará el beneficio de mejorar los síntomas existentes y reducir el riesgo de la persona, como por ejemplo en el suicidio.

Con respecto a la depresión, Blanco (2013) plantea que se considera fundamental los recursos de apoyo con los que cuenta la persona quien la padece, como ser la familia, la relación entre el profesional, la familia y el usuario, y la psicoeducación como herramienta para generar CDE en las personas involucradas, sin la necesidad de ocultar información que tendrá como resultado una actitud de desconfianza o incertidumbre con respecto al pronóstico que presenta el sujeto. De esta manera, la depresión repercute directamente en el desarrollo familiar, social y emocional, provocando un impacto negativo por parte de los comportamientos y la patología en sí, frente al entorno.

El papel de la familia es considerado un factor protector como también puede ser un factor de riesgo que posibilita a aquellas personas que presentan depresión a cometer intentos de suicidio; Villa et al. (2009) realizaron un estudio sobre los factores de riesgo en la depresión e intento de suicidio, encontrando como resultado un incremento en los factores familiares, siendo considerados de riesgo aquellos entornos alterados por ser disfuncionales, desintegrados



o en los que se practicaba la violencia. De esta manera, se considera que la dinámica familiar es clave en la presencia de la depresión y el intento de suicidio.

Podemos hablar sobre diferentes recursos con los que cuenta la familia y la persona para afrontar la enfermedad mental, mientras más limitada sea la relación con el medio, más insuficientes serán sus recursos de afrontamiento (Blanco, 2013):

- ❖ Recursos físicos: cuenta con la energía y la salud que poseen las personas.
- ❖ Recursos personales: creencias, ideas que permiten seleccionar estrategias para el afrontamiento.
- ❖ Recursos sociales: habilidades, posibilitando la comunicación con las personas.
- ❖ Técnicas de resolución de problemas: la experiencia provee de información que nos ayudara a desarrollar diferentes habilidades.
- ❖ Recursos ambientales: considera a la familia, los amigos, las condiciones laborales, el apoyo social.

Los recursos ambientales son sumamente importantes en la vida de las personas, convirtiéndose en un factor fundamental en aquel usuario de salud mental. Muchas de estas personas nombradas últimamente suelen tener problemáticas a la hora de superar sus dificultades debido al estigma que presentan. López et al. (2008) mencionan que las enfermedades o trastornos suelen estar relacionados con el estigma, lo que provoca una disminución de las oportunidades para disfrutar de la vida cotidiana y la calidad de vida que posea la persona, incluyendo las relaciones sociales que mantenga, el empleo del que forma parte, etc. De esta manera, a la persona se le adjudican actitudes negativas por ser parte de un grupo minoritario poseedor de patrones diferentes a los propios, por lo que son identificados.

Agudelo, Ante y Torres (2012) plantean algunos factores que se encuentran asociados a riesgos en la depresión, como por ejemplo los trastornos psicosociales relacionados con la salud física, las relaciones de apoyo (familiares e interpersonales), los escasos ingresos económicos y la poca satisfacción a la hora de alcanzar metas. Estos factores poco a poco logran agravar la enfermedad en la persona, siendo cada vez más difícil encontrar su bienestar.

Entonces, podemos decir que hay variables que se encuentran asociadas al trastorno depresivo y otras que se relacionan con la misma en muy pocos casos. En el primer caso, aquellos factores que se encuentran más asociados a la depresión mayor son los factores

personales y sociales, por ejemplo, puede ser el caso de una persona que no encuentre en su núcleo familiar un apoyo o sostén frente a la adversidad que se encuentra transitando. Si hablamos sobre aquellos factores que no se encuentran muy asociados a la depresión, como es en el segundo caso, la resiliencia es aquel complemento que le va a permitir a la persona generar habilidades emocionales, fortaleces sus vínculos y relaciones con sus redes de apoyo, favoreciendo la influencia que tengan aquellos eventos estresores que se encuentran presentes en la vida de cada persona (Agudelo et al., 2012). Así, se concluye con la idea de que la resiliencia es un factor que no se encuentra generalmente presente en las personas con trastornos depresivos, pero al poder desarrollarla, la persona contará con un apoyo extra que le permitirá salir adelante frente a las dificultades que se le planteen.

Otro de los factores con los que se presentan diferentes dificultades es en relación a la edad, ya que no es lo mismo ser una persona depresiva en la etapa de la adolescencia o la juventud que sufrir dicho trastorno en la adultez, y próximamente se explicará el porqué. Un estudio realizado por Riquelme y Hernández (Citado en Cerquera y Meléndez, 2010) muestran que se halla una complejidad en la sintomatología depresiva en relación con el contexto social/cultural y la edad de las personas, lo que permite una comprensión más integral de la persona y su complejidad anímica. De esta manera se diferencian aquellos trastornos afectivos que muy a menudo se encuentran presentes en el anciano.

Factores como el nivel socioeconómico, la residencia, el sexo, aspectos biológicos y la edad; así como el nivel de estrés, déficit en el apoyo social, grado de funcionalidad y salud percibida, se conciben como los principales elementos de riesgo para el desarrollo de enfermedades psicopatológicas como es el caso de la depresión, durante el proceso de envejecimiento. (Cerquera y Meléndez, 2010, p.65)

Esto se debe a diferentes causas del orden de lo biológico, sociodemográfico y psicosocial. En primer lugar, hablando sobre los factores biológicos, se tienen en cuenta características genéticas (como ser la historia familiar), marcadores biológicos (el sueño) y hormonas en las mujeres. En segundo lugar, los factores sociodemográficos se relacionan con el sexo, edad, estado civil, educación, nivel económico, religión y ocupación. Por último, los

factores psicosociales, donde engloba las características de la personalidad del sujeto, las capacidades cognitivas, las pérdidas que ocurrieron a lo largo de la vida, el apoyo social con el que cuenta, las relaciones interpersonales y los diferentes acontecimientos pasados. La adultez es otra de las características ya que es un período en donde las personas han pasado por muchos momentos a lo largo de toda su vida, siendo considerada una etapa colapsada de sufrimiento, inactividad, soledad y diferentes pérdidas, llevando a la aparición de síntomas o trastornos depresivos.

Siguiendo el mismo hilo, Campo (Citado en Cerquera y Meléndez, 2010) plantea que la depresión en el adulto mayor se encuentra asociada a los factores biológicos y socioculturales, de esta manera, incide fuertemente en el funcionamiento social de la propia persona existiendo la posibilidad de llegar a padecer enfermedades como cáncer, diabetes, etc. Así, el adulto depresivo no solamente pasa a tener una enfermedad psicológica, sino también que contribuye al desarrollo de enfermedades físicas, familiares, sociales y hasta cognitivos. Llanes, López, Vázquez y Hernández (2015) comentan que las personas con depresión presentan necesidad de ser escuchados, pérdida de roles sociales, aislamiento social, violencia psicológica y física, problemas familiares, antecedentes de trastornos psicológicos en la familia, escaso apoyo social y familiar, y presencia de impulsividad y ansiedad.

Con respecto a los factores personales, Lozano (2003), sugiere que las variables más estudiadas son la motivación y el autoconcepto. El primer concepto se refiere a un elemento que contribuye a que el sujeto aprenda, ello permite que las personas brindemos todo nuestro esfuerzo y empleemos los recursos pertinentes para lograr determinada meta. Por otro lado, el autoconcepto refiere a la interiorización que hacemos las personas de nuestra imagen, siendo el resultado de las interacciones que se llevan a cabo con el contexto y proporcionándole mayor importancia a la aceptación o al rechazo que recibimos por parte de las personas, en especial de aquellos que son significativos para nosotros mismos.

Es decir, que un factor personal tan importante como ser el autoconcepto se encuentra directamente relacionado con los factores familiares y sociales mencionados anteriormente. Es así como Musitu, García y Gutiérrez (Citado en Matalinares et al. 2011), comentan que el autoconcepto se va a formar a partir de las experiencias con las demás personas, incluyendo componentes emocionales, sociales, físicos, académicos. “Es un esquema cognitivo muy

complejo construido a través de experiencias previas con respecto al mundo que lo rodea” (Citado en Matalinares et al., 2011, p. 190).

Matalinares et al. (2011), mencionan que el autoconcepto refiere a una integración de factores o actitudes de las propias personas, en donde participan los pensamientos, haciendo alusión a la cognición; los sentimientos, tomando en cuenta la importancia de los afectos; y, por último, los comportamientos, es decir cómo actúan las personas en ciertas circunstancias. Cada uno de ellos engloba a tres factores totalmente importantes en la vida de las personas, el autoconcepto, la autoestima y autoeficacia.

Bernard (Citado en Acevedo y Mondragón, 2005), indica que hay factores personales que permite a los sujetos atravesar sus problemas; estos son la competencia social, el sentido de autonomía, el sentido de propósito y la creencia de que podemos construir un futuro mejor.

Para que la persona pueda gozar de buena salud mental es necesario que la misma este satisfecha consigo mismo y con los demás, siendo capaz de afrontar los problemas que se hacen presentes en la vida. De este modo, tener pensamientos y comportamientos positivos va a permitir aceptarse en relación a sus cualidades y defectos, elevando su autoestima y proporcionando una relación satisfactoria consigo mismo y con los demás (Asociación Americana de Psiquiatría, Citado en Rosado, Cedeño y Escobar, 2018).

Lazarus y Folkman (Citado en Martin, Jiménez y Fernández, 2000), proponen que el estrés, así como también, diferentes reacciones emocionales están limitadas a partir de la valoración cognitiva que la propia persona realiza sobre una situación en particular y luego sobre sí mismo. Es decir, que esta valoración se divide en dos pasos, la primera, que hace referencia a la valoración primaria, refiere a la evaluación de las consecuencias que tal acontecimiento tiene para uno mismo. Si tal situación es considerada una amenaza, tendrá lugar la valoración secundaria, la cual consta de la evaluación de los recursos con los que dispone la persona para sobrellevar la dificultad, este periodo refiere al concepto de afrontamiento.

La capacidad de afrontamiento es considerada como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman Citado en Viñas, González, García, Malo y Casas, 2015, p. 226). Es decir que estamos hablando de un proceso cambiante, dependiendo del momento, la situación que

transita o el entorno, lo que lleva al sujeto a contar con diferentes estrategias que pueden ser defensivas o aquellas capaces de resolver el problema.

Es importante tener en cuenta la diferencia entre estilos y estrategias de afrontamiento. Fernández Abascal (Citado en Castaño y León del Barco, 2010), comenta que los estilos de afrontamiento hacen referencia a las predisposiciones que tienen las personas para sobrellevar las situaciones que acontecen mediante la utilización de diferentes estrategias de afrontamiento, es decir, que abarca las disposiciones que lleva a la persona a actuar o pensar de determinada manera. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los procesos llevados a cabo por parte de las personas dependiendo del contexto y las situaciones desencadenantes. Entonces, podemos decir que el primer concepto hace referencia a una manera de obrar y pensar de una manera más general, mientras que el segundo concepto abarca nuestro accionar (mediante la implementación de recursos) en situaciones un tanto más específicas.

Los estilos de afrontamiento se forman de dos maneras, por aprendizaje o por hallazgo fortuito a partir de una situación de emergencia vivida por la propia persona (Martin et al. 2000). Frydenberg y Lewin (Citado en Viñas et al. 2015), hablan sobre tres estilos:

- ❖ Productivo: el cual hace referencia a las acciones que se encuentran dirigidas a resolver los problemas que acontecen.
- ❖ No productivo o de no afrontamiento: que incluye aspectos que no contribuyen a la resolución del problema, como por ejemplo el sentimiento de culpa, aislamiento social o acciones inadecuadas.
- ❖ Orientados a otros: se relaciona con las estrategias que se encuentran dirigidas a demás personas como el apoyo social, profesional, etc.

Adentrándonos a las estrategias de afrontamiento, Sepúlveda, Romero y Jaramillo (2012), exponen que las mismas tienen ventajas debido a que poseen el beneficio de ser modificadas. Es decir que a partir de diferentes vivencias las personas pueden aprender cuales estrategias han sido efectivas en situaciones anteriores y cuáles no, llevando a cabo una modificación de aquellas pertenecientes a este último grupo. Por otro lado, comentan la clasificación de las estrategias de afrontamiento, la cual se divide en dos escalas primarias y subescalas correspondientes:

❖ Por un lado, las estrategias activas, que se relacionan con los comportamientos vinculados al problema, el análisis de la circunstancia llevada a cabo por el sujeto, reflexión sobre las posibles soluciones, estrategias para un posible agravamiento de la situación, control de emociones y de la circunstancia, y la búsqueda de apoyo social. Las subescalas pertenecientes a dichas estrategias son:

- Resolución de problemas: encaminadas a reducir el estrés mediante la modificación de la situación.
- Reestructuración cognitiva: una modificación en la cognición cambiaría el significado que le atribuimos a la situación estresante.
- Apoyo social: los recursos de apoyo eficaces contribuirán a la resolución del problema a partir del sostén emocional.
- Expresión emocional: permitirá la liberación de emociones referidas a la situación de estrés.

❖ Por otro lado, las estrategias pasivas, en donde la persona opta por llevar a cabo una accionar de retraimiento, evitación, rechazo o huida del problema, aceptación pasiva, etc. Las subescalas que la conforman son:

- Evitación de problemas: llevan a que el sujeto evite o niegue los pensamientos o acciones relacionadas con el problema.
- Pensamiento desiderativo: procesos cognitivos que llevan al sujeto a desear no ser parte de la situación estresante.
- Retirada social: Apartarse de aquellas personas que se encuentran de alguna manera asociadas con el conflicto.
- Autocritica: Pensamientos culposos hacia uno mismo debido a la situación estresante o el propio accionar como consecuencia de la insatisfacción.

De esta manera, podemos decir que los estilos y las estrategias de afrontamiento ante las situaciones de estrés es un tema central para la salud mental, ya que las mismas actúan como mediador para la adaptación por parte de una persona a su enfermedad y también se encuentran relacionadas con los demás factores expuestos en este trabajo como los familiares o institucionales. Castaño y León del Barco (2010), mencionan que el afrontamiento adecuado permitiría el establecimiento de una buena adaptación al medio y recursos de apoyo favorables, siendo estos factores indispensables para la salud mental.

Por otro lado, Ruvalcaba, Gallegos, Flores y Fulquez (2013) sugieren que la inteligencia emocional se considera un factor protector en los trastornos psicológicos como por ejemplo la depresión, encontrando una relación entre ellas que es el estilo de afrontamiento que tiene la persona. La inteligencia emocional permite que las personas puedan reconocer sus emociones, comprenderlas y regularlas, lo que influye positivamente en la salud y el bienestar de la persona.

Bar-On (Citado en Ruvalcaba et al. 2013), comenta que la persona con inteligencia emocional puede entenderse y expresarse, así como entender y relacionarse con las demás personas eficazmente a partir de las demandas y presiones que se le presentan. Es decir que, al manejar las emociones, prevaleciendo el optimismo, positivismo y motivación la persona puede afrontar diferentes situaciones, resolviendo los problemas y tomando decisiones.

Por último, es importante que el rol del profesional sea el de ayudar a que la persona comprenda el efecto que tienen ciertas experiencias vividas sobre sí misma. (Zalaquett y Muñoz, 2017)

### *6.3 INTERVENCIONES CLÍNICAS DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVO- CONDUCTUAL*

En el contexto de práctica en el cual me encontré inserta, los profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) realizaban diferentes intervenciones y estrategias, que llevan a conocer la sintomatología de la persona, sus causas y consecuencias. Zalaquett y Muñoz (2017) refieren que “la intervención en crisis es un método psicoterapéutico que se caracteriza por una atención pronta y de pocas sesiones, focalizando la atención hacia una sintomatología aguda” (p. 325). Es decir, que la tarea de los profesionales se centra en el intento de reestablecer el equilibrio previo a la crisis, por lo cual, la intervención oportuna puede llegar a prevenir la cronicidad de la psicopatología.

Las intervenciones serán destinadas a los usuarios de salud mental y su contenido va a depender de la subjetividad de cada persona, tal como lo plantean los autores, se deben comprender los significados simbólicos que cada uno presenta a partir de las experiencias vividas. Es decir, que una técnica fundamental que se emplea es la interpretación de las relaciones entre las experiencias y los significados emocionales.

Como plantean Bellak y Small (Citado en Zalaquett y Muñoz, 2017) el terapeuta no debe esperar que el *insight* se lleve a cabo, sino que lo más apropiado sería que tenga un rol más activo, ayudando al usuario a crearlo, y para ello es necesario un empleo total de las capacidades y conocimientos que posea. Va a indagar sobre la historia de vida pasada y actual, va a partir de lo más consciente y gradualmente va a ir profundizando en el *insight* y en la elaboración que la misma persona realice sobre las situaciones vividas.

La primera entrevista se centrará en el relato del usuario. Es importante que el psicólogo estimule la comunicación para poder recabar información sobre los aspectos centrales como la sintomatología de la persona, situaciones de vida, estructura de los problemas, modos de adaptación, situaciones que dieron comienzo a la sintomatología, etc.

Beresford (citado en Zalaquett y Muñoz, 2017) plantea que es relevante que el terapeuta evalúe la forma en la que el usuario identifique la situación de estrés y que tipo de ansiedad posee, teniendo en cuenta tres aspectos: el primero, es si la persona reconoce o no el estrés, ya que nos indica si los mecanismos de defensa de la persona están actuando o interfieren en la percepción de la realidad; en segundo lugar, es reconocer si la persona identifica a su crisis como una parte de su vida y si puede enfrentarse a ella, lo cual le permitirá evaluar la vulnerabilidad; y por último, la relación entre los afectos y los pensamientos.

Por otro lado, los autores concuerdan que es fundamental que la persona se encuentre informado, de forma clara, con un diálogo acorde y destinarle el tiempo que sea necesario. Lo que tiene como objetivo que la persona sienta que puede tener el control de la situación. Lo cual demuestra la importancia de la CDE en la persona.

Feixas y Miro (1993), mencionan diferentes elementos que componen la psicoterapia. Uno de ellos es la relación terapéutica, la cual tiene 3 características, estas son: 1) Asimetría: debido a que se centra en las necesidades del cliente (que es quien demanda). 2) El encuadre:



reglas fijadas. 3) Carácter retributivo. Siguiendo la misma línea, los autores citan a Bordin (1979, citado en Feixas y Miro, 1993), quien propone los componentes de la alianza terapéutica:

- Vínculo: relación establecida entre el cliente y el terapeuta. “La calidad del vínculo determina el tono emocional de la vivencia que el cliente tiene del terapeuta, que influye en su colaboración en el proceso terapéutico” (Feixas y Miro, 1993, p. 29).
- Objetivos: hace referencia al grado de acuerdo de los objetivos, teniendo en cuenta si los esfuerzos de ambos van orientados en la misma dirección.
- Acuerdo de tareas: considera si los medios utilizados por el cliente y el terapeuta para conseguir sus metas son los adecuados.

Por su parte, Blanco (2013) menciona que la psicoeducación es el proceso que le brinda al usuario la información sobre la sintomatología y los tratamientos, además de distintas recomendaciones e indicaciones para despejar las dudas de las personas y evitar que el mismo no acepte la enfermedad. Es decir que el fin de tal proceso es llegar a establecer una correcta AAT (Adherencia al tratamiento), de forma que disminuya la incertidumbre y el malestar de la persona. De esta manera, se busca desarrollar la CDE, dando reconocimiento y apropiación por parte del sujeto en relación a su enfermedad, es decir que la persona tenga la capacidad de hacerla propia, interiorizarla como algo que no es ajeno a su persona y hacerse cargo de las consecuencias que la misma conlleva, como ser las responsabilidades, el cuidado, la constancia que requiere, etc. Lo mismo sucede con la familia ya que se busca despejar las dudas acerca de la enfermedad, el tratamiento, pronóstico y diferentes inquietudes que causan.

Es por ello, que la tarea del psicólogo se basa en atender las demandas recibidas por parte de la familia y de la propia persona deprimida, estudiando el rol que presenta cada integrante de la familia en relación al afrontamiento de la enfermedad y el lazo que tiene el usuario con cada uno de los integrantes del núcleo, teniendo en cuenta que la familia es un recurso de apoyo clave para los objetivos del tratamiento, y las experiencias que viven en conjunto son considerados una influencia sobre el origen y curso de la enfermedad, y al mismo tiempo dicha patología afecta directamente a la dinámica familiar. Entonces, es importante que el terapeuta se encargue de la capacitación de los familiares sobre la nueva situación presente y las que vendrán, informando sobre el papel crucial de su participación y su relación con las necesidades del enfermo y el tratamiento.

Al no llevar a cabo una correcta información a la familia la cual establece la CDE, se corre el riesgo de que los mismos se comporten de manera crítica y se muestren intolerables frente a la sintomatología depresiva que se haya presente en el usuario (estado de ánimo bajo y comportamientos inhabituales). Ocurrido esto, el terapeuta debe realizar una intervención oportuna frente a la crisis, haciendo entender a la familia sobre la circunstancia que se está atravesando, y la necesidad de establecer relaciones de apoyo óptimas para el usuario, que le sirvan a ambos para informarse acerca de los componentes afectivos, interpersonales y cognitivos que sufren una modificación como consecuencia de la crisis depresiva; esto ayudara a que todos los involucrados puedan disminuir su ansiedad, la cual es considerada una amenaza para la adherencia al tratamiento. (Blanco, 2013).

Nieto y Pelayo (2009), sostienen que es primordial que el terapeuta tenga en cuenta diferentes factores sobre su práctica frente a los USM, ocupándose de orientar sus comportamientos en relación a la persona, siendo claro y buscando que entienda y se comprometa con el tratamiento. También es importante observar las habilidades que tenga el propio terapeuta para poder comunicarse con las personas, siendo un comportamiento que se encuentra comprometido en la forma en la que se constituirá la relación con el sujeto.

Por otro lado, teniendo en cuenta los diferentes abordajes que tratan el tema de la depresión y los diferentes tipos de tratamiento e intervenciones, se considera necesaria una aproximación a aquellas teorías que se encargan del estudio de este trastorno y sus diferentes formas de abordaje, dándole especial protagonismo a la teoría cognitivo conductual ya que representa nuestro tema de interés.

Korman y Sarudiansky (2011) plantean que actualmente hay diferentes formas de tratamiento disponibles para la depresión, relacionados con los medicamentos y abordajes terapéuticos.

Con respecto a la medicación, Segal, Williams y Teasdale (2008) comentan que en los años 80 los antidepresivos eran considerados el tratamiento de primera línea para la depresión, y al mismo tiempo, había diferentes abordajes psicoterapéuticos con apoyo empírico que también se encargaban del tratamiento de personas con trastorno depresivo. 1) Por un lado, se encontraba el enfoque conductual, que se encargaba de incrementar las actividades reforzantes de la persona. 2) En segundo lugar, se encontraba el entrenamiento de habilidades sociales que

consistía en disminuir el aislamiento social sufrido por el usuario. 3) En tercer lugar, se hablaba sobre la terapia interpersonal, que tenía como objetivo la resolución de las disputas entre las personas y el cambio de roles. 4) Y, por último, la terapia cognitiva que proponía técnicas conjuntas cognitivo conductuales para lograr un cambio en los pensamientos e interpretaciones que contribuyen al mantenimiento de trastornos emocionales y conductuales que se encuentran asociados a la depresión.

Teniendo en cuenta el uso de fármacos, los autores Korman y Sarudiansky (2011), comentan que los principales para el tratamiento de la depresión son los antidepresivos que se dividen entre aquellos que eran los utilizados desde los primeros tiempos como los tricíclicos y los inhibidores de monoaminoxidasa, siendo eficaces en un 70%; y los antidepresivos nuevos como los duales y ISRS entre otros, los cuales no comprobaron la misma efectividad que los primeros, pero si son una herramienta que se encuentra disponible para el tratamiento en personas con trastornos depresivos.

Por otro lado, hablando sobre las psicoterapias, podemos decir que estas han logrado demostrar que son muy útiles en el proceso de tratamiento para la depresión, dándole especial importancia a la terapia cognitivo-conductual y a la terapia interpersonal implementándolas según el tipo de depresión que padece la persona, la gravedad de la misma, los síntomas y los deseos que este tenga. Diferentes estudios, demuestran que la terapia cognitivo-conductual se ha vuelto un tratamiento más eficaz que aquellos realizados con fármacos en relación a la prevención de recaídas en la depresión.

Hablando sobre los tratamientos cognitivos-conductuales, podemos tener en cuenta un modelo planteado por Aaron Beck y Albert Ellis para tratar la depresión en la fase aguda. El primero de los autores ha establecido un manual para la depresión, que cuenta con diferentes herramientas conductuales para realizar durante el tratamiento, junto con diversas técnicas que permiten obtener información para realizar un cambio cognitivo, postulando que dicho cambio permite desarrollar estrategias para los trastornos mentales. El objetivo principal sería la modificación de los pensamientos y las creencias que tiene la persona, ya que eso llevaría a una mejoría en los enfermos. El autor planteaba que cualquier influencia realizada sobre la cognición dejaba como resultado un cambio en el estado de ánimo como así también, en la conducta de la persona, sus emociones y el pensamiento.

Beck (Citado en Korman y Sarudiansky, 2011) desarrollo sus hipótesis a partir de la observación de las personas deprimidas, es decir que a partir de la atención que le destinaba al pensamiento de los sujetos pudo dar lugar a la “triada cognitiva”. La misma hacía referencia al razonar de manera negativa en tres factores diferentes, 1) Pensamiento negativo sobre sí mismo, 2) Pensamiento negativo en relación al mundo, y, por último, 3) Pensamiento negativo en relación al futuro. Esto, daba lugar a los pensamientos automáticos que son considerados “cogniciones que pueden ser automonitoreadas y comunicadas por el paciente” (Citado en Korman y Sarudiansky, 2011, p. 131). Cuando estos pensamientos automáticos son negativos se transforman en cogniciones distorsionadas, es decir una forma errónea de ver la realidad; la tarea del terapeuta sería la de ayudar al usuario a obtener nuevas valoraciones y opiniones más realistas mediante la implementación de un diálogo socrático. Entonces, al realizar un cambio en las cogniciones, es decir, en los pensamientos automáticos de las personas, se puede llegar a efectuar modificaciones en el afecto y el comportamiento de las personas que anteriormente se encontraban distorsionadas por tener como base un esquema disfuncional.

Korman y Garay (2012), postulan el pensamiento de Beck, el cual planteaba que en el momento en que una persona realiza un tratamiento cognitivo exitoso se modifica su esquema cognitivo. Pero, en ocasiones, suele suceder que la persona recae en los episodios depresivos, a lo que el autor principal considera como la persistencia de una actitud disfuncional, es decir que la persona durante el tratamiento cognitivo ha podido realizar modificaciones de sus pensamientos, actitudes y creencias, pero hay una actitud disfuncional que no pudo ser cambiada

Los autores Segal et al. (2008) concuerdan de que la terapia cognitiva se encarga de realizar cambios en el contenido de los pensamientos para, de esta manera, llegar a detectar y evaluar los pensamientos propios de las personas. Realizando esto último, las personas podrán elaborar una nueva perspectiva, es decir, una nueva forma de ver los pensamientos y las emociones, llegando a la conclusión de que son nada más que eventos mentales pasajeros y no afirmaciones validas sobre la realidad.

De esta manera, como se planteó anteriormente, la terapia cognitivo-conductual era considerada como un método empírico efectivo, incluso más que el tratamiento con medicamentos. Sin embargo, algunas investigaciones presentaban que un porcentaje de las

personas sufrían recaídas en relación al trastorno depresivo, es por eso que se comenzaron a implementar diferentes métodos o herramientas para el tratamiento en recaídas.

Segal et al. (2008) diseñaron la terapia cognitiva basada en la conciencia plena como método útil para reducir las recaídas en personas que padecían depresiones recurrentes, haciendo alusión al proceso en el cual el usuario intenta hacer consciente aquellas dificultades que se encuentran en su vida, sin intentar llegar a alguna solución a sus problemas, simplemente ocupándose de prestar atención a sus pensamientos. Es decir que toma a los pensamientos y sentimientos de las personas como eventos de la conciencia, teniendo como objetivo detectar y mantener los pensamientos automáticos. Para esto, los autores toman el entrenamiento en conciencia plena creado por Kabat-Zinn, psicoterapia también llamada *mindfulness*, que fue creado a partir de una serie de investigaciones sobre las causas que podían ser razones que llevaran a que la depresión se vuelva una psicopatología recurrente. (Segal et al. 2002. Citado en Korman y Sarudiansky, 2011)

De esta manera, se obtuvo como resultado que la recurrencia era la consecuencia de diferentes procesos a los que intervienen ocasionando el primer episodio de depresión. Es decir que las causas que desembocan en los episodios depresivos son divididas en dos:

1. En primer lugar, se encuentran aquellos estresores considerados mayores de la vida, los cuales son las razones de los primeros episodios depresivos.
2. Por otro lado, los autores plantean que el humor disforico y el pensamiento disfuncional son causas de los episodios recurrentes.

Podemos decir, que el programa de conciencia plena es un tratamiento breve, en donde se lleva a cabo una entrevista individual inicial y luego de ello, el usuario deberá asistir a unas sesiones en grupo durante el lapso de 8 semanas, realizando tareas de escaneo corporal, entrenamiento de la respiración y técnicas que son tradicionales como la psicoeducación. (Korman y Sarudiansky, 2011)

MODALIDAD DE TRABAJO

## 7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo se desarrolló bajo la modalidad de sistematización de las experiencias. Para explicar esto, Jara (2011) menciona que “la sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción (...) posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora” (p. 4).

### 7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

La *población* a la que se dirigirá nuestro trabajo será a mujeres que se encontraron internadas en el Sanatorio Morra durante el periodo de abril hasta noviembre del año 2019. Las mismas pertenecieron al sector 1, “Mujeres con psicopatologías agudas”.

La *muestra* quedó constituida por tres casos de mujeres pertenecientes a dicho sector con diagnóstico de depresión en un rango de edad entre los 25 años a los 60 años.

Datos sociodemográficos de los casos seleccionados:

| Usuaría  | Edad    | Ocupación                                 | Personas convivientes         | Motivo de internación                     | Tiempo de internación | Diagnóstico                              |
|----------|---------|---|-------------------------------|---|-----------------------|--|
| Jazmín   | 25 años | Estudiante                                | Madre, padre, y tres hermanos | Intento de suicidio -                     | 1 mes y 12 días.      | Episodio de depresión mayor.<br>(DSM-V)  |
| Gabriela | 48 años | Docente (actualmente en actividad pasiva) | Marido e hijo                 | Sobreingesta de medicación.               | 1 mes y 4 días.       | Trastorno de depresión mayor.<br>(DSM-V) |
| Nélida   | 60 años | Jubilada                                  | Vive sola                     | Síntomas de depresión e ideación suicida. | 1 mes y 2 días        | Episodio de depresión mayor.<br>(DSM-V)  |

**Nota:** Datos sociodemográficos e información acerca de la internación sobre los casos seleccionados.

## 7.2 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Observación participante: “supone un tipo de propuesta en la cual intervienen distintas técnicas y métodos, vinculados tanto con formas de observación, modalidades de interacción, como tipos de entrevistas (...) método complejo y riguroso de desarrollar” (Ameigeiras, 2006, p. 76). Es decir que, en el contexto de nuestra práctica, me encontré inserta dentro de la institución llevando a cabo el rol de observador participante, teniendo contacto con las personas participes de este trabajo y realizando preguntas, comentarios, como así también observando desde diferentes perspectivas. A menudo realicé



observaciones en las instalaciones del pabellón 1 sin interactuar con las personas, solo observando su comportamiento, relaciones, actitudes, etc. Y, en otras ocasiones, mi rol fue activo, manteniendo conversaciones, escuchando a las personas y observando su comportamiento al expresarse verbal o físicamente.

- Registro de la información: es un elemento clave que permitirá el desarrollo y el análisis de aquello que logramos observar. Ameigeiras plantea que: “todo es factible de ser registrado en cuanto puede constituir una información relevante o un dato potencial de nuestra investigación” (2006, p. 78). Se realizó una toma de notas de cada uno de los aspectos que me parecían relevantes; como, por ejemplo, el lugar en el cual me insertaba, las relaciones entre las personas, las actividades que se llevaban a cabo, las maneras de trabajar de los profesionales, y, sobre todo, enfatizar en aquellos aspectos que abarcan mi principal tema de interés, la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento en las usuarias internadas.

Estos registros me permitieron realizar una toma de notas sobre las entrevistas que se llevan a cabo, interpretaciones o comentarios en base a lo observado, plantear preguntas de indagación, registrar aspectos a observar próximamente, etc.

- Entrevista: La herramienta utilizada para lograr el diálogo fue la entrevista, la cual se llevó a cabo en diferentes usuarias con diagnóstico de depresión internadas en el pabellón 1: mujeres con psicopatologías agudas. La entrevista consistió en una serie de preguntas, teniendo en cuenta tres procedimientos planteados por Guber (2011), que son: la atención flotante por parte del investigador, la asociación libre por parte del entrevistado, y, por último, una categorización diferida del autor, el cual consta de la realización de preguntas abiertas a partir del discurso que brinda el entrevistado, las cuales nos permitirán una mayor indagación.

Se realizaron preguntas sobre cómo se siente la persona con respecto a la internación, quien la está acompañando en el tratamiento, si está conforme con su tratamiento, si sabe porque razón se encuentra internada, etc.

### 7.3 IMPLICANCIAS ÉTICAS

En las actividades realizadas en la Práctica Profesional Supervisada en el Sanatorio L. Morra se tuvieron en cuenta ciertas normas deontológicas y principios que están estipulados por el Código de Ética de la Federación de Psicólogos, el cual cumple la tarea de guía al ejercicio profesional del psicólogo.

En esta ocasión, las normas implementadas fueron:

- Respeto por el derecho y la dignidad de las personas: se tuvo en cuenta los derechos del usuario de salud mental, sin realizar discriminaciones de cualquier tipo y respetando su integridad, como así también, la situación particular que atraviesa.
- Consentimiento informado: todas las personas que formaron parte de la investigación fueron informadas sobre la misma y sobre las actividades llevadas a cabo; las personas gozarán de su autonomía para elegir voluntariamente su participación.
- Secreto profesional: toda aquella persona que sea participe de la investigación fue resguardada bajo el secreto profesional, de esta manera sus datos personales permanecerán confidenciales siendo modificados o eliminados, protegiendo la seguridad y la dignidad de la usuaria y los profesionales.

## ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

## 8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

### *8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO*

A comienzos del mes de mayo del año 2019 comencé mis prácticas en el Sanatorio Morra, lo cual permitió ampliar mi conocimiento sobre la disciplina de interés. Para llevar a cabo una recuperación de mi experiencia, considero necesario tener en cuenta diversos aspectos del instituto monovalente, por ejemplo, su funcionamiento, servicios, la labor de los profesionales, los procedimientos realizados, etc.

El Sanatorio Morra está compuesto de diferentes servicios, los cuales tienen como finalidad común brindar a las personas la prevención, el tratamiento y la asistencia en salud mental. Al ingresar por la puerta principal, se puede visualizar los consultorios externos atendidos por diferentes profesionales. También, se encuentra un bar en donde las personas que asisten al sanatorio pueden adquirir diferentes productos, incluyendo insumos de farmacia, lácteos, golosinas, cigarrillos, etc. El mismo conforma el punto de encuentro entre los consultorios externos y el sector de internación; lo que permite que los USM -provenientes del pabellón VIP, que son quienes tienen el acceso al patio principal- puedan comprar a través de una puerta que está conectada solo con el bar, ya que tienen prohibida la salida del sector en el cual se encuentran.

Para entrar al sector de internación hay una puerta que en todo momento se encuentra cerrada. Por ello, cada profesional tiene su llave, que es la misma que abre las puertas de cada pabellón. Esta característica posee como beneficio que los profesionales y los empleados de mantenimiento son las únicas personas que tienen acceso al lugar, por lo tanto, se garantiza la seguridad de quienes se encuentran internados.

A los familiares que visitan a los USM se les da una tarjeta de color o una nota realizada por algún profesional, la cual tienen que entregar en el momento en que se retiran de la institución. Cabe mencionar que no hay personal que se encargue de la seguridad y recepción o egreso de las personas externas a la institución, en su lugar se encuentra un timbre que es atendido por las recepcionistas del lugar.

Una vez que se cruza la puerta hacia el internado, se encuentra un patio grande, el principal. “*Mientras recorríamos el patio principal, me contaba que los usuarios vip eran los únicos que tendrían autorizado el estar allí, mientras que los demás pabellones tienen su propio patio.*” (Registro 7/05).

Recorriendo el espacio abierto se puede visualizar el primer pabellón -sector *VIP*, clasificado con el número 2-, a su lado el de neurorehabilitación -pabellón 6-, ambos son los lugares más equipados en comparación a los demás. Son salas equipadas con una cantina grande, living decorado y moderno; en la planta alta se encuentran las habitaciones con camas comunes y otras para personas con alguna disfunción física. “*...las usuarias se encontraban por diferentes salones sin hablar, y gente de limpieza por todos lados, manteniendo el lugar*” (Registro 7/05).

Un poco más atrás se ubica el pabellón 1 perteneciente al de mujeres con psicopatologías agudas; al lado de éste se encuentra el de hombres, que conforma el pabellón 3, y los más alejados de todos son el pabellón 4, que tiene la modalidad de ser mixto, conformado por mujeres y hombres con psicopatologías crónicas; y el 6 que es de gerontología, constituido por personas mayores de edad, dependientes en relación a su funcionalidad motriz.

En el centro del sector de internación se encuentra la guardia, en donde profesionales psicólogos y psiquiatras de diferentes pabellones van rotando para cubrir el lugar. En el mismo, se llevan a cabo los ingresos de nuevos USM realizando las entrevistas de admisión. Entre los profesionales se dividen cada entrevista, el psiquiatra será el encargado de indagar a la persona en situación, teniendo en cuenta el estado en el que se encuentra y corroborando si la internación es un dispositivo necesario; y el psicólogo entrevistará a la familia que acompañe en ese momento.

El espacio de guardia tiene acceso al patio principal pero también al exterior del sanatorio, en donde se encuentra el hospital de día y la fundación, que brinda capacitación a profesionales de distintas áreas o a quienes se encuentran en formación.

El sanatorio cuenta también con casas de medio camino y residencias compartidas, las cuales se encuentran en la manzana donde está ubicada la institución y tienen como objetivo lograr en el usuario una externalización del Neuropsiquiátrico y acompañarlo en su reinserción social.

### 8.1.1 PABELLÓN 1: MUJERES CON PSICOPATOLOGÍAS AGUDAS.

La Práctica Profesional Supervisada se llevó a cabo en el pabellón de mujeres con psicopatologías agudas, que corresponde al sector 1. Este lugar se encuentra conformado por una sala de estar (equipado con sillas, sillones y un televisor), enfermería, comedor (donde se llevan a cabo algunos talleres propuestos por la institución y las diferentes comidas), una sala de contención emocional, en donde las USM se encuentran en sus primeros días de internación y en los momentos en que presentan situaciones críticas durante su estadía en el sanatorio, teniendo como finalidad la estabilización del cuadro psicopatológico mediante la implementación de medicación, sujeciones<sup>1</sup> y contención por parte del terapeuta.

En el primer piso se ubican las habitaciones de las usuarias en donde solo pueden permanecer en el horario de la noche o la siesta, y, por último, el segundo piso que compone a la sala de profesionales.

Las USM internadas tienen reglas o procedimientos implementados por la institución. Comienzan su día a las 8 am. es decir, que en el momento de mi ingreso al sanatorio (9 hs) ellas se encuentran desayunando. Luego de realizar la primera comida del día, cada una lleva a cabo sus actividades. Algunas, con la autorización de los profesionales pueden asistir a los talleres que se estén dictando como educación física, yoga, canto, teatro, cocina, etc. Otras de ellas prefieren pasar su día hablando con sus compañeras, en la sala de estar en silencio o durmiendo.

Es un lugar tranquilo, en el cual, de vez en cuando se pueden escuchar gritos, cantos o risas exageradas pertenecientes a usuarias con psicopatologías de tipo maniaca. *“Mientras realizábamos la entrevista se escuchaba el canto de las internas de la mesa del lado, se complicaba retener las palabras de la persona, por eso la psicóloga optó por concluir la entrevista”* (Registro 13/05).

Todos los días los profesionales ingresan a la institución a las 9 am. y se encuentran en una sala, en donde comparten información sobre las internas. El equipo de trabajo está compuesto por tres psiquiatras, dos psicólogas y los profesionales residentes. Estos últimos

---

<sup>1</sup> Bandas elásticas que tienen como objetivo sujetar a la persona. Las mismas pueden ser en distintas partes del cuerpo como el tórax, manos, pies, etc.

hacen su especialidad en psiquiátrica y psicología; todos ellos son quienes se encargan de diferentes tareas como archivos, obras sociales y guardias médicas.

Los profesionales realizan un seguimiento sobre el estado de la persona mediante la implementación de entrevistas que se llevan a cabo todos los días y los resultados que obtienen de ellas son expuestas en una evolución clínica que se comparte en la plataforma virtual a la cual tiene acceso el equipo de trabajo y facilita que todos ellos puedan conocer la historia y situación de cada uno de las personas internadas. Esta plataforma es muy completa ya que tiene apartados como, por ejemplo: la primera evolución de psiquiatría, psicología, el seguimiento del día a día, los antecedentes familiares, y brinda una variedad de test que pueden ser administrados según cada patología. También, cada trabajador se encarga de llamar al familiar responsable de la persona, para contarle sobre la evolución del mismo.

Los días miércoles y sábados se realizan las visitas de los familiares, por lo que a cada uno de los profesionales se le asigna un grupo de USM (como lo hacen para realizar las entrevistas a la mañana) para conversar personalmente acerca del estado actual y evolución del tratamiento de la persona.

La institución por su parte, cuenta con normas institucionales que se relacionan con los objetivos planteados en el ingreso de cada usuario a la internación, las intervenciones que se llevaran a cabo y de qué forma se abordará la enfermedad presente en cada una de las personas.

Con respecto a los objetivos planteados al ingreso de la internación, se refiere a cuáles son las metas que se plantean los profesionales con respecto a la persona que ingresa en ese momento. Un ejemplo de ello, es el de establecer el diagnóstico y estabilizar el cuadro actual de la usuaria; dicho objetivo se encuentra presente en cada una de las personas que ingresan al sanatorio para ser internados, ya que es oportuno tener conocimiento sobre la psicopatología que porte la persona para proporcionarle un tratamiento que se adecue al mismo.

Estos objetivos son propuestos a partir de la valoración al sujeto que es realizada el profesional psicólogo unos días después del ingreso al sanatorio. En el mismo, se le pregunta cuál el motivo de ingreso al sanatorio, teniendo en cuenta si hubo intentos o ideación suicida, las causas del sufrimiento, la función que cumple la familia o los allegados, cual es el grado de conciencia y adherencia que tiene el sujeto, que postura toma la persona con respecto a su

situación, etc. Cada una de estas características que se tendrán en cuenta a la hora de realizar la valoración psicológica son puramente singulares de cada persona.

Por otro lado, el sanatorio realiza diferentes talleres en donde los usuarios de salud mental podrán asistir siempre y cuando estén autorizados por los profesionales. Antes de cada taller, se les proporciona a los profesionales un listado de aquellos que quieren asistir al taller que esta por dictarse, y son ellos quienes aprueban o no la participación de cada persona en la actividad.

Muchas de las usuarias decidían no realizar las actividades porque se encontraban ansiosas por hablar con los profesionales. *“No fui a gimnasia porque quería esperar a que me entrevistaran”* (Camila, en registro 18/09/19). Una característica común de todas las mañanas era llegar a la sala para entrevistar a las personas y que muchas de ellas pregunten si hoy tocaba que la entrevistara tal profesional o interrumpir una entrevista para pedir hablar, esta cualidad muchas veces se debía a la conformación de una buena alianza terapéutica con determinado profesional.

A la hora de realizar el alta correspondiente de cada uno de las personas en el internado, se le entrega un turno dentro de un lapso de tiempo para consultas con los profesionales con el objetivo de continuar con un seguimiento sobre el estado en el que se encuentra la persona, que adherencia al tratamiento está teniendo, es decir que si lleva a cabo las directrices ordenadas por los profesionales, que actividades realiza, como esta su situación en relación a la dolencia que la llevo a internación, etc.

En un primer momento, mi tarea como alumna practicante fue acompañar a una psicóloga que forma parte del pabellón uno a realizar las entrevistas diarias, esto me permitió ampliar mi conocimiento sobre la tarea del psicólogo clínico en la institución.

Las actividades que se realizan pueden considerarse monótonas y tranquilas, todo irrumpe cuando se lleva a cabo un ingreso, por lo que se puede observar un cambio en el movimiento tradicional y los profesionales actúan rápidamente. *“...Luego fuimos a la sala de profesionales y empezamos a pasar en limpio lo que dijo cada persona en las entrevistas, en ese momento vino una psiquiatra comentando de que había un ingreso, por lo que salimos rápidamente hacia el sector de guardia”* (Registro 13/05).



Las entrevistas realizadas por los profesionales pretenden recabar información mediante la implementación de preguntas sobre las condiciones anímicas de la persona, su historia de vida, los momentos de crisis por los que ha transitado, el acompañamiento y contención familiar y social de la persona, su objetivo en relación a la internación, etc. En este momento, las usuarias se expresan contando sus pensamientos y acciones.

En la mayoría de las entrevistas que se llevan a cabo las usuarias declaran que tratar temas como el trabajo, la vivienda, las relaciones sociales o familiares les genera ansiedad, dando como resultado síntomas de miedo y angustia. Por ejemplo, es el caso de una usuaria que tiene como diagnóstico depresión, en diferentes entrevistas nos contó sobre su incertidumbre a la hora de salir del sanatorio *“entrevistada, 55 años aproximadamente. Dice que no se encuentra preparada para decidir dónde va a vivir, no quiere vivir en una pensión y también le hace muy mal volver a su casa ya que le trae demasiados recuerdos”* (Registro 7/05/19). *“Todavía no estoy decidida sobre qué voy a hacer cuando salga”* (Carla en registro 13/05).

Por otro lado, otra usuaria que ingresó por alcoholismo, de aproximadamente 53 años, reiteradas veces nos contó sobre sus decisiones e incertidumbres *“Me preocupa mucho el que voy a hacer cuando salga... me preocupa el trabajo”*. (Registro 16/05). *“Estuvimos hablando con mi hija y quedamos en que yo salía de acá y reiniciaba mi maestría”* (Registro 27/05). *“Estoy nerviosa por la reunión con el ministerio, no sé cómo me ira y quiero que me dejen continuar con mi trabajo”* (Registro 30/05).

En tercer lugar, otra usuaria con diagnóstico de depresión y de 45 años aproximadamente nos contaba *“Cuando salga de acá voy a dejar la facultad y voy a seguir trabajando... mi jefe les contó a todos mis compañeros de trabajo que estoy acá, yo no quería que sepan, no quiero que sepan que soy una loca”* (Registro 11/06).

Por otro lado, en las entrevistas se puede observar de la importancia que tiene el contexto familiar y social en las personas. Muchas narran diferentes emociones que sienten respecto a la actitud y lugar que ocupa el entorno para ellas. Una usuaria de aproximadamente 70 años y próxima a otorgarle el alta médica nos contaba: *“Quiero ver si pago a una señora para que venga a charlar un rato conmigo cuando ya esté en mi casa”* (Registro 13/05).

Otro caso, de una usuaria de 17 años aproximadamente llegó a la sala de contención emocional diciendo: *“Me quiero suicidar, porque mis papás no vinieron a la visita ayer”*

(Registro 16/05). Una usuaria con diagnóstico de depresión de aproximadamente 55 años: *“Cuando salgo de permiso siento que molesto a mis hijos, ellos no hacen nada para que piense eso, sé que soy yo”* (Registro 20/05).

*“Me sorprendió porque vino una hermana con la que estaba peleada”* (Registro 22/05). *“Mi familia quiere que empiece una vida que no estoy preparada, quieren que sea fuerte y todavía no puedo”* (USM de aproximadamente 50 años con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor en registro 27/05)

*“Ayer vino mi hijo y me dijo que estaba cansado y que ya sabía lo que le esperaba cuando salga... me pone mal estar en esta circunstancia, no ser la madre que me hubiera gustado ser... el problema no es la gente, soy yo”*. (USM de aprox. 55 años con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor en Registro 30/05).

*“Yo quería que mi mamá y su novio dejen de pensar en arreglarse ellos y piensen en mí. Me sentía ignorada”*. (USM de 15 años, internada por intento de suicidio, en registro 3/06).

En un segundo momento, se me destinó como tarea el realizar entrevistas a USM con psicopatologías diferentes que se encontraban transitando distintas etapas de internación. Algunas de ellas habían ingresado a la institución hace pocos días, otras se encontraban internadas hace más tiempo y por último se encontraba el grupo en condiciones próximas de otorgarles el alta médica por parte de los profesionales.

La finalidad de mi tarea a realizar era acercarme al rol activo del psicólogo, ya que antes tenía el rol de observadora y ahora podía realizar preguntas que me permitan tomar conocimiento sobre diferentes aspectos de la vida de la persona.

Realizaba preguntas sobre el motivo de ingreso, la estadía en la institución, cambios durante el transcurso de la internación, la conformación de la familia, etc. Pude aprender sobre el rol del psicólogo, realizar preguntas sin haberlas planificado con anticipación (teniendo en cuenta como se llevaba a cabo la entrevista), escuchar con atención a las palabras reproducidas como así también a los silencios. De esta manera, y junto con las entrevistas que continuaba realizando en compañía con la Licenciada en Psicología, pude hacer una aproximación hacia lo que más adelante fue mi tema central de interés.

En un tercer momento, establecí mi eje de interés, *“Factores que contribuyen a la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento de usuarias con depresión en internación aguda”*, teniendo en cuenta que es uno de los principales objetivos que se plantean por parte del equipo interdisciplinario a la hora de realizar una internación. De esta manera, mi observación y atención se iba encaminando a aquellos aspectos que me permitan dar cuenta de la conciencia de enfermedad en las usuarias, como por ejemplo lo que ellas consideraban el motivo que las llevo a internación, el nivel de adherencia que tienen en relación a las indicaciones de los profesionales, si llevan a cabo diferentes cambios en su vida diaria con el objetivo de favorecer a la estabilización de su cuadro psicopatológico, que planificaciones realizaba con respecto a su futuro o que metas se había planteado.

Comencé a interiorizarme más sobre el tema y a formular algunas preguntas claves para ampliar mi conocimiento con respecto a los conceptos principales (CDE y AAT). Junto con la ayuda de la psicóloga pude detectar el nivel de conciencia de enfermedad y las probabilidades de que dicha capacidad sea desarrollada para favorecer el tratamiento de las internas. Así fue como tomé conocimiento de que algunas de las usuarias no sabían el motivo por el cual realizaban el tratamiento, tenían intenciones de concluir con el mismo cuando su cuadro psicopatológico aún no se encontraba estabilizado o negaban tomar su medicación, etc. siendo todas estas razones consecuencias de la falta de conciencia y adherencia.

Por último, en un cuarto momento, establecí la muestra de personas a las cuales les realicé las entrevistas y comencé a investigar más sobre la CDE y AAT, como así también los factores que logran favorecer estas capacidades como a aquellos que no.

Esto lo logré, gracias a la realización de entrevistas a usuarias con distintas psicopatologías, pudiendo dar cuenta de que la capacidad de conciencia de enfermedad o adherencia al tratamiento no era la misma en personas con psicosis, depresión, manía, etc.

Decidí realizar entrevistas a usuarias con cuadro de depresión, formulando preguntas que me permitirían tomar conocimiento sobre la capacidad de conciencia de enfermedad, su importancia, factores que influyen directamente en ellas e intervenciones realizadas por parte del equipo tratante que contribuyan a la toma de conciencia.

Las entrevistas se llevaron a cabo en diferentes etapas de internación de la persona, para poder visualizar el avance en la toma de conciencia a medida que avanza el tratamiento y como es esta transformación en cada caso en particular.

Con respecto al factor de tiempo, he dividido el proceso de internación en tres etapas diferentes, consideradas como el “Primera etapa de internación”, “Durante la internación” y “Final de la internación”. El paso de un periodo al otro se da a partir de la modificación y avance de la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, cuando estas cualidades junto a los factores que las benefician se encuentran presentes en las usuarias es el momento de transición en la etapa final de internación.

## 8.2. ANÁLISIS DE DATOS

A continuación, se llevará a cabo la articulación de la experiencia vivida a partir de la Práctica Profesional Supervisada realizada en el Sanatorio Morra, teniendo en cuenta la historia de vida de las usuarias seleccionadas, su experiencia en la internación, el trabajo por parte de los profesionales, las pautas de la institución, etc. junto con la información recabada a partir de los objetivos planteados.

Para ello, considero importante realizar una breve descripción de cada uno de los casos que fueron seleccionados respetando la confidencialidad de las personas.

El primer caso presentado será el de Jazmín. Tiene 25 años, es estudiante de arquitectura y trabaja en un bar en su tiempo libre. Vive con sus tres hermanos (dos mujeres y un varón) y sus padres. Se presenta a la guardia del Sanatorio con sus padres tras ser derivada por un hospital de la provincia de Córdoba por diversos cortes en sus antebrazos. Comenta que en el año 2018 dos hombres abusaron de ella en una fiesta luego de haberle puesto droga en la bebida. Pasaron meses sin contarle a alguna persona ya que le daba culpa por haber tomado y porque no quiere poner mal a su madre, esta última presenta trastorno bipolar y Jazmín se encarga su cuidado. Al contarlo comienza a hacer tratamiento psicológico y psiquiátrico puesto que presentaba síntomas como pesadillas, miedos, anhedonia, insomnio, temor al vínculo con hombres e ideación suicida. Hace una semana ingirió psicofármacos con alcohol y en el día anterior a presentarse a la guardia se realizó varios cortes en sus antebrazos, ambas acciones fueron realizadas con fines autolíticos. Fue diagnosticada con Episodio de Depresión Mayor (DSM-V) y con Trastorno de Estrés Posttraumático.

El segundo caso es el de Gabriela. Tiene 48 años de edad, es docente y actualmente se encontraba haciendo tareas pasivas en la institución en donde trabajaba. Vive con su esposo y su hijo de 18 años. Ingresa por orden de internación debido a que se auto medica frecuentemente. Anteriormente fue internada tres veces, siendo la última en el año 2016. La usuaria comenta que tomo 25 pastillas de Lorazepan de 25 mg. con el objetivo de “descansar”. Con respecto a la relación con su marido comenta que tienen poca comunicación y que hace un tiempo le fue infiel con un amigo, luego se arrepintió, lo que tuvo como consecuencia una ruptura de su amistad. Menciona que está muy triste porque perdió a su amigo y que también

siente mucha culpa por lo que le hizo a su marido, por esa razón decidió tomar las pastillas. Quienes se dieron cuenta de la situación fue su hijo y su marido debido a que Gabriela “*tenía un andar medio raro*” (Gabriela en registro 22/10/19), luego de que ellos empezaran a interrogarla, ella confesó que se tomó las pastillas. Su marido se presentó con ella en el sanatorio para consultar con el cuerpo médico, y en ese momento la usuaria entró en una crisis de ansiedad que llevó a confesarle a su esposo el engaño. Fue diagnosticada con Trastorno Depresivo Mayor.

El tercer y último caso es el de Nélide, tiene 60 años, es jubilada y vive sola. Tiene una hija que ya formó su propia familia y trabaja la mayoría del día, también cuenta con un hermano al que puede ver ocasionalmente debido a que vive en otra ciudad. Ingresó a la guardia del Sanatorio sin la compañía de un familiar. No tiene internaciones previas, pero sí se encontraba haciendo tratamiento psicológico. Nélide comenta que en noviembre del año 2018 murió su madre, quien se encontraba a su cargo y estuvo cuidando por seis años. Esa no fue solo la pérdida que tuvo esta persona, sino que hace mucho tiempo murió su hijo de 13 años atropellado en la esquina de su casa: “*en ese momento toda mi familia se vino abajo*” (Nélide en registro 12/11/19). Ella se encargó de su marido debido a que el mismo se encontraba muy depresivo, y cuando él murió, comenzó a encargarse del cuidado de salud de su madre de más de 85 años, quien padecía Alzheimer. Tras la muerte de su madre la usuaria tuvo la creencia de que podría empezar a ocuparse de ella misma, pero muy lejano a eso comenzó con pesadillas, insomnio, astenia, malestar físico, angustia, anhedonia y abulia. Nélide fue diagnosticada con Episodio Depresivo Mayor.

### ***8.2.1 PROCESO DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO A LO LARGO DE LA INTERNACIÓN.***

El objetivo de este trabajo es analizar la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento de distintas personas con diagnóstico de depresión. Blanco (2013), considera que esta patología es un trastorno que se manifiesta en el comportamiento, va afectando al sujeto y su realidad como así también a las personas que lo rodean.

A lo largo de la práctica profesional supervisada pude dar cuenta sobre los diferentes tiempos que se establecen en el proceso de internación y las características que varían uno con el otro. Es decir, que no es lo mismo observar o entrevistar a un usuario al comienzo de su internación, cuando aquellos sentimientos, pensamientos, emociones giran en torno al dolor, sufrimiento, culpabilidad, soledad y desesperanza, que establecer una conversación con una persona que se encuentra más avanzada en su tratamiento y ha pasado por diferentes situaciones, como por ejemplo las intervenciones de los profesionales, que contribuyen a repensar sus cogniciones y actitudes, promoviendo una mirada más racional sobre ello.

Teniendo en cuenta la historia de vida de Gabriela, en una entrevista de seguimiento contaba: *“Yo no sé cómo enfrentar los problemas, mi forma es empastillándome, a mí la medicación no me hace nada, esta última vez me tomé 25 pastillas, no pensé que me pudiera llegar a pasar algo”* (Registro 30/09/19). Como ya se ha mencionado las personas que padecen una enfermedad mental muchas veces no son conscientes de ello, lo que lleva a una mala adherencia al tratamiento dando como resultado repercusiones negativas en su patología (Fernández Rodríguez, 2010). Lo que sugiere la actitud de Gabriela, es que generalmente al comienzo de la internación, las USM no tienen en claro la razón de su tratamiento, la gravedad de su patología, los actos que han cometido y/o sus agravantes.

Otras veces se puede observar casos en donde las personas reconocen sus estados anímicos y sus cambios repentinos en la vida cotidiana lo que les permite solicitar ayuda, como es el caso de Nérida que en una entrevista realizada apenas unos días posteriores a su ingreso al sanatorio contaba:

Estoy acá porque vine voluntariamente, vine sola, me sentía muy mal en mi casa... no tenía ganas de nada, me levantaba comía y volvía la cama, me hacia la merienda y volvía a la cama y así, hasta que me di cuenta que de esta manera no podía vivir entonces saqué un turno y me vine. (Registro 24/10/19)

A diferencia de las acciones implementadas por Gabriela, Nérida optó por recurrir a los profesionales de la salud mental debido a la angustia que portaba en el último tiempo. Este accionar se condice con lo planteado por la Asociación de Iniciativas Sociales de Madrid (2016), en donde la toma de consciencia permite que el usuario ponga en funcionamiento habilidades destinadas a la comprensión, conocimiento y colaboración en el tratamiento. Se

puede inferir que la actitud de Nélica conlleva un beneficio en proceso de curación ya que hay mayores posibilidades que quien padece la enfermedad sea responsable en base a las indicaciones de los profesionales.

En ocasiones las personas pueden tener conciencia y adherencia en algunos aspectos dejando de lado otras características que resultan importantes debido a su falta de reconocimiento o porque no cuentan con los recursos que contribuyen a llevarlo a cabo. Es por ello que a continuación, se realizará un análisis sobre cada USM en particular, demostrando la evolución de la misma, en qué momento de la internación se realizan esos cambios y cuáles son, sin perder de vista los conceptos centrales.

La primera usuaria, Jazmín, llega a la guardia el día 1/10/2019 para ser internada por sufrir depresión como consecuencia de ser víctima de un abuso sexual que se llevó a cabo en una fiesta.

En sus primeros días de internación, Jazmín tuvo diferentes intervenciones por los profesionales, y al cabo de unos cinco días contaba: *“Ayer vino a verme mi mamá y mi papá, estoy muy emocionada, perdón que llore. Estoy muy contenta, feliz, nunca pensé que podía volver a sentirme así de bien”* (Registro 8/10/19).

Unos días después, Jazmín nos comentaba:

‘Estoy feliz porque me dieron el permiso para poder estar con mi familia. Ahora necesito que me acompañen en el proceso de la denuncia, lo otro ya está bien, va a ser una de las primeras cosas que haga cuando salga, tengo un poco de miedo, pero no sé, no sé bien que es lo que siento, pero lo voy a hacer’. Los profesionales comentaban su preocupación por Jazmín ya que esta no hablaba sobre el abuso sexual que sufrió, muy por el contrario, se mostraba feliz y ansiosa por el proceso de denuncia, circunstancia que implicaría una situación de estrés importante (Registro en primera persona 16/10/19).

Se considera importante rescatar la expresión del “darse cuenta de” (Seguí, 2015) que conforma el concepto de *insigth*, haciendo referencia a los diversos cambios que se implementan a partir de la racionalización y reestructuración de los pensamientos, teniendo como objetivo alcanzar el bienestar o la resolución de los problemas. Mencionando el caso Jazmín se puede reflexionar que los profesionales realizaban su trabajo con el fin de que la



USM realice un “darse cuenta” puesto que, de caso contrario, el *insight* con el que cuenta la persona es escaso o inexistente atrayendo diferentes consecuencias como el agravamiento de la patología y la escasa adherencia al tratamiento con fuertes repercusiones.

Teniendo en cuenta las fases del *insight* planteadas por Bowden y Jung-Beeman (Citado en Seguí, 2015) y teniendo en cuenta el discurso de las diferentes usuarias expuestas en este trabajo, se realizará un seguimiento del concepto principal a lo largo del proceso de internación haciendo alusión a la discrepancia entre tales etapas.

La primera fase llamada Impasse Mental (Bowden y Jung- Beeman citado en Seguí, 2015) se da cuando la persona porta algún problema y cuenta con la creencia de que nunca podrá avanzar sobre una meta. Se puede intuir que Jazmín transita dicha fase un tiempo antes de concurrir al sanatorio hasta los primeros días en los que se encontraba internada puesto que comentaba: “*Nunca pensé que me podía volver a sentir así de bien, por lo mal que estaba pensé que no iba a salir nunca más de esto*” (Registro 8/10/19). En sus palabras hacía referencia a que antes de la internación tenía el pensamiento que jamás iba a poder atravesar su sufrimiento, por lo que se encontraba estancada en sus problemas, sin esperanza de salir adelante ni de cumplir con una meta.

La segunda fase mencionada por los autores expuestos en el párrafo anterior, correspondiente a la reestructuración del problema (cuando la persona logra un cambio en la representación de sus dificultades), se podría relacionar con las palabras de Jazmín:

Yo sentía que tenía la culpa porque yo tome de un vaso que ellos me dieron y ahí me drogaron. Pero ahora entendí que no era culpa mía todo lo que paso, y mis papás también me dijeron lo mismo ... Me estoy sintiendo más fuerte, ahora me valoro y valoro a mi familia, estoy sintiendo cosas que antes no sentía como el amor propio o valorar las cosas que antes me daban lo mismo. (Registro 22/10/19)

Se podría hipotetizar que Jazmín logró atravesar la segunda fase propuesta por los autores mediante la modificación de su manera de pensar, ya que en un comienzo de su internación se encontraba invadida por sentimientos de culpa debido al abuso del cual fue víctima considerándose responsable por haber bebido de un vaso de alcohol. Con el paso de los días la usuaria pudo hablar sobre lo ocurrido y gracias a la ayuda de los profesionales, logró

entender que ella no tenía la culpa, lo que le permitió ponerle palabras a su sufrimiento y remontar su autoestima.

La tercera fase, perteneciente a la adquisición de un tipo de comprensión más profunda, se produce cuando la persona comienza a entender el problema. Recordamos que Jazmín, en sus primeros días en el internado manifestó su bienestar trayendo como consecuencia un cambio muy abrupto en el proceso del tratamiento teniendo en cuenta que hace días había ingresado al sanatorio con ideación e intento suicida.

El 24/10/19 -24 días después de su ingreso al sanatorio- se entrevistó a Jazmín, quien presentaba mal semblante a diferencia de encuentros anteriores:

Comenta: ‘Estoy un poco preocupada y angustiada (se larga a llorar, fue la primera vez que podíamos conocer un poco más a Jazmín. Su llanto era muy sincero, demostraba mucha tristeza, pero al mismo tiempo un poco de enojo), la doctora dijo que faltaba mucho para que me den el alta, yo creía que ya estaba bien’. En ese momento la psicóloga comenzó a decirle que si ella no se soltaba no iba a poder estar bien y lo necesario que era que hablara ya que nunca había contado lo que sufrió esa noche. (Registro en primera persona, día 24/10/19)

De lo que Jazmín refiere se puede inferir que las palabras de la psicóloga permitieran, en ese momento, que tenga la fuerza necesaria y comience a hablar de lo que sufrió hace un poco más de un año. La usuaria contaba:

‘Estoy acá porque quise matarme porque me violaron y sentía que no podía más. No quería contarle a nadie porque me daba vergüenza, tenía miedo que me juzgaran y de hecho lo hicieron... mis compañeros del trabajo, se me reían por eso busque otro trabajo’. En ese momento el llanto de Jazmín se hace más intenso, era la primera vez que hablaba y demostraba el dolor que había sentido por las burlas causadas por sus compañeros. ‘Ellos se me reían y yo un día no aguante más y los enfrente, después de eso renuncié. Siempre me trataban mal, se me reían, me decían gorda, yo antes de la violación los enfrentaba, pero después no les decía nada, me volví cobarde. (Registro en primera persona, día 24/10/19)

Acorde a lo planteado por González Ortuño et al. (2014), podemos decir que las personas portadoras de una psicopatología pueden evaluar sus experiencias, y el *insight* permite que las mismas seas aceptadas y concientizadas por quien las padece. Se considera que esta

última entrevista reflejó un avance en el tratamiento de Jazmín, ya que contó cosas con muchos detalles, poniéndole palabras y dándole un significado a lo sufrido en relación al abuso, sus consecuencias, razones por las que no quería contarlo y por qué se sentía tanta vergüenza. “*Pudimos entender más sobre ella y ella pudo liberarse y recibir intervenciones por parte de los profesionales que le permitan superar sus problemas*” Registro en primera persona, día 24/10/19).

De esta manera Jazmín pudo entender las razones del porqué aún no era momento de concluir con la internación, ampliando su conocimiento y reestructurando su antigua manera de pensar, lo que le permitió transitar la fase tres del *insigth*: “Adquisición de un tipo de comprensión más profunda”.

A partir de ello, en entrevistas posteriores Jazmín contaba:

Me permití estar triste, me tome mi tiempo, deje salir lo que sentía y ahora estoy feliz ... Recién hoy puedo ver y entender que yo no fui culpable de nada, que ellos no tenían derecho a hacerme lo que me hicieron. Pude hablar con mi familia de todo lo que paso y empezar a nombrarlo como lo que fue, una violación, un abuso. (Jazmín en registro 4/11/19).

Estoy bien, mañana me voy... estoy orgullosa de mí porque lo que no pude superar en dos años lo hice ahora en 40 días. Siento que no volvería a atentar contra mí y también sé que si eso no hubiera pasado yo no hubiera hablado. Sé todo lo que pasé y hoy por fin ya me siento bien. (Jazmín en registro 12/11/19).

El segundo caso es el de Gabriela, fue internada el día 26/09/19 por sobre ingesta de medicación. Tiene tres internaciones previas, siendo la última en noviembre del 2016.

La usuaria cuenta que desde la última internación se encontraba en buen estado, pero ante la mala comunicación con su familia (marido e hijo) y problemas matrimoniales comenzó a tener una relación extramatrimonial con su amigo durante un tiempo, lo que generó un sentimiento de culpa llevándola a abandonar esa relación. Por esa razón su amigo se enojó y el estado anímico de Gabriela empeoró.

La usuaria diagnosticada con Trastorno depresivo hace aproximadamente 5 años tiene la tendencia de que ante algún problema que se le presenta ingiere pastillas en el intento de

olvidar o escapar de su sufrimiento. Aparte de ello, ha presentado ideación suicida en algunas oportunidades. En la entrevista de ingreso al sanatorio contaba:

Yo venía bien, pero empecé a sentir mucha culpa por una relación que tuve con un ex compañero por dos meses... me cayó la ficha de que hice algo muy malo y empecé a llorar y no podía parar y por eso me tomé las pastillas, quería dormir.  
(Registro 26/09/19)

En relación a las palabras de Gabriela podemos recordar lo que Acosta, Rodríguez y Cabrera (2013) planteaban de la adherencia como fenómeno multifactorial. Se considera que Gabriela –al ser internada durante varias oportunidades- cuenta con diferentes directrices demandadas por los profesionales encargados de su salud mental. Estas condiciones implantadas por el cuerpo de trabajo no son realizadas por la usuaria, y un punto importante de ello sería sus razones. Los autores comentan diversos factores de riesgo como ser la enfermedad, medicación, medico, asistencia, familia o sociedad; un punto importante en este análisis sería detectar cuales son los motivos que llevan a la falta de insight.

Teniendo en cuenta las fases del *insight* (Bowden y Jung- Beeman citado en Segui, 2015), podemos decir que, en esta etapa de la internación, Gabriela, se encuentra en la fase de Impasse Mental puesto que la persona no sabe cómo enfrentarse a sus problemas. Al contrario de ello, la acción que lleva a cabo tras toparse con un inconveniente es la huida, buscando refugio en la medicación que la llevará a dormirse profundamente o encontrar la muerte.

En las próximas entrevistas se ha notado un cambio en la manera de pensar de Gabriela. Tras diferentes intervenciones, entrevistas y con oportunidades de pensar sus inconvenientes, la usuaria ha llegado a la segunda fase planteada por Bowden y Jung-Beeman (Citado en Segui, 2015) de reestructuración del problema. Es así como se ha propuesto el objetivo de realizar un cambio en la representación de sus dificultades. La usuaria comentaba: “*mi problema principal creo que es que soy adicta a las pastillas. Todo el tiempo me auto medico... me parece que voy a tener que controlar más eso y no sé cómo*”. (Registro 7/10/19). En otra de las entrevistas, Gabriela contaba: “*yo no sé cómo enfrentar mis problemas, mi forma es empastillandome, a mí la medicación no me hace nada. Esta ultima vez me tomé 25 pastillas de lorazepam, no pensé que me pudiera llegar a pasar algo*” (Registro 9/10/19).

Se considera que Gabriela ha podido repensar sobre sus inconvenientes y promover a la reestructuración de sus pensamientos, aprendiendo sobre dos cuestiones. A) La primera es que ante los problemas busca refugio en la medicación, es decir que no puede enfrentarse a las adversidades y requiere la ayuda de redes de contención. B) La segunda, es que su manera de accionar tiene diversas consecuencias y la usuaria ha podido dar cuenta de ello ya que asegura *“no pensé que me pudiera llegar a pasar algo”*, ahora tiene conocimiento sobre las posibles consecuencias que sus acciones conllevan.

En un tercer momento de la internación, más precisamente en la fase de adquisición de un tipo de comprensión más profunda, en donde la persona puede entender cuestiones relacionadas con su problema de un modo más amplio puesto a haber realizado un cambio en su reestructuración cognitiva; Gabriela contaba: *“Entendí que las pastillas no son la solución y pueden traerme muchas secuelas. Así que nunca más voy a pensar en tomar pastillas, me di cuenta que no solucionan nada”* (Registro 22/10/19).

Esta es mi cuarta internación, siempre es por lo mismo. Yo siento que esta vez es diferente porque pude aprender las consecuencias que tiene, no solamente como me pone a mí la medicación sino también que me puede hacer mal a nivel cerebral. Ahora entendí de que en vez de tomarme una pastilla es mejor hablar las cosas. (Registro 29/10/19)

Gabriela ha podido entender de una forma más racional sobre las consecuencias que tiene la sobreingesta de medicación, ejercitando aspectos de su vida que la llevaran a actuar modificando sus cogniciones, comportamientos y emociones, adquiriendo el conocimiento y la práctica de la comunicación.

Teniendo en cuenta la conceptualización de adherencia al tratamiento planteado por la OMS (Citado en Dilla et al. 2009), recordamos que es la conducta de la persona en relación a las directrices por parte de los profesionales de la salud sobre la toma de medicación, seguimiento de una dieta o modificación de los hábitos de vida. Gabriela ha logrado realizar una transformación en su vida cotidiana, como por ejemplo la comunicación con su familia, es decir que pudo llevar a cabo una correcta adherencia al tratamiento gracias a las intervenciones de los profesionales, como así también, a la ayuda de su marido y su hijo. La usuaria contaba:

Con respecto a la medicación, mi hijo y mi marido se pusieron de acuerdo para ayudarme. Limpiaron toda mi casa de pastillas, no dejaron nada. Yo tomaba pastillas hasta vencidas, ellos se encargaron de sacar todo y también se pusieron de acuerdo para darme la medicación, mi hijo lo hace cuando mi marido está trabajando y después cuando llega se encarga él. (Registro 29/10/19)

Entonces, podemos concluir en que la ayuda por parte de la familia es fundamental, puesto que estos también colaboran para que la adherencia al tratamiento sea posible, ya que en un primer momento es conveniente recibir una ayuda para cumplir con lo pactado y que la persona protagonista no se vea atraída por faltar a las normas.

El tercer caso pertenece al de Nélica, quien se presentó en la guardia del Sanatorio para ser internada con diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor. Su caso llamó mucho la atención ya que se presentó sola a diferencia de los demás usuarios que asisten con un familiar a quien se le realiza una entrevista por parte de un psicólogo profesional.

Teniendo en cuenta las fases del *insight* de (Bowden y Jung- Beeman citado en Seguí, 2015), podemos decir que la primera, Impasse Mental, se puede ubicar en el momento anterior en el que Nélica concurre al Sanatorio, puesto que ella contaba:

Desde julio me estoy tratando aca, estuve cuidando a mi mamá seis años, de día y de noche, y falleció en noviembre del año pasado. Yo estaba bien, me fui en marzo de vacaciones y cuando volví empecé a tener decaimiento. El médico me mando a la endocrinóloga, al gastroenterólogo, pero está todo bien, me dijo que era todo de mi cabeza. Me la paso todo el día en cama, tengo taquicardia, me siento mal y no puedo salir de esto, no tengo ni placer de comer, perdí 6 kg... no puedo dormir entonces son muchas horas pensando siempre lo mismo, de que no quiero vivir más y así. Vine sola porque soy inteligente y estoy consciente de lo que me está pasando. (Registro 17/10/19)

Es decir que esta primera fase, en donde la persona ve su problema como el final de algo, en donde no hay posibilidades de avanzar, Nélica la ha transitado tiempo antes de ser internada, ya que cuenta que presentaba ideación suicida como consecuencia de su angustia.

Unos días posteriores de su ingreso al sanatorio, más precisamente una semana después, Nélica comentaba:

Hace seis años murió mi marido, después de eso yo me encargaba de cuidar a mi mamá, le hacía todo y nunca hacía cosas para mí. Después que murió mi mamá volví a mi casa y me senté en el lugar en donde siempre tomaba mates con ella y ahí quedé, no tenía ganas de nada... yo nunca estuve sola y cuando me encontré sola dije ¿y ahora?, creo que llegó el momento de pensar en mí. (Registro 24/10/19)

Yo aca estoy re bien, acompañada, hablo con mis compañeras, con los profesionales, me contienen... yo en mi casa estoy sola, quiero salir de permiso para estar con mi hija y mis nietos, pero si ellos no pueden yo no salgo porque no estoy preparada para estar sola. (Registro 30/10/19)

Estos fragmentos permiten conjeturar que Nélica logró entender dos aspectos. En primer lugar, el origen de su dolor y cuál es su posible solución; ella sabe que le resulta muy dolorosa la soledad, y que toda su vida estuvo cuidando de las demás personas como a su marido y a su madre. A pesar de ser una persona muy activa, hay cosas que no podía realizar, por esa razón su hija pensaba que, con la muerte de su abuela, su madre iba a poder realizar actividades que le generaban placer. En este momento, la USM además de saber que todo su sufrimiento se debe a la soledad, pudo entender que es momento de pensar en ella, realizando actividades placenteras.

En segundo lugar, Nélica entiende que en la internación se encuentra muy satisfecha ya que cuenta con sus compañeras, profesionales, personas con las cuales puede hablar y pasar el tiempo, pero siendo consciente de que al volver a su casa esas personas que hoy la acompañan no se encontrarán. Tiene conocimiento de que todo con lo que cuenta en el internado será pasajero y necesita las herramientas necesarias para enfrentar su problema. Tal como planteaba Seguí (2015), hace referencia al “darse cuenta de”, indicando los cambios que se llevan a cabo para lograr la mejoría del sujeto. Estos cambios vendrán con nuevos aprendizajes y estrategias para solucionar los problemas y serán distintos a aquellos que la persona ya poseía.

Nélica se encuentra transitando la fase de reestructuración del problema, puesto que pudo entender, es decir, “darse cuenta de” cuál es el problema y cuál es la solución, pero, aun así, requiere adaptar estrategias para afrontar sus inconvenientes. Necesita redes de contención que refuercen su bienestar, pero al mismo tiempo sabe que eso no es fácil ya que solo cuenta con su hija.

Por último, la fase de adquisición de un tipo de comprensión más profunda se puede visualizar a partir de la tercera semana en la que Nélide se encuentra internada. En sus entrevistas comentaba:

Ahora ya pude planificar lo que voy a hacer porque tengo que volver a mi casa y estar sola. Pero voy a irme al grupo de jubilados que tengo en el barrio y voy a empezar a hacer actividades con ellos. Acá aprendí que me gusta baile, yoga, y quiero seguirlo haciendo afuera ... Estoy chocha porque tenía miedo de volver a mi casa, pero me fue perfecto, cuando entré sentí que me abrazó... después se fue mi hija y estuve lo más bien sola. (Registro 4/11/19)

Ahora tengo pensado salir y hacer muchas cosas, este fin de semana volví y estuve limpiando, bailando, era como antes. Hace muchos años que no era así, tuve que cuidar todo el tiempo de alguien. Cuando murió mi mamá yo viajé, volví a mi casa y me di cuenta que no tenía a nadie para cuidar y a nadie para que me cuide, no hacía nada. Ahora tengo un montón de gente que está esperando que salga para juntarnos, quiero cuidar a mis nietas, tengo otro viaje y muchas cosas por hacer. (Registro 12/11/19)

Es así, como Nélide ha podido aprender que a pesar de la soledad que refleja su hogar como consecuencia de la pérdida de su marido y de su madre, existen alternativas que le permitan sobreponerse a sus adversidades. Se considera que, en ese momento, la usuaria transitaba la tercera fase planteada por Bowden y Jung- Beeman (Citado en Seguí, 2015), ya que pudo entender de una forma más profunda el problema y que su solución no era algo imposible.

Algunas de las alternativas implementadas por la usuaria fueron: buscar actividades para realizar, valorar a todo lo que antes tenía y no podía verlo como cuidar a sus nietas o juntarse con el grupo de jubilados de su barrio, proporcionándole mayor importancia a las interacciones de la propia persona con el ambiente ya que, Markova (Citado en Pascual et al. 2018), las menciona como un factor que afecta directamente en la capacidad de *insight*.

De lo expuesto se deriva que con el paso del tiempo y el avance del tratamiento llevado a cabo en esta institución, los tres casos que forman parte de este análisis han podido desarrollar la capacidad de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento a partir de diferentes factores como por ejemplo la labor efectuada por los profesionales y la capacidad de las propias



personas de hacer uso de sus diferentes facultades como ser la reestructuración de los pensamientos relacionados a su malestar.

### *8.2.2 FACTORES PERSONALES, INSTITUCIONALES Y PERSONALES IMPLICADOS EN LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.*

En este apartado se analizarán cómo los factores sociales/familiares, institucionales y personales pueden o no contribuir a la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento en las usuarias con depresión

#### *8.2.2.a: FACTORES SOCIALES/FAMILIARES*

Resulta importante hacer un análisis sobre las interacciones que tiene la persona que porta la psicopatología ya que influyen directamente sobre la toma de conciencia. Es decir que, además de incluir los rasgos de personalidad propios, también tiene en cuenta la dimensión social (Markova citado en Pascual et al. 2018). Es por ello que se considera que el papel de la familia puede ser un factor protector o un factor de riesgo. Este segundo caso va a incidir en la persona depresiva y puede llevarlo a realizar intentos de suicidio o ideación suicida, es decir que no es favorable para el usuario con diagnóstico de depresión tener un entorno disfuncional, desintegrado o violento. En una entrevista Jazmín mencionaba:

En mi casa tenía que cuidar a mi mamá porque tiene bipolaridad y esta depresiva. Al principio no conté lo que me pasó porque tenía que estar para ella. Mi papá en abril del 2018 se fue de mi casa porque discutió con mi hermana y después volvió por mi tema. (Registro 2/10/19)

Se puede inferir que la misma se encontraba inserta en un ambiente familiar disfuncional, puesto que su madre se encontraba diagnosticada con trastorno bipolar y por ello

la usuaria aseguraba que era ella quien se encargaba del cuidado de su madre. Este tipo de familia es considerado por Villa et al. (2009) como un factor de riesgo en la depresión e intento de suicidio. Tiempo después del abuso sexual sufrido por la usuaria, su familia tomó conocimiento y Jazmín comenzó tratamiento psicológico y psiquiátrico. En una entrevista con los padres contaban:

Este último tiempo siempre estaba muy contenta hasta que yo le dije que no fingiera más y ahí me dijo que no quería que yo sufriera ... La semana pasada se tomó toda la medicación que tenía, la llevé al hospital y me dijeron que la traiga al Sanatorio, pero yo no la quería internar, pero ahora se pone todo peor porque se cortó. (Madre de Jazmín en registro 1/10/19)

Como se describió anteriormente, existen diferentes recursos con los que cuenta la familia, los cuales permiten llevar a cabo un afrontamiento en relación a la psicopatología (Blanco, 2013). La entrevista expuesta en el párrafo anterior refleja que la madre de Jazmín no acató las directivas de los profesionales lo que indicaría que la capacidad de afrontamiento familiar es escasa. Del mismo modo, teniendo en cuenta los inconvenientes en la relación parental se considera que los recursos familiares eran limitados o inexistentes. Por lo tanto, ambas características –afrontamiento y recursos- son factores de riesgo que no estimulan la conciencia de enfermedad.

En relación a el grupo social y de pares Jazmín contaba:

No quería contarle a nadie porque me daba vergüenza, tenía miedo que me juzgaran y de hecho lo hicieron... mis compañeros del trabajo, se me reían por eso busque otro trabajo... yo un día no aguante más y los enfrente, después de eso renuncié. Siempre me trataban mal, me decían gorda, yo antes de la violación los enfrentaba, pero después no les decía nada, me volví cobarde. (Registro 24/10/19)

El discurso de Jazmín se relaciona con aquello que Llanes et al. (2015) mencionan como un factor asociado a la depresión presentando pérdida de roles sociales, aislamiento social y violencia psicológica. Se puede considerar que estos conjuntos de características se alejan de la necesidad de ser escuchados y la conformación de redes de contención como recursos que promueven la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, por lo que provoca en

Jazmín el aumento de su angustia ya que lo que para ella representaba un acontecimiento traumático para su entorno era un motivo de burlas.

Durante el tiempo en el que se encontraba en el sanatorio, Jazmín pudo recibir ayuda por parte de su familia y amigas de su nuevo trabajo, quien desde un primer momento supieron entenderla y acompañarla.

Mi familia me acompaño en todo momento, mi hermana es con la que más hablaba, ella tiene 18 años y por ahí es con la que más nos entendemos. Mi mamá es todo para mí, ella tiene trastorno bipolar y hubo un tiempo en donde estaba re mal y yo me encargaba de ella, después cuando yo me puse mal ella mejoró para cuidarme. Me pone muy feliz ver que ahora está mejor, eso me emociona mucho porque ella es todo para mí ... Si me cruzaría a las personas que antes se reían de mi yo los ignoraría, ya no me importa. Quiero hacer mi vida, tengo amigas que me acompañan un montón y yo las quiero mucho. (Jazmín en registro 12/11/19)

A partir de lo expresado por Jazmín, se puede concluir que la internación permitió reforzar el lazo familiar ya que los mismos supieron actuar como redes de apoyo acompañando en el tratamiento además de cooperar para establecer y promover la CDE y AAT por parte de la usuaria y su entorno.

Analizando el caso de Gabriela, la segunda usuaria que forma parte de este análisis, se observa que su familia está constituida solo por su esposo y su hijo de 18 años. Sus padres al igual que los de su esposo han fallecido hace varios años y hermanos no tienen.

En el tratamiento me acompañan mi marido y mi hijo, somos nosotros tres nomas porque yo no tengo a mis padres y soy hija única, y mi marido igual. Y tenemos solo un hijo que es un amor, tiene 18 años y es re buena persona. Me acompaña un montón en el tratamiento. (Gabriela en registro 22/10/19)

Sin embargo, Gabriela presentaba algunos inconvenientes con su familia, principalmente con su marido ya que no existía una comunicación adecuada.

“Hace muchos años mi marido me engaño con otra persona, en ese momento yo quise suicidarme y me internaron, pero de todas formas yo lo perdoné y seguimos juntos. Ahora lo que pasó es que él estaba todo el día en el trabajo y cuando volvía a casa estaba re cansado asique se acostaba a dormir, en entonces

no hablábamos nunca. Eso me llevo a mí a engañarlo con un amigo mío, estuve dos meses engañándolo hasta que me di cuenta lo que había hecho” (Registro 9/10/19).

Teniendo en cuenta los planteos de Herrera y Avilés (2000), la desorganización o desmoralización familiar son consideradas como factores de riesgo para la salud familiar, lo que trae como consecuencia un deterioro en las relaciones conformando una crisis familiar. En relación al caso de Gabriela podemos inferir que su entorno familiar se encontraba atravesando una crisis como consecuencia de la falta de comunicación con su marido.

A pesar que la infidelidad podía llevar al quiebre de la separación, el cónyuge de Gabriela supo entender la situación y el motivo que llevo al engaño por parte de su mujer, sin descuidar que su deseo era que su mujer se estabilice. *“Con mi marido mejoramos el dialogo, me dijo que quería que intentemos estar bien, que olvidemos todo lo que paso con respecto a la infidelidad y que sigamos adelante, me puse muy contenta, me gustó mucho lo que hizo”* (Registro 22/10/19).

Del planteo de Gabriela, se pudo detectar que los mecanismos de autorregulación (Fernández citado en Blanco, 2013) que se ocupan de modificar las relaciones sociales con el fin de mejorar su funcionamiento fueron implementados por la usuaria y su familia - particularmente en la relación conyugal-, este accionar es considerado un factor que favoreció al tratamiento de la persona.

Pude hablar con mi marido que quería más dialogo y ahora hablamos de todo, también dije que quería más tiempo en familia y como mi marido tiene el trabajo durante la semana nos pusimos de acuerdo en disfrutar los fines de semana y hacer cosas juntos ... mi hijo estuvo limpiando el patio para que disfrutemos ahí, yo no le dije nada, el hizo todo solo... la internación también ayudó a que mi hijo y mi marido tengan más dialogo, antes ni hablaban. Ahora comentan sobre mí, se ponen de acuerdo entre ellos para cuidarme y comparten más cosas juntos. (Registro 29/10/19)

Se puede concluir que implementando la autorregulación en la relación familiar el proceso de tratamiento se vio beneficiado, por otro lado, la actitud por parte del marido de Gabriela fue favorable para su mejoría puesto que entendió que su mujer necesitaba de él y de

su familia unida, de lo contrario podría haber llevado al quiebre de la relación y convertirse en un factor de riesgo para el tratamiento y la evolución de la persona.

En tanto, Nélide, mujer de 60 años asiste a la guardia del sanatorio sin la compañía de un familiar o amigo/a, lo que llamó la atención de los profesionales que trabajaban en el lugar. Luego de ingresarla como usuaria en el sector de internación, se ocuparon de llamar a su hija para que asista a una entrevista ya que es importante que una persona allegada a USM se haga cargo del tratamiento y proporcione información sobre el sujeto en situación. Un día después del ingreso a la institución, su hija se presentó para ser entrevistada.

La hija de Nélide se mostraba cordial y receptiva, aunque daba la sensación que estaba apurada, como alguien que va a realizar un trámite a algún lugar. Se encontraba acompañada de su hija, de aproximadamente un año, que la sostuvo en sus brazos durante toda la jornada. Al preguntarle si ella se haría cargo del tratamiento nos contesta 'Si, soy lo único que tiene, no tiene más'. (Palabras en primera persona en registro 18/10/19)

Durante el lapso de la entrevista se pudo notar que la hija de la usuaria no tenía conocimiento acerca de la medicación que tomaba y no la acompañaba en su tratamiento debido a que era una persona muy ocupada con el trabajo y con su familia, aunque fue ella quien impulso a Nélide a buscar ayuda profesional tras la modificación de su estado de ánimo y su comportamiento. En este caso se puede detectar lo que Agudelo et al. (2012) hacían referencia en relación a la asociación entre los riesgos en la depresión y las relaciones de apoyo, en donde estos últimos al ser escasos lograban agravar la enfermedad de la persona.

Yo tenía un hijo, se murió cuando tenía 13 años, fue hace mucho tiempo. Desde ese momento mi marido se cayó, eso lo llevo a la muerte. Yo tuve que encargarme de él y de mi hija. Fui la única que hizo tratamiento por eso, ellos no quisieron, me dolió mucho y tardo mucho en sanarme, pero tenía que estar bien para levantarlo a él. Después me encargue de mi mama, y ahora no está ninguno y estoy sola... yo tengo una hija que tiene a su familia y yo no voy a andar molestándola. No me molesta, entiendo que tiene sus cosas, dos bebas chiquitas... no la molestaría. (Registro 24/10/19)

Se considera que Nélide cuenta con relaciones de apoyo escasas o inexistentes, lo que lleva a agravar la psicopatología y podría dificultar el proceso de tratamiento, esta posible consecuencia antes mencionada llevó a que los profesionales trabajen sobre el vínculo de la

usuaria y su hija. Con el paso de los días en la internación Nélide comenzó a recibir el apoyo que necesitaba por parte de su familia lo que fue considerado satisfactorio para ella, como así también, para el tratamiento.

Estuve con mis nietas y fue hermoso, mi hija dice que tengo que ayudarla con la beba porque cada vez está más pesada y no puede llevarla a todos lados. Eso me puso muy contenta, a mi otra nieta de 15 años la crie yo prácticamente, siempre estaba conmigo. (N en registro 12/11/19)

Es así como Nélide fue reforzando los lazos con su familia y ellos -en particular su hija- pudieron tomar conocimiento sobre la psicopatología, los síntomas, las consecuencias y el papel que representan las redes de apoyo en la vida y especialmente en el tratamiento. Esta toma de conocimiento se realiza gracias a lo que Blanco (2013) plantea como psicoeducación de la familia del enfermo como proceso que logra establecer o beneficiar la CDE y AAT. En una entrevista, Nélide mencionaba:

Desde que estoy acá cambio un poco la relación con mi hija, la veo una vez a la semana igual que antes pero ahora estamos más en contacto... aprendí a sentir el beso de mi hija, la otra vez me di cuenta (ríe). Siempre era un saludo nomas, pero me di cuenta que el tiempo que me da vale oro, ella está a full y cuando pasa tiempo conmigo me está dando mucho. (Registro 12/11/19)

A partir de ello Nélide empezó a valorar el tiempo y espacio compartido con su familia, y fue así como se fue integrando en actividades como por ejemplo almorzar juntos los fines de semana. Con respecto a su grupo de pares, Nélide comenzó a tener en cuenta aquellos encuentros en donde era invitada pero no asistía.

Tengo planeado que cuando salga empezar a juntarme con todos los que tengo pendiente. Antes me invitaban y yo no iba, pero ahora tengo muchas ganas de hacerlo, no estoy sola, tengo mucha gente que está conmigo. Mi hermano dijo que me iba a venir a visitar y mi prima que a veces pasaba tiempo conmigo también. (Registro 4/11/19)

Teniendo en cuenta las palabras de Vargas (2014), el cual consideraba a la familia como un sistema importante que favorece a la salud y mejora la calidad de vida, se puede concluir

que en los tres casos desarrollados en este análisis se refleja la importancia de las redes de apoyo, lo cual puede ser ejemplificado con la modificación de las relaciones entabladas por parte de las usuarias a lo largo del proceso de tratamiento.

#### 8.2.2.b: FACTORES INSTITUCIONALES

Así como los factores sociales/familiares son importantes a la hora de realizar un análisis sobre la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, es importante tener en cuenta los factores institucionales, es decir, de qué manera la institución puede aportar a que el USM tenga conciencia y adherencia de la enfermedad, cuales son las características que se tienen en cuenta en la internación y que aspectos son aquellos que pueden llegar a beneficiar al sujeto o perjudicarlo.

A continuación, se realizará un análisis sobre estas estrategias de la institución implementadas en cada una de las personas que forman parte de este trabajo y cuan favorable fueron para su tratamiento.

Como se mencionó en el apartado de “Sistematización de la experiencia vivida”, a la hora de tomar conocimiento del USM y establecer el plan de tratamiento adecuado, los profesionales plantean diferentes objetivos a cumplir durante el proceso de internación. Con respecto al caso de Jazmín las metas propuestas a partir de su ingreso al sanatorio fueron:

- “Establecer diagnóstico y estabilizar cuadro actual de la paciente.
- Trabajar acontecimiento traumático y síntomas postraumáticos.
- Trabajar estrategias de afrontamiento, regulación emocional y control de impulsos
- Brindar herramientas de autovalidación y para fortalecer su autoestima
- Reforzar redes de contención y trabajar vínculos afectivos” (Plan de tratamiento expuesto en historial médico. Registro 3/10/19).

Estos objetivos tienen la característica de la singularidad, esto implica que el cuerpo de trabajo los establecerá según la historia, psicopatología, factores de riesgo y protectores, síntomas, redes de contención, etc. Esto se relaciona con lo que Zalaquett y Muñoz (2017) mencionan como la intervención en crisis puesto que los profesionales actúan focalizando la

atención en la sintomatología aguda con el fin de reestablecer el equilibrio y prevenir la cronicidad.

Con respecto al caso de Jazmín, como mencioné en el primer apartado de este análisis, los profesionales se encontraban muy preocupados debido a que la usuaria no expresaba su dolor sobre las vivencias sufridas. En una de las entrevistas, comenta su malestar por la contestación que recibió por parte de una doctora:

Jazmín comenta: 'Estoy un poco preocupada y angustiada ... la doctora dijo que faltaba mucho para que me den el alta, yo creía que ya estaba bien'. En ese momento la psicóloga comenzó a decirle que si ella no se soltaba no iba a poder estar bien. (Palabras en primera persona en registro 24/10/19)

Esa intervención que Jazmín recibió por parte de la doctora, fue útil para hacer comprender a la usuaria que aún no había transitado por algunos caminos necesarios para conseguir su bienestar; de esa manera comenzó a contar todo lo que le había pasado y lo que marcó un antes y un después en su tratamiento.

Por otro lado, Jazmín, durante su paso por el internado comentaba: *"Estoy re bien, estuve con mi familia el fin de semana y me re gusto... el domingo quería volver porque acá también estoy bien. Siento que es un momento para mí, que puedo pensar en todo"* (Registro 22/10/19). *"Me ayudó mucho estar acá, poder hablar de todo lo que me pasó, hacer los talleres, estar con mis compañeras me ayudó a sentir que me entienden porque a algunas les pasaron cosas parecidas a las mías"* (Registro 12/11/19).

Los fragmentos expuestos en el párrafo anterior se podrían relacionar con lo que Cerquera y Meléndez (2010) mencionan como factores psicosociales, término destinado al apoyo social y relaciones interpersonales. Se considera que el vínculo establecido entre las compañeras de internado -con diferentes psicopatologías- puede ser favorable o desfavorable en algunas circunstancias. En esta oportunidad, Jazmín hace referencia sobre lo satisfactorio que fue compartir con sus compañeras su historia de vida y escuchar las dolencias de experiencias ajenas.

El alta del internado se relaciona según los objetivos que se encuentran planteados al comienzo de la internación, es decir si la persona junto con el cuerpo profesional ha podido



alcanzar las metas propuestas desde un principio. *“La usuaria se encuentra reflexiva sobre su situación actual, niega ideas de auto y/o heteroagresión. Receptiva a señalamientos terapéuticos”* (Evolución psiquiátrica de historial médico de Jazmín, registro 12/11/19).

Aparte de ello, Jazmín contaba: *“Lo que sentía que me faltaba ya lo encontré, paz, felicidad, amor propio. Lo encontré acá, me permití estar triste, me tomé mi tiempo, deje salir lo que sentía y ahora estoy feliz. Ya no pienso en hacerme daño”* (Registro 12/11/19).

Se puede considerar que Jazmín en su paso por el internado del sanatorio y junto con el cuerpo profesional ha logrado los objetivos propuestos por parte de los profesionales a lo largo de la internación.

Con respecto al caso de Gabriela, los objetivos planteados por parte de los profesionales fueron:

- “Establecer diagnóstico y estabilizar cuadro actual de la paciente.
- Trabajar conciencia de enfermedad con estrategias psicoeducativas
- Trabajar estrategias de afrontamiento y regulación emocional
- Reforzar redes de contención y trabajar vínculos afectivos
- Realizar entrevistas familiares interdisciplinarias” (Plan de tratamiento expuesto en historial médico. Registro 26/09/19).

En relación a las entrevistas familiares interdisciplinarias podemos decir que las mismas tienen el objetivo de integrar a los familiares en el tratamiento de la persona. En el caso de Gabriela, la entrevista familiar fue útil para reforzar los lazos familiares, haciendo alusión a diferentes creencias, opiniones y vivencias. Esto se relaciona con las alusiones de Vargas (2014), quien planteó la importancia de la asistencia y capacitación en contextos familiares alterados con el fin de afrontar dicha crisis.

Pude hablar con mi marido que quería más dialogo y ahora hablamos de todo ... La internación también ayudó a que mi hijo y mi marido tengan más dialogo, antes ni hablaban. Ahora comentan sobre mí, se ponen de acuerdo entre ellos para cuidarme y comparten más cosas juntos. (Registro 29/10/19)

Muchas de las personas que se encuentran internadas, logran establecer una buena relación con sus compañeras, es por ello que se pasan todo el día juntas pintando, tomando mates o charlando. Uno de estos casos es el de Gabriela, quien contaba: “*Mis compañeras me hacen muy bien, me re ayudan, está bueno porque acá te entienden, ver que todas quieren hacer un cambio me hace bien*” (22/10/19).

El vínculo con las demás personas que se encuentran internadas suele ser muy fructífero debido a que entre ellas pueden entender los problemas que cada una estaba pasando, darse consejos, y al escuchar que hay gente que se encuentra en esa misma situación o incluso en condiciones en las que tienen delirios, alucinaciones y les dan el alta porque han podido salir adelante les hace comprender que los problemas pueden atravesarse y comienzan a valorar más su propia vida.

Con respecto al caso de Nélide, los objetivos que fueron planteados por parte de los profesionales en el momento en el que ingreso al sanatorio para su internación fueron:

- “Establecer el diagnóstico y estabilizar cuadro actual de la paciente
- Trabajar conciencia de enfermedad con estrategias psicoeducativas y de afrontamiento
- Reforzar redes de contención, trabajar vínculos afectivos
- Realizar entrevistas familiares interdisciplinarias” (Plan de tratamiento expuesto en historial médico. Registro 17/10/19).

Es importante recordar que Nélide se encontraba muy angustiada por la situación actual que estaba viviendo con respecto a la muerte de su madre, que le trajo como consecuencia la soledad. Es por ello que uno de los objetivos se planteaba reforzar sus redes de contención; Rodríguez (2010) comenta que las intervenciones exitosas incluyen la participación de todos los actores y la promoción de recursos que faciliten a la satisfacción de necesidades, se considera que estas características fueron quienes llevaron a los profesionales a integrar a la hija de Nélide como parte del tratamiento, con el objetivo de reforzar las redes de apoyo e incentivar a la persona a que busque alternativas sobre diferentes actividades que podría realizar en sus tiempos libres como, por ejemplo, el viajar a visitar a su hermano quien vivía en otra ciudad y no veía desde hace tiempo.

Otro de los objetivos que se habían planteado los profesionales era el trabajar la conciencia de enfermedad. Recordamos que Nélide asistió al sanatorio voluntariamente sin nadie quien la acompañará. En ese momento contaba: *“Vine sola porque soy inteligente y estoy consciente de lo que me está pasando”* (Registro 17/10/19). Sin embargo, el cuerpo de trabajo consideró trabajar la CDE, es decir, saber qué grado de conciencia y adherencia presenta la persona y reforzarla con nuevas estrategias psicoeducativas. De esta manera, se trabajó sobre el sufrimiento de Nélide, cuál era su motivo, desde cuándo, por qué y qué como atravesarlo.

Por último, Nélide demostraba que se encontraba muy feliz dentro del sanatorio ya que estaba acompañada, comentaba: *“Acá estoy bien, estoy muy acompañada por las chicas (refiriéndose a las compañeras), hablamos de todo, y también por los profesionales, porque me entrevistan todos los días, me contienen”* (Registro 4/11/19).

Es así, como los profesionales comenzaron a realizar las intervenciones antes nombradas para incentivar a la usuaria a buscar diversas actividades para llevar a cabo en su tiempo libre, luego de que le den el alta, ya que existía la posibilidad de que en el momento de volver a su casa se encuentre con la soledad que antes sufría y sea contraproducente para su estado emocional. Es por ello que los profesionales iban evaluando el estado en el que volvía la usuaria al sanatorio luego del permiso que tienen los fines de semana para regresar a su casa, que actividades había hecho, como se había sentido, y así, ir proporcionándole herramientas para el momento en el que le den el alta de internación.

En conclusión, se considera que en los tres casos que forman parte de este análisis se han propuestos diferentes objetivos con características subjetivas, englobando la importancia de la personalidad, psicopatología y redes de contención. Para ello, es fundamental realizar un trabajo en conjunto por parte de los profesionales, usuario y relaciones de apoyo, por esta razón en la totalidad de los casos se plantea el reforzamiento familiar.

### 8.2.2.c: FACTORES PERSONALES

En esta oportunidad, se analizarán aquellos recursos personales con los que cuenta el sujeto y cuáles de ellos pueden influir de manera favorable a la conciencia de enfermedad. Tendremos en cuenta la historia personal de cada una de las personas seleccionadas para dicho análisis, como así también su desenvolvimiento frente a la situación de internación, recordando que hay diversos factores personales destinados al afrontamiento de dificultades como la competencia social, el sentido de autonomía, el sentido de propósito y la creencia en un futuro mejor. (Bernard citado en Acevedo y Mondragón, 2005)

Recordamos que Jazmín es una mujer que ha sufrido abuso sexual por parte de dos hombres en una fiesta a la que concurrió con sus amigas. Por ese motivo, y a partir de las burlas que recibía por parte de sus compañeros de trabajo con respecto al hecho sufrido y a su contextura física, Jazmín portaba una autoestima muy baja e inseguridad hacia su persona.

No quería contarle a nadie porque me daba vergüenza, tenía miedo que me juzgaran y de hecho lo hicieron... mis compañeros del trabajo, se me reían por eso busque otro trabajo. Ellos se me reían y yo un día no aguante más y los enfrente, después de eso renuncié. Siempre me trataban mal, se me reían, me decían gorda, yo antes de la violación los enfrentaba, pero después no les decía nada, me volví cobarde. (Jazmín en registro 24/10/19)

El autoconcepto según Lozano (2003) refiere a la interiorización que hacemos las personas de nuestra imagen, siendo el resultado de las interacciones que se llevan a cabo con el contexto. Se considera que por esta razón la usuaria era portadora de un autoconcepto negativo debido a la relación y al trato que recibía por parte de sus compañeros frente a las burlas referidas a una situación que para ella significaba un hecho traumático.

Con el paso del tiempo, a partir de la internación y con el transcurso de la misma, Jazmín pudo llevar a cabo un trabajo interno y fortalecer su seguridad mediante las intervenciones que le permitieron hablar sobre lo que pasó y educarse acerca de la situación de una forma más racional.

Yo sentía que tenía la culpa porque yo tome de un vaso que ellos me dieron y ahí me drogaron. Pero ahora entendí que no era culpa mía todo lo que paso, y mis papás también me dijeron lo mismo... Me estoy sintiendo más fuerte, ahora estoy sintiendo que me valoro y valoro a mi familia, estoy sintiendo cosas que antes no sentía como el amor propio o valorar las cosas que antes me daban lo mismo. (J en registro 22/10/19)

Otro de los factores personales planteados por Bernard (Citado en Acevedo y Mondragón, 2005) que contribuye a que las personas superen sus dificultades es el sentido de autonomía que se encuentra vigente en la persona. Este factor lo podemos relacionar con unas palabras de Jazmín: *“Ahora necesito que me acompañen en el proceso de la denuncia ...va a ser una de las primeras cosas que haga cuando salga, tengo un poco de miedo, pero no sé, no sé bien que es lo que siento”* (Registro 16/10/19). Se considera que la decisión de realizar la denuncia pertinente a los hechos en lo que ella ha sido víctima se condice con el sentido de autonomía puesto que la iniciativa se dio por parte de Jazmín

Por otro lado, González et al. (2005) involucra la importancia de la aceptación y los conocimientos sobre la enfermedad junto con la conjunción entre el tratamiento y estilo de vida de la persona como factores relacionados directamente con al AAT. Haciendo alusión a ello, se plasmará las palabras de Jazmín en una de las entrevistas realizadas:

Me permití estar triste, me tome mi tiempo, deje salir lo que sentía y ahora estoy feliz ... Recién hoy puedo ver y entender que yo no fui culpable de nada, que ellos no tenían derecho a hacerme lo que me hicieron. Pude hablar con mi familia de todo lo que paso y empezar a nombrarlo como lo que fue, una violación, un abuso. (Registro 4/11/19)

Teniendo en cuenta el factor de aceptación por parte de la persona, podemos conjeturar que a lo largo del tratamiento Jazmín ha podido comprender y asumir las circunstancias vividas, aceptando y proporcionándole un nombre a las situaciones que le ha tocado vivir en relación al abuso, como así también tomar conocimiento sobre la importancia de la patología y el tiempo que el tratamiento requiere. Ambos factores -tanto la aceptación como la comprensión- son necesarios para llevar a cabo una correcta adherencia al tratamiento, concepto que se encuentra directamente relacionado con la conciencia de enfermedad.

Otro de los factores personales importantes en los individuos es la motivación como elemento que contribuye a que el sujeto aprenda (Lozano, 2003). En una de las entrevistas realizadas en la etapa final de internación Jazmín contaba:

Cuando me vaya tengo muchos planes, quiero volver al gimnasio, juntarme con mis amigos, salir a caminar, quiero empezar a disfrutar de todas las cosas que antes no podía porque estaba mal. Quiero retomar boxeo, seguir con la facultad porque me iba re bien. (Registro 4/11/19)

En este fragmento planteado anteriormente se puede dilucidar como la usuaria se encontraba motivada para realizar actividades satisfactorias abandonadas anteriormente como consecuencia de los síntomas provenientes de su psicopatología. Esta motivación contribuye a que Jazmín retome su camino para conseguir una meta en su vida, como por ejemplo la de terminar su carrera universitaria, permitiendo hacer uso de su esfuerzo y empleando recursos pertinentes para lograr sus objetivos.

A esta altura es importante tener en cuenta que para que una persona pueda gozar de buena salud mental, es necesario que la misma este satisfecha consigo misma y con las demás personas, siendo capaz de afrontar los problemas que se hacen presentes en la vida. La Asociación Americana de Psiquiatría (Citado en Rosado et al. 2018) plantea que tener pensamientos y comportamientos positivos va a permitir aceptarse en relación a sus cualidades y defectos, elevando su autoestima y proporcionando vínculos favorables. En relación a lo descrito por estos autores puede hipotetizarse que Jazmín ha podido realizar un trabajo interno a lo largo de la internación, logrando aceptar, comprender y modificar sus pensamientos, comportamientos y situaciones.

Estoy bien, mañana me voy... estoy orgullosa de mí porque lo que no pude superar en dos años lo hice ahora en 40 días. Siento que no volvería a atentar contra mí. Sé todo lo que pasé y hoy por fin ya me siento bien. (Jazmín en registro 12/11/19)

Considerando la importancia de los factores personales, y teniendo en cuenta el concepto de afrontamiento desarrollado por Lazarus y Folkman (Citado en Viñas et al. 2015) veremos que, durante el proceso de internación, Jazmín pudo reforzar su capacidad de

afrontamiento mediante el aprendizaje obtenido a partir del tratamiento llevado a cabo en el sanatorio junto con las vivencias trascurridas como consecuencia de su sufrimiento.

Es decir, que al reestructurar sus pensamientos en relación a los hechos sufridos (abuso sexual), se ha llevado a cabo un esfuerzo cognitivo que se encarga de modificar los estilos de afrontamiento con los que contaba la persona y con ello las estrategias implementadas como guía para poder superar sus obstáculos. De esta manera, podemos concluir que el estilo de afrontamiento logrado por la usuaria se puede ubicar en la categoría de “productivos” (Frydenberg y Lewin citado en Viñas et al. 2015), ya que las modificaciones realizadas fueron orientadas al fin de resolver sus problemas.

Por otro lado Sepúlveda, Romero y Jaramillo (2012) plantean la clasificación de estrategias de afrontamiento, en donde se puede considerar que Jazmín ha implementado estrategias activas, llevando a cabo una reflexión sobre sus obstáculos, haciendo uso de estrategias que le ayudaran a sobrepasar los inconvenientes y fortalecer su autoestima, reestructurar sus pensamientos que le permitan favorecer la búsqueda de nuevos significados, expresar sus emociones en relación a diversos temas, como por ejemplo: el abuso sexual, los altercados con sus compañeros de trabajo y la relación con su familia.

Por otro lado, Gabriela fue quien se presenta a la institución por sobre ingesta de medicación. Este acto era realizado por ella cada vez que sentía angustia ante a diferentes conflictos.

Se llevó a cabo un proceso de psicoeducación (Blanco, 2013) por parte de los profesionales de salud mental, con el objetivo de que Gabriela realice un aprendizaje sobre sus acciones, el origen y las consecuencias de dichos actos ya que era necesario un fortalecimiento de su autoconocimiento. Es decir, que el tratamiento terapéutico estaba orientado a que Gabriela tome conciencia sobre su incapacidad o escasa aceptación a los problemas que la conducen a ingerir pastillas como un método de huida. La misma comentaba:

Yo siento que esta vez es diferente porque pude aprender las consecuencias que tiene, no solamente como me pone a mí la medicación sino también que me puede hacer mal a nivel cerebral. Ahora entendí de que en vez de tomarme una pastilla es mejor hablar las cosas. (Registro 29/10/19)

Se puede suponer que, al comienzo de la internación, Gabriela no era consciente de las razones de sus acciones relacionadas a la sobre ingesta de medicamentos, ya que, a partir de diversas experiencias, tomó como hábito el tomar pastillas como método de huida de sus problemas. Por el contrario, con el proceso de tratamiento, se observa una modificación en su pensamiento a partir del aprendizaje logrado en relación a sus actitudes a la hora de enfrentarse a determinadas situaciones.

En el comienzo de su internación, Gabriela manifestaba: *“Yo no sé cómo enfrentar los problemas, mi forma es empestillándome, a mí la medicación no me hace nada, esta última vez me tome 25 pastillas, no pensé que me pudiera llegar a pasar algo”* (Registro 30/09/19). Sus palabras dan cuenta del escaso grado de aprendizaje y autoconocimiento que tenía la persona, ya que hace alusión al no pensar/no saber sobre las consecuencias de sus acciones y sobre cómo enfrentarse a sus problemas. Dicha actitud se puede relacionar con lo que Sepúlveda et al. (2012) mencionan como estrategias pasivas en la capacidad de afrontamiento a los momentos de crisis.

En relación al factor de afrontamiento recordamos que las personas llevan a cabo diferentes estrategias consideradas acciones a partir de una situación/problema que se presenta (Lazarus y Folkman, citado en Viñas et al. 2015). En este caso, Gabriela, en los primeros días de internación y en los últimos años de su vida hasta este momento, ha portado estrategias pasivas, lo que la llevaron a tener actitudes de retraimiento en relación a sus problemas y evitando (lo mayor posible) enfrentarse a los mismos. Esta estrategia se corresponde con las estrategias pasivas implementadas por las personas, que recibe el nombre de evitación de los problemas (Sepúlveda et al. 2012). Esto conduce a que Gabriela, frente a las situaciones estresantes que se le presentan, ingiera pastillas como método de huir de las dificultades o de los pensamientos y acciones que se relacionan con el mismo. Por otro lado, la evitación se encuentra relacionada estrechamente con el pensamiento desiderativo que posee la persona, ya que sus cogniciones la llevan a querer alejarse del problema como objetivo de no ser parte de la situación estresante que se encontraba viviendo. Al mismo tiempo, Gabriela planteaba:

Mi marido estaba todo el día en el trabajo y cuando volvía a casa estaba re cansado asique se acostaba a dormir, entonces no hablábamos nunca. Eso me llevo a mí a engañarlo con un amigo mío, estuve dos meses engañándolo hasta que me di cuenta lo que había hecho. (Registro 9/10/19)



En esta oportunidad, Gabriela llevo a cabo lo que Sepúlveda et al. (2012) nombra como retirada social, es decir que, a partir de la falta de comunicación y atención por parte de su marido, ha decidido apartarse de él y serle infiel, en lugar de transmitirle aquellas actitudes o acontecimientos que no eran de su agrado.

Se pudo observar que a lo largo de la internación y gracias al tratamiento llevado a cabo por parte de los profesionales de la institución, Gabriela pudo realizar un proceso de aprendizaje y autoconocimiento que eran necesarios para lograr una reestructuración en su manera de pensar y accionar. De esta manera, se fueron trabajando las estrategias pasivas antes mencionadas y modificándolas en estrategias activas.

En primer lugar, se logró mayor actitud por parte de la usuaria en referencia a la resolución de los problemas. *“Ahora entendí de que en vez de tomarme una pastilla es mejor hablar las cosas”* (Registro 29/10/19). En este fragmento, podemos conjeturar como a partir de las intervenciones y gracias al proceso de psicoeducación, Gabriela tomaría otras actitudes frente a las dificultades que surgen en su vida, como por ejemplo con la relación con su marido, reforzando la comunicación entre ambos y promoviendo un cambio a partir del mismo.

En segundo lugar, recordamos que esta actitud de ingerir pastillas es considerada como un método de huida de la situación, es decir la evitación de los problemas nombrada en párrafos anteriores. Esta cualidad se encuentra relacionada con la resolución de los problemas como una estrategia activa, como así también con una reestructuración cognitiva por parte de la persona. Gabriela mencionaba: *“Entendí que las pastillas no son la solución y pueden traerme muchas secuelas. Así que nunca más voy a pensar en tomar pastillas, me di cuenta que no solucionan nada”* (Registro 22/10/19).

Tomando las palabras de Gabriela, apuntamos que, a partir del tratamiento, la misma ha podido realizar una modificación en sus cogniciones, lo que permite cambiar el significado de las situaciones vividas. Entonces a partir del aprendizaje y “del entender” que las pastillas en exceso no solucionan su problema permite realizar un cambio en el pensamiento y comportamiento.

En tercer lugar, recordando la estrategia pasiva de retirada social implementada por Gabriela, podremos inferir que la misma ha sido modificada en una estrategia activa referida a el apoyo social. *“Con mi marido mejoramos el dialogo, me dijo que quería que intentemos*

*estar bien, que olvidemos todo lo que paso con respecto a la infidelidad y que sigamos adelante, me puse muy contenta, me gustó mucho lo que hizo”* (Gabriela en registro 22/10/19).

En dicho fragmento, Gabriela hace alusión a que el enriquecimiento de la comunicación con su marido permitió resolver un inconveniente de su relación. Este apoyo social contribuye a que la resolución de los problemas sea más posible y eficaz, ya que ayuda a la motivación de Gabriela en relación a superar las dificultades.

Teniendo en cuenta la importancia de la motivación por parte de la persona para superar sus dificultades, podemos aludir que la usuaria ha podido fortalecerla en relación a la resolución de sus problemas y gracias al tratamiento y el apoyo social. Contaba: *“Ahora quiero salir adelante, extraño ir a trabajar, también quiero reconquistar a mi marido. Quiero empezar a ir a dieta club, hacer aquagym y arte que me encanta”* (Gabriela en registro 29/10/20).

La motivación que expresa Gabriela es considerada por Lozano (2003) como un factor personal que permite adquirir conocimiento y emplear recursos para cumplir con un objetivo personal. Se puede considerar que esta actitud que asume la persona es favorable para el desarrollo del tratamiento.

En relación al caso de Nélica la anhedonia y abulia la conducen a pasar días encerradas en su casa y más precisamente en su habitación. Esta conducta fue realizada durante meses como consecuencia de la escasa conciencia de enfermedad sobre su persona –impidiendo la búsqueda de ayuda- y a pesar de que su hija le recomendaba recurrir al servicio profesional. Acorde a lo expresado por Sepúlveda et al. (2012) estas conductas pueden analizarse como una estrategia pasiva de afrontamiento, ya que Nélica optó por mostrarse indiferente ante la situación y negar su problema. Contaba:

Me la paso todo el día en cama, tengo taquicardia, me siento mal y no puedo salir de esto, no tengo ni placer de comer, perdí 6 kg... no puedo dormir entonces son muchas horas pensando siempre lo mismo, de que no quiero vivir más y así. Vine sola porque soy inteligente y estoy consciente de lo que me está pasando.  
(Registro 17/10/19)

En este fragmento, podemos apreciar el cambio en su manera de pensar sobre el problema y pensar en el problema. Es decir, que Nélica entró al sanatorio tomando otra postura

acerca de sus dificultades y con una conciencia de enfermedad más elevada que tiempos anteriores.

De esta manera, se pudo observar un cambio en las estrategias de afrontamiento implementadas por Nélica. Es decir que lo que anteriormente era una estrategia pasiva de evitación de problemas, logró modificarse hacia una estrategia activa de resolución de problemas. Tal como mencionan Sepúlveda et al. (2012) este cambio permite realizar un camino hacia la reducción del estrés mediante la modificación de las situaciones.

En segundo lugar, otra de las estrategias pasivas realizadas por Nélica fue la retirada social. Recordamos que anteriormente se encargaba del cuidado de su madre, y junto con sus propias actividades la mayoría del tiempo se encontraba muy activa, incluso tras la muerte de su madre decidió realizar un viaje de ocio. Luego, cuando comenzó su depresión, la usuaria no mantenía relaciones con las personas de su entorno, optando por retraerse en la soledad de su vivienda.

Durante meses, Nélica mantuvo relación solo con su hija, quien la visitaba algunas veces, pero la relación con su grupo de pares y amigos se fue desgastando, aunque nunca dejaron de incluirla en las actividades. *“Yo tengo una hija, es lo único que tengo... ella tiene su familia y yo no voy a andar molestandola. No me molesta, entiendo que tiene sus cosas, dos bebas chiquitas... no la molestaría”* (Registro 24/10/19).

Es por esta razón, que uno de los objetivos planteados y trabajados en la institución fue el reforzamiento de sus redes de contención. De esa manera se intentó afianzar la relación madre/hija, con el fin de que Nélica sienta mayor apoyo familiar en relación a la soledad con la que se enfrentaba día a día.

Desde que estoy acá cambio un poco la relación con mi hija, la veo una vez a la semana igual que antes pero ahora estamos más en contacto... aprendí a sentir el beso de mi hija, la otra vez me di cuenta (ríe). (N en registro 12/11/19)

A partir de las palabras de Nélica se puede considerar que se realizó una modificación en las relaciones de apoyo con las que contaba, es decir que aquello implementado por dicha persona como una retirada social -estrategia pasiva-, pudo convertirse en un apoyo social -estrategia activa-, reforzando las redes de contención que contribuyan a la resolución de los problemas existentes: *“Estuve con mis nietas y fue hermoso, mi hija dice que tengo que*

*ayudarla con la beba porque cada vez está más pesada y no puede llevarla a todos lados. Eso me puso muy contenta”* (Nélida en registro 12/11/19).

A partir de las intervenciones que promovieron el reforzamiento de las redes de contención, los profesionales se ocuparon de realizar un cambio en la manera de pensar de Nélida a partir de la reestructuración cognitiva en relación al significado proporcionado a los acontecimientos a partir de una modificación, lo que corresponde a otra de las estrategias activas pertenecientes a la capacidad de afrontamiento (Sepúlveda et al. 2012).

Es así como Nélida pudo darle otro nombre a la soledad que se encontraba transitando, entendiendo que podría ser una oportunidad para ocuparse de sí misma. Nélida mencionaba:

Hace seis años murió mi marido, después de eso yo me encargaba de cuidar a mi mamá, le hacía todo y nunca hacía cosas para mí. Después que murió mi mamá volví a mi casa y me senté en el lugar en donde siempre tomaba mates con ella y ahí quedé, no tenía ganas de nada... yo nunca estuve sola y cuando me encontré sola dije ¿y ahora?, creo que llegó el momento de pensar en mí. (Registro 24/10/19)

Al comentar que le parecía el momento de pensar en sí misma, se permite reflexionar que se ha logrado un cambio en la reestructuración de sus pensamientos, ya que anteriormente tenía una visión de soledad y de abandono, pero luego, con el paso del tiempo, pudo visualizar la posibilidad de ocuparse de su propia vida.

Ahora ya pude planificar lo que voy a hacer porque tengo que volver a mi casa y estar sola. Pero voy a irme al grupo de jubilados que tengo en el barrio y voy a empezar a hacer actividades con ellos. Acá aprendí que me gusta baile, yoga, y quiero seguirlo haciendo afuera ... Estoy chocha porque tenía miedo de volver a mi casa, pero me fue perfecto, cuando entré a mi casa siento que mi casa me abrazó. (Nélida en registro 4/11/19)

Beck (Citado en Korman y Sarudiansky, 2011) hacía alusión a que en el tratamiento con depresivas era necesaria una transformación de las cogniciones distorsionadas; estos aportes pueden relacionarse con el proceso de internación de Nélida ya que pudo realizar una modificación sobre sus pensamientos referidos a sus problemas, lo que le permitió implementar diferentes estrategias que le permitan afrontarlos de manera activa.

Tengo planeado que cuando salga empezar a juntarme con todos los que tengo pendiente. Antes me invitaban y yo no iba, pero ahora tengo muchas ganas de hacerlo, no estoy sola, tengo mucha gente que está conmigo. Mi hermano dijo que me iba a venir a visitar y mi prima que a veces pasaba tiempo conmigo también. (Nélida en registro 4/11/19)

En dicho fragmento también podemos hacer alusión a la motivación (Lozano, 2003) que encontramos por parte de la persona, ya que la misma permite la implementación de diferentes recursos para lograr determinada meta, en este caso la lucha contra la soledad de la que Nélida tanto sufrió.

Se puede concluir que los tres tipos de factores han atravesado modificaciones con el paso del tiempo en la internación en relación a los tres casos que forman parte de este análisis. Considero que el desarrollo de los mismos a lo largo de la internación ha sido favorable para el proceso del tratamiento; de igual modo, se ha podido apreciar la importancia de cada uno de ellos con respecto al estado del cuadro psicopatológico, dándole principal importancia al trabajo de todos ellos en conjunto ya que se ha podido demostrar cómo cada uno se relaciona y condiciona a los demás.

A continuación, se sintetizan en diferentes tablas la presencia de los factores que inciden en la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento en las tres etapas de internación.

Tabla 1

*Presencia de factores en la primera etapa de internación que inciden en la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento*

| Factores                            | Usuario de salud mental             |          |        |    |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|--------|----|
|                                     | Jazmín                              | Gabriela | Nélida |    |
| <b>Factores sociales/familiares</b> | Si                                  | No       | No     |    |
| <b>Factores institucionales</b>     | No                                  | Si       | Si     |    |
| <b>Factores personales</b>          |                                     |          |        |    |
| <i>Motivación</i>                   | No                                  | No       | No     |    |
| <i>Autoconcepto</i>                 | No                                  | No       | No     |    |
| <i>-Afrontamiento</i>               | . <i>Resolución de problemas</i>    | No       | No     | No |
|                                     | . <i>Reestructuración cognitiva</i> | No       | No     | No |
|                                     | . <i>Apoyo social</i>               | No       | No     | No |
|                                     | . <i>Expresión emocional</i>        | No       | Si     | Si |

**Nota:** Los factores personales se encuentran compuestos por diferentes características de la personalidad desarrolladas en este trabajo (Motivación- Autoconcepto-Afrontamiento).

La capacidad de afrontamiento se desarrolla a partir de las características que componen las estrategias activas (Resolución de problemas- Reestructuración cognitiva- Apoyo social- Expresión emocional).

Tabla 2

*Presencia de factores en la segunda etapa de internación que inciden en la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento*

| Factores                            | Usuario de salud mental      |          |        |
|-------------------------------------|------------------------------|----------|--------|
|                                     | Jazmín                       | Gabriela | Nélida |
| <b>Factores sociales/familiares</b> | Si                           | Si       | No     |
| <b>Factores institucionales</b>     | No                           | Si       | Si     |
| <b>Factores personales</b>          |                              |          |        |
| -Motivación                         | Si                           | Si       | Si     |
| -Autoconcepto                       | No                           | Si       | Si     |
| -Afrontamiento                      | . Resolución de problemas    | No       | No     |
|                                     | . Reestructuración cognitiva | No       | Si     |
|                                     | . Apoyo social               | Si       | Si     |
|                                     | . Expresión emocional        | Si       | Si     |

**Nota.** En la tabla 2, podremos apreciar el cambio realizado en los factores con los que cuenta cada usuario de salud mental a partir de la segunda etapa de internación.

Tabla 3

*Presencia de factores en la tercera etapa de internación que inciden en la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento*

| Factores                            | Usuario de salud mental      |          |        |    |
|-------------------------------------|------------------------------|----------|--------|----|
|                                     | Jazmín                       | Gabriela | Nélida |    |
| <b>Factores sociales/familiares</b> | Si                           | Si       | Si     |    |
| <b>Factores institucionales</b>     | Si                           | Si       | Si     |    |
| <b>Factores personales</b>          |                              |          |        |    |
| -Motivación                         | Si                           | Si       | Si     |    |
| -Autoconcepto                       | Si                           | Si       | Si     |    |
| -Afrontamiento                      | . Resolución de problemas    | Si       | Si     | Si |
|                                     | . Reestructuración cognitiva | Si       | Si     | Si |
|                                     | . Apoyo Social               | Si       | Si     | Si |
|                                     | . Expresión emocional        | Si       | Si     | Si |

**Nota.** En la tabla 3, correspondiente a la tercer y última etapa del periodo de internación, podemos visualizar como cada una de las personas analizadas en este trabajo han podido incrementar el nivel en cada uno de los factores, teniendo en cuenta la importancia que cada uno de ellos conlleva para la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.



### 8.2.3: ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES DEL ROL DEL PSICÓLOGO.

Este tercer y último apartado estará destinado a la descripción y análisis de las diferentes estrategias e intervenciones realizadas por los psicólogos en el contexto en el que nos encontrábamos inmersos. Se determinarán cuáles son las actividades realizadas para promover la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento como un objetivo planteado en cada una de las personas que se encuentran internadas con determinadas psicopatologías.

Como mencionó en el apartado de Factores Institucionales, los profesionales destinan diferentes objetivos para cada una de las personas ingresadas. Algunos de estos fines están relacionados estrechamente con la labor del psicólogo como, por ejemplo: *“Trabajar estrategias de afrontamiento, regulación emocional y control de impulsos”* (Plan de tratamiento expuesto en historial médico. Registro 3/10/19). En esta oportunidad analizaremos de qué manera el cuerpo de profesionales lleva a cabo sus actividades para promover las metas propuestas.

Uno de los objetivos que se encuentran expuestos generalmente en el historial médico de todos los usuarios de salud mental es el reforzamiento de la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, fin que beneficiaría profundamente el esquema psicopatológico de la persona.

En una de las entrevistas, Jazmín contaba: *“Estoy un poco preocupada y angustiada ... la doctora dijo que faltaba mucho para que me den el alta, yo creía que ya estaba bien”* (Registro 24/10/19). A partir de esas palabras podremos analizar dos situaciones diferentes.

Por un lado, como mencionamos en el análisis de los Factores Institucionales y más profundamente en el apartado “Proceso de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento a lo largo de la internación”, la intervención de la doctora tuvo como consecuencia un antes y un después en el proceso de internación de Jazmín, ya que indirectamente favoreció a que la misma pueda expresarse acerca de sus dolores y contar su historia por primera vez, educando a la usuaria en relación a su psicopatología y beneficiando la conciencia de enfermedad.

Ese día, Jazmín se encontraba muy angustiada, es por ello que las intervenciones de la psicóloga fueron destinadas a proporcionarle su apoyo, entendiéndola y animándola a colaborar con el tratamiento.

Comenta: ‘Estoy un poco preocupada y angustiada’ (se larga a llorar, fue la primera vez que podíamos conocer un poco más a Jazmín. Su llanto era muy sincero, demostraba mucha tristeza, pero al mismo tiempo un poco de enojo) ... En ese momento la psicóloga comenzó a decirle que si ella no se soltaba no iba a poder estar bien ... la invito a hablar desde el comienzo, es decir el motivo por el que ingresó al sanatorio. (Palabras en primera persona en registro 24/10/19)

Se desprende de este registro y en relación a las intervenciones, dos hipótesis:

1. La respuesta de la médica psiquiatra condujo a que Jazmín tome conciencia sobre el espacio/tiempo en el cual se encontraba inserta, favoreciendo al proceso de tratamiento.
2. Fue la intervención de la psicóloga, orientada a la contención y psicoeducación de la persona, lo que permitió que la confianza aumente y pueda expresar con sus palabras los acontecimientos traumáticos y angustiosos.

Se puede señalar que las palabras de la doctora fueron oportunas para el tratamiento de Jazmín, el cual se encontraba estancado debido a la escasa adherencia. Al mismo tiempo, las intervenciones de la psicóloga favorecieron a que la usuaria se sienta comprendida, escuchada y contenida, tal y como Silva et al. (2018) postulan sobre los aspectos que favorecen a la adherencia al tratamiento: proporcionar una información efectiva, educar y establecer una comunicación asertiva.

Este punto acerca de la relación que se establece por parte del profesional y Jazmín es considerado un factor crucial en el tratamiento y más específicamente en la estimulación de la adherencia al tratamiento que posee la persona, ya que una alianza terapéutica favorable podría conducir a que la misma comprenda el problema y sus consecuencias. (Peralta y Carbajal, 2008).

Otro de los objetivos que se pueden reflejar en el historial médico de cada uno de los usuarios de salud mental y se encuentra relacionado con el reforzamiento de la conciencia de enfermedad es el de proporcionar estrategias psicoeducativas, ya que las creencias de los usuarios acerca de su psicopatología y del tratamiento son importantes en la constitución de la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

Teniendo en cuenta la importancia de la psicoeducación me parece oportuno describir una de las entrevistas con Gabriela a pocos días de su alta médica del internado:

Esta es mi cuarta internación, siempre es por lo mismo. Yo siento que esta vez es diferente porque pude aprender las consecuencias que tiene, no solamente como me pone a mí la medicación sino también que me puede hacer mal a nivel cerebral. Ahora entendí de que en vez de tomarme una pastilla es mejor hablar las cosas. (Registro 29/10/19)

En esta oportunidad y gracias al empleo de diferentes estrategias psicoeducativas por parte del personal terapéutico, Gabriela pudo tomar conciencia y aprender acerca de las consecuencias de uno de los actos que la llevaron a internarse no solo esta vez, sino tres veces más.

La psicoeducación (Blanco, 2013) como un proceso que nos permite brindarle la información necesaria a la persona que porta la psicopatología, como así también el tratamiento y recomendaciones proporcionando lo mejor posible una aceptación por parte del usuario a la enfermedad. Se considera que las palabras de Gabriela permiten apreciar un correcto aprendizaje sobre sus actos -la sobre ingesta de medicación-, ayudándola a buscar nuevas alternativas para no recaer. En esta ocasión, Gabriela considera más oportuno hablar sobre sus inquietudes o tristezas en lugar de tomar pastillas nuevamente, refiriéndose a los problemas que anteriormente tuvo con su familia, más específicamente con su marido.

En la labor del psicólogo también se considera importante realizar un trabajo en conjunto con el usuario y su familia, proporcionándoles la información necesaria (al igual que la persona portadora de la psicopatología), acompañándolos y atendiendo a sus demandas. Es por ello, que, en relación al tratamiento de Gabriela, los profesionales se ocuparon de realizar entrevistas familiares para tratar la dinámica familiar y específicamente, el conflicto debido a la falta de comunicación y la infidelidad cometida por su parte.

Pude hablar con mi marido que quería más dialogo y ahora hablamos de todo ... La internación también ayudó a que mi hijo y mi marido tengan más diálogo, antes ni hablaban. Ahora comentan sobre mí, se ponen de acuerdo entre ellos para cuidarme y comparten más cosas juntos. (Gabriela en registro 29/10/19)

Teniendo en cuenta los aportes de Blanco (2013) se puede decir que la psicoeducación en la familia permitiría que los mismos realicen un acompañamiento a la persona involucrada,

es por ello que la tarea del psicólogo consiste en que proporcionar a la familia la información necesaria, capacitándolos e invitándolos a ser parte del tratamiento en donde exista un apoyo emocional beneficioso. En relación al caso de Gabriela se reflexiona que, frente a la actitud de la familia, se podría pensar que las entrevistas con los profesionales resultaron eficientes, ya que dan lugar a la palabra de sus redes de apoyo.

Por otro lado, y en relación al trabajo del psicólogo con el usuario y su familia, destacamos el caso de Nélica, en donde también se plateó como objetivo: “*Reforzar redes de contención y trabajar vínculos afectivos*” (Plan de tratamiento expuesto en historial médico. Registro 3/10/19).

En la primera entrevista su hija contaba: “*Yo le decía que haga tratamiento, pero nunca me hizo caso, siempre hizo lo que quiso. Así toco fondo, estaba todo el día en cama, tirada, agresiva, no hacía nada*” (Registro 18/10/19).

La hija de Nélica se mostraba cordial y receptiva, aunque daba la sensación que estaba apurada, como alguien que va a realizar un trámite a algún lugar. Se encontraba acompañada de su hija, de aproximadamente un año, que la sostuvo en sus brazos durante toda la jornada. Al preguntarle si ella se haría cargo del tratamiento nos contesta: ‘Si, soy lo único que tiene, no tiene más’. Se le pregunta que medicación toma su madre y no sabe. (Registro en primera persona, 18/10/19)

Frente a la actitud de la hija de Nélica y a partir de sus palabras, se podría considerar que Nélica no cuenta con redes de apoyo. Blanco (2013) mencionaba que el terapeuta deberá realizar intervenciones para hacer entender a la familia sobre la circunstancia que se encuentran transitando e incentivarlo a establecer una contención óptima. Es por ello, que los profesionales realizaron un trabajo en conjunto con el objetivo de reforzar la contención que recibía la usuaria por parte de su familia.

Por otro lado, se considera importante en la labor del psicólogo realizar un acompañamiento de la persona, lo cual se observa en la cotidianeidad del sanatorio, puesto que los usuarios recurren a los profesionales para realizar comentarios sobre su día a día, opiniones acerca de la institución o simplemente contarles sobre diversos temas que circulan entre las personas que se encuentran internadas, es decir, sus compañeras.

En un comienzo de la internación de Jazmín, cuando no presentaba aún conciencia de enfermedad y los profesionales no habían podido llevar a cabo un diálogo acerca de los hechos

sufridos, la usuaria toma la decisión de realizar la denuncia correspondiente a aquellas personas que abusaron de ella: *“Estuve pensando y quiero hacer la denuncia y que necesito que ustedes me acompañen en eso. Ya le conté a mi familia y ellos me apoyan”* (Registro 8/10/19).

Si bien esa decisión era considerada un avance en la manera que Jazmín, tenía de visualizar los hechos ocurridos, considerando que días atrás se consideraba culpable por haber tomado de ese trago y ser abusada y en la actualidad era capaz de transferirle esa responsabilidad a los verdaderos culpables de todos los actos, los profesionales consideraban que ella aún no se encontraba lista para enfrentar tal acontecimiento teniendo en cuenta el malestar que conllevaría realizar la denuncia y hasta capaz encontrarse frente a frente con los autores de su malestar.

En este sentido, Acosta et al. (2013) plantean que las decisiones llevadas a cabo en el ámbito terapéutico son necesarias realizarlas en conjunto, puesto que un trabajo en conjunto aumenta la posibilidad de promover la adherencia. Relacionado a ello, se conjetura que las intervenciones de los profesionales fueron destinadas a acompañar en un principio al malestar de Jazmín, incentivándole a hablar sobre su dolor y en un próximo paso comenzar a trabajar el nivel en el cual la usuaria se encuentra preparada para enfrentar el proceso de denuncia.

Por último, se hará mención a la importancia que tienen las entrevistas y a través de ellas el diálogo, así como el rol que cumple el psicólogo para aquellas personas que se encuentran internadas. En este punto cabe destacar que las usuarias les dicen a los profesionales lo agradable que es que la escuchen y se sientan comprendidas, proporcionando valor a la alianza terapéutica (Bordin citado en Feixas y Miro, 1993) que se establece en el contexto de internación.

Teniendo en cuenta el caso de Jazmín y a pesar de que para los profesionales ha sido una tarea difícil el invitarla e incentivarla al diálogo, en diferentes ocasiones comentaba:

Acá le conté todo a una psicóloga y me sentí más aliviada, antes se lo había contado a mi hermana, mi mama y a una psicóloga, pero aca me sentí más aliviada, yo no quería contar nada porque me daba mucha vergüenza, tenía miedo de que me juzgaran. (Registro 24/10/19)

En entrevistas posteriores, Jazmín hacía referencia al beneficio de las intervenciones: *“La otra vez le agradecí a la psicóloga por haberme escuchado, lo de mis amigos era algo que me dolía un montón y nunca lo había hablado así”* (Registro 4/11/19). *“Me ayudó mucho estar*

*acá, poder hablar de todo lo que me pasó...Me sirvió mucho hablar sobre las burlas que recibí por parte de mis compañeros de trabajo, me hizo muy bien hablarlo, me siento más aliviada”* (Registro 12/11/19).

Acorde a lo planteado por Bellak y Small (Citado en Zalaquett y Muñoz, 2017) podemos decir que el psicólogo debe tener un rol activo que favorezca la creación del insight, empleando sus capacidades y conocimientos. Esto podría relacionarse con las palabras de Jazmín, en donde se produce una modificación en su persona luego de realizar una elaboración de los acontecimientos con la ayuda del profesional, ya que la escucha y la comprensión ayudaron a promover el bienestar y la tranquilidad de Jazmín.

De lo expuesto se deriva un acontecimiento similar que ocurrió con Nélide, quien hizo alusión a la importancia de la escucha, comprensión y empatía que se establece a partir de la alianza terapéutica: *“Yo prefiero angustiarme y contarte a vos lo que me pasa, prefiero que lo sepan, que me escuchen, y ahora que lo hable ya me siento un poco mejor”* (Registro 30/10/19). *“Yo sabía que te ibas a poner contenta por mi fin de semana”* (Registro 4/11/19).

De esta manera, Nélide hacía referencia a lo favorable que era para su estado de ánimo contar una situación que le generaba tristeza, y a partir de la escucha y la empatía que recibe logra sentirse más animada. Con respecto al segundo fragmento se permite conjeturar que a partir de la alianza conformada con el terapeuta ella considera que su alegría, tras el paso de un fin de semana favorable para su tratamiento, es satisfactoria para el profesional.

Se puede concluir que las intervenciones realizadas por parte de los profesionales tienen carácter primordial, puesto que en los tres casos seleccionados en este trabajo han sido beneficiados con respecto al proceso de tratamiento en relación a la importancia de la escucha, comprensión y conformación de una alianza terapéutica, en donde los usuarios de salud mental cuentan con acompañamiento y contención a lo largo de la internación.

## CONCLUSIONES

## 9. CONCLUSIONES

En el presente Trabajo Integrador Final, se propuso como objetivo general analizar los factores que contribuyen a la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento en usuarias depresivas internadas en el pabellón 1 (uno) del Sanatorio Morra.

Para tal fin, en primera instancia se realizó una descripción teórica de los ejes conceptuales que guiaron la práctica y el presente trabajo. En esta línea, se parte clarificando los conceptos de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento para luego realizar una descripción de los factores que inciden en estas variables durante la internación.

En una segunda etapa, y teniendo en cuenta estos ejes conceptuales como telón de fondo, se realiza un análisis de la experiencia. Bajo este escenario se toman tres casos (Jazmín, Gabriela y Nélide) de los que tuve la oportunidad de realizar un seguimiento a lo largo de mi práctica profesional supervisada.

Con respecto a los objetivos planteados, se tuvo la oportunidad de indagar en cada una de las usuarias el proceso de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento a lo largo de la internación. De la observación y las entrevistas analizadas se puede concluir que las tres usuarias pudieron desplegar, modificar y aumentar el nivel de conciencia y adherencia en el tratamiento desde que son admitidas en la internación. En esta línea se observó que los factores identificados (individuales, sociales/ familiares e institucionales) contribuyeron a este objetivo.

En lo que respecta al factor social/familiar las tres usuarias han logrado una evolución en sus interacciones, mejorando la resolución de problemáticas surgidas en tiempos pasados como, por ejemplo, la comunicación o la soledad. Las causas en relación a la modificación y aumento de los lazos estrechos varían en relación a el proceso de psicoeducación proporcionado a los involucrados, capacidad de afrontamiento familiar e intervenciones de los profesionales.

Por otro lado, se pudo observar que los recursos de apoyo son sumamente importantes en la toma de conciencia en relación a la enfermedad considerando que una persona con diagnóstico de depresión presenta síntomas que repercuten directamente en el desarrollo social, familiar y emocional.

Respecto al factor institucional se tuvo en cuenta aquellas estrategias implementadas por la institución. A partir de la experiencia se observó que los objetivos planteados, por parte



del equipo de trabajo en relación a cada usuaria en particular, promueven el desarrollo de la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, teniendo como fin la estabilización del cuadro psicopatológico. Por otro lado, se observó que las usuarias al establecer relaciones positivas con sus compañeras, promueven la creación de lazos, comparten experiencias y actividades propuestas. De este modo, pueden funcionar activamente durante el proceso de internación lo que contribuye con el proceso de tratamiento establecido en la institución.

En tanto y en relación al factor personal, se deriva desde la articulación teórica con la experiencia llevada a cabo, que involucra características fundamentales con respecto a la personalidad de cada usuario, como la motivación, el autoconocimiento y la capacidad de afrontamiento personal (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional). A partir del análisis realizado se detecta que, durante la primera etapa de internación las características individuales de cada usuaria son escasas o inexistentes como consecuencia de los síntomas propios de un cuadro depresivo, lo que provoca un retroceso en el tratamiento.

En tanto, a lo largo de la internación, las usuarias consiguieron incrementar los niveles de adherencia al tratamiento e *insight* gracias al fortalecimiento en los factores personales, lo que trae como consecuencia un pronóstico positivo en relación a la psicopatología y sus síntomas.

En síntesis, se destaca la importancia que cobran en cada usuaria, la evaluación y el fortalecimiento de los tres factores analizados, ya que los resultados manifiestan que cada uno de ellos cumple un papel fundamental en la contribución de la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

A propósito del rol del profesional psicólogo, plasmado en el tercer objetivo de este trabajo, se observó que las estrategias e intervenciones clínicas implementadas son imprescindibles para alcanzar conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. En este punto se valora la alianza terapéutica, a partir de la cual las personas entrevistadas se sienten comprendidas por parte del profesional que mantiene una actitud empática y una escucha atenta. Esto último se convierte en un eje fundamental para el tratamiento.

En esta línea el rol del psicólogo es fundamental a la hora de trabajar reforzando vínculos que apunten a contener / sostener a los usuarios de salud mental y de este modo contribuir a la adherencia al tratamiento. En este sentido se encargará de intervenir en entornos

disfuncionales o familias en crisis, así como también, estará a cargo de ejecutar actividades de psicoeducación tanto para el usuario de salud mental como para la familia. En definitiva, el terapeuta, mediante la utilización de técnicas, buscará mantener, promover y reforzar en el sujeto la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

Finalmente, si bien la experiencia fue acotada en el tiempo y sólo se trabaja con tres usuarias de salud mental, se considera haber alcanzado los objetivos planteados en la práctica. Se remarca la importancia de seguir indagando sobre el tema por la importancia que cobra a la hora de abordar problemáticas como las analizadas en este trabajo. Por último, la experiencia llevada a cabo destaca el rol del profesional psicólogo a la hora de desplegar estrategias que contribuyan a la adherencia al tratamiento, abordando la internación no sólo con el usuario de salud mental, contribuyendo de este modo a una mejor calidad de vida, sino también con su familia y en conjunto con otros profesionales que participan del proceso de tratamiento durante la internación

REFERENCIAS

## 10. REFERENCIAS

- Acevedo, V. y Mondragón, H. (2005). Resiliencia y escuela. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), pp. 21-35.
- Acosta, F., Rodríguez, L. y Cabrera, B. (2013) Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 6(2), 86-92.
- Agudelo, A., Ante, C., y Torres, Y. (2017). Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor. *Rev. CES Psicología.*, 10(1), 21-34.
- Ameigeiras, A.R. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En I. V. (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 65-91). Barcelona: Gedisa, S.A.
- American Psychiatric Association (APA)., (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, Barcelona: Masson.
- Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de psicología* 12(2), 363-369.
- Asociación de Iniciativas Sociales (AISS). (2016). Tener conciencia de enfermedad es fundamental para la mejora en salud mental. Recuperado de <http://aiss-saludmental.com/conciencia-enfermedad/>
- Blanco, J. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1 (2), 46-51.
- Buendía, J. (1991). *Psicología Clínica y salud: desarrollos actuales*. Murcia, España: Secretariado de publicaciones.
- Castaño, F. y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 10(2), 245-257.

- Cerquera, A. y Meléndez, C. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento Psicológico*, 1(14), 63-72.
- Dilla T., Valladares A., Lizán L. y Sacristán J.A., (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-34
- Etchegoyen, R.H., (1988). *Los fundamentos de la teoría psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Esparza Moreno F. (2011). La no conciencia de enfermedad (insight) desde el Trabajo Social con enfermos mentales. *Documentos de Trabajo Social*, 49(14), 262-269
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). Código de Ética. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de [http://fepra.org.ar/docs/acerca\\_fepra/codigo\\_de\\_etica\\_nacional\\_2013.pdf](http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf)
- Feixas, G. y Miro, M. (1993). La aproximación inicial. En Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Fernández Rodríguez, M.R. (2010), Relación entre conciencia de enfermedad en la esquizofrenia y las actividades de la vida diaria. *Revista Asturiana de Terapia Ocupacional* (8), 3-7.
- Flores, L. (2013) *Academia. Edu*. Antecedentes históricos de la psicología clínica. Recuperado de [http://fepra.org.ar/docs/Codigo\\_de\\_etica.pdf](http://fepra.org.ar/docs/Codigo_de_etica.pdf).
- González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., Armengol, J., & Azcom, M. (2005). La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Enfermería Global*, 7. 1-9.
- González Ortuño, C., Egea López, E., Martínez García, N., Ros Martínez, O., López Balsalobre, V., y Rosique Rosique R. (2014). Relación de Insight y riesgo de suicidio en la Esquizofrenia. Abordaje terapéutico. *Paraninfo Digital*, 20.
- Guber, R. (2011). Cap 4: La entrevista etnográfica, o el arte de la “no directividad”. En G. Rosana, *La etnografía: método, campo y reflexividad* (pp. 74-101). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Herrera P. y Avilés K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(2), 134-137.

- Jara Holliday, O. (2011). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. Pp. 1-17.
- Korman, G. y Garay, C. (2012) El modelo de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). *Revista Argentina de Psicología Clínica*, XXI(1), 5- 13.
- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011) Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Lagache, D. (1945) Ficha de cátedra en base al texto de “Psicología clínica y método clínico” de Lagache D., Obras III: De la homosexualidad a los celos. *Psicología y método clínico. Otros estudios* (pp. 141-156). Buenos Aires: Paidós
- Ley N° 9848. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina, 5 de noviembre, 2010.
- Ley N° 26.529. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 20 de Noviembre de 2009.
- Llanes, H., López, Y., Vázquez, J., y Hernández. R. (2015) Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas* 21(1), 65-74.
- López, M., Laviana, M., Fernández L., López A., Rodríguez A., y Aparicio A. (2008) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1).
- Lozano, A. (2003). Factores personales, familiares y académicos que afectan al fracaso escolar en la Educación Secundaria. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 1(1), 43-66
- Martin, D., Jiménez P. y Fernández, E. (2000). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* 3(4).
- Matalinares, M., Arenas, C., Yaringaño, J., Sotelo, L., Sotelo, N., Díaz, G., Dioses, A., Ramos, R., Mendoza, P., Medina, Y., Pezua, M., Muratta, R., Pareja, C., & Tipacti, R. (2011). Factores personales de resiliencia y autoconcepto en estudiantes de primaria de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI*, 14(1), 187-207.

- Navarro Marún, F., Cardeño, C.A, Cano, J.F, Gómez, J.M., Jiménez, K., Palacio, C. A., y García J. (2006). Introspección en pacientes con psicosis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1).
- Nieto, L. y Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional, Páginas de la UCPR*, 85: 61-75.
- Ochoa, C., Cruz, A. y Moreno, N. (2015). Depresión en la mujer ¿Expresión de la realidad actual? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(1), 113-135.
- Pascual, M., Vilaplana Pérez, A., Pedrós Roselló, A., y Martínez Mollá P. (2018). Insight, sintomatología y funcionamiento neurocognitivo en pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 491-508.
- Peralta, M. y Carbajal Pruneda, P. (2008). Adherencia al tratamiento. *Revista Cent Dermatol Pascua*, 17(3).
- Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Reynoso Erazo, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno
- Rodríguez, M. (2010) Factores personales y familiares asociados a los problemas de comportamiento en niños. *Estudios de Psicología (Campinas)*, 27(4) 437-447.
- Rosado, S., Cedeño, M., y Escobar, M. (2018). Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. *Universidad Técnica de Manabí, Ecuador: Eumed*. Recuperado de <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html>
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Flores, A. y Fulquez, S. (2013). Las competencias socioemocionales como factor protector ante la sintomatología de ansiedad y depresión en adolescentes. *Psicogente*, 16(29), 55-64.
- Salomone, G. Z. (2008). Variables jurídicas en la práctica psicoanalítica. *Las problemáticas éticas del dialogo disciplinar*. En Y. Di Nella (Comp.): *Psicología Forense y Derechos Humanos*. Vol. 1: la práctica profesional psicojurídica ante el nuevo paradigma jus-humanista. Buenos Aires: Koyatun Editorial

Sanatorio Morra. (s.f.). Obtenido de <https://www.morrasanatorio.com/copia-de-obras-sociales>

Sanatorio Morra. (s.f.). Imágenes. Obtenido de [https://www.facebook.com/pg/sanatoriomorra.sa/photos/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/sanatoriomorra.sa/photos/?ref=page_internal)

Segal, Z., Williams J.M. y Teasdale J. (2008) Terapia cognitiva basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas. España: Desclée de Brouwer

Seguí, V. (2015). El Insight en Psicología. ISEP Formación.

Sepúlveda, A., Romero, A. y Jaramillo, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Boletín Médico del Hospital infantil de México* 65(5), 347-354.

Silva, G., Galeano, E., y Correa, J. (2005) Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.

Ulloa, F.: “El Método Clínico. Las herramientas clínicas”. Resumen textual de las ideas del autor expuestas en “*El método clínico en psicología*”. Ulloa, F: Ficha de Cátedra de Psicología Clínica. UBA. 1970. y algunas puntualizaciones extraídas de su libro *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una Práctica*. Bs. As. Paidós. 1995. Resumen de Dossier de Cátedra Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. 2002

Valdivieso, S. y Ramírez, C. (2002). El insight en psicoanálisis y sus dimensiones. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40(4), 371-80.

Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59.

Villa, A. I., Robles, M. A., Gutiérrez, E. A., Martínez, M. G., Valadez, F. J. y Cabrera, C. E. (2009). Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factor de riesgo para el intento de suicidio. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(6), 643-646.

Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S., y Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 226-233.

Zalaquett, P., y Muñoz, E. (2017). Intervención en crisis para pacientes hospitalizados. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 835-840.