

FCM

Ciclo de Licenciatura en Enfermería
Escuela de Enfermería
Sede Facultad de Ciencias Médicas



TESIS

Tema: “Falta de adherencia al tratamiento farmacológico”

Autoras:

- **Choquerive Mónica**
- **Ibarra Eva**
- **Teran Macarena**

Mendoza, Diciembre de 2018

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

ACTA DE APROBACIÓN

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

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

AGRADECIMIENTOS

Choquerive Mónica:

“Agradezco a mi familia, amigos y colegas por apoyarme y alentarme en todo momento en el transcurso de mi carrera, en especial a mis sobrinos: Milagros, Gonzalo, Selene y Nicolás, que son y siempre serán mis razones para seguir adelante.”

Ibarra Eva:

“Agradezco primeramente a Dios por darme las fuerzas y perseverancia para continuar, a mi familia por el apoyo y acompañamiento continuo y a mis colegas y docentes de la carrera por la formación adquirida y consejos dados.”

Terán Macarena:

“Agradezco a mi hijo y pareja por ser mi inspiración, a mi madre y abuela por ser mi apoyo y a la memoria de mi colega amado “mi hermano”. A la Lic. María Elena Fernández Salgado por el abrazo en uno de los momentos más duros.”

PREFACIO

Esta investigación es una invitación para profundizar en la Enfermería psiquiátrica, un campo olvidado de la profesión, pero no menos importante, ya que las funciones y el desempeño de una enfermera es fundamental en todo tratamiento psiquiátrico, como así los cuidados brindados, la educación hacia los pacientes y su entorno de contención.

La presente investigación se llevó a cabo en el hospital: “El Sauce”, en el “servicio D” (sector de mujeres).

Es de importancia para las autoras esta investigación ya que se forma parte del equipo de salud y se ve la problemática de la falta de adhesión de las pacientes psiquiátricas al tratamiento farmacológico y como esto impacta negativamente en el paciente y su familia.

Se pretende proyectar posibles soluciones para esta problemática detectada, logrando así una mejor atención de enfermería a los pacientes psiquiátricos y sus familias.

ÍNDICE GENERAL

Advertencia.....	I
Acta de aprobación.....	II
Agradecimientos.....	III
Prefacio.....	IV
Capítulo I: planteo del problema.....	1
Introducción.....	2
Planteo del problema.....	6
Justificación del problema.....	7
Objetivos.....	9
Marco teórico.....	10
o Reseña histórica.....	11
o Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico...	18
o Patologías psiquiátricas.....	20
o Familia.....	33
o Teorías de Enfermería en Salud Mental.....	39
o Enfermedad mental en la comunidad:.....	42
Capítulo II: diseño metodológico.....	43
Tipo de investigación.....	44
Área de estudio.....	45
Universo y muestra.....	46
Variables.....	47
Operalización de variables.....	48
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	51
Análisis, procesamiento y representación de los datos.....	52
Capítulo III: resultados: discusión y propuestas.....	78
Resumen de los resultados más relevantes.....	79
Interpretación de los resultados.....	80
Propuesta.....	81
Conclusión.....	82
Apéndices y anexos.....	83
o Bibliografía.....	84
o Anexo 1: Prueba de funcionamiento familiar.....	85
o Anexo 2: Consentimiento informado y encuesta.....	87
o Anexo 3: Matriz de datos.....	94

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y Gráfico N°:1 "Composición familiar"	53
Tabla y Gráfico N°:2 " Convivencia"	54
Tabla y Gráfico N°:3 "Rango de edades"	55
Tabla y Gráfico N°:4 "Relación familiar"	56
Tabla y Gráfico N°:5 " Familiar fallecido"	57
Tabla y Gráfico N°:6 "Visitas de familiares"	58
Tabla y Gráfico N°:7 " Enfermedades familiares"	59
Tabla y Gráfico N°:8 " Toma de medicamentos"	61
Tabla y Gráfico N°:9 " Escolaridad"	62
Tabla y Gráfico N°:10 " Ocupación"	63
Tabla y Gráfico N°:11 " Cuidador"	64
Tabla y Gráfico N°:12 " Presencia de crisis"	65
Tabla y Gráfico N°:13 " Acompañamiento del paciente"	66
Tabla y Gráfico N°:14 " Conocimiento de la enfermedad"	67
Tabla y Gráfico N°:15 "Conocimiento de la medicación"	68
Tabla y Gráfico N°:16 "Educación profesional"	69
Tabla y Gráfico N°:17 " Información recibida"	70
Tabla y Gráfico N°:18 "Recursos utilizados"	71
Tabla y Gráfico N°:19 "Información deseada"	72
Tabla y Gráfico N°:20 " Conocimiento actual de la medicación"	73
Tabla y Gráfico N°:21 "Dosis y horarios de la medicación"	74
Tabla y Gráfico N°:22 " Supervisión familiar"	75
Tabla y Gráfico N°:23 " Funcionamiento familiar"	76
Tabla y Gráfico N°:24 "Relación entre educación profesional y presencia de crisis"	77

CAPÍTULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

Según el último censo realizado en 2010 la población total en Argentina es de 40.117.096 millones, de los cuales según un estudio epidemiológico hecho en el mismo año por el sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones para el Ministerio de Salud, se estima que en el país, el 21% (6.193.979 millones) de la población de 15 años y más (30.362.640 millones) padece o sufre un trastorno mental.

En Mendoza la población total es de 1.738.929 millones, siendo afectadas por estas patologías unas 250.000 personas.¹

En ambas estadísticas en primer lugar del ranking de enfermedades y trastornos están las depresiones y el abuso o dependencia al alcohol, en segundo lugar la ansiedad, pánico y distimia, en tercer lugar trastornos obsesivos, psicosis y trastorno bipolar.

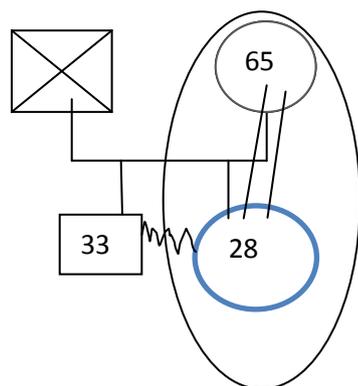
Estas cifras llevan a pensar en la salud mental como problema epidemiológico creciente que necesita de políticas de acción sanitarias puntuales que enfoquen a la prevención y solución de los problemas ya instalados.

La falta de conocimiento, de apoyo y contención familiar son los principales factores negativos que conlleva a la baja adherencia o abandono de los tratamientos psiquiátricos sin importar las patologías de base.

Como ejemplo para esta investigación que pueden confirmar dichos reingresos se puede relatar uno de tantos casos que se presentan en el servicio D del hospital El Sauce.

Paciente de 28 años de sexo femenino con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, síndrome psicótico y trastorno bipolar, estudiante universitaria, con domicilio en la ciudad de San Martín, vive solo con su madre (también diagnosticada con esquizofrenia paranoide) ya que su padre falleció y un 1 hermano que no convive con ella. Hábitos de higiene conservados. Hábitos alimenticios conservados, consumo de tabaco, mantiene buena relación con su madre pero distante con su hermano mayor.

¹ **MINISTERIO DE LA SALUD.** Estimación de la población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Buenos Aires: 2010.



Esquizofrenia, HTA

Paciente que ingresa al hospital El Sauce por primera vez en el año 2010 (no se encuentran fechas y evolución de esa época).

Se constata numerosos ingresos y reingresos a causa de descompensaciones y abandonos del tratamiento psiquiátrico en múltiples ocasiones, a continuación se muestra un breve cuadro de los últimos ingresos y reingresos de esta paciente al servicio D de dicho hospital.

Ingresos o reingresos	Altas médicas o voluntarias	Total: días de internación
17 /09/2013	28/11/2013	73 días
16/01/2014	21/02/2014	37 días
06/04/2015	01/06/2015	56 días
31/05/2016	26/06/2016	56 días
08/02/2018	05/03/2018	26 días
03/04/2018	22/052018	49 días

Motivo de internación de su último ingreso el 03 de abril de 2018 al servicio “D” del hospital el Sauce

Durante la entrevista se observa a la paciente tranquila, psicótica, con la mirada fija y respuesta disminuida, higiene conservada y vestimenta acorde a su edad y año, orientada globalmente y colaboradora con la entrevista. La paciente refiere que tuvo problemas con su pareja actual, refiere que este la engañaba, la insultaba, y maltrataba diciéndole: “enferma, celosa, psicótica y drogadicta”, también refiere que una clienta de su negocio familiar la miró mal; y que denunció a su ex pareja por abuso sexual. Sufre de un brote psicótico y trastorno depresivo. Por lo que su médica tratante decide su internación voluntaria en el servicio de mujeres. Durante la entrevista comenta que la medicación que tomaba no le hacía efecto y que por ello decide no seguir las indicaciones médicas y decide tomar la medicación cuando ella “sienta” que debe hacerlo.

Durante los días de su internación fue abordada por el equipo de profesionales del servicio (médico psiquiatra, psicóloga, trabajadora social, enfermería, etc.); y se fue trabajando junto con la misma y su madre en la importancia de seguir el tratamiento correctamente siguiendo las indicaciones médicas. Se modificó el esquema de medicación de la paciente aumentando sus dosis debido a que presentaba reiteradas conductas agresivas tanto físicas como verbales hacia sus pares y equipo tratante.

Cabe destacar que durante los permisos programados que la paciente realizaba a su hogar o salidas transitorias que le otorgaba su equipo tratante, siempre y sin excepción debía salir en compañía de una persona que se hiciera responsable de su tratamiento; como en la mayoría de los casos era la madre de la paciente quien se llevaba la paciente de permiso y frente a la edad avanzada y la duda de la madre que refería no saber cómo seguir las indicaciones y que tenía miedo a hacerlo mal; personal de enfermería le explicaba (educar) y enseñaba (tanto a la madre como a la paciente) como debía administrar la medicación los horarios que debía respetar, la importancia de la toma de la medicación como uno de los pilares del tratamiento, supervisión de la ingesta de medicación, diferentes métodos de administración de la medicación (por ejemplo: medicación molida), detectar alteraciones en la conducta, en la alimentación, etc. para informar al equipo tratante

Pasado los 49 días de internación, se observa que los cuadros de agresividad bajaron y toma la medicación sin cuestionarla continuando el tratamiento correctamente sin alteraciones. Se pacta el alta médica de la paciente, se retira junto a la madre previa firma en historia clínica (H.C) haciéndose responsable del cumplimiento del tratamiento. Paciente que se retira en buen estado general (BEG), buena higiene personal con respuesta favorable a la internación.

Se deriva al Hospital Perrupato para continuar tratamiento con Dra. Escriboni. Cabe destacar que en todas sus altas y permisos otorgados, siempre se retiró con un tratamiento farmacológico estricto y bajo supervisión de un familiar; pese a estos métodos, la paciente recayó o discontinuó el tratamiento en reiteradas oportunidades.

No se observan cambios psicopatológicos.

Indicaciones psicofarmacológicas:

- Haloperidol 10mg, un (1) comprimido en la cena.
- Lorazepam 2, 5 mg, medio (½) comprimido en la cena.
- Biperideno 2mg un (1) comprimido en el desayuno.
- Haloperidol decanoato 50mg/ml 1 ampolla de 3ml por mes.

Como estos casos existen muchos más en dicho hospital por lo que se tomará como punto de partida para la problematización del tema de estudio, ya que de él desprenden las variables que llevarán al problema en cuestión.

La presente tesis es una investigación cuali-cuantitativa descriptiva, que tiene como objetivo analizar los factores familiares que causan la discontinuidad del tratamiento farmacológico en las pacientes del servicio D del hospital El Sauce.

Los datos se obtuvieron de encuestas realizadas a los familiares de las pacientes durante las visitas en el hospital.

Este trabajo contiene los siguientes capítulos:

1. CAPÍTULO I: Planteo del problema: compuesta por la problematización, objetivos generales y específicos de la investigación y marco teórico.
2. CAPÍTULO II: Diseño Metodológico: este capítulo se incluyen el tipo y el área de estudio, la identificación y determinación de la muestra y el universo tomado; a través de las variables identificadas y técnicas utilizadas.
3. CAPÍTULO III: Resultados: discusión y propuestas: integrada por análisis e Interpretación de los resultados obtenidos en cada uno de los gráficos realizados. Propuestas de acción de acuerdo a los resultados y a los objetivos de estudio pretendidos.
4. CAPÍTULO IV: Apéndice y anexos, donde se incluyen la bibliografía, modelo de la encuesta y resultados de la misma, entre otros.

PLANTEO DEL PROBLEMA

TEMA: Adherencia al tratamiento farmacológico.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA: ¿Cuáles son los factores familiares que condicionan la continuidad del tratamiento farmacológico en las pacientes del servicio D del hospital El Sauce de Mendoza, en el 2018?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El servicio de mujeres (servicio D) del hospital El Sauce, cuenta con un promedio de 25 a 30 pacientes, siendo 27 la capacidad máxima de camas en el servicio, se encuentran internadas pacientes femeninas con un rango de edad de 18 años a 80 años aproximadamente.

Las patologías más frecuentes y tratadas en este sector son:

- Poli-adicciones
- Intentos de autoeliminación
- Esquizofrenia
- Trastornos bipolares
- Síndromes psicóticos y depresivos
- Trastornos impulsivos
- Episodios psicóticos
- Retraso mental con impulsos agresivos
- Epilepsia
- Entre otros.

El tiempo de internación, como el tratamiento de cada patología varía dependiendo de cada paciente, siendo los más prolongados los que duran de 8 a 10 meses y los más cortos los de 4 a 7 días de internación.

Los tratamientos más comunes se dan a través del seguimiento continuo con su equipo tratante (médico psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermería, etc.), la contención familiar y la medicación vía oral. Se aborda a la paciente desde su ingreso al servicio, su estadía en la internación, la administración y control de toma de la medicación, el control de signos vitales, de hábitos alimenticios, fisiológicos y de sueño, la observación, control de conductas, hábitos sociales y actividades de recreación.

Una vez que la paciente responda adecuadamente a su tratamiento y no presenta desbordes conductuales ni alteraciones en la conducta; su equipo tratante evaluará su posterior alta médica para lo cual es fundamental el apoyo de su grupo familiar o red de contención para el seguimiento correcto del tratamiento fuera del hospital.

Es fundamental el apoyo familiar, ya que la familia será la responsable de la paciente, teniendo el trabajo de supervisar el correcto cumplimiento del tratamiento, siendo la principal tarea la administración de la medicación vía oral en el horario indicado con la dosis correcta siguiendo las indicaciones médicas.

Cuando una paciente es dada de alta es esencial el seguimiento continuo a través de controles periódicos; es ahí donde se observa una notable

deserción o discontinuidad en los tratamientos, llevando o provocando el reingreso al hospital.

Siendo este problema, uno de los más llamativos ya que relaciona el continuo reingreso de pacientes con dificultades patológicas con el común denominador de haber abandonado o discontinuado su esquema de tratamiento, resulta interesante conocer los diferentes factores familiares que llevan a esta situación o influyen negativamente, para poder planificar un mejor plan de cuidados para el paciente y su familia.

OBJETIVO GENERAL

- Analizar los factores familiares que causan la discontinuidad del tratamiento farmacológico en las pacientes del servicio D del hospital El Sauce.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la familia
- Diagnosticar las relaciones intrafamiliares
- Conocer la composición familiar y el ciclo vital en que se encuentra la familia.
- Evaluar la salud familiar
- Analizar riesgos y problemas a la salud del paciente
- Pesquisar riesgos de discontinuidad del tratamiento al irse de alta
- Describir las dificultades del cuidador con respecto a la salud de su familiar.

MARCO TEÓRICO

APARTADO 1: RESEÑA HISTÓRICA. PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL EL SAUCE Y PREFIL DE ENFERMERÍA PSQUIÁTRICA

Se tomó como marco de referencia el Hospital “El sauce” ubicado en la calle Alfonso s/n, distrito El Sauce en el departamento de Guaymallén, Mendoza, Argentina. A unos 15 km de la ciudad de Mendoza. El carril a Lavalle o ruta provincial 24, y las calles Buenos Vecinos son arterias de circulación rápida y vinculación interdepartamental. El distrito posee una importante red vial compuestas por arterias primarias que lo recorren de norte a sur: calle Tirasso, y de este a oeste: profesor Mathus Hoyos. El hospital cuenta con un predio total cercano a las 100 hectáreas, es un referente de la psiquiatría en la zona centro oeste de nuestro país.

Actualmente está bajo la dirección de la Dra.: Marcela Nathalie Prado y el gerente asistencial: Dr. Diego Pocognoni.

En 1949 durante la primera presidencia de Perón se crea el Ministerio de Salud Pública de la Nación, al mando del cual se pone al Dr. Ramón Carrillo, quien fue el primero en la Argentina en crear una política sanitaria.

Tal como lo expresa Barrios (2004), en su libro Política Sanitaria Argentina, dado a conocer en 1949, Carrillo expresa tres principios fundamentales de la misma:

- Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad;
- No puede haber políticas sanitarias sin políticas de salud;
- De nada sirven las conquistas de la técnica médica si esta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados.²

En el marco de este contexto socio-político se comienza la construcción del Hospital El Sauce en el año 1948 en un terreno de 100 hectáreas, adquirido por el ministerio de Salud Pública de la Nación.

En las notas periodísticas publicadas en los diarios de la época, destaca el hecho que se produjera una doble inauguración del Hospital, siendo de carácter administrativo la primera en noviembre de 1951, evitando todo tipo de ceremonias, en virtud del deterioro de la salud de la Sra. Eva Perón, la cual hizo que se suspendieran los actos inaugurales en esa fecha y se produjera la inauguración formal en el mes de febrero de 1952. Actualmente el Hospital escuela es una institución pública de 3er nivel de complejidad, especializado en

² **MINISTERIO DE LA SALUD.** Presentación del hospital y especialidad. Ciudad de Mendoza, 2010. Disponibilidad: www.mendoza.gov.ar

Salud Mental, que aborda y asiste de manera interdisciplinaria e integral al sujeto de derechos que requiere atención ambulatoria o internación, en los tres niveles de atención a la salud.

La visión del Hospital es la integración a la salud pública y la adecuación a la ley de Salud Mental, en camino la transformación de la atención, haciendo hincapié en la promoción y prevención, optimizando los servicios del hospital como referente en la comunidad, siempre apuntando a la excelencia.

Tiene como valores:

- Educación: formación y capacitación permanente
- Respeto de los derechos permanentes de los pacientes
- Apertura e inclusión
- Calidad de las prestaciones
- Interdisciplinaria
- Compromiso
- Solidaridad
- Responsabilidad
- Rehabilitación

Es un establecimiento abierto que cuenta:

- 1 centro de salud “Dr. Juan Ramón Carrillo”
- 1 edificio administrativo
- 1 servicio de rehabilitación
- Consultorios externos (psiquiatras, psicólogos y asiste sociales)
- Farmacia
- Laboratorio
- 1 servicio de guardia de 24 hs
- 1 servicio de penitenciaria (internados penitenciarios provincial)
- 4 servicios de internación:
 - ✓ Servicio A, sector: varones crónicos

- ✓ Servicio B, sector: varones judiciales
- ✓ Servicio SAIC, sector de varones, atención inicial.
- ✓ Servicio D, único sector de mujeres

El hospital cuenta con profesionales tales como:

- Médicos psiquiatras
- Médicos clínicos
- Psicólogos
- Neurólogos
- Nutricionistas
- Farmacéuticos
- Psicopedagogos
- Fonoaudiólogos
- Odontólogos
- Bioquímicos
- Trabajadores sociales
- Enfermeros
- Licenciados en Enfermería
- Terapeutas ocupacionales (profesores de taichí, educación física, teatro y cerámica)

Cada uno de los 4 servicios cuenta con un jefe de servicio (psiquiatra): están conformados por 2 asistentes sociales, 2 psicólogos, 3 médicos psiquiatras, 2 equipos de residentes (psiquiatra, asistente social y psicólogo), entre 13 a 16 enfermeros (licenciados y enfermeros) y un jefe de enfermería en cada servicio.

Los turnos laborales son de 12 hs, cada guardia en 2 horarios: de 07 am a 19 pm y de 19 pm a 07 am, teniendo que cumplir 40 hs semanales. El diagrama laboral de cada mes es realizado por el jefe de enfermería de cada servicio.

A continuación se realizará una breve descripción de cada uno de los servicios con los que cuenta el hospital, haciendo un especial hincapié en el servicio D (sector de mujeres) donde se llevará a cabo la investigación.

Servicio A:

Es un servicio abierto masculino donde se internan pacientes de forma voluntaria e involuntaria, siendo el mayor número el de voluntarios.

Su capacidad de internación es de 35 camas.

Actualmente en el servicio hay 4 médicos psiquiatras, 2 trabajadora sociales, 3 psicólogos y 15 enfermeros (5 licenciados y 10 enfermeros), entre ellos un jefe y una encargada.

Este servicio cuenta con:

- ✓ 1 comedor donde los pacientes desayunan, almuerzan y cenan
- ✓ 1 sala de estar
- ✓ 3 baños: 2 para los pacientes y 1 para los profesionales
- ✓ 5 habitaciones: 4 habitaciones con 8 camas y 1 habitación vip con 2 camas
- ✓ 1 staff de Enfermería: conecta a los pacientes y a los profesionales médicos.
- ✓ 1 área de Enfermería: con material descartable, set de curaciones, botiquín de medicación (VO, IM), equipo de oxigenoterapia.
- ✓ 4 consultorios médicos.

Servicio B:

Es un servicio cerrado masculino, la internación es de forma voluntaria e involuntaria, prevaleciendo las internaciones involuntarias con notas judiciales.

Tiene una capacidad de 36 camas para internaciones.

Cuenta con 5 médicos psiquiatras, 3 psicólogas, 3 trabajadoras sociales y 15 enfermeros (3 licenciados y 12 enfermeros) entre ellos un jefe y un encargado.

El servicio cuenta con:

- ✓ 1 comedor donde los pacientes desayunan, almuerzan y cenan
- ✓ 1 sala de estar

- ✓ 3 baños: 2 para los pacientes y 1 para los profesionales
- ✓ 2 sectores: 1 común y el otro con seguridad de rejas (en cada sector hay 2 habitaciones)
- ✓ 1 staff de Enfermería.
- ✓ 1 staff de seguridad policial las 24 hs
- ✓ 1 área de Enfermería: con material descartable, set de curaciones, botiquín de medicación (VO, IM), equipo de oxigenoterapia.
- ✓ 5 consultorios médicos.

Servicio SAIC (Servicio de Atención Inicial)

Este servicio tiene a cargo el primer abordaje del paciente masculino, la internación es de forma voluntaria o involuntaria y su estadía en el servicio no debe superar los 30 días

Tiene una capacidad de 20 camas para internaciones.

Cuenta con 3 médicos psiquiatras, 3 asistentes sociales, 3 psicólogos y 12 enfermeros (8 enfermeros y 4 licenciados) entre los cuales tienen una jefa de servicio y una encargada

El servicio cuenta con:

- ✓ 1 comedor donde los pacientes desayunan, almuerzan y cenar
- ✓ 1 sala de estar
- ✓ 3 baños: 2 para los pacientes y 1 para los profesionales
- ✓ 1 Staff de Enfermería.
- ✓ 1 Área de Enfermería: con material descartable, set de curaciones, botiquín de medicación (VO, IM), equipo de oxigenoterapia.
- ✓ 5 consultorios médicos.
- ✓ 1 área de lavandería y 1 área de ropería,
- ✓ 2 habitaciones: subdivididas en 2 sectores de 5 camas cada una.

Servicio D

Este servicio es el elegido para la investigación. Es un servicio cerrado femenino (siendo el único servicio de mujeres del hospital), la internación es de forma voluntaria e involuntaria prevaleciendo las internaciones involuntarias, las internaciones pueden ser con mutual, sin mutual o con nota judicial.

Tiene una capacidad de 27 camas para internaciones.

Cuenta con 5 médicos psiquiatras, 3 psicólogas, 3 trabajadoras sociales, 1 secretaria de sala y 16 enfermeros (5 licenciados y 11 enfermeros) entre ellos un jefe y una encargada.

Este servicio cuenta con:

- ✓ 1 comedor donde los pacientes desayunan, almuerzan y cenan
- ✓ 1 sala de estar
- ✓ 4 baños: 2 para los pacientes y 2 para los profesionales
- ✓ 7 habitaciones: 4 habitaciones con 5 camas y 3 habitación 3 camas
- ✓ 1 staff de Enfermería: conecta a los pacientes y a los profesionales médicos.
- ✓ 1 área de Enfermería: con material descartable, set de curaciones, botiquín de medicación (VO, IM), equipo de oxigenoterapia.
- ✓ 5 consultorios médicos.
- ✓ 1 oficina administrativa
- ✓ 1 patio interno cerrado.

El trabajo en este tipo de servicio es muy dinámico y exhaustivo debido a diferentes tipos de pacientes, tales como: las edades cada una (desde 18 años a 89 años), los diferentes niveles sociales o culturales y las patologías, llevando a tener comportamientos y actitudes que requieren de atención constante.

La enfermera psiquiátrica debe tener un perfil totalmente diferente a otras áreas de la salud como por ejemplo: un enfermero psiquiátrico actúa y maneja al paciente diferente a un enfermero que trabaja en el ámbito de pediatría. Por lo que dentro de las tareas y funciones que desempeña la enfermera psiquiátrica se encuentran:

- Promocionar, proteger, mantener y rehabilitar la salud mental del paciente.
- Identificar y valorar las alteraciones conductuales o mentales de los pacientes.
- Manejar situaciones de urgencias y crisis derivando a otros profesionales del equipo las contingencias que así lo requieran.

- Habilidades de comunicación para escuchar a los pacientes, tranquilizarles y extraer información que les ayude a entender sus sentimientos.
- Predisposición para suprimir o aliviar el dolor o afecciones de las pacientes a través de la contención verbal y física.
- Fomentar, impulsar y restablecer la independencia del paciente proporcionándole educación tanto al paciente como a su familia ayuda a evitar decaídas en el tratamiento y fortalecer vínculos internos paciente-familia.
- La posibilidad de establecer una relación cercana y de confianza con los pacientes y sus familias o cuidadores.
- Habilidades de observación para notar cambios en el comportamiento de los pacientes, lo que incluye la capacidad de interpretar lenguajes de comunicación no verbal, como el lenguaje corporal.
- La capacidad de calmar y convencer a los pacientes, que en ocasiones requiere adoptar un comportamiento firme.
- Higiene y confort de las pacientes en general, especialmente de las pacientes dependientes de enfermería.
- Supervisión y administración de medicación VO e IM según indicaciones médicas.
- Educar y ayudar al paciente y familia para alcanzar el mayor grado de autonomía posible en su autocuidado.
- Participar de fijaciones, contenciones mecánicas en pacientes en situación de crisis o excitación psicomotriz (EPM).

El tiempo de internación, como el tratamiento de cada patología varía dependiendo de cada paciente, siendo los más prolongados los que duran de 10 a 14 meses y los más cortos los de 4 a 7 días de internación.

Los tipos de patología y trastornos más comunes que se ve en este servicio son diversos; ya que existen muchas causas de las enfermedades mentales. Los genes y los antecedentes familiares pueden jugar un papel importante. Sus experiencias de vida tales como el estrés o un historial de abuso, también pueden influir. Los factores biológicos, pueden ser parte de la causa. Una lesión traumática del cerebro puede conducir a un trastorno mental. La exposición de la madre durante el embarazo a virus o químicos tóxicos puede ser otra. Otros factores que pueden aumentar el riesgo son el uso de drogas ilegales o sufrir una condición médica seria como el cáncer.

APARTADO 2: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los medicamentos y el asesoramiento pueden ayudar con muchos de los trastornos mentales por lo cual el incumplimiento del tratamiento farmacológico ocasiona varios reingresos, los cuales son muy frecuentes debido a los diferentes factores relacionados con la falta de adherencia a la prescripción médica, alguno de los cuales están relacionados con la aceptación, los conocimientos de la enfermedad, medicación y la relación con sus familias.

Factores relacionados con el paciente

Variables sociodemográficas:

- Edad: las personas mayores a 30 años cumplen con el tratamiento más que los que tienen entre 18- 25 años, que tienden a negarse a la toma de medicamentos.
- Género: los varones tratados en forma ambulatoria tienden a abandonar su tratamiento con más frecuencia que las mujeres.
- Estado civil: las personas casadas o que conviven con otras, presentan mayor adherencia que los que viven solos.
- Escolaridad: las personas con estudio, son en su gran mayoría los que comprenden su estado de salud por ende cumplen con el régimen terapéutico.

Factores relacionados con la medicación

- La discontinuidad del tratamiento muchas veces se debe a los efectos secundarios que provocan los medicamentos, como por ejemplo: el aumento de peso, temblor, náuseas, disfunción sexual, deterioro de la memoria, entre otros, que son considerados incómodos para las personas.
- Percibir beneficio con el tratamiento e interrumpirlo, fundamentándolo que se sienten mejor y que no necesitan tomar más la medicación.

Factores relacionados con el entorno del paciente

- Familia y comunidad: a la familia se lo puede considerar como protectora o factor desencadenante de la recaída. La misma brinda apoyo social, comparte creencias y valores similares que influyen en el paciente y la adherencia al tratamiento. La oposición o la falta de participación por parte de los familiares y/o amigos provoca el abandono.

La intervención familiar mejora la convivencia, favorece la inclusión social y por ende evita las recaídas.³

³ **ALARCON M.** Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería. Investigación en enfermería: 2007

APARTADO 3: PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

Esquizofrenia

Clasificación

- Paranoide. Se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones y la ausencia de un comportamiento muy desorganizado, aplanamiento afectivo o lenguaje incoherente. Respecto a otros subtipos, es el más frecuente y el de mejor pronóstico (por ser menos marcados los síntomas negativos y ser más eficaces los antipsicóticos), y suele debutar a mayor edad. Puede iniciarse con un brote agudo.
- Hebefrénica o desorganizada. Predominan los síntomas de desorganización y negativos, así como la pérdida de contacto con la realidad y las actividades habituales. Es una forma de inicio precoz e insidioso que puede aparecer incluso en la adolescencia. Presenta una mala respuesta al tratamiento y un mal pronóstico.
- Catatónica. Predomina la sintomatología motora: inmovilidad, movimientos estereotipados, mutismo, negativismo, ecolalia y ecopraxia.
- Indiferenciada: Subtipo de esquizofrenia que no cumple los criterios diagnósticos de las formas anteriores.
- Residual. Predomina la sintomatología negativa, que aparece después de un episodio psicótico agudo con síntomas positivos.
- Simple. Predomina la sintomatología negativa, sin haber presentado un episodio con síntomas positivos. Es poco frecuente y de mal pronóstico.

Fases de la esquizofrenia

- Fase prodrómica o trema. Presentación meses antes del inicio del trastorno de cambios en el estado de ánimo, dificultades en las relaciones sociales y personales.
- Fase psicótica. Predominan las alteraciones en la forma y contenido del pensamiento, así como las alteraciones conductuales. El tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad psicótica hasta el inicio del tratamiento se denomina duración de la psicosis no tratada.
- Fase residual. La sintomatología negativa y el deterioro funcional socio laboral son predominantes.

Pronóstico

Sigue la regla de los tercios: un tercio de los pacientes presentará una adaptación a la vida cercana a la de la población general; en otro tercio persistirá la sintomatología negativa; y en el otro predominará la sintomatología positiva o negativa que devendrá en un deterioro marcado en el funcionamiento personal, laboral y social.

Tratamiento

El pilar fundamental del tratamiento son los antipsicóticos, tanto en el episodio agudo como en el mantenimiento. La terapia electro convulsiva en ocasiones es eficaz sobre todo en las formas catatónicas, y puede ser utilizada además en formas resistentes a farmacoterapia o en esquizofrenia asociada a síntomas depresivos.

La psicoterapia de apoyo por parte de enfermería es un tratamiento que se asocia a los anteriores. Sus aspectos fundamentales son: mejorar el contacto del paciente con la realidad (mostrándosela tal y como nosotros la percibimos, evitando la confrontación o la crítica), trabajar la conciencia de enfermedad y de la necesidad de tratamiento. No se debe mostrar rechazo ante las alucinaciones del paciente. Se deberá dar información precisa y progresiva a pacientes y familia, lo que mejorará la adherencia al tratamiento, así como facilitar la relación entre paciente y familia habitualmente deteriorada por la enfermedad. La intervención temprana en las conductas disruptivas del paciente hospitalizado es deseable para prevenir tanto la auto o como la heteroagresividad.

En ningún caso se deberá imponer la realidad al paciente ni tampoco congraciarse con sus ideas delirantes, sino que se presentará la realidad tal y como es posible que las personas que sufren de esquizofrenia se nieguen a tomar los medicamentos para tratar esta enfermedad, si este es el caso y el paciente se resiste a tomar medicamentos constantemente se deberá proceder a las inyecciones en lugar de comprimidos.

La medicación que suele preferirse es la de segunda generación porque tienen menor riesgo de efectos secundarios graves que los antipsicóticos de primera generación. Los cuales que con más frecuencia se utilizan son:

- Clozapina (Clozaril)
- Lurasidona (Latuda)
- Olanzapina (Zyprexa)
- Quetiapina (Seroquel)
- Risperidona (Risperdal)
- Ziprasidona (Geodon)

Los antipsicóticos de primera generación tienen efectos secundarios frecuentes y potencialmente significativos, entre ellos, la posibilidad de desarrollar un trastorno del movimiento (discinesia tardía):

- Clorpromazina

- Haloperidol

Tanto la toma de medicación, la alimentación y los patrones de sueño son estrictamente supervisados por enfermería, como así la educación al paciente y a su familia para su autonomía hospitalaria y evitar futuras recaídas en el tratamiento farmacológico.

Trastornos del estado de ánimo y conducta suicida

- Trastorno depresivo unipolar o trastorno depresivo mayor

El síntoma más característico es la tristeza vital y profunda, con un estado de ánimo especialmente bajo. Dos síntomas son imprescindibles: el estado de ánimo depresivo y la pérdida del interés o capacidad de disfrutar con las actividades que previamente interesaban al sujeto. Se requieren un mínimo de dos o más semanas de duración de los síntomas para considerarse trastorno depresivo, a excepción de que se precise ingreso hospitalario.

Clasificación

- ✓ Depresión endógena/reactiva. En función de su etiología. La depresión endógena o biológica presenta mayor sintomatología vegetativa (pérdida del apetito, despertar precoz) y un mayor riesgo de suicidio, en relación a la depresión reactiva o psicosocial. Hasta cierto punto, la actual clasificación entre trastorno depresivo mayor y distimia pretende recoger esta distinción, aunque en la distimia también se incluye habitualmente la depresión neurótica.
- ✓ Depresión psicótica/neurótica. Hace referencia a la gravedad clínica. En la primera se identifican síntomas psicóticos tales como ideas delirantes de culpa, ruina o enfermedad, así como alucinaciones auditivas. En la depresión neurótica el nivel de gravedad es más leve.
- ✓ Depresión bipolar/unipolar. Hace referencia al trastorno afectivo subyacente (trastorno afectivo bipolar y trastorno afectivo unipolar). El episodio depresivo en el trastorno bipolar tiene más riesgo de presentar síntomas psicóticos y suicidio que el propio de la depresión unipolar.
- ✓ Depresión con características atípicas. Síntomas vegetativos invertidos, con aumento de apetito e hipersomnia, así como conservación de la reactividad del humor, letargia y un patrón general de hipersensibilidad al rechazo interpersonal.

Diagnóstico

Se debe tener en cuenta la personalidad previa del paciente, la situación psicosocial y los antecedentes familiares de trastornos afectivos. Resulta fundamental descartar patología orgánica que explique los síntomas depresivos, particularmente los somáticos y neurovegetativos.

Tratamiento

El tratamiento de elección son los psicofármacos (antidepresivos) y la psicoterapia. Se deben tener en cuenta el aspecto general del paciente y sus necesidades básicas. Hay que mantener la calma ante el abandono del paciente hacia sí mismo y evitar sentencias como “¡anítese, que esto no es nada!”, que pueden empeorar los sentimientos de culpa del paciente. No se debe forzar al sujeto a realizar actividades en relación al autocuidado, pues poco a poco irá adquiriendo autonomía para ellas, y es importante reforzar los logros. Se mostrará una actitud empática y un abordaje del trastorno desde el punto de vista médico tanto con el paciente como con la familia.

Durante el episodio depresivo se debe desaconsejar la toma de decisiones importantes, indicándole al paciente que no es el momento adecuado y que ya las afrontará cuando se sienta mejor. También se recomienda valorar el riesgo suicida (que es especialmente alto al inicio del tratamiento antidepresivo, cuando mejora la inhibición psicomotora pero puede persistir la ideación suicida) y la toma de medidas necesarias para evitarlo.

En los períodos de crisis o de síntomas graves, es necesaria la hospitalización del paciente. Tanto la toma de medicación la alimentación y los patrones de sueño son estrictamente supervisados por enfermería, como así la educación al paciente y a su familia para su autonomía hospitalaria y evitar posibles recaídas en el tratamiento terapéutico

- Trastorno bipolar

Anteriormente denominado psicosis maniaco-depresiva, se caracteriza por la presentación recurrente y habitualmente alternada de episodios afectivos de tipo depresivo con episodios de naturaleza opuesta, es decir, maníacos (trastorno bipolar I) y/o hipomaníacos (trastorno bipolar II).

El síntoma más característico del estado maníaco es el estado de ánimo eufórico de más de una semana de evolución, o menos si precisa hospitalización.

En función de la gravedad del episodio de ánimo eufórico, se divide en:

- ✓ Trastorno bipolar tipo I. Presenta episodios maníacos, en los que el estado grave de exaltación del ánimo o bien la frecuente aparición de síntomas psicóticos suele hacer necesaria la hospitalización.
- ✓ Trastorno bipolar tipo II. Presenta episodios de hipomanía, en los que la alteración de la conducta es mucho menor y no suele ser necesaria la hospitalización. En ambas formas del trastorno se producen episodios depresivos de gravedad variable, pero que en sus formas graves pueden llevar al ingreso, cosa que tanto puede suceder en un trastorno bipolar de tipo I como en uno de tipo II.

Sintomatología

- ✓ Atención/concentración. Los pacientes muestran una destructibilidad característica durante los estados de exaltación del ánimo y presentan déficits en el mantenimiento de la atención y la concentración.
- ✓ Lenguaje y curso del pensamiento. La fuga de ideas o sensación subjetiva de que el pensamiento está acelerado es característica durante la manía. La verborrea es la aceleración del habla que puede llegar a presentarse como pérdida del hilo del discurso e incluso una disgregación completa del mismo.
- ✓ Contenido del pensamiento. Autoestima exagerada o sentimiento de grandiosidad, emprendiendo a la vez múltiples proyectos. Puede llegar a presentarse ideación delirante megalomaniaca.
- ✓ Alteraciones psicomotoras. Se incrementan todas aquellas actividades físicas intencionadas (laborales, sociales) y puede presentarse agitación psicomotora. - Ritmo sueño-vigilia. Disminución de la necesidad de dormir. El individuo puede llegar a dormir entre 2-4 horas y no mostrar cansancio alguno.
- ✓ Hiperoxia. Disminución del apetito que explica la pérdida de peso en estos pacientes, juntamente con el aumento de la actividad.
- ✓ Funcionamiento social y laboral. El rendimiento a este nivel puede verse afectado. El individuo no es capaz de terminar una acción comenzada a la vez que emprende otras actividades simultáneamente.

Curso y pronóstico

El curso es crónico y cerca del 90% de los pacientes presentan recaídas. Los episodios depresivos suelen durar más que los maníacos, y en los períodos de eutimia o ánimo normal, a pesar de que pueden persistir algunos síntomas, los pacientes retoman el funcionamiento social, familiar y laboral de forma adecuada. Son factores de mal pronóstico ser “ciclador rápido” (presentación de cuatro o más episodios afectivos en un año), el consumo de tóxicos y la falta de adherencia a la medicación.

Tratamiento

El tratamiento de elección son los estabilizadores del estado de ánimo o eutimizantes: sales de litio, valproato, carbamacepina o lamotrigina. El principal tratamiento es el carbonato de litio, que requiere una vigilancia especial por enfermería puesto que la intoxicación por esta sal se manifiesta clínicamente (temblores, mareos, sed acusada, ataxia). Para evitarla se debe realizar un aporte de sal común en la dieta (dieta normosódica), ya que la hiponatremia es causa fundamental de la intoxicación por litio. Una de las principales causas de fracaso terapéutico es el incumplimiento de la medicación, por lo que es importante trabajar la conciencia de enfermedad. Asimismo, es esencial

recalcar la importancia de evitar los tóxicos y el estrés para evitar recaídas. En esta línea, hay que psicoeducar tanto a paciente como a allegados en el reconocimiento precoz de los síntomas (disminución necesidad de sueño, incremento gastos, etc.) para evitar recaídas y prevenir complicaciones. Tanto la toma de medicación, la alimentación y los patrones de sueño son supervisados por enfermería, como así la educación al paciente y a su familia para su autonomía hospitalaria y evitar posibles recaídas en el tratamiento terapéutico.

Durante los períodos de crisis o de síntomas graves, es necesaria la hospitalización del paciente.

- Conducta suicida

La conducta suicida se puede presentar de tres formas de gravedad creciente:

- ✓ Ideación suicida. El paciente muestra pensamientos suicidas y los verbaliza sin pasar al acto, ni dándoles una estructura clara.
- ✓ Tentativa suicida o intento de suicidio. Su gravedad dependerá del método utilizado en el acto, de las posibilidades de rescate del entorno, así como la planificación o convicción previas. Son más frecuentes en mujeres.
- ✓ Suicidio consumado. Su frecuencia es mayor en hombres

Factores de riesgo

- ✓ Sexo masculino para el suicidio consumado, sexo femenino para las tentativas.
- ✓ La edad avanzada (> 65 años) es factor de riesgo para consumir suicidio. Por otro lado, en la adolescencia el suicidio es una de las principales causas de muerte.
- ✓ Enfermedad crónica o dolorosa.
- ✓ Escaso apoyo psicosocial: desempleado, viudo, separado, divorciado, aislado socialmente. - Empleo de métodos de alta letalidad como precipitación, ahorcamiento o armas de fuego.
- ✓ Antecedentes familiares de suicidio.

Tratamiento

Evitar ideas preconcebidas (“el que lo dice no lo hace”, “si realmente lo hubiese querido, se hubiese suicidado”, “con unas pastillas uno no puede matarse”, “mejor no comentarlo para no dar ideas”, etc.).

Se debe evitar una actitud paternalista o culpabilizadora hacia el acto suicida. Es preciso controlar objetos peligrosos y evitar el acceso a métodos de letalidad elevada. En caso de que el riesgo suicida sea elevado se debe

realizar ingreso hospitalario. El establecer un clima de confianza con el paciente no significa que disminuyamos nuestra vigilancia sobre él. Es esencial recordar que los suicidios también se producen durante los ingresos, así que habrá que vigilar las pertenencias del paciente y evitar aislamientos, a la vez que se fomenta la implicación de la familia para que estos puedan registrar el domicilio (medicación escondida, armas) que pueden ser usadas por el paciente durante un permiso o al alta.

Trastornos por abuso de sustancias

- Síndrome de abstinencia o delirium tremens (adicciones al alcohol)

Se manifiesta cuando se interrumpe o disminuye de forma importante el consumo de alcohol en el alcohólico crónico

El paciente presenta agitación, temblor distal, hipertermia, sudoración profusa, taquicardia, e intensa ansiedad psíquica y somática

Los síntomas más característicos son la fluctuación del nivel de conciencia y la desorientación temporoespacial. Habitualmente suelen aparecer alucinaciones visuales en forma de microzoopsias (animales pequeños o insectos), que vive el sujeto con una elevada angustia. Comienzan entre 4 y 12 horas tras la última ingesta. La mayor intensidad se produce a las 48 horas, y se mejora a partir del 4^o o 5^o día.

Tratamiento

Consiste en el soporte electrolítico, una adecuada hidratación y el control de los síntomas, tales como la hipertermia. La sintomatología suele empeorar por la noche, por lo que el paciente deberá situarse en una habitación tranquila, sin ruidos y una correcta iluminación.

Tratamiento del abuso/dependencia del alcohol:

- ✓ Desintoxicación. Tiene como finalidad la supresión total del consumo, que dará lugar a un síndrome de abstinencia. Suele durar entre 1-4 semanas. El tratamiento de elección son las benzodiazepinas en pauta decreciente, cuya finalidad es actuar como sustitutivo del alcohol y evitar así los síntomas de abstinencia. Se deben asociar suplementos vitamínicos y realizar un control dietético adecuado.
 - ✓ Deshabitación. Es un proceso que dura entre 6 meses y un año, que debe asumirse cuando la desintoxicación ha sido exitosa y el consumo de la sustancia se ha interrumpido. Se utilizan fármacos interdectores que usados en un consumo concomitante de alcohol provocan síntomas característicos.
- Trastornos relacionados con los opiáceos

Los principales opiáceos de consumo son: morfina, codeína (analgésico y antitusígeno), heroína (sustancia semi-sintética), metadona (opiáceo sintético). La heroína es el principal opiáceo causante de abuso/dependencia: la vía más utilizada es la endovenosa, a pesar de que ha aumentado el consumo de heroína fumada. También se puede administrar intramuscular, intranasal o subcutánea

La administración intravenosa genera durante 20-30 minutos un estado de excitación o euforia, que desaparece provocando somnolencia, irritabilidad, malestar psíquico y físico.

Intoxicación aguda La clínica que se presenta es: miosis, depresión del nivel de conciencia, depresión respiratoria, bradicardia, hipotensión, hipotermia, rubefacción facial.

El tratamiento de elección es la naloxona, que es un antagonista opiáceo.

Síndrome de abstinencia

Puede iniciarse al cabo de 12 horas de la última administración. Presenta una sintomatología inversa a la intoxicación aguda: midriasis, sudor, rinorrea, piloerección, hipertermia, hiperpnea, temblor, bostezos, agitación y heteroagresividad.

Tratamiento

- ✓ Fase I o desintoxicación. Suele durar entre 2-4 semanas, igual que en el caso del alcohol.
- ✓ Fase II o deshabitación. Dura entre 6 meses y 1 año, siendo preciso que el individuo haya suspendido en su totalidad el consumo de la sustancia.
- ✓ Trastornos relacionados con la cocaína

Intoxicación aguda

- ✓ Efectos psíquicos. Euforia rápida e intensa, de breve duración, hiperactividad motora, estado de vigilancia e hiperalerta, ideas delirantes de persecución, alucinaciones visuales, delirio de fornicación (cree tener insectos bajo la piel). Pueden aparecer alucinaciones táctiles.
- ✓ Efectos físicos. Náuseas y vómitos, pérdida del apetito y de peso, hipertermia, taquicardia, hipertensión arterial, dolor torácico. Supone un importante riesgo de infarto agudo de miocardio y de ictus.

Fases

- ✓ Crash. Se inicia a las pocas horas del abandono del consumo y puede durar hasta 4-5 días. Se caracteriza por cansancio y fatiga intensos, irritabilidad, cambios en el patrón de sueño, declive afectivo y deseo imperioso de consumir.

- ✓ **Abstinencia.** Suele iniciarse después de la fase de crash y dura varias semanas. El sujeto presenta pérdida del interés por todo lo que le rodea, irritabilidad y deseo intenso de consumo de la sustancia.
- ✓ **Recuperación o mantenimiento.** No existe un tratamiento concreto de desintoxicación o deshabitación. Los fármacos utilizados disminuyen la sintomatología vegetativa que se presenta en la abstinencia.

Durante los períodos de crisis o de síntomas graves, es necesaria la hospitalización del paciente. Tanto la toma de medicación, la alimentación y los patrones de sueño son estrictamente supervisados por enfermería, como así la educación al paciente y a su familia para su autonomía hospitalaria y evitar posibles recaídas en el tratamiento terapéutico.

Trastornos de la conducta alimentaria

- **Anorexia nerviosa**

En la anorexia nerviosa lo esencial es el miedo extremo a engordar y el deseo de mantenerse delgado. Se recurre a diversos métodos para estar con bajo peso. Comer poco o nada es la conducta más frecuente para conseguirlo, pero no la única puesto que puede realizarse ejercicio de forma exagerada o abusar de purgativos para disminuir peso. Por otra parte, lo esencial de la bulimia nerviosa es la pérdida de control sobre el impulso alimentario, que conduce a ingestas masivas (atracones). La paciente pierde el control cuando se encuentra intentando reprimir su apetito para mantenerse delgada. La culpabilidad y preocupación acerca de esta ingesta conduce al vómito pero también puede llevar a la realización excesiva de ejercicio o al uso de laxantes.

Tratamiento

El más eficaz es el cognitivo-conductual por parte de un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, psicólogos) con el apoyo de la familia. Una parte muy importante del tratamiento supone adquirir conductas de alimentación adecuadas. Únicamente se aplica un tratamiento farmacológico si hay patologías asociadas, como depresión.

En los casos extremos el paciente deberá ser hospitalizado. La psicoterapia es el tratamiento esencial de los TCA. Aunque se trata de terapias con objetivos concretos (cumplir con un mínimo de comidas al día, adquisición de peso adecuado, no realizar conductas compensatorias, etc.), debe incluir una valoración global de la persona del paciente y su entorno, así como de la presencia de otros problemas (familiares, sociales) que pueden influir de forma significativa en la aparición de conductas anoréxicas o purgativas.

- **Bulimia nerviosa**

Las conductas bulímicas aisladas son muy frecuentes, pero en su mayoría no llegan a constituir un trastorno clínico. Típicamente, el inicio es más tardío que en la anorexia nerviosa. Los criterios clínicos que nos permiten reconocer la bulimia nerviosa son:

- ✓ La presencia de atracones al menos dos veces por semana durante tres meses.
- ✓ Desarrollar conductas compensatorias inapropiadas dirigidas a no ganar peso: vómitos, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ejercicio excesivo y ayuno.
- ✓ Autoevaluación personal exageradamente influida por el peso y silueta corporales.

Tratamiento:

- ✓ Psicoterapia grupal o individual cuyo objetivo es encontrar las causas que producen este tipo de trastornos.
- ✓ Reeducción nutricional.
- ✓ Tratamiento con medicamentos.

Los antidepresivos reducen la frecuencia de comer compulsivamente y su posterior vómito.

Trastornos de la personalidad

Se dividen los trastornos de la personalidad en tres grandes categorías: A, B y C.

- Trastornos de personalidad del cluster A

Son sujetos extraños, excéntricos y que tienden a aislarse. Existe agregación genética y características clínicas compartidas con las psicosis. Son más frecuentes en hombres que en mujeres.

Trastorno paranoide de personalidad (A1)

Sujetos desconfiados, suspicaces, siempre dispuestos a interpretar las relaciones en clave de perjuicio o como agresiones. A menudo sienten que en su entorno se producen conspiraciones en su contra. Suelen centrarse en temas como el perjuicio laboral, legal o los celos en la pareja. En ocasiones, puede preceder al desarrollo de un trastorno de ideas delirantes (paranoia).

Trastorno esquizoide de personalidad (A2)

Son sujetos aislados socialmente, sin interés alguno por establecer contacto con los demás. Son incapaces de gozar y de sufrir. Prefieren las actividades solitarias y son emocionalmente fríos e indiferentes. Les cuesta

entender a los demás y establecer relaciones emocionales. Se relaciona genética y clínicamente con la esquizofrenia.

- Trastornos de personalidad del cluster B

Son sujetos inestables e inmaduros, conflictivos en su relación con los otros. Se encuentran próximos a los trastornos afectivos, los de abuso de sustancias y los somatomorfos.

Trastorno antisocial de personalidad (B1)

Llamado también psicopatía, sociopatía o trastorno disociar. Lo define la incapacidad para acatar normas sociales, desarrollando en relación conductas de rebelión, violencia y delincuencia. Tras esta incapacidad suelen encontrarse una baja sensibilidad al castigo, una alta impulsividad y una escasa capacidad para sentir culpa o remordimientos. Sus relaciones se caracterizan por el deseo de explotación de los demás con mentiras, estafas y amenazas o agresiones. Estas tendencias de personalidad se muestran de forma prematura en la infancia, por lo que puede diagnosticarse desde los 14 años. Es muy frecuente la comorbilidad con el abuso de sustancias. Es más frecuente en hombres que en mujeres, y muy frecuente entre poblaciones de reclusos.

Trastorno límite o borderline de personalidad (B2)

Lo define la inestabilidad, especialmente afectiva y también en las relaciones interpersonales. Manifiesta cambios rápidos y extremos entre la idealización y la devaluación, el amor entusiasta y el odio, la euforia y la ira. Distorsionan sus relaciones porque consideran a las personas excesivamente buenas o absolutamente malas. Asimismo, la visión de sí mismos también es inestable y cambiante. Todas estas manifestaciones se acompañan de un elevado malestar, y al acompañarse el trastorno de niveles altos de impulsividad, se producen repetidamente gestos auto y heterolesivos, automutilaciones, intentos de suicidio y suicidios consumados. Pueden producirse episodios psicóticos breves de probable naturaleza disociativa. Las hipótesis sobre su génesis dan importancia a la existencia de antecedentes de trauma infantil. Presenta también importante comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático. Las manifestaciones más llamativas tienden a disminuir con la edad, mejorando el funcionamiento general. Es más frecuente en mujeres.

Trastorno narcisista de la personalidad (B3)

Son sujetos egoístas, muy pendientes de la admiración de los demás, incapaces de empatía y de comprender o respetar los sentimientos e ideas del otro. Tienden a una autoimagen grandiosa, son pretenciosos y soberbios. A menudo envidiosos de los éxitos ajenos. Es mucho más frecuente en hombres.

Trastorno histriónico de personalidad (B4)

Son sujetos que necesitan siempre altos niveles de atención, y que desarrollan conductas dramáticas, teatrales o seductoras con tal de conseguirlo. Buscan la aprobación de los demás y son muy influenciables. Sus relaciones personales son superficiales. Clásicamente se ha considerado que es mucho más prevalente en mujeres. Se relaciona típicamente con los trastornos somatomorfos, especialmente la conversión y la disociación.

- Trastornos de personalidad del Cluster C

En su conjunto, son sujetos tímidos, inseguros, tendientes a la pasividad. Tienen un menor grado de conflicto social que los otros dos grupos. Se relacionan fuertemente con los trastornos de ansiedad.

Trastorno evitativo de la personalidad (C1)

Su característica fundamental es la inhibición social. A diferencia de los esquizoides, desean establecer relaciones pero se sienten temerosos de ser rechazados o ridiculizados. Tienen una baja autoestima. Evitan cualquier situación que implique riesgo. Se relaciona con la fobia social. No hay diferencias de género.

Trastorno dependiente de la personalidad (C2)

Son sujetos sumisos, muy inseguros, que buscan la adhesión a una figura en la que delegan la capacidad de decisión y las responsabilidades y en la que se refugian. Tienen un déficit grave de autonomía personal. Se relaciona con el trastorno de ansiedad por separación de la infancia. Aunque se ha diagnosticado más en mujeres no parece haber diferencias de género.

Trastorno obsesivo o anancástico de personalidad (C3)

Son sujetos perfeccionistas, preocupados por el orden y la meticulosidad, inflexibles, tercos, poco espontáneos, muy respetuosos de las normas y puntillosos. Les cuesta desprenderse de sus objetos y son avaros. Muy volcados al trabajo, aunque pueden ser lentos por su perfeccionismo, les cuesta delegar tareas. Se relaciona con el trastorno obsesivo-compulsivo. La prevalencia general es del 1%. En hombres es el doble que en mujeres.

Tratamiento

La terapia de elección son los estimulantes anfetamínicos y la terapia cognitivo conductual, con técnicas de reeducación.

Estas fueron algunas de las patologías más frecuentes en el servicio de mujeres por lo que médicos, psiquiatras, asistentes sociales y personal de enfermería están habilitados a tratar y trabajar con estos problemas

psiquiátricos. Cabe destacar la importancia de la contención familiar afectiva y continua (padre, madre, amigo/a, tutor legal, etc.), ya que este apoyo afectivo servirá de motor y acompañamiento del paciente en el camino del tratamiento adecuado, por lo tanto es necesario que se conozca algunas consideraciones teóricas sobre familia con el fin de comprender su dinámica y características en el tratamiento de esta temática.⁴

⁴ **VIVES J.** Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Editorial Organización panamericana de la salud, 2da edición. Whashington 2011.

APARTADO 4: FAMILIA

Al trabajar en el área de psiquiatría podemos notar que las funciones y el abordaje al paciente es muy diferente a las de otras áreas de la salud. El paciente psiquiátrico conlleva un abordaje global de su persona, tanto en sus actitudes, funciones, entorno social y familiar; por lo que se combina tres pilares fundamentales en el trato al paciente psiquiátrico: la terapia farmacológica, el apoyo psiquiátrico y la contención familiar, a su vez, es fundamental educar y preparar al núcleo íntimo del paciente.

Educar a la familia conlleva que los más cercanos puedan perder el miedo. Es un importante trabajo cotidiano que hay que realizar porque una familia informada aporta soluciones. También es necesaria la articulación de un sistema que ayude a que los pacientes se reinseren, debido a que muchos de ellos quieren volver a su vida cotidiana como lo es el trabajo, el estudio y hacer las actividades que antes realizaban. No se debe olvidar de que son personas con gustos y deseos propios que deben ser oídos.

Se debe caracterizar la composición, el ciclo vital en que se encuentra y la función que cumple la familia para evaluar la salud familiar, ya que son las características que establecen las relaciones que pueden existir entre los integrantes y que influyen en la recuperación de la salud para aceptar el tratamiento farmacológico en el momento que uno de ellos sufra alguna complicación.

Composición o estructura

Tamaño (número de miembros)

- ✓ Pequeña
- ✓ Mediana
- ✓ Grande

Tipos de familia

- ✓ Nuclear: compuesta por una pareja con hijos o no, o por uno de los miembros de la pareja con su descendencia.
- ✓ Extensa: desciende del mismo tronco, conformada por una pareja o equivalente de pareja con descendencia o sin ella.
- ✓ Ampliada: cuando a la familia nuclear o extensa se suma otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional.

Funciones de la familia

- Función económica: la familia cubre necesidades básicas, materiales de alimentos, higiene, cuidado personal, calzado, vestuario y medicamentos de sus integrantes.
- Función educativa: cuando los miembros de la familia mantienen comportamientos aceptados socialmente.
- Función afectiva: si los miembros de la familia expresan o evidencian signos de satisfacción afectiva con su familia.

Se puede medir la evaluación del funcionamiento familiar según la dinámica de las relaciones internas de la familia mediante la aplicación de prueba FF-SIL, donde se interpreta la percepción de un integrante. El resultado del diagnóstico funcional familiar podrá ser:

- Familia funcional: saben solucionar problemas y resolver conflictos con un nivel de éxito satisfactorio.
- Familia disfuncional: no logran sobreponerse a las dificultades de las relaciones familiares.

Ciclo vital de la familia

Conformado por las siguientes etapas por las que pasa una familia a lo largo de su vida.

Formación	Desde el matrimonio	Hasta el nacimiento de su primer hijo
Extensión	Desde el nacimiento del primer hijo	Hasta la independencia del primer de los hijos
Contracción	Desde la independencia del primer hijo	Hasta la muerte del primer cónyuge
Disolución	Desde la muerte del primer cónyuge	Hasta la muerte del segundo cónyuge

Es fundamental que el paciente psiquiátrico sostenga un entorno familiar o social estable y favorable para su tratamiento ya que este permite estar atentos a los síntomas y actitudes fuera de lo común, condición fundamental para evitar las recaídas y los brotes psicóticos que producen la descompensación.

Es por ello que se debe conocer la estructura familiar y las relaciones que existen entre cada integrante para detectar posibles factores que perjudican o pueden favorecer al enfermo mental, siendo necesario la utilización del familiograma.

Familiograma

Es la representación gráfica de los miembros y de la estructura de la familia y las relaciones que existen entre ellos.

Los aspectos a considerar para el trazado de la estructura familiar son los siguientes:

Miembros de la familia

- Se representan con un círculo (mujer) o un cuadrado (hombre).
- El paciente elegido se le reconoce por una doble línea.
- El fallecimiento se coloca una X dentro del símbolo.
- Un embarazo se representa con un triángulo.
- Un aborto se representa con un círculo pequeño negro

Relaciones biológicas y legales de la pareja

- Las relaciones al interior de la familia se representan por líneas conectadas a los símbolos.
- Matrimonio: dos líneas verticales unidas por una horizontal.
- Pareja no casada: dibujar unión con línea discontinua.
- Separación: dos líneas diagonales paralelas.
- Sobre la línea horizontal anotar año casamiento y/o separación.

Subsistema fraternal:

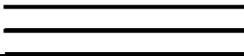
- Cuando la pareja tiene hijos se representan uniéndolos con una línea vertical a la horizontal de la pareja.
- Siempre de mayor (izquierda) a menor (derecha).
- Los gemelos con una "V" invertida.

- Los hijos adoptivos con una flecha.

El hogar:

- Para señalar a las personas que viven en el mismo hogar se traza una línea continua alrededor de ellas.

Relación entre los miembros de la familia (representación gráfica)⁵

Muy unidos o fusionados: 	Unidos y conflictivos: 
Unidos: 	Distantes: 
Pobre o conflictivo: 	Apartados o separados: 

Se debe hacer hincapié en la psicoeducación familiar, pues considera que la contención del núcleo íntimo (familia, amigos, responsables legales, etc.) es uno de los tres pilares del tratamiento que se complementa con la medicación antipsicótica y el apoyo psiquiátrico. Con estas tres instancias, el paciente debería estar compensado pero, en caso contrario, la familia deberá aprender a generar un entorno en el cual el nivel de estrés sea bajo (porque todo lo que sucede en lo cotidiano a ellos les afecta de alguna manera).

En cuanto a la internación, debe ser el último recurso, porque además así lo determina la ley 26.657 que rige a nivel nacional. El artículo 14 establece que la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.

Lo que se busca evitar son internaciones por riesgo potencial y las internaciones prolongadas, por criterio de algún profesional, o en otras épocas

⁵ BERNAL I and others. Manual para la Intervención en la Salud Familiar. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 2002.

hasta quizá por pedido mismo de la familia. En la actualidad y por la nueva ley tenemos que maximizar todas las estrategias posibles para mantener a este paciente en su casa, o en alguna institución intermedia donde pueda desarrollar de alguna manera una vida normal, evitando todo tipo de internación que se puede percibir como un encierro por parte del paciente.

La familia muchas veces tiene que tomar la determinación de hacerse cargo, aceptar que tiene un integrante de la familia con un problema y ayudarlo; por lo que asume el rol de cuidador.

Cuidador familiar

En nuestro entorno, la familia es la principal cuidadora de las personas en situación de dependencia. En las personas con alguna enfermedad mental el apoyo y participación de algún familiar contribuye a la recuperación de su bienestar.

El cuidado de un familiar con problemas mentales es muy demandante, el cuidador debe enfrentar situaciones realmente estresantes, muchas veces hasta deja de lado su vida personal y comienza a dedicarse únicamente de la salud de otro por lo que más adelante se puede volver una carga.

Existen dos tipos de cargas:

- Carga objetiva: se lo denomina a cualquier alteración verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del paciente y se origina en las labores de supervisión y estimulación del paciente.
- Carga subjetiva: hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho mismo de que un familiar sufra una enfermedad de esa característica.

El estrés que conlleva hacerse cargo de una persona, la falta de información sobre su enfermedad, el manejo de los medicamentos y la mirada de la sociedad que los consideran como peligrosos hacia las demás personas son las causas por las que muchos pacientes psiquiátricos sufren el abandono de sus allegados.

Tipos de abandono:

- Parcial: cuando la familia del paciente se niega a llevar nuevamente a su hogar al individuo ya sea por temor o porque carece de recursos para manejarlo, pero continua en contacto con el individuo.

- Total: donde familiares y allegados pierde todo tipo de interés y contacto con el paciente.⁶

⁶ **BEPERET M and others.** Sobrecarga de los cuidadores familiares de los pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. An Sist Sanit Navar: 2000.

APARTADO 5: TEORÍAS DE ENFERMERÍA UTILIZADAS EN SALUD MENTAL

Valoración del paciente según M. Gordon y sus 11 patrones funcionales

Cuando se buscan las razones familiares que ocasionan la alteración en la adherencia al tratamiento farmacológico es fundamental valorar adecuadamente la paciente y su red de contención para ello la teoría que se adecúa mejor es la de Marjory Gordon quien cuando habla de los 11 patrones funcionales son de vital importancia para la investigación los siguientes:

- Percepción y control de la salud: ya que incluye todos los aspectos referidos a las actitudes y conocimientos que tienen tanto la paciente como su red sobre la promoción y prevención de riesgos, psicoeducación como cuánto conocen acerca de su enfermedad y su tratamiento, etc.
- Patrón actividad – ejercicio: importante porque permite hacer un mapa de las actividades diarias que realizan ambos permitiendo identificar los horarios en los que se pueden generar confusión de las tomas y optimizando los elementos que puedan contribuir a un mejor control de los horarios y medicación que toma por en como ocurre en el uso de pastilleros semanales.
- Patrón de reposo y sueño: en muchas de las patologías psiquiátricas esta alterado ya sea como hipersomnia o hiperactividad, en ambos surgen alteraciones en el esquema por ejemplo en el primero pueden saltarse tomas o incluso tomar la medicación correspondiente de dos o tres horarios diferentes juntas, en cambio en el segundo suele pasar que toman más cantidad de los indicados de ansiolíticos y de inductores del sueño. Es clave para ambos detectar estas situaciones para corregirlas lo más pronto posible.
- Patrón cognitivo – perceptual: hay trastornos o estados que generan percepciones sensoriales erróneas que hacen tomar medicamentos de más o dejar de tomarlos como por ejemplo: “porque alguien de afuera se lo ordena” o “porque se sienten raros”.
- Patrón autopercepción – autoconcepto: para usarlo en beneficio del tratamiento primero hay que animar a la paciente a expresar todo lo referido a su imagen corporal, identidad, habilidades y las actividades que hace en beneficio de sí misma. Hay que tener cuidado cuando sufren ciertos trastornos como depresión por la imagen distorsionada que tienen de sí mismas, en estos casos es de vital importancia el apoyo de la persona más allegada a ella.
- Patrón de afrontamiento – tolerancia al estrés: este es uno de los más importantes y determinantes para el cumplimiento adecuado ya que es

un arma de doble filo por varios motivos. Primero porque la mayoría de las alteraciones mentales representan un sometimiento permanente al estrés para ambas partes y en muchas ocasiones no logran manejarlo adecuadamente. Segundo, para la familia y red de contención significa un estrés adicional el estar pensando permanentemente en una nueva recaída y tercero, tal como lo señala el modelo de vulnerabilidad – estrés cada paciente va a estar predispuesta a sufrir una crisis psicótica por tener cierta “vulnerabilidad “ya sea por su padecimiento de base, su genética, su situación de vida particular, etc.; pero lo que mantiene la balanza en equilibrio son los factores de protección ante el estrés como la competencia de la familia y la capacidad de afrontamiento tanto de la paciente como de su red de contención.

- Patrón de valores y creencias: determinar estos aspectos y lo que es importante para la vida de ambas partes como la calidad de vida que creen que están teniendo o las expectativas relacionados con su salud influyen en el tratamiento farmacológico tanto para su cumplimiento o su discontinuidad o muchas veces el abandono. Es importante identificar tanto los pros y contras en este tema para despejar dudas y promover fortalezas.

Hace unos años que surgió el concepto de psico-educación en un primer momento lo utilizaban psicólogos y luego psiquiatras como método de abordaje a pacientes con esquizofrenia, hoy en día es utilizado también por trabajadores sociales, enfermeros y hasta terapeutas en todas las patologías y trastornos neuropsiquiátricos.

Para enfermería este concepto es importante ya que incluye la paciente y su familia y/o red de contención, también porque implica el término prevención, es decir, con actividades como explicar claramente de que se trata el trastorno o alteración que sufre la paciente y su sintomatología, lo que es de esperar en su condición, como es el tratamiento farmacológico y los efectos adversos que pueden aparecer, se está aproximando a ambos en el cumplimiento del tratamiento.

El personal de enfermería sabe que los familiares de las pacientes muchas veces ven a la enfermera como un apoyo más accesible, entonces para aprovechar esto, se debe incluir en la psico-educación él por qué es importante asistir ambas al turno de consultorio externo para el control en la fecha indicada por el equipo tratante y también los días en que se le dan los medicamentos mensuales. La expresión de cualquier signo de alarma que hayan detectado y cualquier cambio de rutina que pueda generar inconvenientes en el cumplimiento de cualquier actividad pactada como por

ejemplo: cambio de domicilio, inclusión de ambas en algún sistema laboral, educacional, etc.

Teoría de Dorothea Orem

Otra teoría que suele utilizarse en salud mental es la de Dorothea Orem ya que cuando habla del déficit de autocuidado encontramos que en las pacientes con padecimientos psiquiátricos la mayoría presenta esta situación en mayor o menor grado; para lo cual es muy útil el rol de la enfermera como maestra enseñando y promoviendo el autocuidado, tanto hacia la paciente como así también para con la familia o red de contención para suplir aquellas actividades en las que se requiere ayuda o supervisión, también para lograr y fomentar la independencia de acuerdo con el nivel de capacidad de cada una.

Todo esto surge además como respuesta al impacto que tiene una enfermedad o alteración mental sobre la familia o red de contención ya sea de forma objetiva, como el aislamiento social, la alteración de la rutina diaria, el deterioro económico, etc., como así también subjetivo, como vergüenza, tristeza, culpabilidad, miedo, etc.

En síntesis al valorar la paciente holísticamente es inevitable incluir su círculo social, para lo cual cuando lo ordenamos en un PAE (Proceso de Atención de Enfermería), resulta muy útil el modelo de los patrones funcionales de Gordon, una vez que hemos establecido que es lo que está alterando la función de esta familia y lo que lleva al detrimento del cumplimiento del tratamiento farmacológico se evidencia el déficit del autocuidado el cual se corregirá educando, pero para esto primero se deben identificar las habilidades, fortalezas y mecanismos de defensa, que jugaran a favor y los sentimientos negativos, dudas o cualquier barrera que signifique un retroceso en el aprendizaje.

APARTADO 6: ENFERMEDAD MENTAL EN LA COMUNIDAD

En la sociedad actual, las personas con trastornos mentales sufren alteraciones en su manera de actuar y de pensar, por lo cual son apartadas, no se las incluye en las actividades y se las ve de modo diferente, ya que su nuevo comportamiento afecta la relación con su entorno. Sus familias ante la mirada de la sociedad, las rechazan, no pueden entender ni aceptar su situación por lo tanto el enfermo mental se aísla, rompiendo así el vínculo familiar, siendo este último el mejor acompañante para la recuperación de su salud. Las internaciones por un largo período en los hospitales psiquiátricos también influyen en el aislamiento, ya que los aparta de sus relaciones sociales y no pueden seguir con su vida.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y otras organizaciones apoyan el respeto por la dignidad de las personas con trastornos mentales, pero para que esto se cumpla, tanto los gobiernos y los habitantes deben adoptar ciertas políticas y medidas, siendo algunas las siguientes: tratar a las personas en la comunidad y no recurrir a la internación hospitalaria por un tiempo largo, todos los hospitales deben aceptar atender a los mismos como un paciente más y respetar sus derechos al recibir atención de buena calidad, entre otras.

Reinserción y rehabilitación

Es muy importante que el paciente se sienta incluido en la sociedad para que su rehabilitación sea estable y el compromiso del mismo a seguir con el tratamiento evitaría la recaída, también el apoyo y acompañamiento diario de la familia más algunos programas de la salud mental comunitaria, como ser el seguimiento constante del paciente para asegurarse del cumplimiento farmacológico y el trato igual al de un paciente con cualquier otra enfermedad que pueda ser atendido en los hospitales públicos sin ser aislados de los demás.⁷

⁷ FERNANDEZ S. Enfermedad mental: familia y sociedad. Universidad de Cantabria. Ciencias Médicas: 2002.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente trabajo de investigación propone una metodología mixta, tanto cualitativa como cuantitativa.

Es de tipo descriptiva transversal.

Descriptiva: describe el fenómeno sin existir manipulación de las variables por parte de los investigadores y muestra asociación entre las variables.

Mixta: utiliza las fortalezas de ambos tipos de indagación combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales, estas son cualitativas y cuantitativas

Cuantitativa: se utilizará instrumentos que se pueden ser medibles, como por ejemplo: las encuestas

Cualitativas: porque se analizan experiencias personales e historias de vida como por ejemplo: método de observación.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo en el Hospital el Sauce, ubicado en el distrito El Sauce, departamento de Guaymallén, provincia de Mendoza. El hospital es dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza.

UNIVERSO

El universo de nuestra investigación serán los pacientes internados en el hospital “El Sauce” durante el segundo trimestre del 2018

MUESTRA

Del total del universo que son los pacientes internados en el hospital “El Sauce”, tomaremos como muestra para nuestra investigación las pacientes del servicio “D” del sector de mujeres y sus familiares.

VARIABLES

Independientes: son aquellas características o propiedad, causa del fenómeno estudiado, cuyo valor no depende de otra variable, que el investigador pueda manipular y que condicionan o determinan la presencia de otras variables (dependientes) en la relación. En este caso serían los factores familiares

Dependientes: Son las variables de respuesta que se observan en el estudio, y que podrían estar influidas por los valores de las variables independientes. En esta investigación, sería la falta de adhesión al tratamiento farmacológico.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivos específicos	Variables	Definición de variables	Indicadores
Caracterizar familiograma	Tipos de familia	Conocer la composición familiar e identificar la relación entre sus miembros	<p>¿Cómo está compuesta tu familia?</p> <p>¿Quiénes conviven en el hogar?</p> <p>¿Cuántos años tiene cada uno?</p> <p>¿Hay miembros de la familia que hayan fallecido? ¿Quiénes?</p>
Diagnosticar las relaciones interfamiliares	Relación familiar	Identificar quienes son los familiares con los que el paciente muestra más afecto	<p>¿Cuál es el tipo de relación del paciente con cada uno de ellos?</p> <p>¿Quiénes son los familiares que con más frecuencia lo visitan en el hospital?</p>
Evaluar la salud familiar	Salud familiar	Reconocer los antecedentes familiares con problemas mentales	<p>¿En su familia, hay algún otro familiar que padezca alguna enfermedad? ¿Cuál?</p> <p>¿Algún integrante familiar toma medicamentos? En caso de sí, ¿Por qué o para qué?</p>

<p>Analizar riesgos y problemas a la salud del paciente</p>	<p>Riesgo de la salud del paciente</p>	<p>Conocer qué tipo de inseguridades puede llegar a tener en el hogar</p>	<p>¿Quién se encarga del cuidado del paciente en el hogar?</p> <p>¿Alguna vez presenció una crisis del paciente en el hogar? ¿Supo cómo reaccionar?</p> <p>¿Cuál es el nivel de educación de la familia?</p>
<p>Pesquisar riesgos de discontinuidad del tratamiento al irse de alta</p>	<p>Discontinuidad del tratamiento</p>	<p>Saber si el familiar que se encargue del paciente sea capaz y tenga tiempo de cuidarlo.</p>	<p>¿Conoces que enfermedad padece tu familiar? ¿Cuál?</p> <p>¿Conoce qué medicamentos toma su familiar? ¿Cuáles?</p> <p>Cuando el paciente fue dado de alta, ¿Recibió educación? ¿De quién?</p> <p>¿Entendió esa información que le brindaron?</p> <p>¿Podría describir que información le brindaron?</p> <p>¿Qué recursos utilizaron?</p>

			<p>¿Qué medicación le dieron a su familiar para que tome en su casa?</p> <p>¿Conoce para qué sirven? ¿Y a qué hora debe tomarla?</p> <p>¿Necesita la supervisión de algún familiar a la toma de la medicación o se la debe dar directamente el mismo?</p> <p>¿Sobre qué tema le gustaría recibir información?</p>
<p>Describir las dificultades del cuidador con respecto a la salud de su familiar</p>	<p>Dificultad del cuidador</p>	<p>Identificar que problemas del cuidador afectan al paciente</p>	<p>¿Quiénes trabajan en el hogar? ¿Qué trabajo desempeña?</p> <p>¿Cuántas horas semanales le demanda dicho trabajo?</p> <p>¿Cómo se distribuyen los tiempos del día y entre quiénes para acompañar al enfermo?</p>

TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuente primaria: encuesta semi-estructurada, el cual es un cuestionario de diseño propio.

Se realizará la recolección de datos a través de encuestas semi-estructuradas al/los familiares o a/los cuidadores a cargo de la paciente internada.

Se utilizará también métodos de observación tanto a los familiares al ser encuestados o entrevistados y a los pacientes en el período que dure su internación.

Su aplicación nos permitirá caracterizar a la población de estudio y conocer la situación de salud de la familia de la paciente, el entorno en que se desarrollan, la manera de evitar los reingresos al hospital y mejorar la calidad de vida del cuidador principal.

ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

Se volcará en la tabla matriz los datos obtenidos a través del uso de Microsoft Office Excel 2007, luego se construirá tablas de entradas simples y una de dobles representadas en gráficos circulares y de barras, procediendo luego a los análisis estadísticos de los resultados.

TABLA N°1

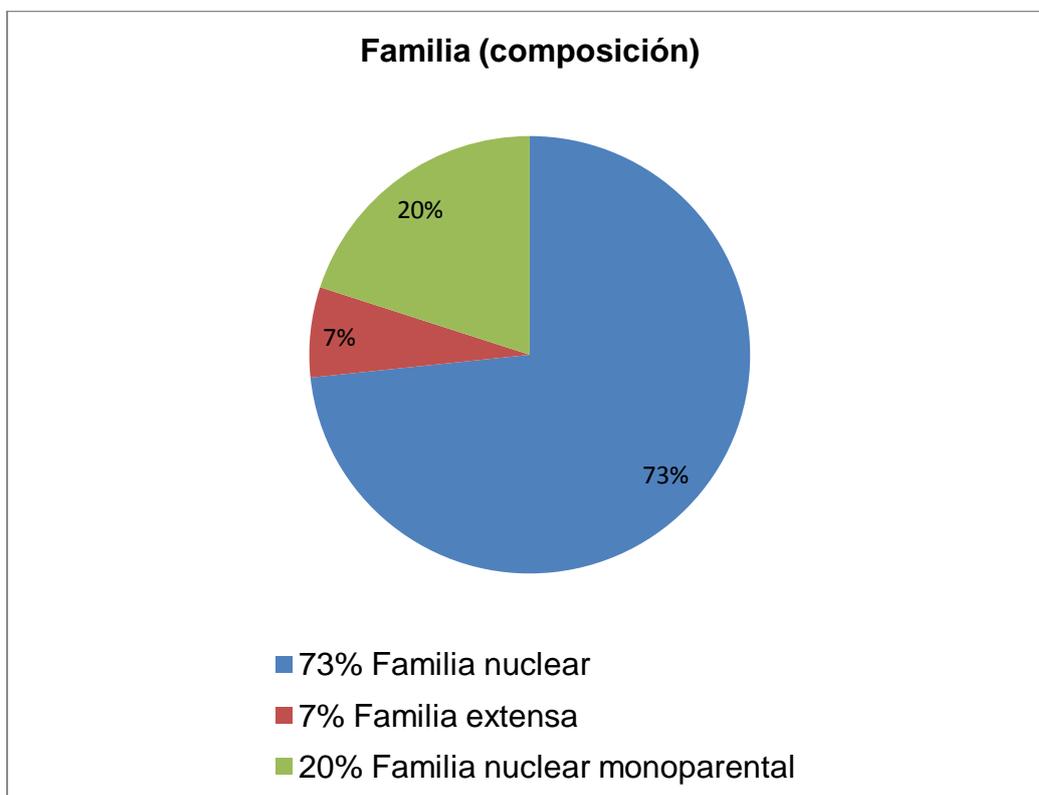
Variable: Tipo de familia

Indicador: ¿Cómo está compuesta su familia?

COMPOSICION FAMILIAR	FA
Familia nuclear	11
Familia extensa	1
Familia nuclear monoparental	3

Referencia: De los quince (15) familiares encuestados, la mayoría: once (11) tienen un tipo de familia nuclear.

GRÁFICO N°1



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 2

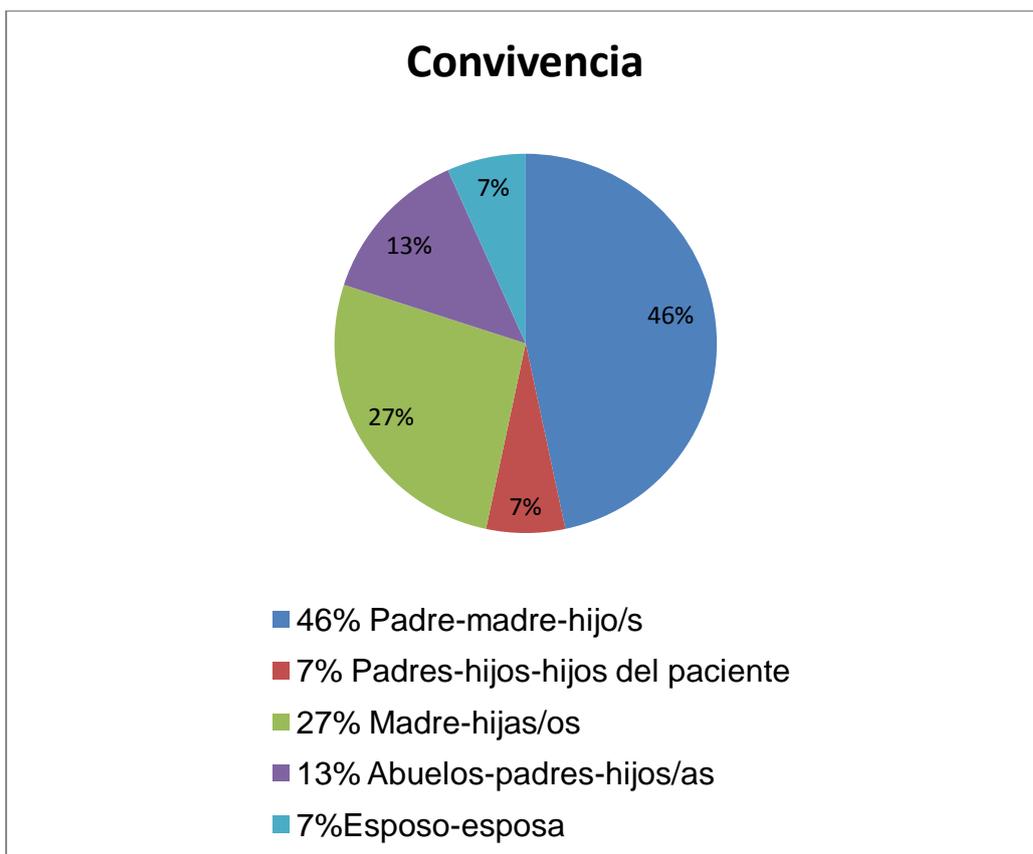
Variable: Tipo de familia

Indicador: ¿Quiénes conviven en el hogar?

CONVIVENCIA	FA
Padre-madre-hijo/s	7
Padres-hijos-hijos del paciente	1
Madre-hijas/os	4
Abuelos-padres-hijos/as	2
Esposo-esposa	1

Referencia: Se observó que las pacientes, según las encuestas, siete (7) viven con sus padres y hermanos.

GRÁFICO N° 2



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 3

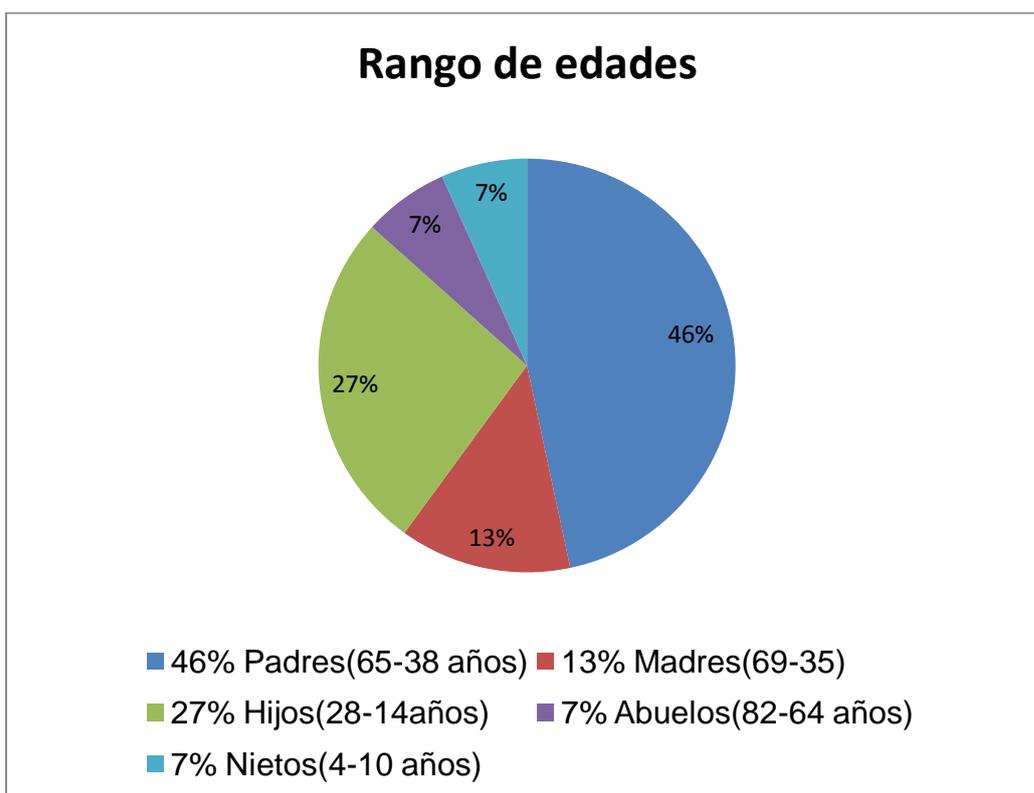
Variable: Tipo de familia

Indicador: ¿Cuántos años tiene cada uno?

Rango de edades	FA
Padres(38-65 años)	7
Madres(35-69 años)	2
Hijos(14-28años)	4
Abuelos(64-82 años)	1
Nietos(4-10 años)	1

Referencia: de las encuestas realizadas se observó que los rangos de edades de los miembros de las familias son siete (7) de los padres entre 65-38 años y dos (2) madres de 69-35 años.

GRÁFICO N° 3



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 4

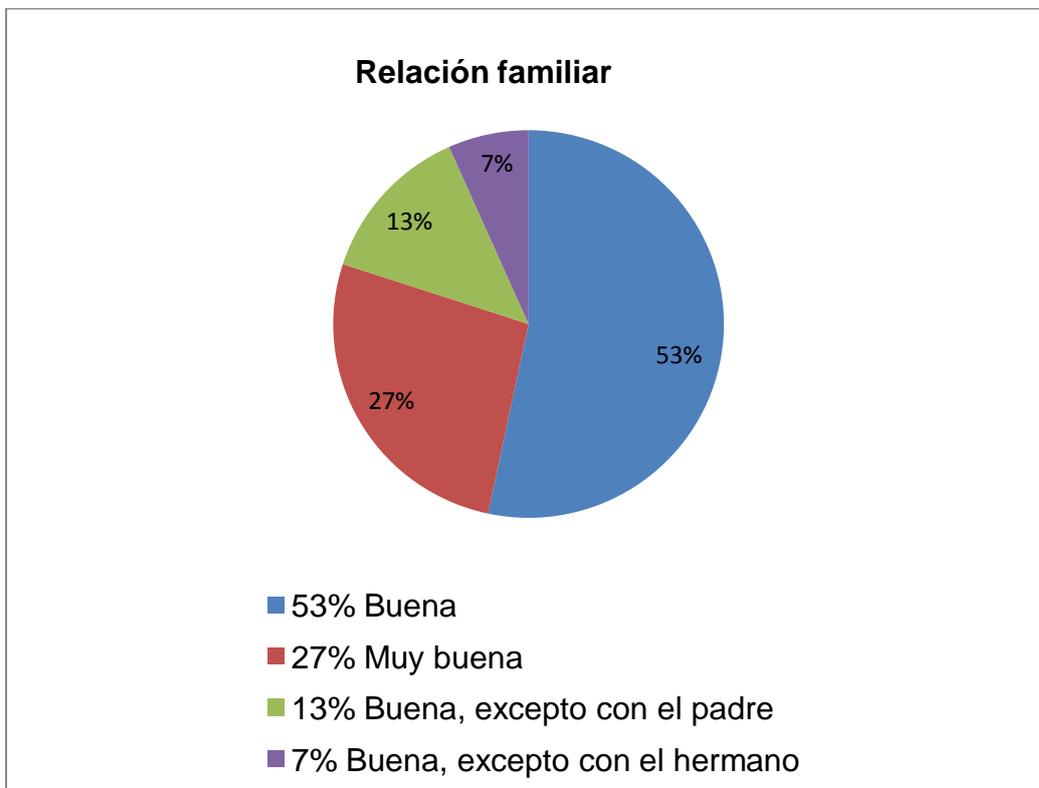
Variable: Relación familiar

Indicador: ¿Cuál es el tipo de relación del paciente con cada uno de ellos?

RELACION FAMILIAR	FA
Buena	8
Muy buena	4
Buena, excepto con el padre	2
Buena, excepto con el hermano	1

Referencia: La mayoría de los encuestados: ocho (8) afirman que la relación familiar con la paciente es buena.

GRÁFICO N° 4



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 5:

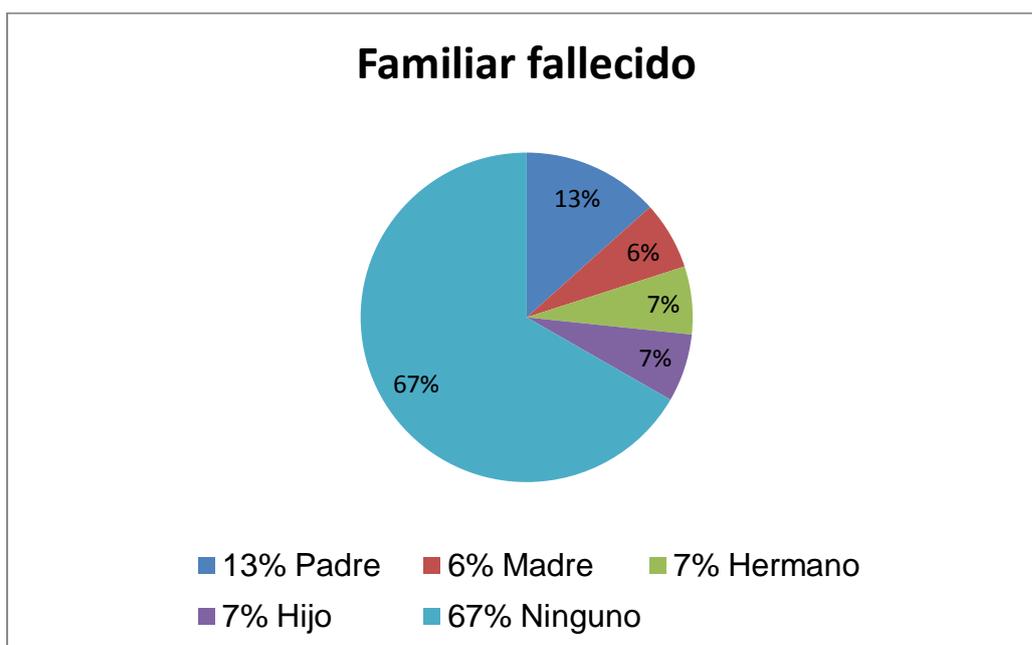
Variable: Tipo de familia

Indicador: ¿Hay miembros de la familia que hayan fallecido? ¿Quiénes?

FAMILIAR FALLECIDO	FA
Padre	2
Madre	1
Hermano	1
Hijo	1
Ninguno	10

Referencia: La mayoría de los encuestados, diez (10) no tienen un familiar fallecido, y dos (2) refieren que su padre falleció.

GRÁFICO N° 5



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 6

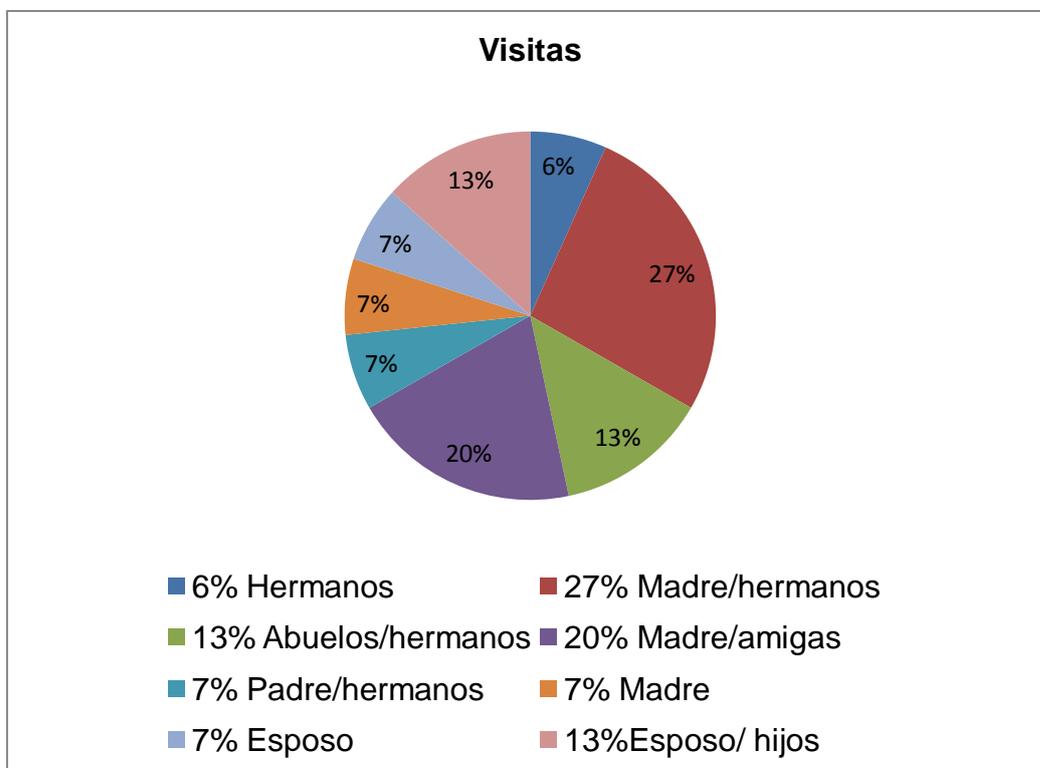
Variable: Relación familiar

Indicador: ¿Quiénes son los familiares que con más frecuencia lo visitan en el hospital?

VISITAS	FA
Hermanos	1
Madre/hermanos	4
Abuelos/hermanos	2
Madre/amigas	3
Padre/hermanos	1
Madre	1
Esposo	1
Esposo/ hijos	2

Referencia: Se observó que cuatro (4) de las pacientes es visitada por su madre/hermanos y tres (3) por su madre/ amigas.

GRAFICO N°6



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 7

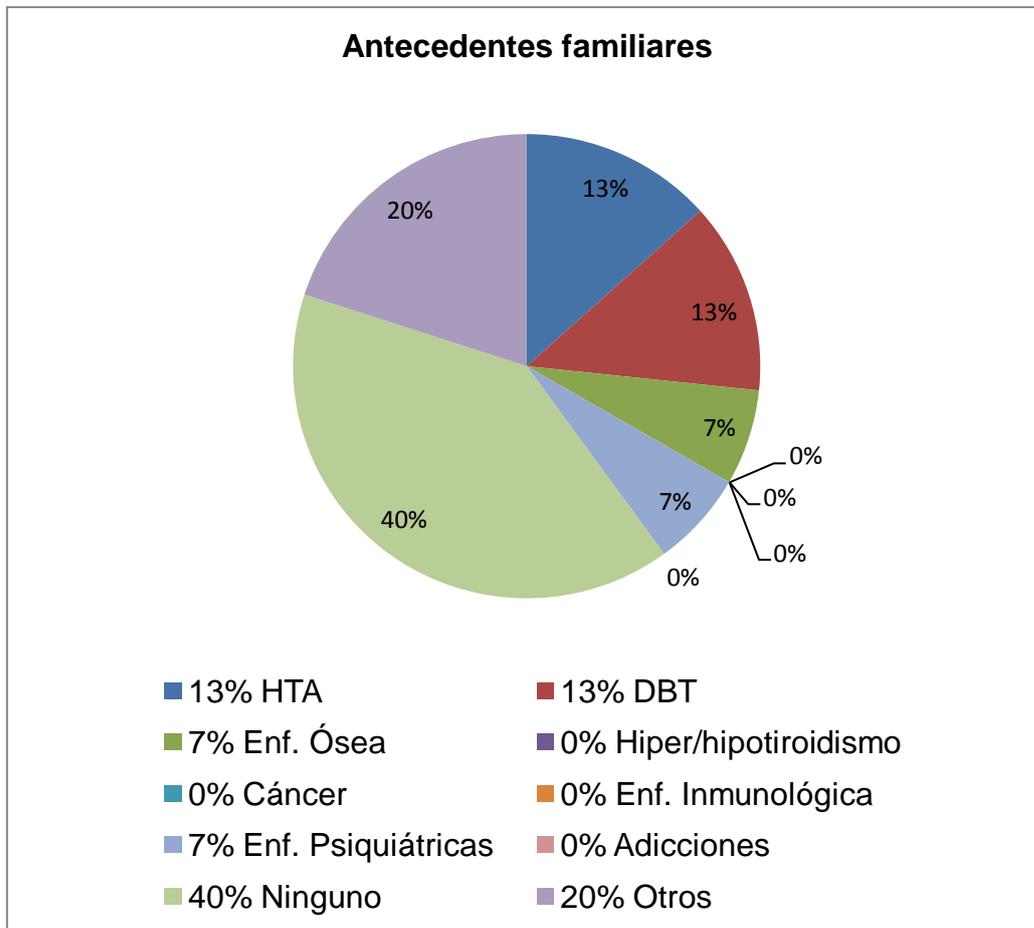
Variable: Salud familiar

Indicador: ¿En su familia hay algún otro familiar que padezca alguna enfermedad? ¿Cuál?

ENFERMEDADES FAMILIARES	FA
HTA	2
DBT	2
Enf. Ósea	1
Hiper/hipotiroidismo	0
Cáncer	0
Enf. Inmunológica	0
Enf. Psiquiátricas	1
Adicciones	0
Ninguno	6
Otros	3

Referencia: De los familiares encuestados, seis (6) no tienen familiares con alguna enfermedad y dos (2) tienen familiares con HTA y DBT.

GRÁFICO N°7:



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 8

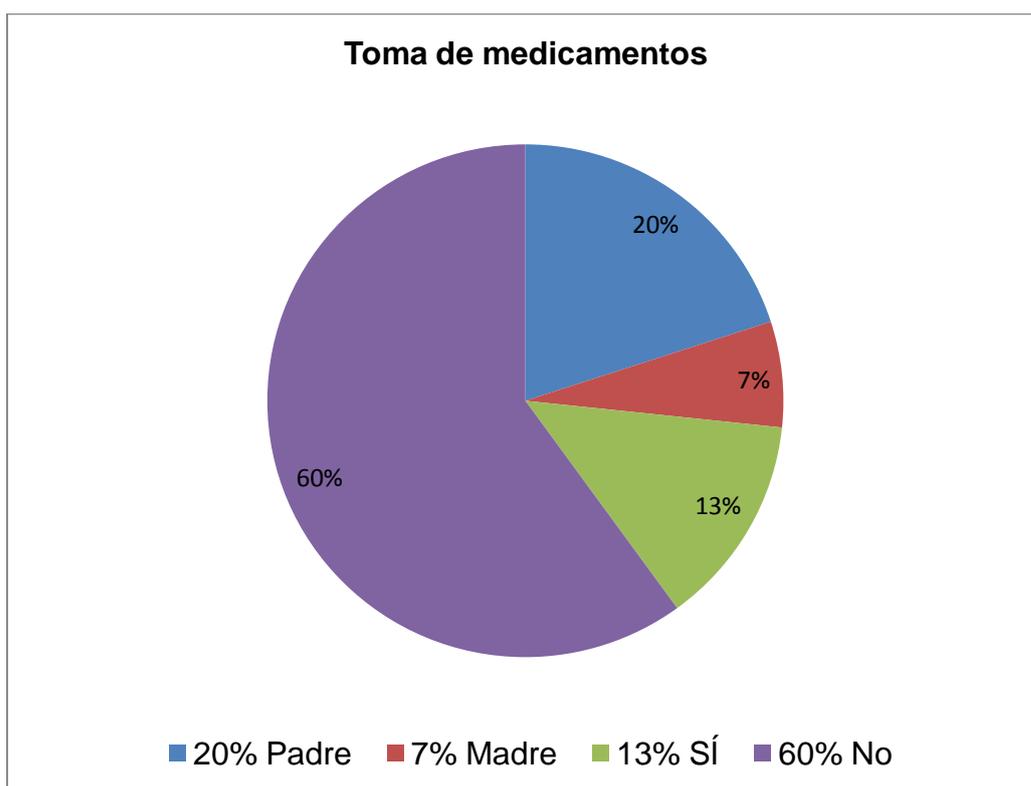
Variable: Salud familiar

Indicador: ¿Algún integrante familiar toma medicamentos? ¿Quién o para qué?

MEDICAMENTOS	FA
Padre	3
Madre	1
Sí	2
No	9

Referencia: La mayor parte de los encuestados, nueve (9), no toma medicamentos y tres (3) refieren que tiene un familiar (padre) que toma medicamentos para tratar su enfermedad.

GRÁFICO N° 8



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 9

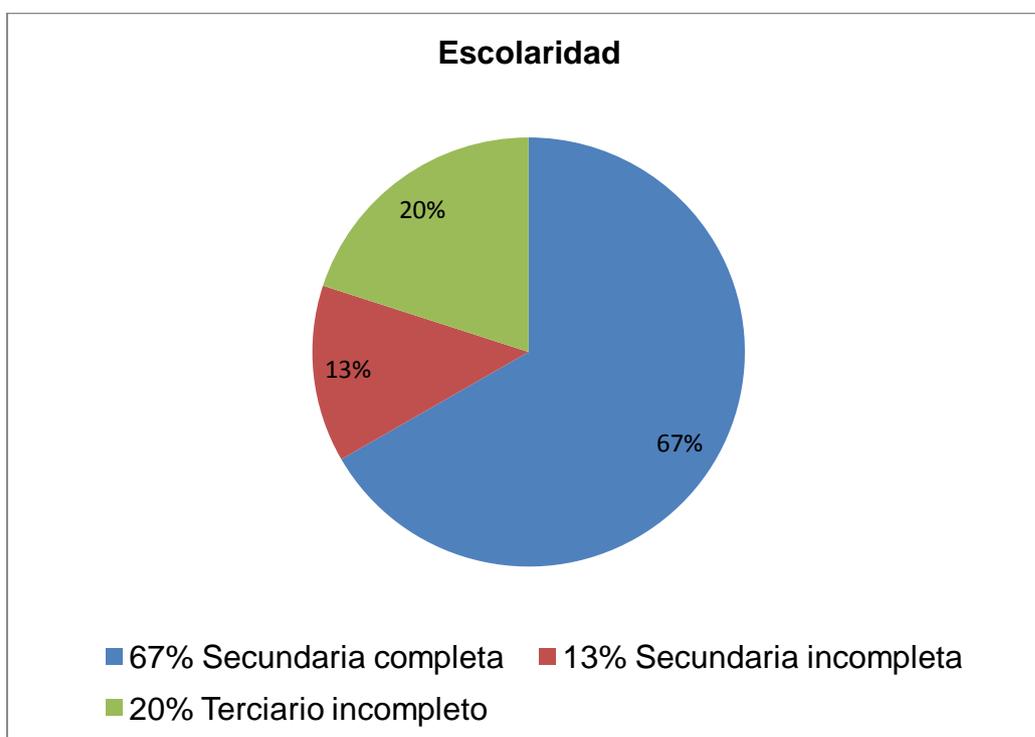
Variable: Salud familiar

Indicador: ¿Cuál es el nivel de educación de cada integrante del grupo familiar?

ESCOLARIDAD	FA
Secundaria completa	10
Secundaria incompleta	2
Terciario incompleto	3

Referencia: de los quince (15) encuestados, diez (10) junto con el resto de su familia tiene la secundaria completa.

GRÁFICO N°9



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 10

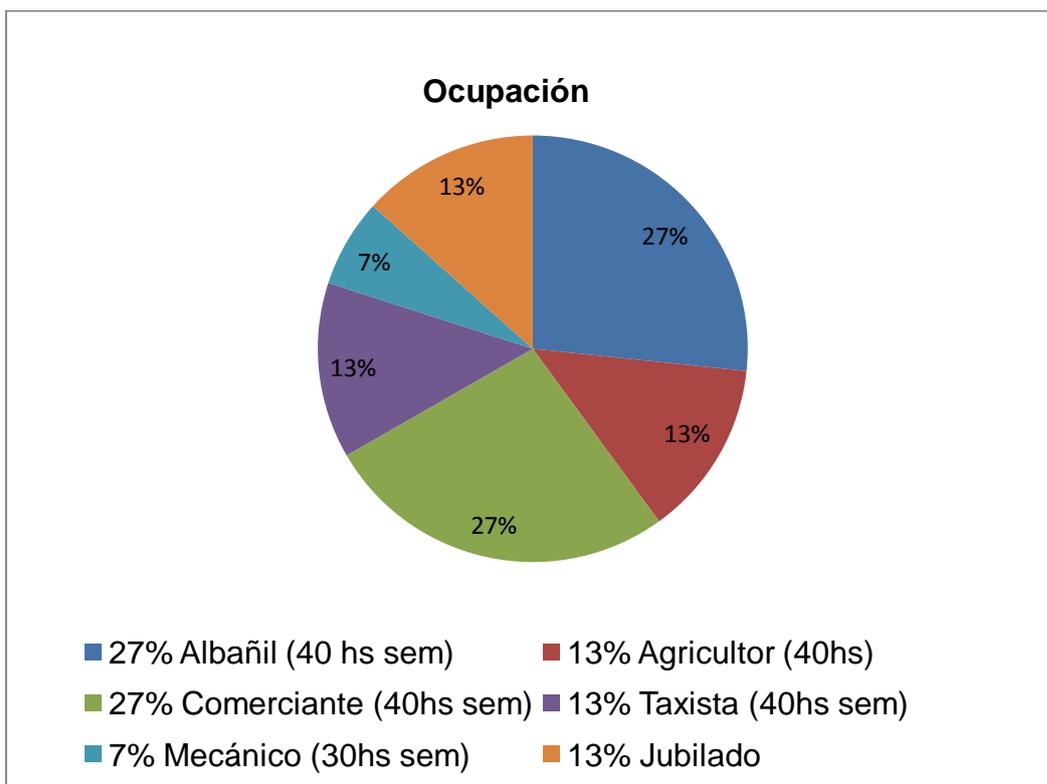
Variable: Dificultad del cuidador

Indicador: ¿Qué trabajo desempeña? ¿Cuántas horas semanales le demanda dicho trabajo?

OCUPACIÓN	FA
Albañil (40 hs sem)	4
Agricultor (40hs)	2
Comerciante (40hs sem)	4
Taxista (40hs sem)	2
Mecánico (30hs sem)	1
Jubilado	2

Referencia: De los encuestados, cuatro (4) trabajan de albañil y otros cuatro (4) son comerciantes. Ambos hacen 40hs semanales.

GRAFICO N° 10



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 11

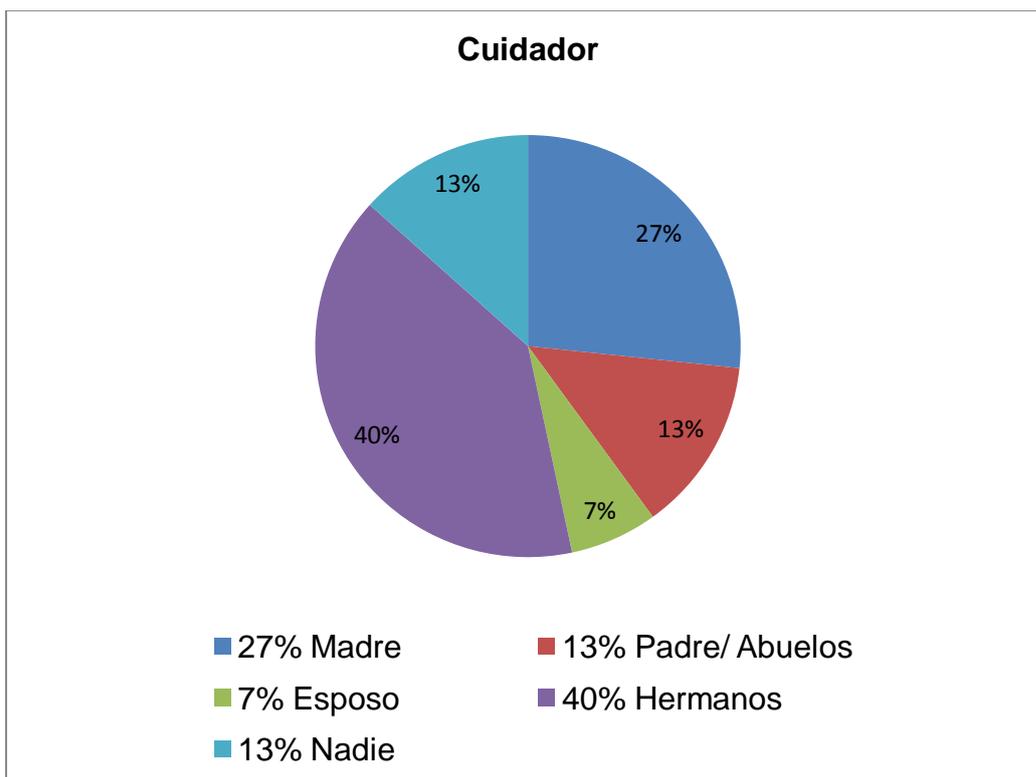
Variable: Riesgo de la salud del paciente

Indicador: ¿Quién se encarga del cuidado del paciente en el hogar?

CUIDADADOR	FA
Madre	4
Padre/ Abuelos	2
Esposo	1
Hermanos	6
Nadie	2

Referencia: De los quince (15) encuestados, seis (6) refieren que son los hermanos de la paciente quienes se encargan del cuidado de la misma en el hogar y otros cuatro (4), las madres.

GRÁFICO N° 11



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 12

Variable: Riesgo de la salud del paciente

Indicador: ¿Alguna vez presenció una crisis del paciente en el hogar? ¿Supo cómo reaccionar?

PRESENCIA DE CRISIS	FA
Sí, no supo reaccionar	9
Sí, supo reaccionar	3
No	3

Referencia: De los quince (15) familiares encuestados, nueve (9) presenciaron una crisis de la enfermedad de la paciente pero no supieron cómo reaccionar en esa situación.

GRÁFICO N°12



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 13

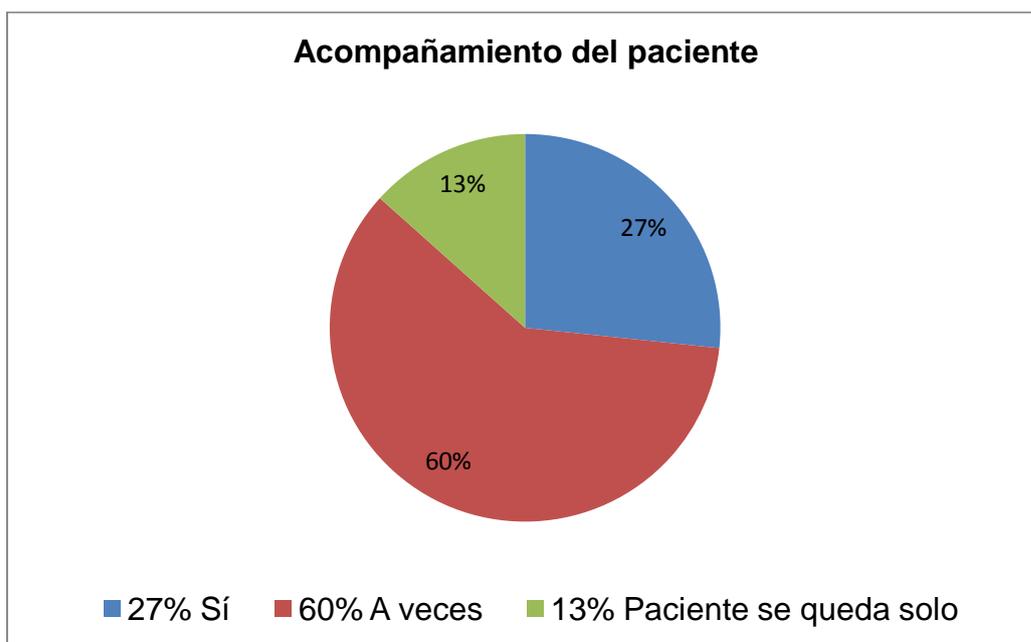
Variable: Dificultad del cuidador

Indicador: ¿Cómo se distribuyen los tiempos del día y entre quienes para acompañar al enfermo?

PACIENTE ACOMPAÑADO	FA
Sí	4
A veces	9
Paciente se queda solo	2

Referencia: Se observó que la mayor parte de las pacientes, nueve (9), en sus hogares no tienen cuidadores la mayor parte del tiempo.

GRÁFICO N °13



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 14

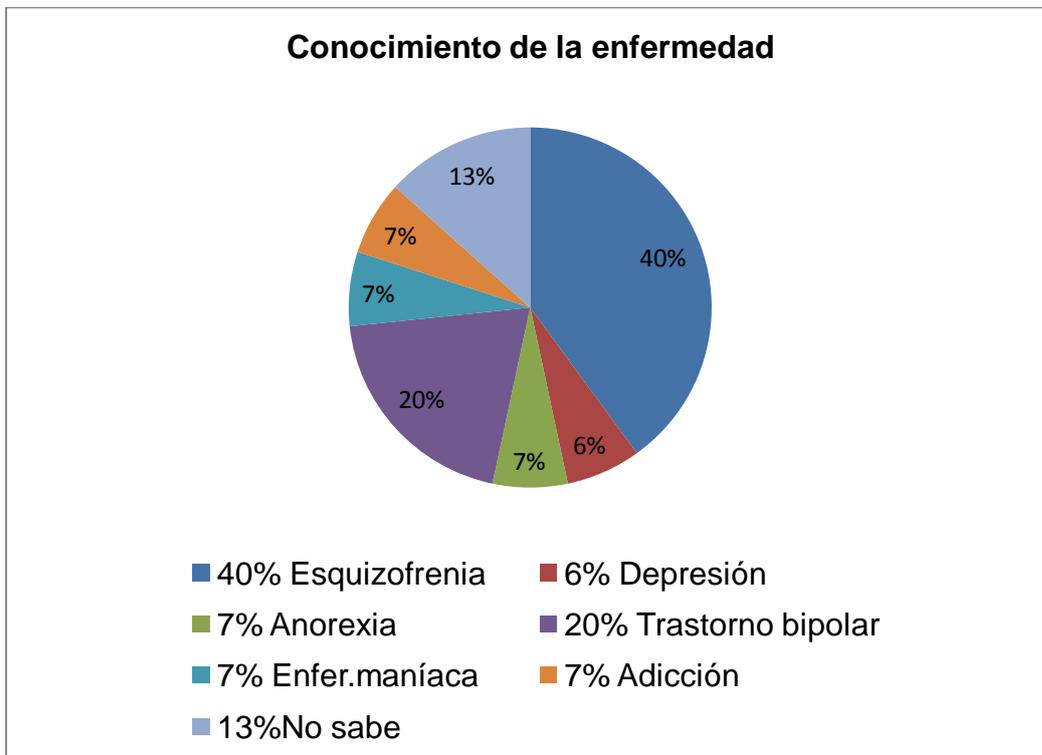
Variable: Discontinuidad del tratamiento

Indicador: ¿Conoces qué enfermedad padece tu familiar? ¿Cuál?

CONOCIMIENTO ENFERMEDAD	DE	FA
Esquizofrenia		6
Depresión		1
Anorexia		1
Trastorno bipolar		3
Enf.maníaca		1
Adicción		1
No sabe		2

Referencia: De los encuestados, la mayoría: seis (6) refieren que su familiar internado padece de esquizofrenia.

GRÁFICO N° 14



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 15

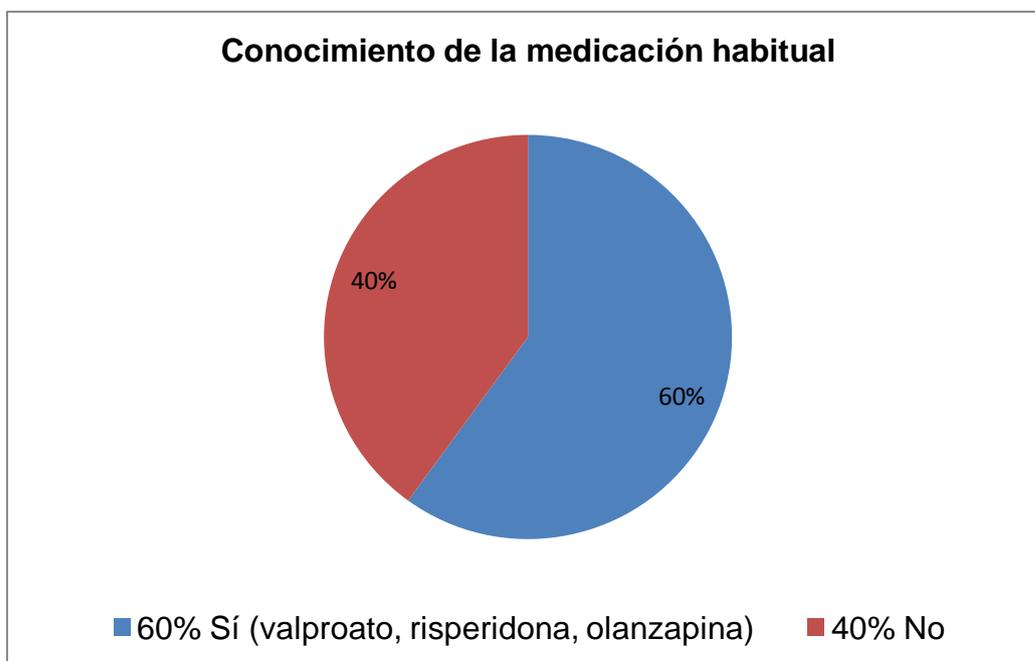
Variable: Discontinuidad del tratamiento

Indicador: ¿Conoces qué medicamentos toma su familiar?

CONOCIMIENTO SOBRE LA MEDICACION	LA FA
SÍ	9
No	6

Referencia: nueve (9) de los encuestados tiene conocimiento de los medicamentos que toma su familiar.

GRÁFICO N° 15



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 16

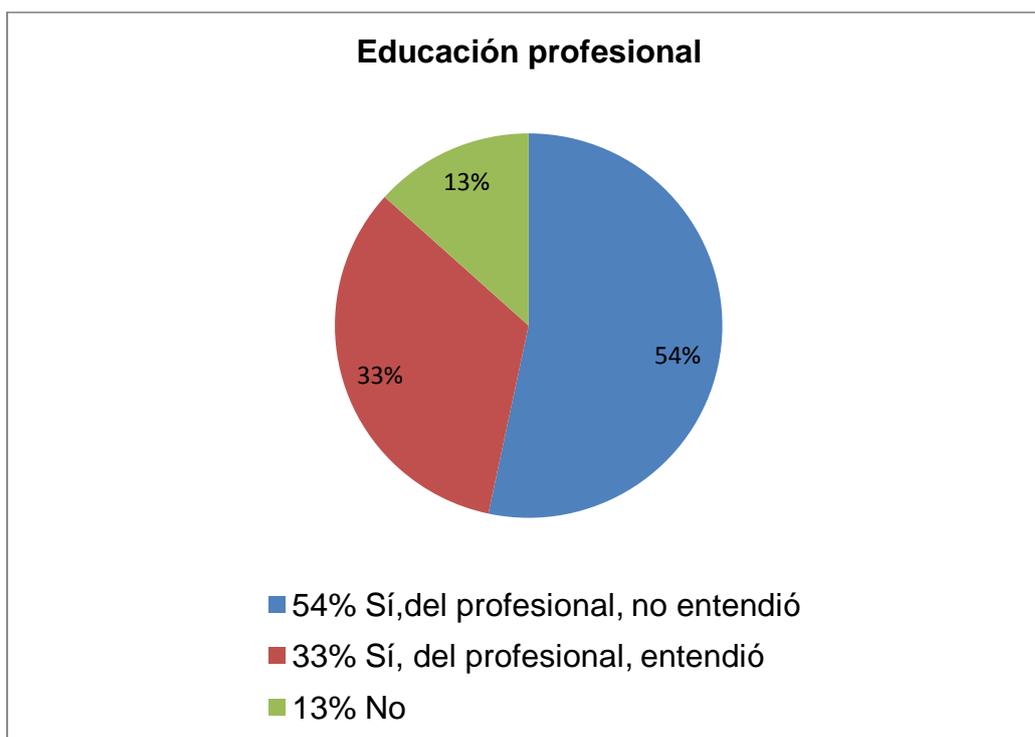
Variable: Discontinuidad del tratamiento

Indicador: Cuando el paciente fue dado de alta ¿Recibió educación?

EDUCACION PROFESIONAL	FA
Sí, del profesional, no entendió	8
Sí, del profesional, entendió	5
No	2

Referencia: De los encuestados, ocho (8) refieren que cuando su familiar se fue de alta recibió información del profesional de salud pero no logró entender lo que se le explicó.

GRÁFICO N° 16



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

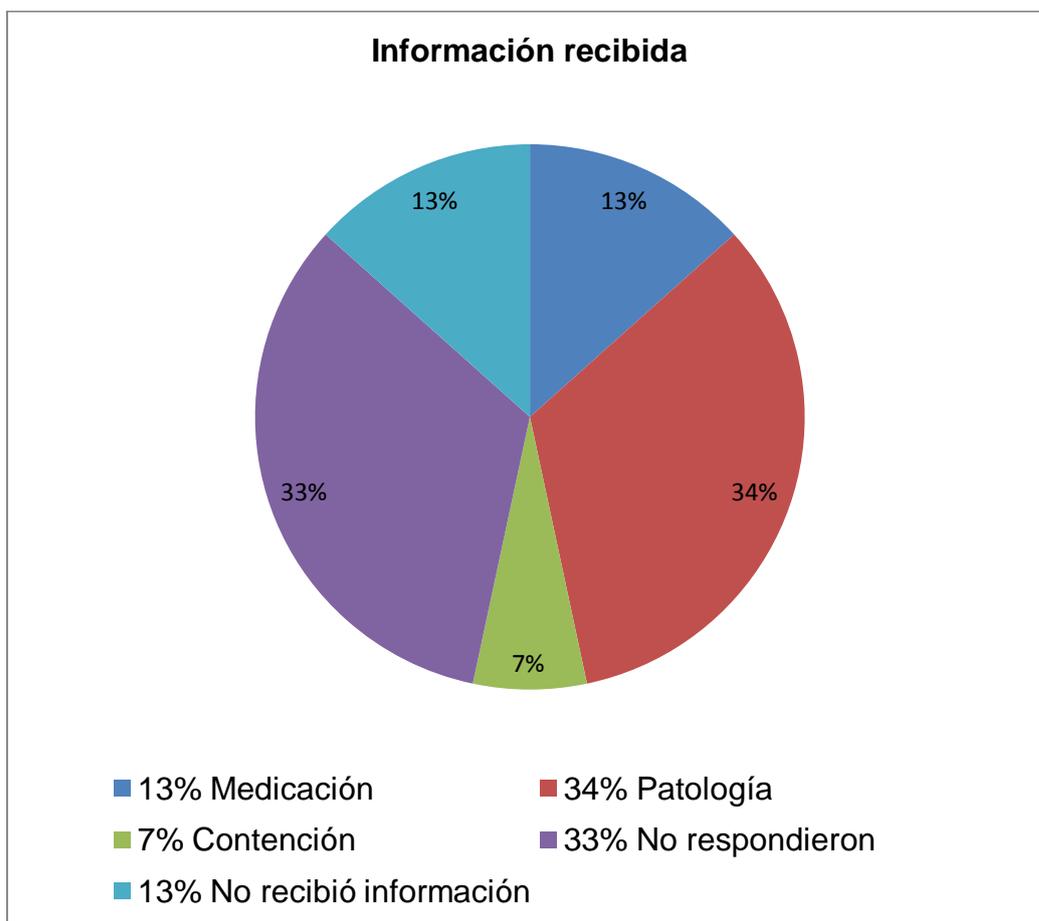
TABLA N° 17

Variable: Discontinuidad del tratamiento

Indicador: ¿Podría describir que información le brindaron?

INFORMACION RECIBIDA	FA
Medicación	2
Patología	5
Contención	1
No respondieron	5
No recibió información	2

Referencia: cinco (5) de los familiares de las pacientes refieren haber recibido información sobre la patología



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 18

Variable: Discontinuidad del tratamiento

Indicador: ¿Qué recursos utilizaron?

RECURSOS UTILIZADOS	FA
Anotaciones	6
Folletos	2
Afiches	0
Otros(verbalmente)	7

Referencia: la mayoría de los encuestados, siete (7), respondieron que recibieron información verbal de parte de los profesionales.

GRÁFICO N° 18



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 19

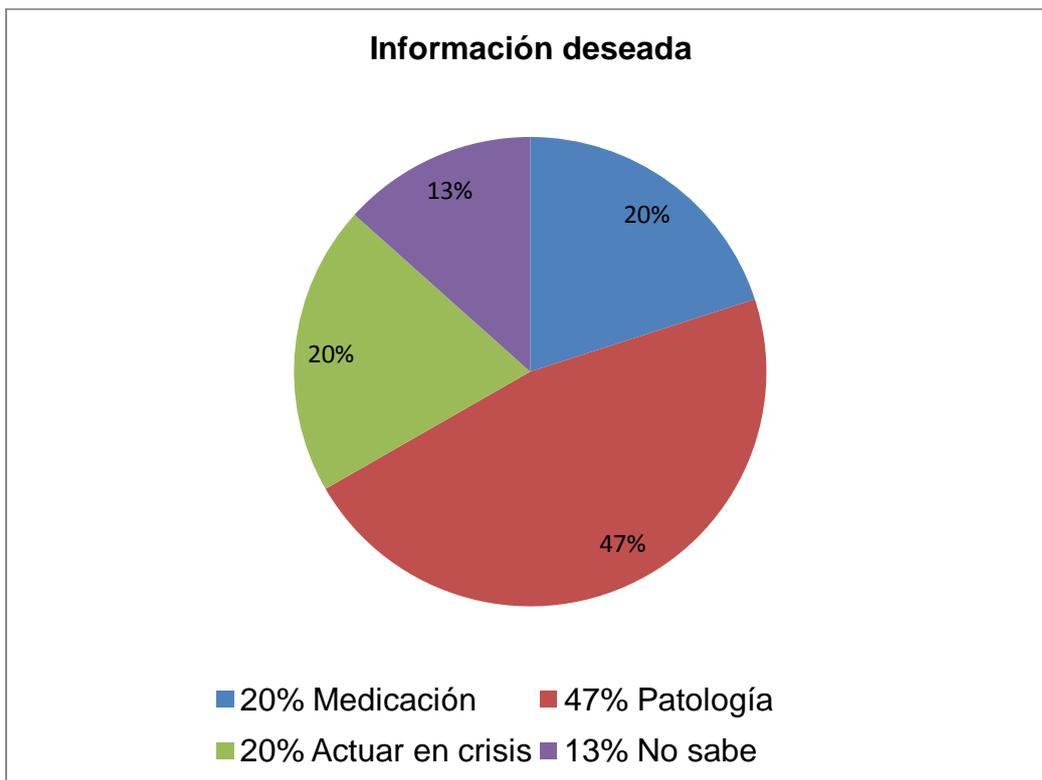
Variable: Discontinuidad del tratamiento

Indicador: ¿Sobre qué temas le gustaría recibir información?

INFORMACIÓN QUE DESEA RECIBIR	FA
Medicación	3
Patología	7
Actuar en crisis	3
No sabe	2

Referencia: De los encuestados, siete (7) refieren que les gustaría recibir información sobre la patología que padece su familiar y tres (3), sobre cómo actuar en situación de crisis y la medicación.

GRÁFICO N°19:



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 20

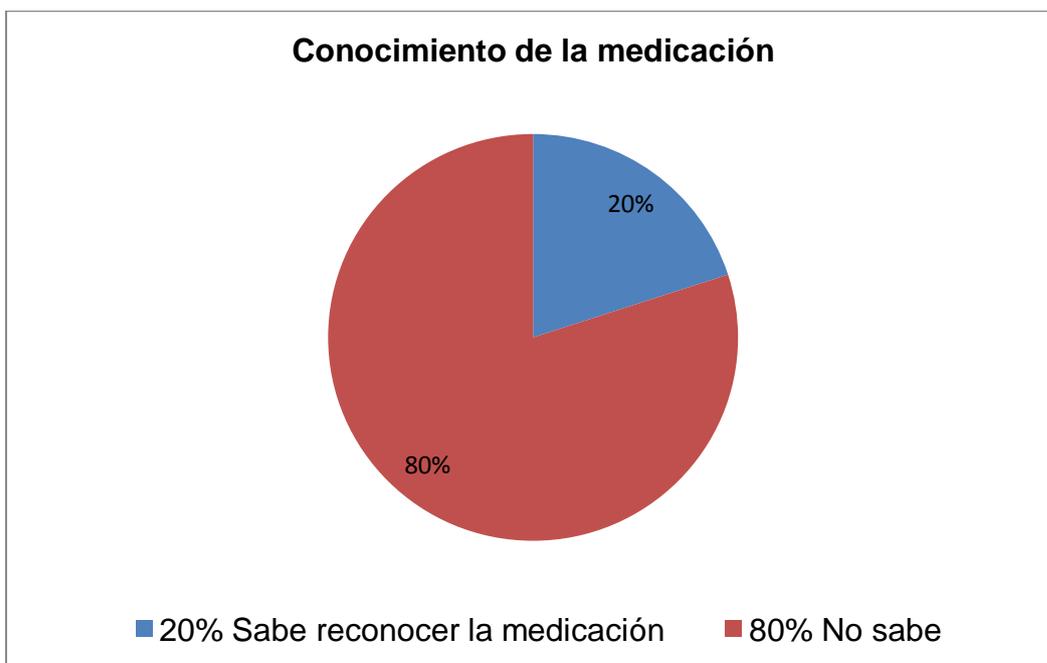
Variable: Discontinuidad del tratamiento

Indicador: ¿Reconoce la medicación que le dieron a su familiar para que tome en su casa?

MEDICACION QUE DEBE TOMAR EL PACIENTE	FA
Sabe reconocer la medicación	3
No sabe	12

Referencia: los familiares encuestados, más de la mitad: doce (12), no saben reconocer la medicación que le dan a tomar a las pacientes internadas.

GRÁFICO N° 20



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 21

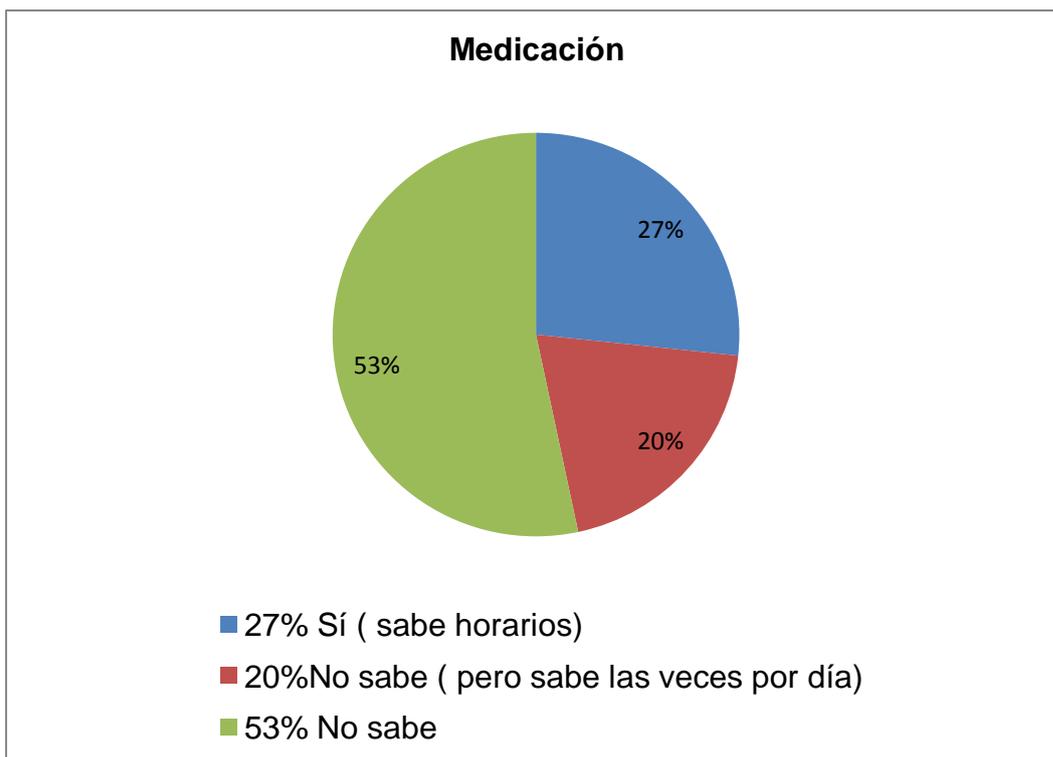
Variable: Discontinuidad del tratamiento

Indicador: ¿Conoce para qué sirven? ¿Y a qué hora debe tomarlas?

MEDICACIÓN	FA
Si (sabe horarios)	4
No sabe (pero sabe las veces por día)	3
No sabe	8

Referencia: De los encuestados, ocho (8) no saben sobre la cantidad de veces y los horarios de la medicación que toma su familiar. Solo cuatro (4) sí saben pero sólo los horarios.

GRÁFICO N° 21



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N° 22

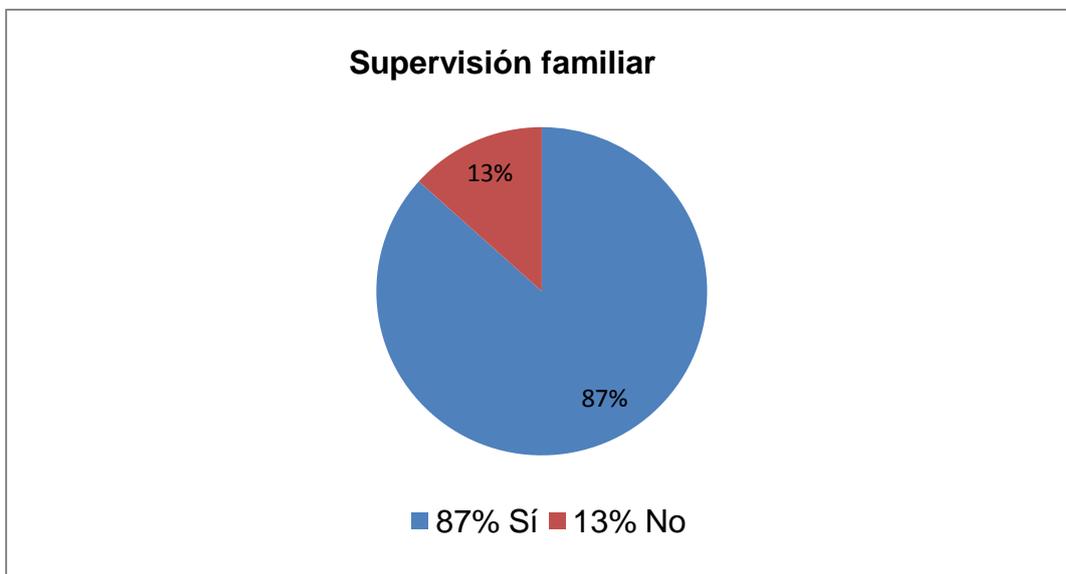
Variable: Discontinuidad del tratamiento

Indicador: ¿Necesita la supervisión de algún familiar en la toma de la medicación?

SUPERVISIÓN FAMILIAR	FA
Sí	13
No	2

Referencia: Trece (13) de los encuestados refieren que su familiar necesita la supervisión en la toma de medicamentos.

GRÁFICO N°22



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N°23

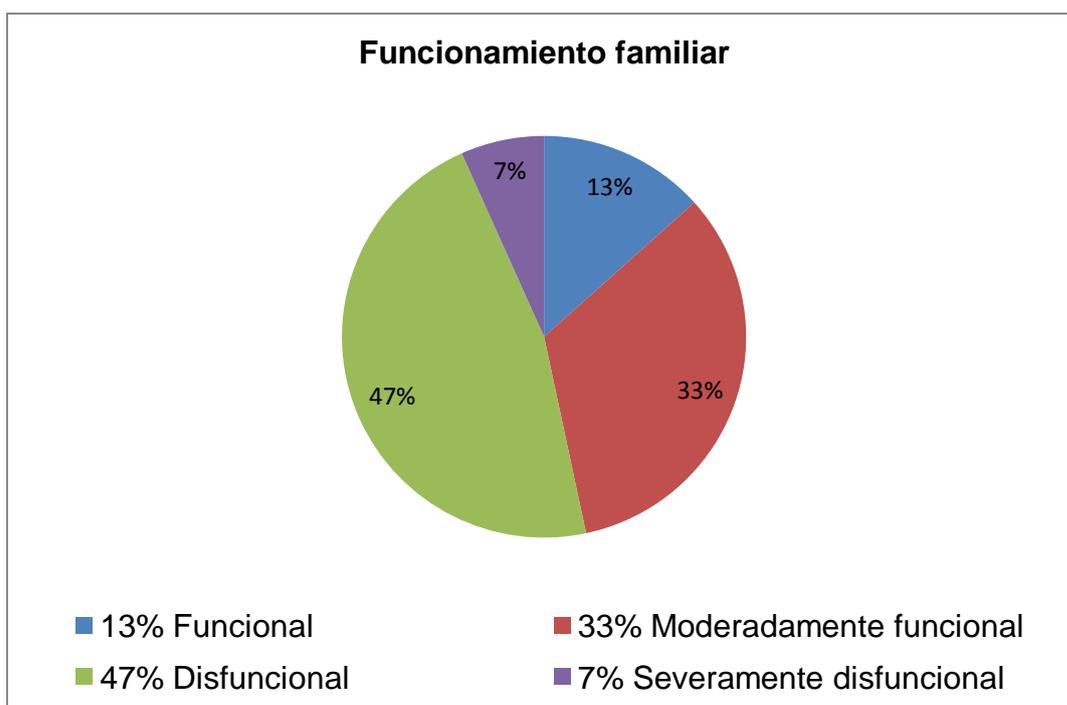
Variable: Salud familiar

Indicador: Prueba de percepción del funcionamiento familiar

Funcionamiento familiar	FA
Funcional	2
Moderadamente funcional	5
Disfuncional	7
Severamente disfuncional	1

Referencia: De los familiares encuestados, siete (7) presentan un funcionamiento familiar disfuncional.

GRÁFICO N° 23



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

TABLA N°24

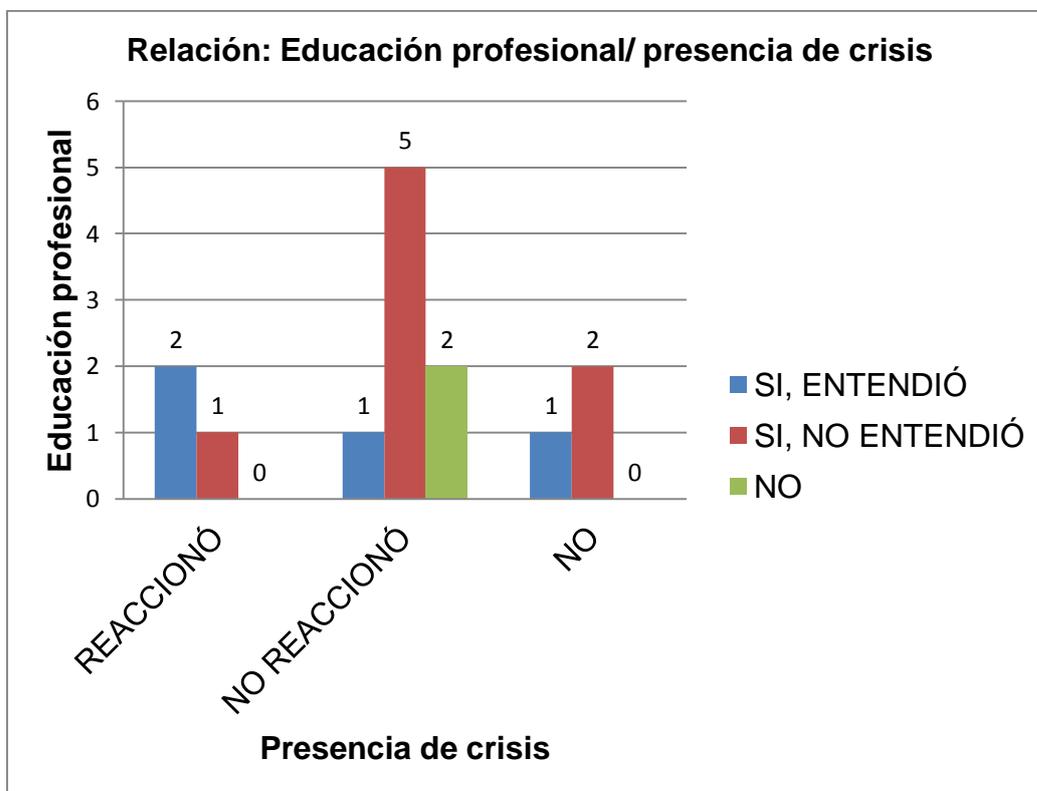
Variables: Discontinuidad del tratamiento/Riesgo de la salud del paciente

Indicador: Educación profesional/ presencia de crisis

EDUCACIÓN PROFESIONAL/PRESENCIA DE CRISIS	REACCIONÓ	NO REACCIONÓ	NO
SI, ENTENDIÓ	2	1	1
SI, NO ENTENDIÓ	1	5	2
NO	0	2	0

Referencia: De los quince (15) encuestados, cinco (5) recibieron educación profesional pero no entendieron la información y no supieron reaccionar ante una crisis. Y dos (2) sí entendieron la educación profesional que recibió y supo cómo reaccionar.

GRÁFICO N° 24



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos de encuesta realizada a los familiares de las pacientes del Hospital "El Sauce" durante los meses septiembre- octubre de 2018.

CAPÍTULO III: RESULTADO: DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

RESUMEN DE LOS RESULTADOS MÁS RELEVANTES

En cuanto al análisis e interpretación de los gráficos se obtuvieron los siguientes resultados:

De los quince (15) familiares encuestados de las pacientes internadas en el servicio D del Hospital El Sauce, once (11) tienen una familia de tipo nuclear conformada por padres y hermanos que conviven en el hogar.

Ocho (8) refieren que el tipo de relación familiar con la paciente es buena. La mayor parte de las pacientes, cuatro (4) reciben visitas de sus madres.

Con relación de la salud de los familiares, se observó que seis (6) no presentan alguna enfermedad por ende no toman medicamentos y conforman en su mayoría, siete (7) una familia disfuncional.

En cuanto al riesgo de la salud de las pacientes, seis (6) de los familiares refieren que son los hermanos de las mismas quienes las cuidan el tiempo que pueden, por lo que a veces, cuatro (4) quedan solas.

Con respecto a la continuidad del tratamiento, se puede resaltar que seis (6) de los encuestados conocen la enfermedad de su familiar.

En situaciones de crisis, nueve (9) estuvieron presentes pero no supieron reaccionar, siendo ocho (8) de las personas que recibieron información del profesional y no lo pudieron entender. Cabe destacar que cinco (5) recibieron información de la patología mediante información verbal. También se puede observar que doce (12) de los encuestados no saben reconocer la medicación que les fue dada en la última alta hospitalaria a sus familiares. Siete (7) manifiestan que las pacientes necesitan la supervisión de un familiar para la toma de medicamentos.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En cuanto al análisis e interpretación de los gráficos se obtuvieron los siguientes resultados:

- La mayor parte de las familias son disfuncionales, lo que puede generar una causa directa de discontinuidad en el tratamiento. Sería conveniente profundizar en las razones propias de cada familia que hacen que lleguen a esta situación para abordar de mejor manera su contención.
- La mayoría a pesar de que recibieron educación sobre temas como el tipo de patología que padece su familiar, medicación que toma (horarios, para que sirven, etcétera) no lograron comprender dicha información. Posiblemente esto se debe a que por lo general esta información es dada por médicos y psicólogos, lo que genera que muchos no pregunten sus dudas por temor o por no tener suficiente confianza. Podría proponerse que personal de enfermería sea incluido en esta actividad o que enfermería luego de que el familiar salga del consultorio verifique si entendió correctamente la información.
- Puede establecerse una relación entre el punto anterior y la manera correcta de actuar ante una crisis. Cabe destacar que para que se produzca un episodio de estas características por lo general la paciente lleva un tiempo mínimo de una semana sin ingesta de medicación alguna, lo que puede deberse a que también muchas están la mayor parte del tiempo solas por lo cual resulta difícil controlar la ingesta de medicación, lo que es confirmado por los familiares, quienes refieren que las pacientes en el hogar, debido a sus trabajos, permanecen la mayor parte del día solas.

PROPUESTA

Luego de analizar y describir cuales son las causas del abandono del tratamiento farmacológico se proponen las siguientes actividades:

- Realizar un breve cuestionario semi-estructurado que contenga las temáticas más relevantes como conocimiento de la enfermedad y medicación, abordaje de la paciente y las dudas que tengan.
- Una vez obtenida la información anterior, educar sobre temática.
- Cuando la paciente estabiliza su cuadro realizar una reunión entre ella y enfermería a fin de identificar los factores que pueden hacer que abandone la medicación, como efectos adversos indeseados, planificación personal. Educar a partir de esto las alternativas al abandono.
- Compartir la información con su cuidador o cuidadora a fin de que pueda detectar de inmediato dichos cambios para una rápida intervención.
- Promocionar la salud familiar y animar la implicación familiar en la salud de la paciente mediante reuniones donde estén presentes: familiares, pacientes y enfermeros para tratar de mejorar la comunicación y relación familiar de las familias disfuncionales.

De ser necesario se comunicará al resto del equipo tratante lo obtenido en las actividades anteriores, de manera de reforzar puntos de riesgos.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los familiares de las pacientes del servicio D del hospital El Sauce se puede constatar que la falta de conocimiento, de apoyo y contención familiar son los principales factores negativos que conlleva a la baja adherencia o abandono de los tratamientos psiquiátricos.

Se llegó a la conclusión de que es fundamental que la paciente conviva en un entorno favorable y que la familia se anime a la implicación en su estado de salud adquiriendo conocimientos de la patología, capacitación e intervenciones en crisis ya que se los consideran como los principales cuidadores.

Se debe trabajar todos juntos, pacientes, familias y los profesionales de salud para aumentar la probabilidad de recuperación. Es por ello que los agentes sanitarios deben promover la salud no solo de las pacientes sino también las de los familiares, ayudando a las familias a cumplir con sus funciones.

APÉNDICE Y ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **MINISTERIO DE LA SALUD.** Estimación de la población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Buenos Aires: 2010. Disponibilidad: www.msal.gov.ar.
 - (2) **MINISTERIO DE LA SALUD.** Presentación del hospital y especialidad. Ciudad de Mendoza, 2010. Disponibilidad: www.mendoza.gov.ar
 - (3) **ALARCON M.** Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería. Investigación en enfermería: 2007
 - (4) **VIVES J.** Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Editorial Organización panamericana de la salud, 2da edición. Whashington 2011.
 - (5) **BERNAL I and others.** Manual para la Intervención en la Salud Familiar. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 2002.
 - (6) **BEPERET M and others.** Sobrecarga de los cuidadores familiares de los pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. An Sist Sanit Navar: 2000.
 - (7) **FERNANDEZ S.** Enfermedad mental: familia y sociedad. Universidad de Cantabria. Ciencias Médicas: 2002.
- PINEDA E.** Metodología de la investigación. Editorial organización panamericana de la salud. Whashington: 2008.

ANEXO 1: DIAGNÓSTICO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN PUNTUACION TOTAL DE LA PRUEBA FF-SILL

Valores de la escala:

Casi siempre 5 A veces 3 Casi nunca 1
 Muchas veces 4 Pocas veces 2

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ENCUESTA REALIZADA A LOS FAMILIARES DE LAS PACIENTES DEL HOSPITAL EL SAUCE.

INFORMACIÓN:

Somos estudiantes del segundo año del Ciclo de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo, nuestros nombres: Mónica Choquerive DNI 38755875, Macarena Teran DNI 36169107 y Eva Ivarra DNI 37513229. Estamos investigando sobre posibles causas de la discontinuidad del tratamiento farmacológico correspondiente al curso: “taller de trabajo final”. Les daremos información y los invitamos a participar de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, nos para según le informamos para darnos tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarnos a cualquiera de nosotras.

1. Estamos invitando a todos los familiares de las pacientes del servicio D del hospital El Sauce a participar en la investigación sobre las causas de discontinuidad de tratamiento farmacológico de las pacientes.
2. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.
3. Durante la investigación solo se necesitará que responda a las preguntas de la encuesta, la misma cuenta con 28 preguntas a las que deberá responder abiertamente, lo que a usted le parezca y otras deberá elegir una opción entre varias.
4. La investigación durará aproximadamente 2 meses (septiembre-octubre). Durante ese tiempo, se les pedirá a los familiares de las pacientes que completen una encuesta en el horario que vengan al hospital por cualquier motivo. El tiempo a completar la encuesta es aproximadamente de 15 a 20 minutos por persona.(Aclaración: es una encuesta por un familiar por paciente por única vez)
5. Al participar en esta investigación no corre ningún riesgo. Puede que no haya beneficio para usted, pero su participación nos ayudará a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación.

6. Nosotras no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla.
7. Si así lo desea, El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted. No se compartirá información confidencial.
8. Usted no tiene porque participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en este hospital. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos. O Usted no tiene porque tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.
9. Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haber completado la encuesta. Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por profesores de la escuela de Enfermería, de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar en la investigación de las posibles causas de discontinuidad farmacológica. Entiendo que debo responder a las preguntas de las encuestas presentadas, la cual es anónima-confidencial y no corro el riesgo de ningún tipo al completarlas.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre completo y firma:

.....

ENCUESTA

1. ¿Cómo está compuesta tu familia?

.....
.....
.....
.....

2. ¿Quiénes conviven en el hogar?

.....
.....
.....
.....

3. ¿Cuántos años tiene cada uno?

.....
.....
.....
.....

4. ¿Cuál es el tipo de relación del paciente con cada uno de ellos?

.....
.....
.....
.....

5. ¿Hay miembros de la familia que hayan fallecido? ¿Quién/es?

.....
.....
.....
.....

6. ¿Quiénes son los familiares que con más frecuencia lo visitan en el hospital?

.....
.....
.....
.....

7. ¿En su familia, hay algún otro familiar que padezca alguna enfermedad? ¿Cuál?

- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Enfermedad ósea
- Híper/hipotiroidismo
- Cáncer
- Enfermedad inmunológica

- Enfermedades psiquiátricas
- Adicciones
- Otros

8. ¿Algún integrante familiar toma medicamentos? ¿Por qué o para qué?

.....
.....
.....
.....

9. ¿Cuál es el nivel de educación de cada integrante del grupo familiar?

.....
.....
.....
.....

10. ¿Quiénes trabajan en el hogar? ¿Qué trabajo desempeña? ¿Cuántas horas semanales le demanda dicho trabajo?

.....
.....

11. ¿Quién se encarga del cuidado del paciente en el hogar?

.....
.....

12. ¿Alguna vez presenció una crisis del paciente en el hogar? ¿Supo cómo reaccionar?

.....
.....
.....
.....

13. ¿Cómo se distribuyen los tiempos del día y entre quienes para acompañar al enfermo?

.....
.....
.....
.....

14. ¿Conoces qué enfermedad padece tu familiar? ¿Cuál?

.....
.....

15. ¿Conoce qué medicamentos toma su familiar?

SI

NO

¿Cuáles?

.....

16. Cuando el paciente fue dado de alta, ¿Recibió educación?

.....
.....

¿De quién?

.....
.....

¿Entendió esa información que le brindaron?

.....
.....

17. ¿Podría describir que información le brindaron?

.....
.....

.....
.....
18. ¿Qué recursos utilizaron?

Anotaciones en cuadernos

Folletos

Afiches

Otros

19. ¿Sobre qué tema/s le gustaría recibir información?

.....
.....
.....
.....

20. ¿Qué medicación le dieron a su familiar para que tome en su casa?

.....
.....
.....
.....

21. ¿Conoce para qué sirven? ¿Y a qué hora debe tomarla?

.....
.....
.....
.....

22. ¿Necesita la supervisión de algún familiar en la toma de la medicación?

SI

NO

23 Marque con una cruz la opción que más represente a su familia.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					

ANEXO 3: TABLA MATRIZ DE DATOS

Encuesta#	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
Composició	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar	Fliar nuclear		
Convivenci	Mad	Abue	Mac	Abue	Padr	Padr	Padr	Pad	Pa	Mac	Padr	Abue	Pad	Pad	Madre-hijos			
Edades	51-3	73-7	69-	75-4	65-5	50-5	42-4	60-	45-	40-	46-4	81-8	38-	35-	45-24-23-22			
Relació	Bue	Bue	Muy	Bue	Bue	Bue	Bue	Muy	Bu	Bue	Bue	Muy	Bue	Muy	Buena			
Familiar fall	Ning	Madr	Ning	Ning	Ning	Ning	Ning	Her	Nin	Pad	Ning	Ning	Hijo	Ning	Padre			
Visitadores	Mad	Abue	Mac	Padr	Her	Esp	Madr	Mad	Ma	Mac	Mad	Abue	Esp	Esp	Madre/amigas			
Antecedent	Enf.	Otros	DBT	HTA	Ning	Ning	Otros	Ning	DB	Ning	Enf.	Otro	Ning	Ning	HTA			
Medicació	Sí, s	Ning	Mac	Padr	Ning	Ning	Ning	Ning	Sí, s	Ning	Padr	Ning	Ning	Ning	Padre (presión)			
Escolaridad	Terc	Secu	Sec	Sec	Secu	Secu	Secu	Sec	Se	Terc	Secu	Secu	Sec	Sec	Terciario incompleto			
Ocupació	Com	Meca	Jubi	Jubi	Agric	Alba	Taxis	Agr	Cor	Cor	Alba	Taxis	Alba	Alba	Comerciante (40hs)			
Cuidador	Mad	Abue	Mac	Abue	Her	Her	Madr	Her	He	Mac	Her	Her	Esp	Nad	Nadie			
Presencia	Sí, r	Sí, no	Sí, r	Sí, r	No	Sí, s	Sí, no	Sí, s	Sí, r	Sí, s	Sí, r	No	Sí, s	Sí, r	No			
Acompaña	Sí	A ved	A ve	A ve	A ved	Sí	A ved	Sí	A v	A ve	A ve	Sí	A ve	Se d	Se queda solo			
Patología	Sí, e	No sa	Sí, e	Sí, e	No sa	Sí, e	Sí, es	Sí, e	Sí, s	Sí, s	Sí, tr	Sí, d	Sí, t	Sí, t	Sí, trastorno bipolar			
Conocimier	Sí, r	No	Sí, v	No	No	Sí, ri	Sí, ol	No	Sí,	Sí, s	No	Sí, d	No	Sí, d	Sí, risperidona			
Educación	Sí, d	Sí, de	Sí, d	No	Sí, d	Sí, d	Sí, de	Sí, d	Sí,	Sí, d	No	Sí, d	Sí, d	Sí, d	Sí, del profesional, no entendió			
Información	Pat	No re	Med	No re	Pat	Pat	No re	No r	Pat	Pat	No re	Med	Cor	No r	No respondió			
Recursos u	Otro	Otros	Ano	Ano	Otros	Folle	Otros	And	An	Otro	Ano	Ano	Otro	Folle	Otros (verbalmente)			
Información	No s	No sa	Pat	Med	Actu	Pat	Actu	Pat	Act	Pat	Pat	Pat	Pat	Med	Medicación			
Nueva med	Sab	No sa	No s	No s	No s	No s	Sabe	No s	No	Sab	No s	No s	No s	No s	No sabe			
Medicación	Sí (s	No sa	Sí, s	No s	No s	No s	No pe	No s	Sa	No p	No s	Sab	No p	No s	No sabe			
Supervisión	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí			
Funcionam	57 p	49 pu	53 p	34 p	14 pu	55 p	32 pu	46 p	30	40 p	38 p	60 p	42 p	52 p	28 puntos			