



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA SALUD MENTAL



**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS  
AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO,  
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y SOSTÉN  
FAMILIAR QUE INCIDEN EN EL REINGRESO DEL  
PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO AL HOSPITAL  
PÚBLICO PSIQUIÁTRICO**

**AUTORES:**

Alvez, María Eugenia  
Castro, María Eugenia  
Corujo, Silvana  
Pereira, Fernanda

**TUTORES:**

Prof. Lic. Silvia Meliá  
Prof. Adj. Lic. Alvaro Díaz

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2006

## INDICE

Introducción.....	4
Planteamiento del problema.....	6
Antecedentes y fundamentación.....	6
Objetivos.....	10
Marco teórico.....	11
Materiales y métodos.....	20
Definición y operacionalización de variables.....	21
Resultados.....	25
Análisis.....	38
Conclusión.....	41
Propuestas.....	42
Bibliografía.....	43
Anexos.....	44

## INTRODUCCIÓN

El trabajo que se detalla a continuación fue realizado por cuatro estudiantes cursando 4º ciclo, 1º modulo de la Licenciatura de Enfermería, de la Facultad de Enfermería, perteneciente a la Universidad de la República.

El tema a desarrollar parte de la interrogante grupal, de cuales son los factores de riesgo relacionados al tratamiento farmacológico, rehabilitación psicosocial y sostén familiar que condicionan los reingresos del paciente esquizofrénico al Hospital Psiquiátrico Público.

Según la bibliografía consultada sobre este tema varios autores coinciden que la presencia de abusos de sustancia, la ausencia de soporte y compromiso familiar y la prescripción de antipsicóticos convencionales acrecienta el riesgo de reingreso.

Existe una suma importante de factores que inciden en dichos reingresos como abuso de sustancias psicoactivas, tiempo de padecimiento de la patología, abandono del tratamiento, factores sociodemográficos etc. Luego de una extensa revisión bibliográfica resalta que el tratamiento farmacológico, la rehabilitación psicosocial y el sostén familiar son los factores que más se reiteran en el motivo del reingreso. Se cree entonces relevante que desde el rol de enfermería profesional se puede contribuir al tratamiento farmacológico, la rehabilitación psicosocial y fomentar el sostén familiar.

Identificándolos y formando parte del equipo de Salud Mental; enfermería podrá contribuir de forma conciente a disminuir la tasa de reingreso de pacientes con estas características.

Se sabe que el usuario psiquiátrico tiene la necesidad de aumentar sus capacidades personales para enfrentarse a diversas situaciones y es enfermería quien participa activamente en el apoyo al usuario y su familia, y supervisa en forma directa la continuidad del tratamiento.

Esta investigación es cuantitativa de tipo descriptivo, de corte transversal. Se llevo a cabo en un Hospital Psiquiátrico público, en Montevideo, Uruguay. Para la muestra se tomaron usuarios de ambos sexos con el diagnóstico de esquizofrenia.

Se utilizó como instrumento para el estudio una entrevista cerrada anónima con la debida autorización ética y experiencia piloto previa.

Luego de recabar la información pertinente se realizó un análisis uni y bivariado de las variables que se detallan posteriormente. Este análisis proporcionó que de una muestra de 30 pacientes de ambos sexos 24 reingresan al hospital por abandono del tratamiento farmacológico; de los cuales el 14 no cuenta con un sostén familiar sólido. Otro dato que se destaca es que los 6 pacientes

restantes ingresan por otras causas ajenas al abandono de tratamiento y en su totalidad cuentan con sostén familiar.

Con respecto a la rehabilitación psicosocial de estos pacientes surgió como dato relevante que 26 pacientes no participan en las actividades recreativas durante su internación; ninguno participa de las actividades extramuros que brinda la institución.

Veintiséis pacientes de la muestra no asisten a ningún tipo de reuniones sociales.

Por lo mencionado anteriormente se evidencia diversas fallas en el tratamiento de la esquizofrenia; de las cuales en esta investigación como factor predominante surge el abandono del tratamiento farmacológico, posiblemente consecuencia de una rehabilitación psicosocial debilitada, y un sostén familiar que no es fomentado.

Finalizada esta investigación se puede proponer la creación un proyecto elaborado por licenciadas en enfermería, que sirva como base de una red social; basado en un programa especializado en rehabilitación de pacientes esquizofrénicos. La licenciada en enfermería sería el profesional que planificará, aplicará y evaluará dichos resultados y cumplimientos de metas establecidas.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Factores de riesgo relacionado al tratamiento farmacológico, rehabilitación psicosocial y sostén familiar que inciden en el reingreso del paciente esquizofrénico.

## **ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA**

La esquizofrenia es un trastorno severo que afecta 0.5 al 1 % de la población mundial, tiene como características ser crónica y evolutiva progresando en ocasiones a enfermedades de mal pronóstico clínico.

Muchos estudios coinciden en que el tratamiento farmacológico adecuado, el soporte familiar y la rehabilitación psicosocial son pilares para que el paciente esquizofrénico se mantenga activo en la sociedad y que la falla de uno de estos lo lleva a la recaída en su proceso de rehabilitación. Durante el pasaje en un hospital psiquiátrico público capta la atención a nivel grupal los múltiples ingresos de los pacientes esquizofrénicos, por lo que se advierte que este fenómeno es causado por el fracaso de uno o más de estos pilares; los cuales se cree conveniente conocer y profundizar, para que enfermería actúe logrando una mayor calidad de vida de estos pacientes.

Existen muchos intentos de rehabilitación propuestos en el entorno de la psiquiatría de nuestro país, los cuales han devenido progresivamente por diversas causas:

- o En la década del 60 se comienza a desarrollar experiencias de rehabilitación psiquiátrica; estas se intentan por medio de la creación de centros de salud comunitarios, centros diurnos, derivación a policlínicas del primer nivel de atención, todos estos se utilizarían para asegurar el seguimiento del usuario luego de su alta; teniendo como objetivo brindar el sostén grupal a los pacientes en la comunidad; la promoción, y rehabilitación de sus habilidades y el mejoramiento de sus desempeños sociales, dando a su vez la seguridad de la continuación del tratamiento.
- o Las características de los usuarios con esquizofrenia se encuentran detalladas en las siguientes investigaciones:

### **A NIVEL INTERNACIONAL CITADOS CRONOLOGICAMENTE:**

- **Voineskos y Denault (1978):** registraron los ingresos de un año (572) considerando el último como ingreso llave. Compararon los (78) reingresadores- los que tenían 5 o más ingresos durante el periodo de 2 años anteriores al ingreso llave- con el resto (494) y con aquellos que el ingreso llave era el primer ingreso. Realizan seguimiento de todos los pacientes durante el año posterior después del alta del ingreso llave para determinar el número de reingresos. Entre las características de los reingresadores hallan un predominio de varones, jóvenes y con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos orgánicos. Reingresan más los

pacientes solteros que los que viven solos, separados o divorciados, los desempleados y con ayudas estatales, los que van a consultas solos e ingresan por iniciativa propia. Experimentan un programa amoldado a sus necesidades. Concluyeron que los pacientes con más ingresos no componen un grupo uniforme, sino diferentes subgrupos con características propias en función del entorno más que de criterios diagnósticos, incidiendo en que lo importante es el adecuado funcionamiento del paciente en la comunidad luego del alta. Por esta razón plantean el desarrollo de programas comunitarios que intenten de optimizar la adaptación y el nivel de funcionamiento de estos pacientes en la comunidad.

- **Lewis y cols en (1990):** sobre una muestra de 7840 pacientes que ingresaron por primera vez en los años 1980 - 1981 y con un seguimiento durante 5 años, seleccionan una cohorte de pacientes ingresadores múltiples (4 o más veces en 5 años resultando el 14,6% del total de pacientes) e intentan realizar una delimitación de sus características para indagar los factores vinculados con el evento de los múltiples ingresos. Los pacientes esquizofrénicos componían la mayor parte del grupo de los reingresadores. Los pacientes más jóvenes y los psicóticos poseían más posibilidades de volverse pacientes de puerta giratoria.

- **Kent y cols (1994):** -En cuanto a una revisión de 50 pacientes con reingresos múltiples (definidos como pacientes con 3 ó más ingresos en los 3 años de estudio 1989-1991) en hospitales de salud mental australianos, intentan identificar factores que inciden en los reingresos. La ausencia de conciencia de la enfermedad, los conflictos conyugales, la ideación suicida, y el incumplimiento terapéutico, eran los factores que más favorecían a los reingresos.

- **Daniels y cols (1998):** al examinar la tasa de reingreso para la esquizofrenia, trastornos bipolares, y trastornos depresivos, en un período de 5 años, y aspirando a la identificación de los predictores del número y la duración de los reingresos, encuentran que una cantidad considerada de pacientes esquizofrénicos (71%), bipolares (59%) y depresivos (48%) son rehospitalizados en los 5 años posteriores al alta y que para los 3 diagnósticos, la cantidad de ingresos antecedentes era un marcador del número de reingresos y el tiempo de estancia hospitalaria en los periódicos reingresos. La edad y el sexo también influían variando sustancialmente entre los distintos grupos.

- **Doering y cols (1998):** Sobre una muestra de 354 pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos seguidos en el período de 2 años se investiga posibles variables predictivas de recaídas y reingreso, mediante investigación de árboles de clasificación y regresión. Encuentran numerosas variables con valor predictivo de la recaída y el reingreso: tratamiento neuroléptico, iniciación y curso previo (factores precipitantes, primera manifestación, hospitalización en el año anterior, intento de autoeliminación), psicopatología (tipo residual, esquizoafectiva), adaptación social (estado civil, empleo, intensidad de vida), experiencias anteriores (trauma, alteraciones psiquiátricas en la infancia), biológicas ( edad, género) concluyendo que su resultado confirma la opinión general respecto al valor del tratamiento con neurolépticos, la etiología multifactorial y modelo de vulnerabilidad al estrés en la esquizofrenia.

- **Ólfson y Cols (1999):** Al estudiar las posibilidades de reingreso de 262 pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos en un breve período de tiempo (3 meses) y comparándolos con las predicciones clínicas del personal hospitalario, se advierte que el 24.3% de la muestra fue reingresado a los 3 meses del alta y que el tener 4 ó más ingresos previos. La presencia de abusos de sustancia, la ausencia de soporte y compromiso familiar y la prescripción de antipsicóticos convencionales acrecentaba el riesgo de reingreso.

- **Marcela Sacco, Roberto C. Rodríguez:** realizan una investigación en una institución psiquiátrica de Buenos Aires; ya que el tema de los reingresos de pacientes esquizofrénicos había ganado importancia dado el acrecentamiento de estos en los últimos años, su alto costo y su valor como parámetro para la evaluación de la calidad de la atención médica; se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema, previa a la determinación de la tasa de reingreso de pacientes esquizofrénicos. Se consultaron los registros administrativos y clínicos para escoger pacientes esquizofrénicos dados de alta en un cuatrienio con el objeto de establecer la tasa de reingreso a un año del alta. La tasa de reingreso obtenida fue del 22,5%, inferior a la registrada en la bibliografía revisada.

Algunas características de la muestra como el alto promedio de edad: 47,18 años, mayoría de mujeres (60,4%), el tiempo de evolución, prolongado desde el inicio de la enfermedad y la pertenencia a un país subdesarrollado, favorecieron la obtención del porcentaje del 22,5%.

Se determinó que reingresó el 26 % de los varones y el 20 % de las mujeres. El promedio de edad de los varones de la muestra general fue de 40,5 años y el promedio de edad de los varones que reingresaron fue de 29 años.

Del alto promedio de edad de la muestra (más de 47 años), y a pesar de no haber tabulado los datos sobre el tiempo de evolución, se deduce que el mismo debió haber sido bastante mayor que cinco años, que es el plazo establecido para la estabilización de la enfermedad, teniendo en cuenta que la esquizofrenia de comienzo tardío es poco frecuente.

El número de ingresos previos tiende a confirmarse como predictor de reingreso, de los 9 pacientes que reingresaron 6 registraban varios o numerosos ingresos previos. Otros factores ligados a la obtención de la baja tasa de reingreso han sido: adecuada evaluación al alta y consecuente recomendación del tratamiento apropiado: ambulatorio con controles periódicos en las instituciones designadas, a tales efectos o bien, en los Consultorios Externos de la propia clínica en casos de especial gravedad y riesgo de reingreso temprano, recomendación de concurrir a Hospital de Día, traslado a instituciones geriátricas con controles psiquiátricos al constatar una escasa continencia familiar o factores socioeconómicos desfavorables. De los 13 pacientes trasladados reingresó solamente uno y lo hizo desde otra clínica psiquiátrica.

La influencia del estado civil de los pacientes en la evolución de su enfermedad es tema de controversias pero lo que nos ha llamado la atención es el alto porcentaje de pacientes solteros (74,4%) comparado con el de otros

investigadores, más aun teniendo en cuenta el alto promedio de edad de nuestra muestra.

#### **A NIVEL NACIONAL:**

Se puede destacar que en el ámbito nacional no se encontraron investigaciones específicas sobre los factores que inciden en los reingresos de usuarios esquizofrénicos. Aunque sí se encontraron investigaciones sobre la problemática del paciente esquizofrénico, rehabilitación, etc. A continuación se detalla una de estas:

- **V. Pardo y Cols (2002):** Realizan una evaluación retrospectiva de un programa de rehabilitación. En el que concluyen que el promedio de edad de los pacientes ingresados en estos diez años fue de 27,7 años, una cifra más alta que la esperada. Los ingresos han sido mayoritariamente de hombres, con una progresiva tendencia a la equiparación con los de mujeres. La instalación de la sintomatología incide, en grado importante y variable, según el individuo afectado, ya desde el período prodrómico. Se comprueba una detención frecuente del progreso académico, predominantemente durante el 5º año de Secundaria. Algunos pacientes intentan luego la enseñanza politécnica, con escaso éxito. La gran mayoría de los pacientes no ha logrado constituir una pareja estable al momento de ingreso al Centro.

Esta área la enfermedad interrumpe el proceso normal de adquisición y/o mantenimiento de logros. En la población que requiere rehabilitación psiquiátrica en un Centro de Día como el del estudio, el nivel de autonomía es muy bajo. Un alto porcentaje de los pacientes tiende a continuar viviendo con sus familiares, sobre todo con sus padres, con la madre como figura central. El porcentaje de pacientes que vive solo o con pareja estable es muy escaso.

Luego de una extensa revisión bibliografía y a la experiencia práctica realizada en un Hospital Público Psiquiátrico en el año 2004, puede pensarse que la causa del reingreso es multi-factorial.

Dentro de estos factores mencionados en la bibliografía que antecede se puede llegar a que las características sociodemográficas del usuario son mayores predictoras del reingreso más que la patología en sí misma.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer los factores de riesgo relacionado a tratamiento farmacológico, rehabilitación psicosocial y sostén familiar de los pacientes esquizofrénicos que inciden en sus reingresos.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar sociodemográficamente a la población (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, ocupación, apoyo familiar, grupo familiar, vida social).
- Conocer la continuidad del tratamiento farmacológico previo al reingreso.
- Identificar las actividades de rehabilitación que se les brinda a los usuarios durante la internación.
- Conocer participaciones anteriores del usuario en centros de rehabilitación y participación actual.
- Conocer la dinámica familiar y el impacto de la enfermedad sobre la familia.

## MARCO TEÓRICO.

### **CONCEPTO DE SALUD MENTAL:**

Según Vicente Galli define a la salud mental<sup>1</sup> como: "un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración progresivos; con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social"

### **ENFERMERIA EN SALUD MENTAL**

Se entiende por Enfermería en salud mental<sup>1</sup> toda actividad llevada a cabo por enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería participantes de equipos interdisciplinarios con la responsabilidad de realizar el cuidado de personas, familias y grupos de la comunidad que:

- o se encuentren en riesgo de enfermar, ya sea por la etapa del ciclo vital, como por las condiciones de vida
- o se encuentren en situación de crisis siendo necesario, no solo prevenir el desarrollo de la enfermedad mental, sino también que se resuelva la crisis, partiendo de la situación traumática hacia el logro de la superación.
- o Se encuentren enfermos y los esfuerzos en recuperación y rehabilitación contribuyan al logro de su más plena participación en la vida familiar y comunitaria, disminuyendo los factores de cronicidad.

### **MODELO DE ENFERMERIA**

Enfermería utiliza diferentes modelos para desarrollar el proceso de atención fundamentado en bases teóricas que han sido aportadas por nuestros antecesores/as para el desarrollo de la profesión.

Hildegard Pepfau<sup>2</sup> destaca la relación interpersonal enfermera- paciente evaluando sus experiencias para lograr el desarrollo de nuevas habilidades; hacer concientes de sus comportamientos, y analizarlos para buscar alternativas que le sirvan en situaciones de la vida cotidiana.

Distingue cuatro fases de la relación enfermera-paciente: una de ellas es en la que el usuario intenta reconocer y entender su problema y busca la ayuda profesional, esta primera fase es la de orientación.

Luego la enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al usuario a sobrellevar la enfermedad. Es aquí donde él identifica el problema a enfrentar, por lo tanto es la fase de identificación.

La tercera fase es la de aprovechamiento, donde el paciente intenta beneficiarse a través de la relación con la enfermera, la cual debe cumplir con el proceso de rehabilitación; asegurando el tratamiento farmacológico, fomentando el sostén familiar y motivando la participación en grupos de rehabilitación psicosocial para brindar las herramientas al paciente para que analice su comportamiento y encuentre la forma de resolver sus conflictos.

Enfermería trabajando sobre esta base lograría la externación del paciente de manera que este se desempeñe en forma eficaz en la sociedad.

En base a la atención integral se debe tener en cuenta el seguimiento luego de la externación.

La cuarta fase, la de resolución en la cual se da por finalizada la relación con el usuario y en la que se evalúan los aspectos mas destacados y los logros obtenidos en las fases anteriores.

## **NIVELES DE PREVENCION**

Para interrumpir el curso de la enfermedad, es necesario conocer todos los factores que la causan y mantienen.

Teóricamente, esta puede prevenirse en cualquiera de sus fases, dependiendo de lo que se conozca de la historia de la misma, a través de los niveles de prevención en sus tres modalidades:

1. Prevención primaria: corresponde al periodo previo al padecimiento de una patología. Se puede prevenir mediante la promoción de la salud y la protección específica.

Tiene como propósito evitar que se produzcan los estímulos de la enfermedad e impedir la interacción huésped- agente.

2. Prevención secundaria: limitación del daño. Se refiere a la acción durante las primeras fases del periodo patogénico, y se logra mediante el diagnóstico y tratamiento temprano.

Tiene como propósito interrumpir el curso de la enfermedad y prevenir la ocurrencia de futuras etapas en su evolución.

3. Prevención terciaria: incluye mecanismos destinados a reducir la deficiencia física, psicológica y social que inhabiliten al ser humano para el desempeño de sus actividades ordinarias y de trabajo, de esta forma reducir la incapacidad.

El hombre, como individuo y como miembro de una colectividad, depende en sus problemas de salud y enfermedad de las condiciones de vida en el trabajo, en el hogar, en el campo, en la escuela, etc. Y de las oportunidades económicas y culturales que la sociedad ofrece a sus miembros

La persona (sana o enferma) es parte fundamental del equipo de salud, ya que su participación es indispensable para obtener logros adecuados en las acciones que en forma conjunta se realicen para el beneficio de su salud.

La conducta deseable de la población, sana o enferma, es diferente en cada uno de los niveles de prevención y tiene como propósito facilitar la aplicación efectiva de las medidas preventivas correspondientes.

Cada una de las categorías de las conducta preventiva presenta un conjunto de decisiones críticas que el individuo, bajo la orientación del profesional de salud debe confrontar.

## **RED SOCIAL.**

Según Elina Dabas

“Es un sistema abierto, que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potenciación de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, de un grupo, o de una institución se enriquece a través de las múltiples formas de relaciones de cada uno de los otros.”<sup>3</sup>

## **APOYO SOCIAL.**

Según Lin:

“El apoyo social constituye en todos aquellos elementos, funcionales o estructurales, redes o percibidos, que el individuo recibe en su comunidad, su red social y sus amigos íntimos.”

## **FAMILIA**

Según Craft y Willadsen la definen como “un contexto social de dos o mas personas caracterizado por la unión mutua, el cuidado, el compromiso a largo plazo y la responsabilidad de procurar un crecimiento individual y social y de las relaciones de apoyo y salud de sus miembros. La familia es el núcleo donde crece y se desarrolla la persona, condicionando parte de su proceso de salud-enfermedad. El factor unificador de una familia es el compromiso”<sup>1</sup>

La literatura refiere que hay dos aspectos relevantes a tener en cuenta:

- a. la influencia que puede tener la familia sobre la enfermedad de uno de sus miembros, que puede ser positiva o negativa para el mismo.

- b. el impacto de la enfermedad sobre la familia, que conlleva al aislamiento social, alteración de la rutina diaria, tristeza, vergüenza miedo, preocupación por el futuro, etc. La respuesta familiar es dependiente de varios factores.

---

<sup>1</sup> Meliá, S. Enfermería en Salud Mental. Conocimientos, desafíos y esperanzas. Oficina del Libro FEFMUR. Montevideo 2005.

<sup>2</sup> Rigol A, et al. "Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría". SALVAT.

<sup>3</sup> Dabas E, Najmanovich D. "Redes". El lenguaje de los vínculos. PAIDÓS. Bs. As; 1995

## **PSICOSIS<sup>4</sup>**

Es la incapacidad para reconocer la realidad, para relacionarse con los demás o para afrontar las exigencias de la vida. La psicosis más habitual es la esquizofrenia pero existen también otros trastornos psicóticos, incluidos el trastorno psicótico breve, el trastorno delirante y los trastornos psicóticos debido a enfermedades médicas o inducidos por sustancias. Todos estos presentan un cambio en la percepción de la realidad.

### **PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA**

En 1911 un psiquiatra suizo llamado Hans Bleuler (1857-1939) utiliza el término esquizofrenia que la define como "división de la mente, para describir la desconexión entre los aspectos intelectuales y emocionales de la personalidad.

Se entiende por el "conjunto de trastornos mentales relacionados que se caracteriza por pensamiento, percepciones y comportamientos desorganizados. No es una única enfermedad bien definida sino un grupo de síntomas y conductas".

### **EL PROCESO ESQUIZOFRÉNICO**

Se trata de una desorganización más o menos profunda y progresiva de la personalidad, incompatible con la idea fatalista de una "constitución", y con la de una simple reacción a las dificultades de la existencia.

### **FRECUENCIA. EDAD. SEXO**

La esquizofrenia es la más frecuente de la psicosis crónica. Es una enfermedad del adolescente y del adulto joven. Rara antes de los 15 años, la enfermedad se presenta también raramente después de los 45-50 años. Entre los 15 y 35 años es cuando de la morbilidad es más elevada. La enfermedad está repartida por un igual entre los dos sexos. En lo concerniente a la raza los estudios no indican ninguna afinidad característica.

### **FACTOR GENÉTICO DE PREDISPOSICIÓN**

El factor hereditario se considera realmente presente en la enfermedad, pero en una forma tal que se combina<sup>5</sup> en cadenas de acciones y reacciones largas y complicadas".

La predisposición genética a la esquizofrenia es segura, pero es muy compleja e interviene de forma variable según los casos, como intervienen de forma variable los factores ambientales.

---

<sup>4</sup> Ey, H. et al. "Tratado Psiquiatría". 8ª Edición Castellana. 1994

## **FACTOR CARACTERIAL DE PREDISPOSICIÓN (PSICOTIPO)**

Está admitido por todos los autores que entre los familiares de esquizofrénicos existe una proporción de esquizoides (15 a 35%) largamente superior a la que existe entre la población general que sería alrededor de 3%.

Caracteres que pueden predisponer a la esquizofrenia:

Trastornos del carácter, rasgos neuróticos, agresividad, impulsividad, preocupaciones hipocondríacas.

Existe un grupo importante en el que la esquizofrenia va precedida de una evolución que parecía normal. Se puede oponer dos grandes grupos en relación con el carácter prepsicótico: aproximadamente un 70% de los casos, preceden a la enfermedad rasgos de carácter patológico y aproximadamente en un 30% estos rasgos ni se notan ni pueden ser descubiertos.

## **FACTORES NEUROBIOLÓGICOS**

De numerosos trabajos histopatológicos se puede concluir que la búsqueda de lesiones centrales específicas en la esquizofrenia ha fracasado. Si bien es cierto que se han encontrado lesiones cerebrales en un número de casos; estas no son factor determinante de la patología.

## **FACTORES PSICOSOCIALES. LA FAMILIA Y EL AMBIENTE DEL ESQUIZOFRÉNICO**

Lo que se trata de examinar no es si dichos factores son la causa de la esquizofrenia, sino de cual es su participación en la serie de factores complejos influyéndose recíprocamente en momentos o circunstancias significativas para el sujeto.

*Papel de los acontecimientos.* Los sucesos verdaderamente significativos son sobre todo aquellos que sobrevienen en determinados períodos clave del desarrollo y de la evolución personal.

Las pubertades precoces y de las pubertades tardías: tanto unas como otras imponen a algunos adolescentes tensiones graves e insolubles. Los traumatismos sexuales precoces pueden a si mismos bloquear las integraciones difíciles.

*Papel de los factores socioculturales.* Han sido estudiados desde distintos puntos de vista: papel de la clase social; de la Sociedad Industrial; de la religión; de los cambios de cultura; de la urbanización y de diversos factores ecológicos.

Según Devereux (1939-1965) es el autor que mas amplitud ha atribuido a la teoría psicológica de la esquizofrenia; según él sería la "psicosis étnica tipo de las sociedades civilizadas complejas" una "psicosis funcional por inclusión del modelo esquizoide": indiferencia, reserva, hiperactividad, ausencia de afectividad en la vida sexual, disgregación de las actividades que solo exigirían un compromiso parcial, desaparición entre la frontera entre lo real y lo imaginario, infantilismo y

despersonalización: sería según dicho autor los rasgos de nuestra cultura que marcan y que facilitan la evolución hasta la esquizofrenia. La comprobación según Devereux la proporciona el hecho de que "no se observa jamás la esquizofrenia entre las poblaciones que permanece cuando son sometidas a un violento proceso de culturalización y de opresión".

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

La principal características de los trastornos psicóticos consiste en la pérdida del contacto con la realidad hasta el punto de deteriorar totalmente el funcionamiento.

Esta enfermedad ejerce un gran impacto en la totalidad de las áreas del funcionamiento del ser humano: la apariencia física de un esquizofrénico es desaseada y desarreglada ya que su atención se centra en los conflictos internos. Muestran una pobre higiene personal y su imagen corporal distorsionada.

A nivel de la percepción encontramos tres signos característicos:

- alucinaciones: percepciones anormales sin que exista un estímulo externo.
- ilusiones: falsas percepciones basadas en estímulos reales.
- agnosia: incapacidad de reconocer objetos o personas.

A nivel intelectual se pueden detallar:

- delirios: ideas falsas y fijas basadas en la realidad.
- desrealización: incapacidad de reconocer los límites del yo.
- ideas de referencia: ideas de que otra persona hablan sobre ellos.
- dificultad del mantenimiento de la atención: es la incapacidad para completar tareas o la omisión de estas.
- empleo incorrecto del lenguaje: neologismos, ecolalia, asociaciones libres.
- fuga de ideas: cambios bruscos del tema y de velocidad del habla.

A nivel emocional:

- afecto labil: es la variación de las emociones.
- afecto inapropiado: conductas inapropiadas a la situación en la que se encuentra el individuo.

A nivel conductual:

- escaso control de los impulsos

- incapacidad para afrontar la depresión
- abuso de sustancias como forma de respuesta.
- incumplimiento terapéutico
- pobreza en la relación con los semejantes.
- escaso interés en aficiones y actividades.

Los síntomas de la esquizofrenia pueden ser clasificados en negativos y positivos:

Positivos relacionados a los pensamientos y los comportamientos inadaptados e incluyen alucinaciones, problemas del habla y conductas extrañas.

Los síntomas negativos hacen referencia a la ausencia de mecanismo de adaptación y comprenden afecto aplanado, acicalamiento pobre, abandono y pobreza del habla.

## **TRATAMIENTO**

En la esquizofrenia, los mejores resultados se obtienen combinando el tratamiento farmacológico con las medidas de rehabilitación sociolaboral y la psicoterapia.

Cuanto más tiempo pasa el enfermo sin tratamiento, mayor deterioro sufre y mas difícil resulta arrancarlo de sus delirios, por lo que un diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para que el pronóstico sea el mejor posible.

### **Tratamiento médico:**

Se utiliza los llamados Neurolépticos o antipsicóticos los cuales pueden administrarse por vía oral o a través de inyectables.

Como el paciente esquizofrénico no suele tener conciencia de padecer una enfermedad, suele poner resistencia a tomar la medicación por lo que es conveniente tranquilizarlo y explicarle los beneficios de la misma.

Psicoterapia: se trata de hacer entender al paciente su dolencia, como convivir con el y enfrentarse a las crisis y como aliviar la angustia. En definitiva, de aprender como utilizar los recursos psicológicos propios y los ajenos (familia, amigos y compañeros) para lograr el máximo acercamiento a su entorno.

Actualmente se usan las técnicas de modificación de conducta o de modelos de creación de hábitos. Mediante estos métodos el paciente y sus allegados aprender a controlar las crisis con el conocimiento de los síntomas de la

enfermedad y con la habilidad suficiente para expresar a los familiares el estado en que se encuentra en cada momento para que estos puedan intervenir eficazmente.

#### **Tratamiento psicosocial:**

El objetivo es facilitar la integración social del enfermo, a través de actividades ocupacionales, formativas, laborales o de ocio, que además, faciliten la recuperación de las capacidades funcionales mermadas.

Durante el desarrollo del tratamiento se indaga en cada faceta del funcionamiento humano. El individuo es evaluado desde el punto de vista físico y se le educa en cuanto a las necesidades básicas para realizar eficazmente sus actividades de la cotidianidad (alimentación, descanso y hábitos).

Se detectan los problemas emocionales y se ayuda a identificar a los usuarios sus sentimientos, a controlar su ira, a alcanzar sus metas, desde el punto de vista intelectual se les anima a que resultan sus problemas o alcanzar sus objetivos.

## MATERIALES Y METODO

El tipo de estudio es descriptivo de corte transversal.

El área de estudio que este abarca es el reingreso de pacientes esquizofrénicos al Hospital Publico Psiquiátrico.

### UNIVERSO Y MUESTRA

El universo son todos los esquizofrénicos internados en dicho nosocomio.  
Total de pacientes 190.

#### Criterios de inclusión de la muestra

- o Usuarios de ambos sexos.
- o Usuarios mayores de 15 años de edad.
- o Usuarios con uno o más reingresos con el diagnóstico de esquizofrenia.
- o Más de dos semanas de internación.
- o Aquellos que tienen familia.
- o Que estén o hallan estado en rehabilitación.
- o Que hayan aceptado ser entrevistados.

#### Criterios de exclusión de la muestra

- o Usuarios en fase aguda de la esquizofrenia.
- o Usuarios con esquizofrenia y patologías psiquiátricas asociadas.

La muestra se tomará a todos los usuarios internados de sexo femenino y masculino que sean mayores de 15 años de edad, y tengan como diagnóstico esquizofrenia. El total de la muestra es de 30 usuarios internados.

Las variables identificadas que serán objeto de estudio son a) sexo, b) edad, c) estado civil d) nivel de instrucción; e) ocupación; f); formas de ingreso económico, g) grupo familiar; h) sostén familiar; i) vida social; j) num. de ingresos anteriores; k) motivo del reingreso; l) continuidad del tratamiento farmacológico; m) asistencia a actividades recreativas n) dinámica familiar

Las variables a cruzar son:

- A) Edad- sexo.
- B) Edad- numero de reingresos.
- C) Sexo – sostén familiar.
- D) Motivo del reingreso- sostén familiar
- E) Sostén familiar - abandono del tratamiento farmacológico
- F) Lugar de residencia- grupo familiar

## **DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

### **SEXO:**

Def. Conceptual: características bio-fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, refiere a sus caracteres sexuales, funcionamiento y características secundarias.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Def. Operativa: hombre; mujer.

### **EDAD:**

Def. Conceptual: es el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha actual.

Escala de medición: variable cuantitativa continua.

Def. Operativa: Años cumplidos.

### **ESTADO CIVIL:**

Def. Conceptual: condición de un individuo en lo que respecta a su relación de pareja, sus obligaciones civiles y legales.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Def. Operativa: Unión Libre.

Casado

Soltero

Divorciado

Viudo

### **NIVEL DE INSTRUCCION:**

Def. Conceptual: se refiere a los niveles de educación o conocimientos que adquirió formalmente.

Escala de medición: variable cualitativa ordinal

Def. Operativa: Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Terciaria completa

Terciaria incompleta

UTU completa

UTU incompleta

Analfabeto

#### **OCUPACIÓN:**

Def. Conceptual: Se refiere a las actividades que realiza la persona pudiendo o no ser la fuente de su sustento.

Escala de medición: cualitativa nominal

Def. Operativa: trabaja, no trabaja

#### **VIAS DE INGRESO ECONOMICO:**

Def. Conceptual: se refiere a la fuente de ingreso económico que cuenta la persona

Escala de medición: cualitativa nominal

Def. Operativa: laboral, jubilado, pensionista, ninguno.

#### **GRUPO FAMILIAR:**

Definición conceptual: número de personas que conviven bajo el mismo techo que el individuo.

Escala de medición: cualitativa ordinal

Definición operativa: Pareja

Hijos

Padres

Hermanos

Amigos

Solo

## **SOSTEN FAMILIAR**

Definición conceptual: existencia de una o más personas, que contengan al individuo

Escala de medición: cualitativa ordinal

Definición operativa: si, no.

## **DINÁMICA FAMILIAR E IMPACTO FAMILIAR:**

Definición conceptual: cambios que debe realizar la familia para lograr la estabilidad dentro del grupo familiar desde la perspectiva del paciente.

Definición operacional: si no

## **VIDA SOCIAL:**

Definición conceptual: participación activa en grupos sociales (religiosos, musicales, teatro, sectas)

Escala de medición: cualitativa ordinal

Definición operativa: si, no.

## **NUMERO DE INGRESOS ANTERIORES:**

Definición conceptual: cantidad de ingresos al sistema hospitalario anteriores al actual.

Escala de medición: variable cuantitativa nominal

Definición operativa: de 1 a 5

6 a 9

Mas de 10

## **MOTIVO DEL INGRESO:**

Definición conceptual: motivo por el cual el individuo reingresa a la institución

Definición operativa: Denuncia familiar

Problema en vía publica

Coordinado por medico de policlínica

Derivado de otra institución

Vía judicial

Por sus propios medios

### **CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Def. Conceptual: continuidad en la administración de un fármaco

Def. Operativa: abandono, no abandono

### **ASISTENCIA ACTIVIDADES RECREATIVAS**

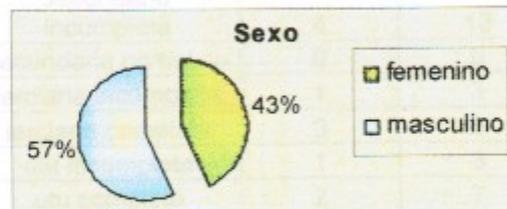
Def. Conceptual: asistencia por parte del usuario a centros de rehabilitación

Def. Operativa: asiste o no asiste

## Resultados

### Distribución de pacientes según sexo, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.

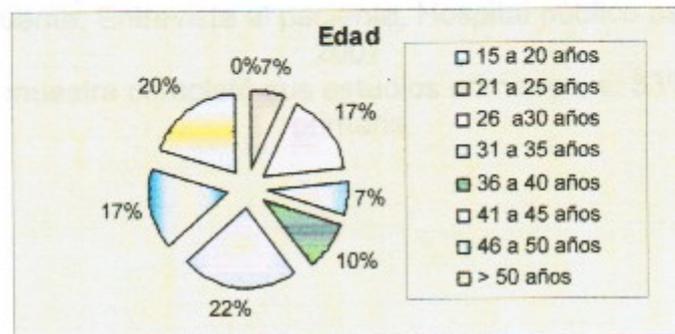
SEXO	FA	FR%
femenino	13	43
masculino	17	57
total	30	100



Grafica N° 1. Fuente: Historia Clínica, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007. El 57% de la muestra es de sexo masculino, y el 43% restante femenino.

### Distribución de pacientes según edad, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.

EDAD	FA	FR%
21 a 25 años	2	7
26 a 30 años	5	17
31 a 35 años	2	7
36 a 40 años	3	10
41 a 45 años	7	22
46 a 50 años	5	17
> 50 años	6	20
total	30	100

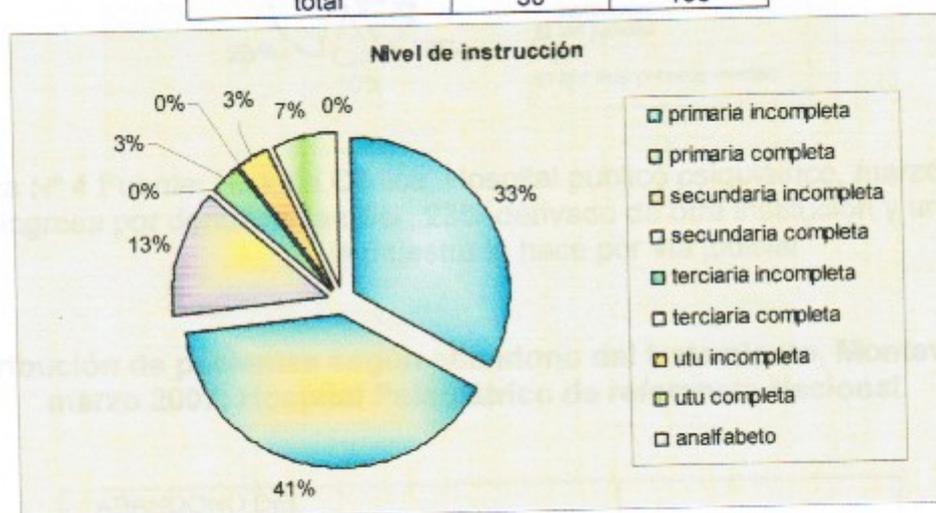


Grafica N° 2 Fuente: Entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

El 59% de la muestra es mayor de 41 años.

**Distribución de pacientes según nivel de instrucción, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
primaria incompleta	10	33
primaria completa	12	41
secundaria incompleta	4	13
secundaria completa	0	0
terciaria incompleta	1	3
terciaria completa	0	0
utu incompleta	1	3
utu completa	2	7
analfabeto	0	0
total	30	100

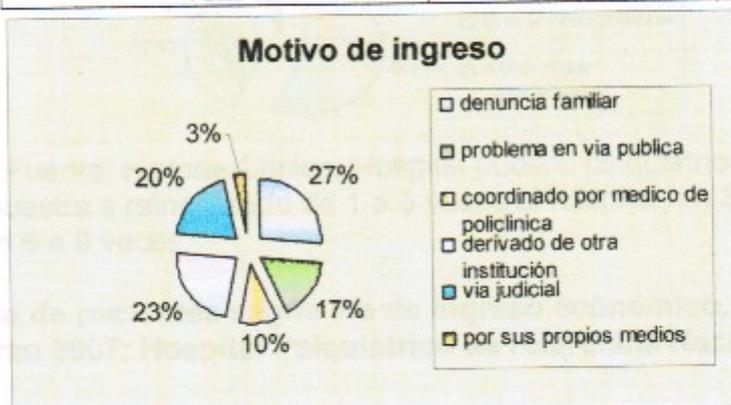


Grafica N° 3. Fuente: Entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

El 41% de la muestra completó sus estudios primarios, el 33% no culminó la primaria.

**Distribución de pacientes según motivo de ingreso, Montevideo, marzo 2007;  
Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

MOTIVO DE INGRESO	FA	FR%
denuncia familiar	8	27
problema en vía publica	5	17
coordinado por medico de policlinica	3	10
derivado de otra institución	7	23
vía judicial	6	20
por sus propios medios	1	3
Total	30	100



Grafica N° 4 Fuente: Historia Clínica, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007. El 27% ingresa por denuncia familiar, 23% derivado de otra institución y un 20% de la muestra lo hace por vía judicial.

**Distribución de pacientes según abandono del tratamiento, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

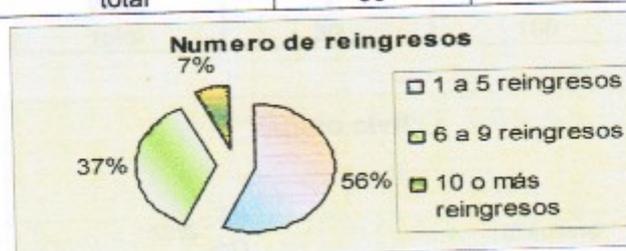
ABANDONO DEL TRATAMIENTO	FA	FR%
si	24	80
no	6	20
TOTAL	30	100



Grafica N° 5. Fuente: Historia Clínica, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007. El 80% de los pacientes ingresan por abandono del tratamiento.

**Distribución de pacientes según número de reingresos, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

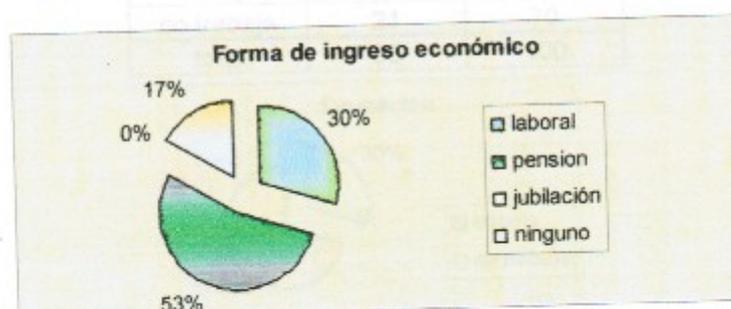
NUMERO DE REINGRESOS	FA	FR%
1 a 5 reingresos	17	56
6 a 9 reingresos	11	37
10 o más reingresos	2	7
total	30	100



Grafica N° 6. Fuente: Historia Clínica, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007. El 56% de la muestra a reingresado de 1 a 5 veces al hospital, un 37% lo ha hecho de 6 a 9 veces.

**Distribución de pacientes según vía de ingreso económico, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

VIA DE INGRESO ECONOMICO	FA	FR%
laboral	9	30
pensión	16	53
jubilación	0	0
ninguno	5	17
total	30	100



Grafica N° 7. Fuente: entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

El 53% de los pacientes recibe pensión, un 30% cuenta con ingreso laboral.

**Distribución de pacientes según estado civil, Montevideo, marzo 2007;  
Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

ESTADO CIVIL	FA	FR%
soltero	21	71
casado	3	10
unión libre	1	3
divorciado	4	13
viudo	1	3
total	30	100

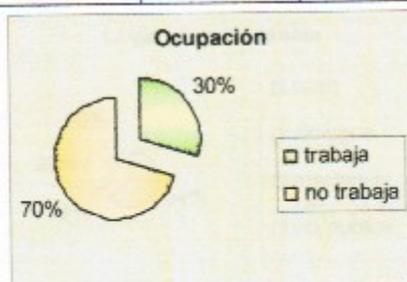


Grafica N° 8. Fuente: Entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

El 71% de los pacientes son solteros.

**Distribución de pacientes según ocupación, Montevideo, marzo 2007;  
Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

OCUPACION	FA	FR%
trabaja	9	30
no trabaja	21	70
total	30	100

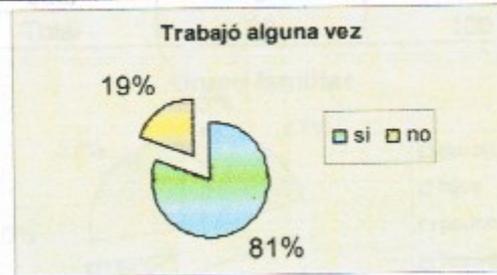


Grafica N° 9. Fuente: Entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

El 70% de la muestra no trabaja, 30% trabaja.

**Distribución de pacientes según antecedente laboral (de los 21 que declaran no trabajar actualmente), Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

TRABAJO ALGUNA VEZ	FA	FR%
Si	17	81
No	4	19
Total	21	100

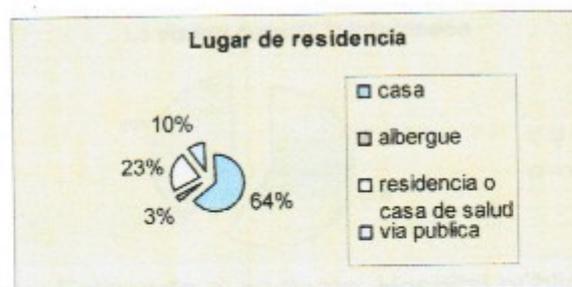


Grafica N° 10. Fuente: Entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

El 81% de la muestra trabajó alguna vez.

**Distribución de pacientes según lugar de residencia, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

LUGAR DE RESIDENCIA	FA	FR%
casa	19	64
albergue	1	3
residencia o casa de salud	7	23
vía pública	3	10
total	30	100

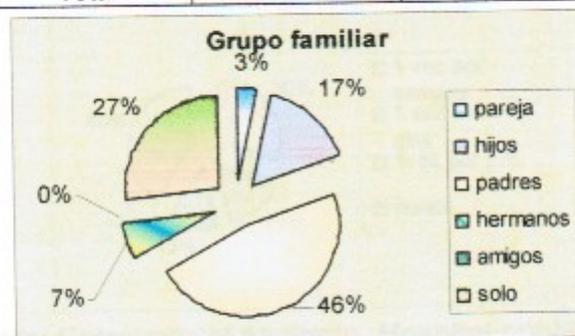


Grafica N° 11. Fuente: Entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

El 64% de la muestra reside en casa propia y/o de un familiar.

**Distribución de pacientes según grupo familiar, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

GRUPO FAMILIAR	FA	FR%
Pareja	1	3
Hijos	5	17
Padres	14	46
hermanos	2	7
Amigos	0	0
Solo	8	27
Total	30	100

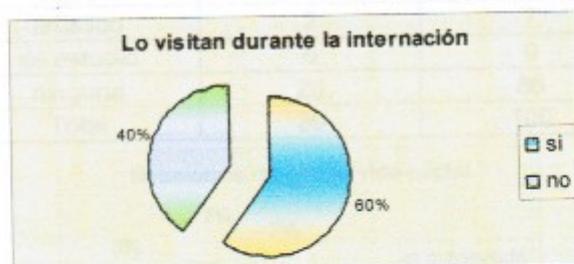


Grafica N° 12. Fuente: Entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

El 46% de los pacientes vive con los padres, el 27% solo.

**Distribución de los pacientes visitados, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

LO VISTAN	FA	FR%
si	18	60
no	12	40
total	30	100



Grafica N° 13. Fuente: Entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

Al 60% de los pacientes lo visitan durante su internación.

**Distribución de pacientes según la frecuencia con lo que lo visitan, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

CUANTAS VECES	FA	FR%
1 vez por semana	9	30
1 vez cada 15 días	5	17
1 vez por mes	4	13
nunca	12	40
total	30	100

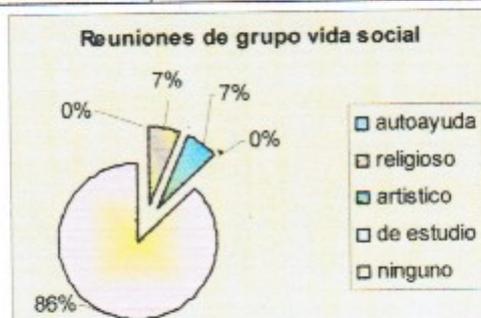


Grafica N° 14. Fuente: Entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

Al 60% de los pacientes lo visitan durante su internación de estos un 30% lo visitan 1 vez por semana.

**Distribución de pacientes según asistencia a reuniones de grupo, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

REUNIONES DE GRUPO	FA	FR%
autoayuda	0	0
religioso	2	7
artístico	2	7
de estudio	0	0
ninguno	26	86
Total	30	100

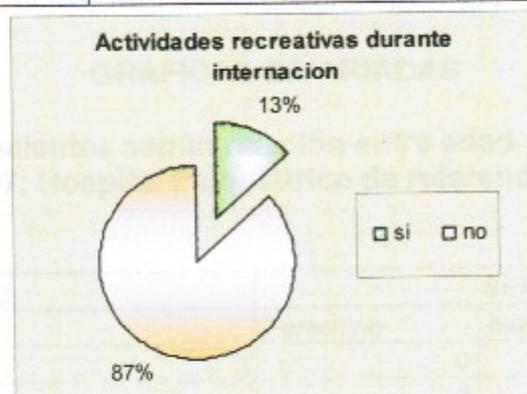


Grafica N° 15. Fuente: Entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

El 80% de la muestra no participa en reuniones de grupo.

**Distribución de pacientes según asistencia a actividades recreativas durante la internación, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

ACTIVIDADES RECREATIVAS DURANTE LA INTERNACION	FA	FR%
Si	4	13
No	26	87
Total	30	100

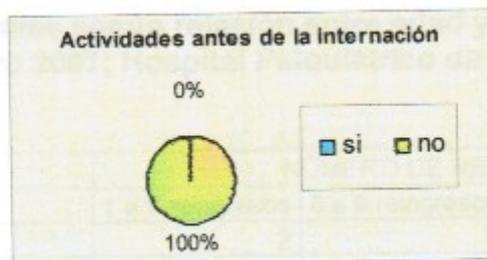


Grafica N° 16. Fuente: Entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

El 87% no realiza actividades recreativas durante la internación.

**Distribución de pacientes según a asistencia a actividades recreativas antes de la internación, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

ANTES DE LA INTERNACION	FA	FR%
si	0	0
no	30	100
total	30	100



Grafica N° 17. Fuente: Entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

El 100% de la muestra no realizó actividades recreativas antes de la internación.

### GRAFICAS BIVARIADAS

Distribución de pacientes según relación entre edad y sexo, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.

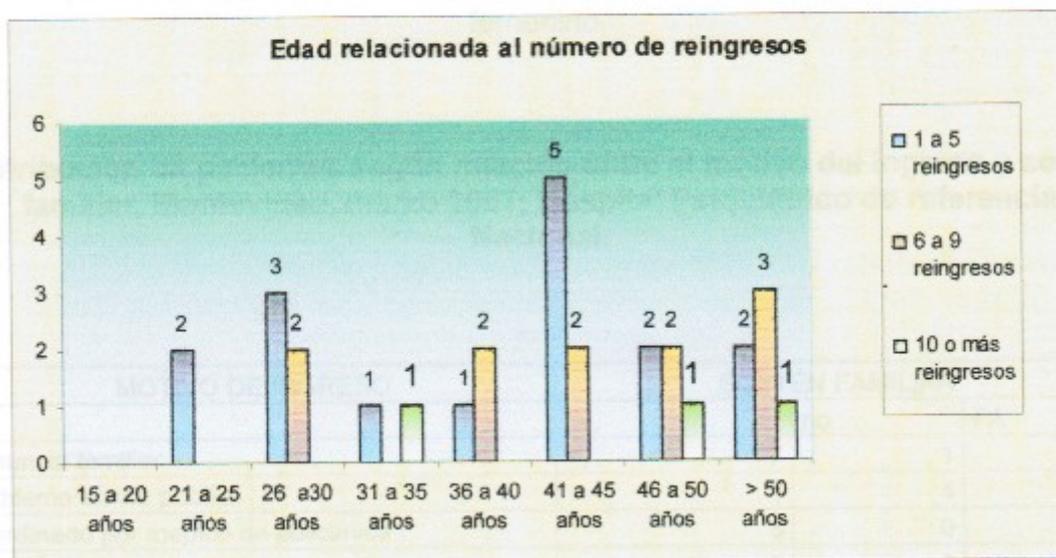
EDAD	SEXO		
	Femenino	masculino	FA
15 a 20 años	0	0	0
21 a 25 años	2	0	2
26 a 30 años	1	4	5
31 a 35 años	0	2	2
36 a 40 años	2	1	3
41 a 45 años	3	4	7
46 a 50 años	2	3	5
> 50 años	3	3	6
Total	13	17	30



Grafica N° 18. Fuente: historia clínica, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

**Distribución de pacientes según relación entre edad y número de reingresos, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

EDAD	NÚMERO DE REINGRESOS			FA
	1 a 5 reingresos	6 a 9 reingresos	10 o más reingresos	
21 a 25 años	2	0	0	2
26 a 30 años	3	2	0	5
31 a 35 años	1	0	1	2
36 a 40 años	1	2	0	3
41 a 45 años	5	2	0	7
46 a 50 años	2	2	1	5
> 50 años	2	3	1	6
Total	16	11	3	30



Grafica N° 19. Fuente: Historia Clínica, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007. De 41 a 45 años y de 26 a 30 años ha reingresado de 1 a 5 veces.

**SEXO RELACIONADO AL SOSTEN FAMILIAR**

sexo/sostén familiar	Si	no	FA
Femenino	6	7	13
Masculino	10	7	17
total	16	14	30



Grafica N° 20. Fuente: Historia Clínica y entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

De los pacientes que no cuentan con sostén familiar 7 son de sexo masculino y 7 femenino.

Grafica N° 21. Fuente: historia Clínica y entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

**Distribución de pacientes según relación entre el motivo del ingreso y sostén familiar, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

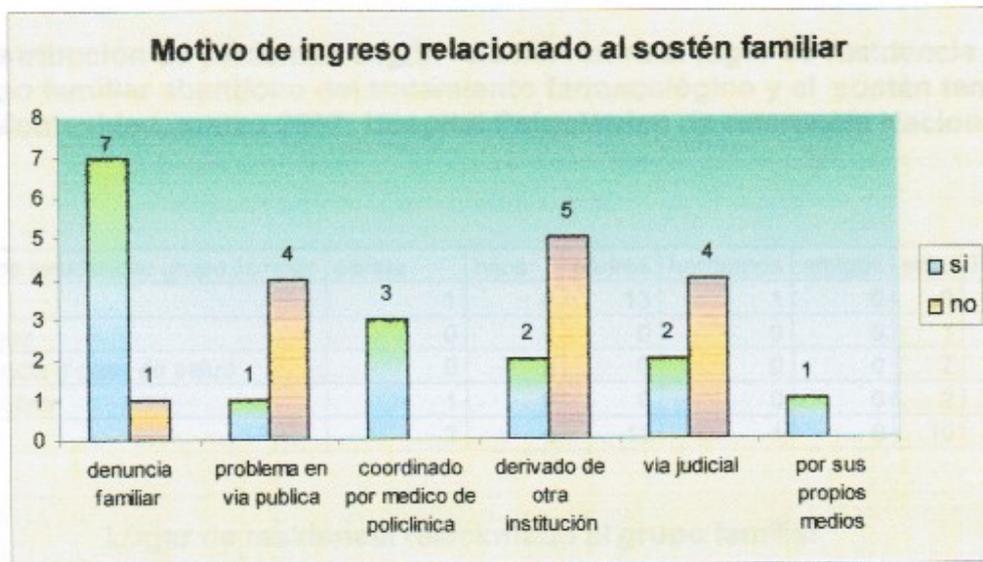
Distribución de pacientes según relación entre el abandono del tratamiento farmacológico y el sostén familiar, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.

MOTIVO DE INGRESO	SOSTÉN FAMILIAR		
	Si	no	FA
denuncia familiar	7	1	8
problema en vía publica	1	4	5
coordinado por medico de policlínica	3	0	3
derivado de otra institución	2	5	7
vía judicial	2	4	6
por sus propios medios	1	0	1
Total	16	14	30

Abandono del tratamiento relacionado al sostén familiar

Grafica N° 22. Fuente: Historia Clínica y entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

De los pacientes, 14 pacientes sin sostén no abandonaron el tratamiento.

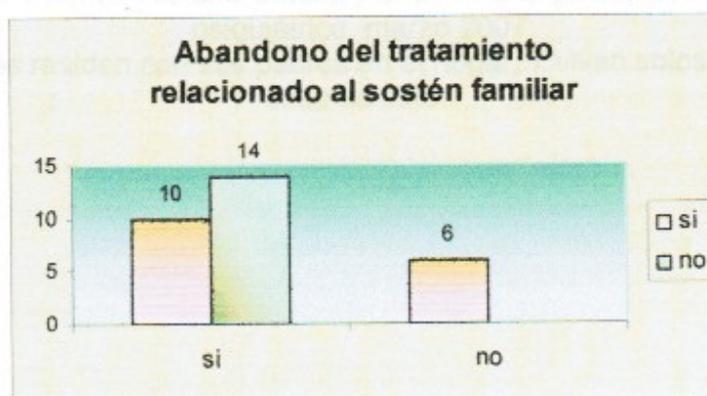


Grafica N° 21. Fuente: Historia Clínica y entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

Siete pacientes ingresan por denuncia familiar y cuentan con sostén, 5 son derivados de otra institución y no cuentan con sostén.

**Distribución de pacientes según relación entre el abandono del tratamiento farmacológico y el sostén familiar, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.**

ABANDONO DEL TRATAMIENTO	SOSTÉN FAMILIAR		
	si	no	FA
Si	10	14	24
No	6	0	6
Total	16	14	30



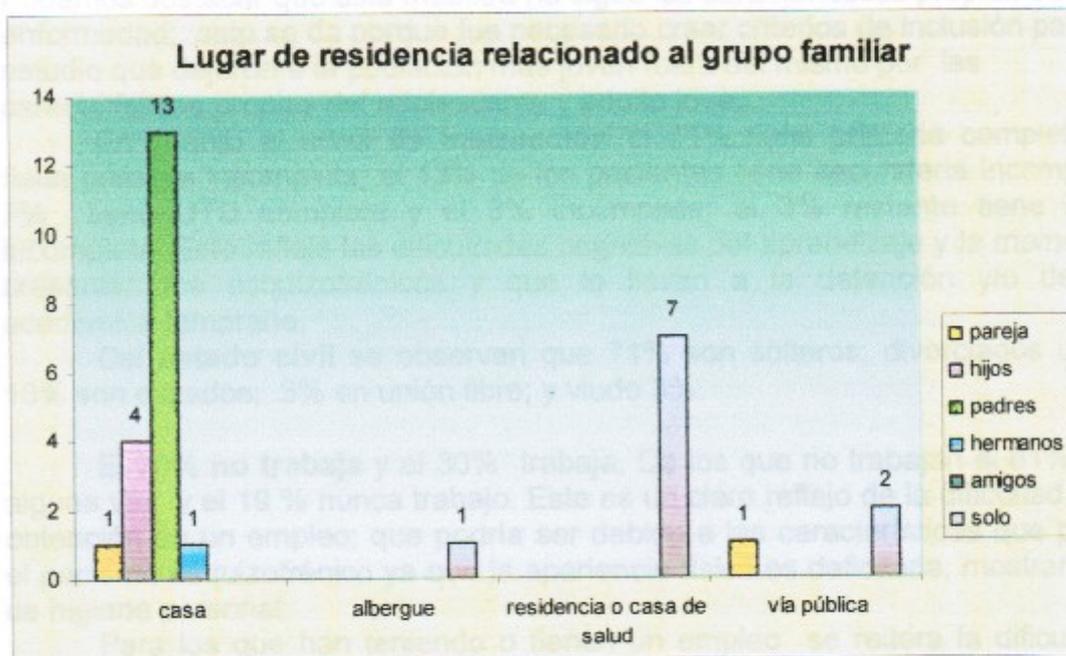
Grafica N° 22. Fuente: Historia Clínica y entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

De la muestra, 14 pacientes sin sostén ha abandonado el tratamiento.

## ANÁLISIS

### Distribución de pacientes según relación entre el lugar de residencia y el grupo familiar abandono del tratamiento farmacológico y el sostén familiar, Montevideo, marzo 2007; Hospital Psiquiátrico de referencia Nacional.

lugar de residencia/ grupo familiar	pareja	hijos	padres	hermanos	amigos	solo	FA
Casa	1	4	13	1	0	0	19
Albergue	0	0	0	0	0	1	1
residencia o casa de salud	0	0	0	0	0	7	7
vía pública	1	0	0	0	0	2	3
Total	2	4	13	1	0	10	30



Grafica N° 23. Fuente: Historia Clínica y entrevista al paciente, Hospital público psiquiátrico, marzo 2007.

Trece pacientes residen con sus padres en el hogar, 7 viven solos en residencia o casa de salud.

## ANÁLISIS

De una población de 190 pacientes internados en el Hospital con diferentes patologías psiquiátricas se extrae una muestra de 30 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que cumplen con los criterios de inclusión de nuestra investigación.

En la muestra utilizada para esta investigación el sexo predominante es el masculino con un 57% tendiendo a equipararse con el sexo femenino 43%; esto cumple con lo estudiado en la bibliografía la cual no posiciona al género como característica que predisponga a la enfermedad.

Dentro de las edades se destaca que el 22% se encuentra entre 41 a 45 años; el 20% mayor de 50 años; 17% de 46 a 50 años destacando que el 59% de la muestra de estudio es mayor de 41 años; siendo el 41% menores que se desglosa en: 17% entre 26 a 30 años; 10% entre 36 y 40 años; y 7% entre 21 y 25 años. Podemos destacar que esta muestra no sigue las características propias de la enfermedad; esto se da porque fue necesario crear criterios de inclusión para el estudio que dejaron a la población más joven fuera del mismo por las características propias del adolescente y adulto joven.

En cuanto al nivel de instrucción el 41% tiene primaria completa; 33% tiene primaria incompleta; el 13% de los pacientes tiene secundaria incompleta; el 7% tiene UTU completa y el 3% incompleta; el 3% restante tiene terciaria incompleta. Esto refleja las dificultades cognitivas del aprendizaje y la memoria que presentan los esquizofrénicos y que lo llevan a la detención y/o deserción académica temprana.

Del estado civil se observan que 71% son solteros; divorciados un 13%; 10% son casados; 3% en unión libre; y viudo 3%

El 70% no trabaja y el 30% trabaja. De los que no trabajan el 81% trabajo alguna vez, y el 19% nunca trabajo. Este es un claro reflejo de la dificultad para la obtención de un empleo; que podría ser debido a las características que presenta el paciente esquizofrénico ya que la apariencia física es deficitaria, mostrando falta de higiene personal.

Para los que han tenido o tienen un empleo se reitera la dificultad en mantener la concentración y por ende son incapaces de completar una tarea; se podría pensar que esta es una de las causas por las cuales el paciente pierde su trabajo.

La vía de ingreso económico con la que cuenta el 53% de la población es pensión por discapacidad; el 17% no cuenta con ningún tipo de ingreso; mientras que el 30% recibe ingresos de forma laboral.

Relacionándose a las características propias de la patología; se sabe que estas personas presentan trastornos en la afectividad, así como en la comunicación; al mismo tiempo se tiene en cuenta la dificultad en la aceptación social de los mismos que se evidencia en las variables presentadas anteriormente que en números muestra la realidad social de estos usuarios.

El motivo de ingreso fue del 27% por denuncia familiar; por derivación de otra institución 23%; vía judicial 20%; problema en vía pública 17%; coordinado por médico de policlínica 10%; por sus propios medios 3%.

El 80% de la población abandono el tratamiento farmacológico y el 20% no hizo abandono del mismo. Esto se debe en gran parte a la falta de conciencia de la

enfermedad que tiene el paciente así como al déficit en el seguimiento de los usuarios.

En cuanto al número de reingreso el 56% ha reingresado de 1 a 5 veces; el 37% tiene de 6 a 9 reingresos y el 7% tiene 10 o más reingresos. Estos datos verifican lo ilustrado en los antecedentes del problema siendo predictores de los reingresos de los pacientes.

Se puede describir que el 46% de los pacientes viven con uno a ambos padres; el 27% viven solos; 17% con sus hijos; el 7% viven con hermanos; y el 3% vive con su pareja.

El 53% de los pacientes cuenta con sostén familiar y el 47% no tiene sostén familiar.

En cuanto a la dinámica familiar se denota que al 60% de la población reciben visita familiar durante la internación; de los cuales al 30% lo visitan una vez por semana; al 17% una vez cada 15 días; y al 13% una vez por mes. El 40% restante nunca reciben visita.

El impacto que sugiere tener en el hogar un familiar con una enfermedad psiquiátrica; da lugar a que un gran porcentaje de los enfermos se encuentren solos o aislados de sus pares, ya que esta enfermedad repercute dando como resultado en la familia la alteración en la rutina diaria, genera vergüenza, miedo.

El 86% de la población no concurre a ningún tipo de grupo de reunión; el 7% concurren a grupos religiosos y otro 7% a grupos artísticos. Durante la internación el 87% no participa en las actividades recreativas que brinda la institución y el resto si participa, que corresponde al 13%.

Como plantea la bibliografía estos usuarios presentan incapacidad para divertirse, entretenerse, mantener la concentración con actividades recreativas esto lo reflejan los datos presentados anteriormente.

Referente al entrecruzamiento de variables se destaca:

La relación sexo edad continua los mismos lineamientos que las variables por si solas, no se condicionan entre si.

En la relación entre sexo y edad: de 13 mujeres, el 3 se encuentran entre 41 a 45 años; 2 de 21 a 25 años; 2 en 36 a 40 años y un 2 en 46 a 50 años, tienen de 26 a 30 años

Referido a la población masculina (17) se observa que 4 tienen entre 41 a 45 años y 4 entre 26 a 30 años. Tres pacientes se encuentran entre 46 a 50 años y 3 mayores a 50 años. Dos entre 31 a 35 años; 1 entre 36 a 40 años.

En cuanto a esta relación no se destaca ningún dato, ya que se da por igual en el sexo y edad.

En cuanto a la edad relacionada al número de reingresos se obtiene la siguiente relación: 16 pacientes reingresan de 1 a 5 veces al centro hospitalario, de los cuales 5 se encuentran entre 41 a 45 años; 3 entre 26 a 30 años, 6 tienen edades entre 21 a 25 años; mayores de 46; y 2 pacientes entre 31 a 40 años.

Once pacientes de la muestra a reingresado de 6 a 9 veces y se distribuye según edad en 3 pacientes mayores de 50 años, 8 distribuido en partes iguales entre los rangos 26 a 30, 36 a 40, 41 a 45 y 46 a 50, los 6 restante reingresa más de 10 veces distribuyéndose entre las edades 31 a 35, 46 a 50 y mayores de 50. Se

puede ver una relativa proporcionalidad entre los años de los usuarios y el número de reingresos al hospital.

De la relación entre sexo femenino y sostén familiar se destaca que 7 mujeres no tienen sostén familiar y 6 cuentan con sostén familiar. En cuanto a la población masculina 10 hombres cuentan con sostén familiar y 7 no tiene sostén familiar. Como vemos el género sí es condicionante para la familia, siendo el sexo masculino quien más cuenta con vínculos familiares; hecho contradictorio a lo que en la sociedad se puede observar y a lo pautado en la bibliografía.

En la relación al motivo de ingreso y sostén familiar se observa que de los que cuentan con sostén, 7 pacientes reingresan por denuncia familiar; 3 coordinado por médico de policlínica; 4 se divide en 2 por vía judicial; 2 derivados de otra institución. De 2, 1 ingresa por problema en la vía pública y 1 por sus propios medios. De los que no cuentan con sostén familiar el mayor porcentaje que se destaca que 5 son derivados de otra institución. 4 ingresa por problema en la vía pública; 4 por vía judicial y 1 ingresa por denuncia familiar. Aquí se ve claramente la relación de los pacientes con familia que ingresan por denuncia de la misma.

De sostén familiar y abandono del tratamiento se destaca que 24 pacientes de la población abandonaron el tratamiento de los cuales 14 no cuenta con sostén familiar; y 10 cuenta con sostén. Los 6 restantes cuentan con sostén familiar y no abandonaron el tratamiento. Los datos muestran nuevamente la importancia que tiene la familia en la continuidad del tratamiento.

Relacionando el grupo familiar y el lugar de residencia se denota que de los que 13 viven en casa y lo hacen con uno a ambos padres; 4 con hijos; 1 con pareja y 1 con hermanos. Siete pacientes viven solos en residencia o casa de salud; 2 viven solos y en la vía pública; 1 vive solo en un albergue; y 1 con su pareja en la vía pública. Se puede ver la seguridad que brinda la familia otorgando un lugar estable de residencia, ya que los que viven solos deben recurrir a lugares transitorios que dan como resultado la inestabilidad del entorno en el que vive.

## CONCLUSION

Este estudio permitió observar los factores de riesgo que influyen en el reingreso del paciente esquizofrénico.

El intercambio entre un tratamiento farmacológico adecuado, la rehabilitación psicosocial, y un sostén familiar sólidos darían como resultado la disminución en los reingresos del paciente al centro hospitalario, ya que como se ve en los resultados el 80% de la muestra reingreso por abandono del tratamiento farmacológico, el 47% no tiene sostén familiar y el 87% no participa en las actividades recreativas.

Pero se han encontrado diversas fallas en el tratamiento de la esquizofrenia; de las cuales en esta investigación se evidencia como factor predominante el abandono del tratamiento farmacológico, que es en gran parte consecuencia de una rehabilitación psicosocial que se encuentra debilitada, y un sostén familiar que no es fomentado.

Las acciones de la rehabilitación psicosocial están destinadas a potenciar la autonomía del paciente en el desarrollo de la vida diaria y así lograr la reintegración del mismo al medio familiar y social. Se identificaron durante el estudio que existen actividades orientadas con este objetivo, a las que el usuario puede asistir durante su internación y/o luego del alta; la falta está en que un alto porcentaje de estos pacientes no asiste en ninguna de las dos oportunidades y por ende se pierde toda posibilidad de rehabilitar al paciente así como de realizar un seguimiento por parte del equipo multidisciplinario.

La familia continente da espacio al paciente a que se sienta integrado familiar y socialmente dejando de lado las limitaciones a las que se enfrentan a diario. Siendo un pilar fundamental para que el paciente no discontinúe el tratamiento y asista a centros de referencias o policlínicas de control para un seguimiento mensual por parte del equipo multidisciplinario tratante. Esto es para la familia difícil de afrontar por la constancia que significa tener un integrante en el hogar con una enfermedad psiquiátrica crónica, ya que no existen medios facilitadores que hagan surgir el compromiso familiar que supone las exigencias de esta patología (constancia del tratamiento, aislamiento social y carga económica). Se presume que no existe adecuada comprensión y contención para las familias de pacientes esquizofrénicos desde la institución tratante, sociedad y políticas gubernamentales.

¿Hace falta una red social sólida que garantice el nexo entre todos los profesionales del equipo multidisciplinario? ¿Entre el equipo multidisciplinario y el paciente?, ¿y entre el equipo y la familia?

## PROPUESTAS

Se propone la instauración de una red social, sólida, informatizada; que de lugar una comunicación clara y abierta entre los profesionales que trabajan en el sistema hospitalario así como también en los centros de atención primaria que brindan asistencia al paciente psiquiátrico, los grupos de familia para asegurar la atención integral del mismo sin desgastar esfuerzos individuales por parte de las diferentes disciplinas.

Al plantearse una red social sólida debemos pensar con lo que se cuenta actualmente a nivel de Salud Mental en nuestro medio. Se sabe que están en funcionamiento en el tercer nivel de atención el Hospital Público Psiquiátrico quien brinda asistencia al paciente esquizofrénico en la fase aguda de la enfermedad; en el primer nivel una policlínica que funciona en dicho hospital, centros de salud mental, centros de atención primaria que cuentan con especialistas, licenciadas en enfermería, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, etc.; centros de rehabilitación y grupos de familiares de pacientes. Lo que se nota es el déficit en el nexo de cada una de estas partes. Se considera que la licenciada en enfermería; desde el hospital y a nivel de policlínicas, puede desarrollar actividades de rehabilitación, planes de acción orientados a la interconexión necesaria para lograr el abordaje integral del paciente esquizofrénico y su familia.

Estas actividades estarían enmarcadas en un proyecto elaborado por licenciadas en enfermería, y debería ser llevado a cabo por tales profesionales. Dicho proyecto sería el desarrollo de un programa especializado en rehabilitación de pacientes esquizofrénicos, programa que podría funcionar como tantos otros que hoy en día se desarrollan en hospitales, centros de salud, policlínicas de todo el país. La licenciada en enfermería sería el profesional que planificará, coordinará, aplicará y evaluará dichos resultados y cumplimientos de metas establecidas.

Como punto de partida y con el fin de que las autoridades y personal involucrado en los equipos de salud mental del Hospital Público Psiquiátrico conozcan los factores de riesgo que llevan a la rehospitalización de los pacientes; se propone realizar una devolución oral y escrita de esta investigación.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Baena Paz G. "Instrumentos de Investigación". Editores Mexicanos Unidos S.A. 6ª Edición. México, D.F; 1981
- Fernández de Canales F, et al. "Metodología de la investigación". Libro de textos y materiales de instrucción, serie PALTEX, OPS. 2ª Edición. Washington; 1994
- Dabas E, Najmanovich D. "Redes". El lenguaje de los vínculos. PAIDÓS. Bs. As; 1995
- Emilio E y López. "La mente enferma". Servicio Científico. ROCHE. Bs. As;1962.
- Ey, H.et al." Tratado Psiquiatría". 8ª Edición Castellana. Barcelona; 1978.
- Fornes Vives J; Carballal Balsa M. "Enfermería en Salud Mental". Panamericana. Madrid; 2001.
- Meliá, S. Enfermería en Salud Mental. Conocimientos, desafíos y esperanzas. Oficina del Libro FEFMUR. Montevideo2005.
- Morrison M."Fundamentos de Enfermería en Salud Mental", HARCOURT BRACE. 1ª edición. 1999
- Rigol A, et al. "Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría". SALVAT. Barcelona; 1991
- Prado V, et al. "Evaluación retrospectiva del programa de rehabilitación psicosocial de un centro de día para adultos"; Revista de Psiquiatría del Uruguay; Vol. 66 N° 1. Junio 2002.
- Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría. Recuperado 2006, 10 de noviembre En: <http://descargas.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/01604296436705084112257/013302.pdf>
- Ginés, A. Desarrollo y Estado Actual de la Psiquiatría en el Uruguay. Recuperado: 2006, 22 de Marzo En: <http://www.sitiomedico.com.uy/artnac/2000/09/04.htm>
- Programa Nacional de Salud Mental. Recuperado: 2006, 26 de Mayo, En: <http://www.msp.gub.uy> Ginés, A. (2000).

# **ANEXOS**

**ANEXO I..... PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.**

**ANEXOII.....INSTRUMENTO.**

**ANEXO III..... ENTREVISTA REALIZADA A LA JEFA DEL DEPTO  
DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL TEODORO VILARDEBO LIC. BLANCA  
ACLAND.**

# **ANEXO I**

## **PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

**Universidad de la República**

**Facultad de Enfermería**

**Cátedra de Salud Mental**

## **Protocolo de investigación.**

# **Factores de riesgo relacionados al tratamiento farmacológico, rehabilitación psicosocial y sostén familiar que inciden en el reingreso del paciente esquizofrénico al Hospital Público Psiquiátrico.**

### **Autores:**

Br. María Eugenia Álvez

Br. María Eugenia Castro

Br. Silvana Corujo

Br. Fernanda Pereira

### **Tutores:**

Prof. Lic. Silvia Meliá

Prof. Adj. Lic. Álvaro Díaz

## INDICE

	Pág.
Introducción.....	3
Planteamiento del problema.....	4
Antecedentes y fundamentación.....	4
Objetivos de la investigación.....	8
Marco teórico.....	9
Materiales y métodos.....	18
Universo y muestra.....	18
Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	19
Procedimientos para la recolección de la información.....	19
Definición y operacionalización de variables.....	23
Bibliografía.....	27

## INTRODUCCIÓN

El trabajo que se detalla a continuación fue realizado por cuatro estudiantes cursando 4º ciclo, 1º módulo de la Licenciatura de Enfermería, de la Facultad de Enfermería, perteneciente a la Universidad de la República.

El tema a desarrollar parte de la interrogante grupal, de cuales son los factores de riesgo relacionados al tratamiento farmacológico, rehabilitación psicosocial y sostén familiar que condicionan los reingresos del paciente esquizofrénico al Hospital Psiquiátrico Público.

Según la bibliografía consultada sobre este tema varios autores coinciden que la presencia de abusos de sustancia, la ausencia de soporte y compromiso familiar y la prescripción de antipsicóticos convencionales acrecienta el riesgo de reingreso.

Existe una suma importante de factores que inciden en dichos reingresos como abuso de sustancias psicoactivas, tiempo de padecimiento de la patología, abandono del tratamiento, factores sociodemográficos etc. Luego de una extensa revisión bibliográfica resalta que el tratamiento farmacológico, la rehabilitación psicosocial y el sostén familiar son los factores que más se reiteran en el motivo del reingreso. Se cree entonces relevante que desde el rol de enfermería profesional se puede contribuir al tratamiento farmacológico, la rehabilitación psicosocial y fomentar el sostén familiar.

Identificándolos y formando parte del equipo de Salud Mental; enfermería podrá contribuir de forma conciente a disminuir la tasa de reingreso de pacientes con estas características.

Se sabe que el usuario psiquiátrico tiene la necesidad de aumentar sus capacidades personales para enfrentarse a diversas situaciones y es enfermería quien participa activamente en el apoyo al usuario y su familia, y supervisa en forma directa la continuidad del tratamiento.

Esta investigación será cuantitativa de tipo descriptivo, de corte transversal. Se llevará a cabo en un Hospital Psiquiátrico público, en Montevideo, Uruguay. Para la muestra se tomaron usuarios de ambos sexos con el diagnóstico de esquizofrenia.

Se utilizará como instrumento para el estudio una entrevista cerrada anónima con la debida autorización ética y experiencia piloto previa.

Luego de recabar la información pertinente se realizará un análisis uní y bivariado de las variables que se detallan posteriormente.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Factores de riesgo relacionado al tratamiento farmacológico, rehabilitación psicosocial y sostén familiar que inciden en el reingreso del paciente esquizofrénico.

## **ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA**

La esquizofrenia es un trastorno severo que afecta 0.5 al 1 % de la población mundial, tiene como características ser crónica y evolutiva progresando en ocasiones a enfermedades de mal pronóstico clínico.

Muchos estudios coinciden en que el tratamiento farmacológico adecuado, el soporte familiar y la rehabilitación psicosocial son pilares para que el paciente esquizofrénico se mantenga activo en la sociedad y que la falla de uno de estos lo lleva a la recaída en su proceso de rehabilitación. Durante el pasaje en un hospital psiquiátrico público capta la atención a nivel grupal los múltiples ingresos de los pacientes esquizofrénicos, por lo que se advierte que este fenómeno es causado por el fracaso de uno o más de estos pilares; los cuales se cree conveniente conocer y profundizar, para que enfermería actué logrando una mayor calidad de vida de estos pacientes.

Existen muchos intentos de rehabilitación propuestos en el entorno de la psiquiatría de nuestro país, los cuales han devenido progresivamente por diversas causas:

- o En la década del 60 se comienza a desarrollar experiencias de rehabilitación psiquiátrica; estas se intentan por medio de la creación de centros de salud comunitarios, centros diurnos, derivación a policlínicas del primer nivel de atención, todos estos se utilizarían para asegurar el seguimiento del usuario luego de su alta; teniendo como objetivo brindar el sostén grupal a los pacientes en la comunidad, la promoción, y rehabilitación de sus habilidades y el mejoramiento de sus desempeños sociales, dando a su vez la seguridad de la continuación del tratamiento.
- o Las características de los usuarios con esquizofrenia se encuentran detalladas en las siguientes investigaciones:

### **A NIVEL INTERNACIONAL CITADOS CRONOLOGICAMENTE:**

- **Voineskos y Denault (1978):** registraron los ingresos de un año (572) considerando el último como ingreso llave. Compararon los (78) reingresadores- los que tenían 5 o más ingresos durante el periodo de 2 años anteriores al ingreso llave- con el resto (494) y con aquellos que el ingreso llave era el primer ingreso. Realizan seguimiento de todos los pacientes durante el año posterior después del alta del ingreso llave para determinar el número de reingresos. Entre las características de los reingresadores hallan un predominio de varones, jóvenes y con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos orgánicos. Reingresan más los pacientes solteros que los que viven solos, separados o divorciados, los desempleados y con ayudas estatales, los que van a consultas solos e ingresan

por iniciativa propia. Experimentan un programa amoldado a sus necesidades. Concluyeron que los pacientes con más ingresos no componen un grupo uniforme, sino diferentes subgrupos con características propias en función del entorno más que de criterios diagnósticos, incidiendo en que lo importante es el adecuado funcionamiento del paciente en la comunidad luego del alta. Por esta razón plantean el desarrollo de programas comunitarios que intenten de optimizar la adaptación y el nivel de funcionamiento de estos pacientes en la comunidad.

- **Lewis y cols en (1990):** sobre una muestra de 7840 pacientes que ingresaron por primera vez en los años 1980 - 1981 y con un seguimiento durante 5 años, seleccionan una cohorte de pacientes ingresadores múltiples (4 o más veces en 5 años resultando el 14.6% del total de pacientes) e intentan realizar una delimitación de sus características para indagar los factores vinculados con el evento de los múltiples ingresos. Los pacientes esquizofrénicos componían la mayor parte del grupo de los reingresadores. Los pacientes más jóvenes y los psicóticos poseían más posibilidades de volverse pacientes de puerta giratoria.

- **Kent y cols (1994):** -En cuanto a una revisión de 50 pacientes con reingresos múltiples (definidos como pacientes con 3 ó más ingresos en los 3 años de estudio 1989-1991) en hospitales de salud mental australianos, intentan identificar factores que inciden en los reingresos. La ausencia de conciencia de la enfermedad, los conflictos conyugales, la ideación suicida, y el incumplimiento terapéutico, eran los factores que más favorecían a los reingresos.

- **Daniels y cols (1998):** al examinar la tasa de reingreso para la esquizofrenia, trastornos bipolares, y trastornos depresivos, en un periodo de 5 años, y aspirando a la identificación de los predictores del número y la duración de los reingresos, encuentran que una cantidad considerable de pacientes esquizofrénicos (71%), bipolares (59%) y depresivos (48%) son rehospitalizados en los 5 años posteriores al alta y que para los 3 diagnósticos, la cantidad de ingresos antecedentes era un marcador del número de reingresos y el tiempo de estancia hospitalaria en los periódicos reingresos. La edad y el sexo también influyen variando sustancialmente entre los distintos grupos.

- **Doering y cols (1998):** Sobre una muestra de 354 pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos seguidos en el periodo de 2 años se investiga posibles variables predictivas de recaídas y reingreso, mediante investigación de árboles de clasificación y regresión. Encuentran numerosas variables con valor predictivo de la recaída y el reingreso: tratamiento neuroléptico, iniciación y curso previo (factores precipitantes, primera manifestación, hospitalización en el año anterior, intento de autoeliminación), psicopatología (tipo residual, esquizoafectiva), adaptación social (estado civil, empleo, intensidad de vida), experiencias anteriores (trauma, alteraciones psiquiátricas en la infancia), biológicas ( edad, género) concluyendo que su resultado confirma la opinión general respecto al valor del tratamiento con neurolépticos, la etiología multifactorial y modelo de vulnerabilidad al estrés en la esquizofrenia.

- **Olfson y Cols (1999):** Al estudiar las posibilidades de reingreso de 262 pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos en un breve periodo de tiempo (3 meses) y comparándolos con las predicciones clínicas del personal hospitalario, se

advierde que el 24.3% de la muestra fue reingresado a los 3 meses del alta y que el tener 4 ó más ingresos previos. La presencia de abusos de sustancia, la ausencia de soporte y compromiso familiar y la prescripción de antipsicóticos convencionales acrecentaba el riesgo de reingreso.

- **Marcela Sacco, Roberto C. Rodríguez:** realizan una investigación en una institución psiquiátrica de Buenos Aires; ya que el tema de los reingresos de pacientes esquizofrénicos había ganado importancia dado el acrecentamiento de estos en los últimos años, su alto costo y su valor como parámetro para la evaluación de la calidad de la atención médica; se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema, previa a la determinación de la tasa de reingreso de pacientes esquizofrénicos. Se consultaron los registros administrativos y clínicos para escoger pacientes esquizofrénicos dados de alta en un cuatrienio con el objeto de establecer la tasa de reingreso a un año del alta. La tasa de reingreso obtenida fue del 22,5%, inferior a la registrada en la bibliografía revisada.

Algunas características de la muestra como el alto promedio de edad: 47,18 años, mayoría de mujeres (60,4%), el tiempo de evolución, prolongado desde el inicio de la enfermedad y la pertenencia a un país subdesarrollado, favorecieron la obtención del porcentaje del 22,5%.

Se determinó que reingresó el 26 % de los varones y el 20 % de las mujeres. El promedio de edad de los varones de la muestra general fue de 40,5 años y el promedio de edad de los varones que reingresaron fue de 29 años.

Del alto promedio de edad de la muestra (más de 47 años), y a pesar de no haber tabulado los datos sobre el tiempo de evolución, se deduce que el mismo debió haber sido bastante mayor que cinco años, que es el plazo establecido para la estabilización de la enfermedad, teniendo en cuenta que la esquizofrenia de comienzo tardío es poco frecuente.

El número de ingresos previos tiende a confirmarse como predictor de reingreso, de los 9 pacientes que reingresaron 6 registraban varios o numerosos ingresos previos. Otros factores ligados a la obtención de la baja tasa de reingreso han sido: adecuada evaluación al alta y consecuente recomendación del tratamiento apropiado: ambulatorio con controles periódicos en las instituciones designadas, a tales efectos o bien, en los Consultorios Externos de la propia clínica en casos de especial gravedad y riesgo de reingreso temprano, recomendación de concurrir a Hospital de Día, traslado a instituciones geriátricas con controles psiquiátricos al constatar una escasa continencia familiar o factores socioeconómicos desfavorables. De los 13 pacientes trasladados reingresó solamente uno y lo hizo desde otra clínica psiquiátrica.

La influencia del estado civil de los pacientes en la evolución de su enfermedad es tema de controversias pero lo que nos ha llamado la atención es el alto porcentaje de pacientes solteros (74,4%) comparado con el de otros investigadores, más aun teniendo en cuenta el alto promedio de edad de nuestra muestra.

## **A NIVEL NACIONAL:**

Se puede destacar que en el ámbito nacional no se encontraron investigaciones específicas sobre los factores que inciden en los reingresos de usuarios esquizofrénicos. Aunque si se encontraron investigaciones sobre la problemática del paciente esquizofrénico, rehabilitación, etc. A continuación se detalla una de estas:

- **V. Pardo y Cols (2002):** Realizan una evaluación retrospectiva de un programa de rehabilitación. En el que concluyen que el promedio de edad de los pacientes ingresados en estos diez años fue de 27,7 años, una cifra más alta que la esperada. Los ingresos han sido mayoritariamente de hombres, con una progresiva tendencia a la equiparación con los de mujeres. La instalación de la sintomatología incide, en grado importante y variable, según el individuo afectado, ya desde el período prodrómico. Se comprueba una detención frecuente del progreso académico, predominantemente durante el 5º año de Secundaria. Algunos pacientes intentan luego la enseñanza politécnica, con escaso éxito. La gran mayoría de los pacientes no ha logrado constituir una pareja estable al momento de ingreso al Centro.

Esta área la enfermedad interrumpe el proceso normal de adquisición y/o mantenimiento de logros. En la población que requiere rehabilitación psiquiátrica en un Centro de Día como el del estudio, el nivel de autonomía es muy bajo. Un alto porcentaje de los pacientes tiende a continuar viviendo con sus familiares, sobre todo con sus padres, con la madre como figura central. El porcentaje de pacientes que vive solo o con pareja estable es muy escaso.

Luego de una extensa revisión bibliográfica y a la experiencia práctica realizada en un Hospital Público Psiquiátrico en el año 2004, puede pensarse que la causa del reingreso es multi-factorial.

Dentro de estos factores mencionados en la bibliografía que antecede se puede llegar a que las características sociodemográficas del usuario son mayores predictoras del reingreso más que la patología en sí misma.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer los factores de riesgo relacionado a tratamiento farmacológico, rehabilitación psicosocial y sostén familiar de los pacientes esquizofrénicos que inciden en sus reingresos.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Caracterizar sociodemográficamente a la población (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, ocupación, apoyo familiar, grupo familiar, vida social).
- Conocer la continuidad del tratamiento farmacológico previo al reingreso.
- Identificar las actividades de rehabilitación que se les brinda a los usuarios durante la internación.
- Conocer participaciones anteriores del usuario en centros de rehabilitación y participación actual.
- Conocer la dinámica familiar y el impacto de la enfermedad sobre la familia.

## MARCO TEÓRICO.

### **CONCEPTO DE SALUD MENTAL:**

Según Vicente Galli define a la salud mental<sup>1</sup> como: "un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración progresivos; con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social"

### **ENFERMERIA EN SALUD MENTAL**

Se entiende por Enfermería en salud mental<sup>1</sup> toda actividad llevada a cabo por enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería participantes de equipos interdisciplinarios con la responsabilidad de realizar el cuidado de personas, familias y grupos de la comunidad que:

- o se encuentren en riesgo de enfermar, ya sea por la etapa del ciclo vital, como por las condiciones de vida
- o se encuentren en situación de crisis siendo necesario, no solo prevenir el desarrollo de la enfermedad mental, sino también que se resuelva la crisis, partiendo de la situación traumática hacia el logro de la superación.
- o Se encuentren enfermos y los esfuerzos en recuperación y rehabilitación contribuyan al logro de su más plena participación en la vida familiar y comunitaria, disminuyendo los factores de cronicidad.

### **MODELO DE ENFERMERIA**

Enfermería utiliza diferentes modelos para desarrollar el proceso de atención fundamentado en bases teóricas que han sido aportadas por nuestros antecesores/as para el desarrollo de la profesión.

Hildegard Peplau<sup>2</sup> destaca la relación interpersonal enfermera- paciente evaluando sus experiencias para lograr el desarrollo de nuevas habilidades; hacer conscientes de sus comportamientos, y analizarlos para buscar alternativas que le sirvan en situaciones de la vida cotidiana.

Distingue cuatro fases de la relación enfermera-paciente: una de ellas es en la que el usuario intenta reconocer y entender su problema y busca la ayuda profesional, esta primera fase es la de orientación.

Luego la enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al usuario a sobrellevar la enfermedad. Es aquí donde él identifica el problema a enfrentar, por lo tanto es la fase de identificación.

La tercera fase es la de aprovechamiento, donde el paciente intenta beneficiarse a través de la relación con la enfermera, la cual debe cumplir con el proceso de rehabilitación; asegurando el tratamiento farmacológico, fomentando el sostén familiar y motivando la participación en grupos de rehabilitación psicosocial para brindar las herramientas al paciente para que analice su comportamiento y encuentre la forma de resolver sus conflictos.

Enfermería trabajando sobre esta base lograría la externación del paciente de manera que este se desempeñe en forma eficaz en la sociedad.

En base a la atención integral se debe tener en cuenta el seguimiento luego de la externación.

La cuarta fase, la de resolución en la cual se da por finalizada la relación con el usuario y en la que se evalúan los aspectos más destacados y los logros obtenidos en las fases anteriores.

## **NIVELES DE PREVENCIÓN**

Para interrumpir el curso de la enfermedad, es necesario conocer todos los factores que la causan y mantienen.

Teóricamente, esta puede prevenirse en cualquiera de sus fases, dependiendo de lo que se conozca de la historia de la misma, a través de los niveles de prevención en sus tres modalidades:

1. Prevención primaria: corresponde al periodo previo al padecimiento de una patología. Se puede prevenir mediante la promoción de la salud y la protección específica.

Tiene como propósito evitar que se produzcan los estímulos de la enfermedad e impedir la interacción huésped-agente.

2. Prevención secundaria: limitación del daño. Se refiere a la acción durante las primeras fases del periodo patogénico, y se logra mediante el diagnóstico y tratamiento temprano.

Tiene como propósito interrumpir el curso de la enfermedad y prevenir la ocurrencia de futuras etapas en su evolución.

3. Prevención terciaria: incluye mecanismos destinados a reducir la deficiencia física, psicológica y social que inhabiliten al ser humano para el desempeño de sus actividades ordinarias y de trabajo, de esta forma reducir la incapacidad.

El hombre, como individuo y como miembro de una colectividad, depende en sus problemas de salud y enfermedad de las condiciones de vida en el trabajo, en el hogar, en el campo, en la escuela, etc. Y de las oportunidades económicas y culturales que la sociedad ofrece a sus miembros.

La persona (sana o enferma) es parte fundamental del equipo de salud, ya que su participación es indispensable para obtener logros adecuados en las acciones que en forma conjunta se realicen para el beneficio de su salud.

La conducta deseable de la población, sana o enferma, es diferente en cada uno de los niveles de prevención y tiene como propósito facilitar la aplicación efectiva de las medidas preventivas correspondientes.

Cada una de las categorías de las conducta preventiva presenta un conjunto de decisiones críticas que el individuo, bajo la orientación del profesional de salud debe confrontar.

## **RED SOCIAL.**

Según Elina Dabas

"Es un sistema abierto, que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potenciación de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, de un grupo, o de una institución se enriquece a través de las múltiples formas de relaciones de cada uno de los otros."<sup>3</sup>

## **APOYO SOCIAL.**

Según Lin:

"El apoyo social constituye en todos aquellos elementos, funcionales o estructurales, redes o percibidos, que el individuo recibe en su comunidad, su red social y sus amigos íntimos."

## **FAMILIA**

Según Craft y Willadsen la definen como "un contexto social de dos o mas personas caracterizado por la unión mutua, el cuidado, el compromiso a largo plazo y la responsabilidad de procurar un crecimiento individual y social y de las relaciones de apoyo y salud de sus miembros. La familia es el núcleo donde crece y se desarrolla la persona, condicionando parte de su proceso de salud-enfermedad. El factor unificador de una familia es el compromiso"<sup>1</sup>

La literatura refiere que hay dos aspectos relevantes a tener en cuenta:

- a. la influencia que puede tener la familia sobre la enfermedad de uno de sus miembros, que puede ser positiva o negativa para el mismo.

- b. el impacto de la enfermedad sobre la familia, que conlleva al aislamiento social, alteración de la rutina diaria, tristeza, vergüenza miedo, preocupación por el futuro, etc. La respuesta familiar es dependiente de varios factores.

---

<sup>1</sup> Meliá, S. Enfermería en Salud Mental. Conocimientos, desafíos y esperanzas. Oficina del Libro FEFMUR. Montevideo 2005.

<sup>2</sup> Rópol A. et al. "Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría". SALVAT.

<sup>3</sup> Debes E, Najmanovich D. "Redes". El lenguaje de los vínculos. PAIDÓS. Bs. As; 1995

## **PSICOSIS<sup>4</sup>**

Es la incapacidad para reconocer la realidad, para relacionarse con los demás o para afrontar las exigencias de la vida. La psicosis más habitual es la esquizofrenia pero existen también otros trastornos psicóticos, incluidos el trastorno psicótico breve, el trastorno delirante y los trastornos psicóticos debido a enfermedades médicas o inducidos por sustancias. Todos estos presentan un cambio en la percepción de la realidad.

### **PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA**

En 1911 un psiquiatra suizo llamado Hans Bleuler (1857-1939) utiliza el término esquizofrenia que la define como "división de la mente, para describir la desconexión entre los aspectos intelectuales y emocionales de la personalidad.

Se entiende por el "conjunto de trastornos mentales relacionados que se caracteriza por pensamiento, percepciones y comportamientos desorganizados. No es una única enfermedad bien definida sino un grupo de síntomas y conductas".

### **EL PROCESO ESQUIZOFRÉNICO**

Se trata de una desorganización más o menos profunda y progresiva de la personalidad, incompatible con la idea fatalista de una "constitución", y con la de una simple reacción a las dificultades de la existencia.

### **FRECUENCIA. EDAD. SEXO**

La esquizofrenia es la más frecuente de la psicosis crónica. Es una enfermedad del adolescente y del adulto joven. Rara antes de los 15 años, la enfermedad se presenta también raramente después de los 45-50 años. Entre los 15 y 35 años es cuando de la morbilidad es más elevada. La enfermedad está repartida por un igual entre los dos sexos. En lo concerniente a la raza los estudios no indican ninguna afinidad característica.

### **FACTOR GENÉTICO DE PREDISPOSICION**

El factor hereditario se considera realmente presente en la enfermedad, pero en una forma tal que se combina "en cadenas de acciones y reacciones largas y complicadas".

La predisposición genética a la esquizofrenia es segura, pero es muy compleja e interviene de forma variable según los casos, como intervienen de forma variable los factores ambientales.

---

<sup>4</sup> Ey, H. et al. "Tratado Psiquiatría". 8ª Edición Castellana. 1994

## **FACTOR CARACTERIAL DE PREDISPOSICION (PSICOTIPO)**

Está admitido por todos los autores que entre los familiares de esquizofrénicos existe una proporción de esquizoides (15 a 35%) largamente superior a la que existe entre la población general que sería alrededor de 3%.

Caracteres que pueden predisponer a la esquizofrenia:

Trastornos del carácter, rasgos neuróticos, agresividad, impulsividad, preocupaciones hipocondríacas.

Existe un grupo importante en el que la esquizofrenia va precedida de una evolución que parecía normal. Se puede oponer dos grandes grupos en relación con el carácter prepsicótico: aproximadamente un 70% de los casos, preceden a la enfermedad rasgos de carácter patológico y aproximadamente en un 30% estos rasgos ni se notan ni pueden ser descubiertos.

## **FACTORES NEUROBIOLÓGICOS**

De numerosos trabajos histopatológicos se puede concluir que la búsqueda de lesiones centrales específicas en la esquizofrenia ha fracasado. Si bien es cierto que se han encontrado lesiones cerebrales en un número de casos; estas no son factor determinante de la patología.

## **FACTORES PSICOSOCIALES. LA FAMILIA Y EL AMBIENTE DEL ESQUIZOFRÉNICO**

Lo que se trata de examinar no es si dichos factores son la causa de la esquizofrenia, sino de cual es su participación en la serie de factores complejos influyéndose recíprocamente en momentos o circunstancias significativas para el sujeto.

*Papel de los acontecimientos.* Los sucesos verdaderamente significativos son sobre todo aquellos que sobrevienen en determinados períodos clave del desarrollo y de la evolución personal.

Las pubertades precoces y de las pubertades tardías: tanto unas como otras imponen a algunos adolescentes tensiones graves e insolubles. Los traumatismos sexuales precoces pueden a sí mismos bloquear las integraciones difíciles.

*Papel de los factores socioculturales.* Han sido estudiados desde distintos puntos de vista: papel de la clase social; de la Sociedad Industrial; de la religión; de los cambios de cultura; de la urbanización y de diversos factores ecológicos.

Según Devereux (1939-1965) es el autor que mas amplitud ha atribuido a la teoría psicológica de la esquizofrenia; según él sería la "psicosis étnica tipo de las sociedades civilizadas complejas" una "psicosis funcional por inclusión del modelo esquizoide": indiferencia, reserva, hiperactividad, ausencia de afectividad en la vida sexual, disgregación de las actividades que solo exigirían un compromiso parcial, desaparición entre la frontera entre lo real y lo imaginario, infantilismo y

despersonalización: sería según dicho autor los rasgos de nuestra cultura que marcan y que facilitan la evolución hasta la esquizofrenia. La comprobación según Devereux la proporciona el hecho de que "no se observa jamás la esquizofrenia entre las poblaciones que permanece cuando son sometidas a un violento proceso de culturalización y de opresión".

## **SIGNOS Y SINTOMAS**

La principal características de los trastornos psicóticos consiste en la pérdida del contacto con la realidad hasta el punto de deteriorar totalmente el funcionamiento.

Esta enfermedad ejerce un gran impacto en la totalidad de las áreas del funcionamiento del ser humano: la apariencia física de un esquizofrénico es desaseada y desarreglada ya que su atención se centra en los conflictos internos. Muestran una pobre higiene personal y su imagen corporal distorsionada.

A nivel de la percepción encontramos tres signos característicos:

- alucinaciones: percepciones anormales sin que exista un estímulo externo.
- ilusiones: falsas percepciones basadas en estímulos reales.
- agnosia: incapacidad de reconocer objetos o personas.

A nivel intelectual se pueden detallar:

- delirios: ideas falsas y fijas basadas en la realidad.
- desrealización: incapacidad de reconocer los límites del yo.
- ideas de referencia: ideas de que otra persona hablan sobre ellos.
- dificultad del mantenimiento de la atención: es la incapacidad para completar tareas o la omisión de estas.
- empleo incorrecto del lenguaje: neologismos, ecolalia, asociaciones libres.
- fuga de ideas: cambios bruscos del tema y de velocidad del habla.

A nivel emocional:

- afecto lábil: es la variación de las emociones.
- afecto inapropiado: conductas inapropiadas a la situación en la que se encuentra el individuo.

A nivel conductual:

- escaso control de los impulsos

- incapacidad para afrontar la depresión
- abuso de sustancias como forma de respuesta.
- incumplimiento terapéutico
- pobreza en la relación con los semejantes.
- escaso interés en aficiones y actividades.

Los síntomas de la esquizofrenia pueden ser clasificados en negativos y positivos:

Positivos relacionados a los pensamientos y los comportamientos inadaptados e incluyen alucinaciones, problemas del habla y conductas extrañas.

Los síntomas negativos hacen referencia a la ausencia de mecanismo de adaptación y comprenden afecto aplanado, acicalamiento pobre, abandono y pobreza del habla.

## **TRATAMIENTO**

En la esquizofrenia, los mejores resultados se obtienen combinando el tratamiento farmacológico con las medidas de rehabilitación sociolaboral y la psicoterapia.

Cuanto más tiempo pasa el enfermo sin tratamiento, mayor deterioro sufre y mas difícil resulta arrancarlo de sus delirios, por lo que un diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para que el pronóstico sea el mejor posible.

### **Tratamiento médico:**

Se utiliza los llamados Neurolépticos o antipsicóticos los cuales pueden administrarse por vía oral o a través de inyectables.

Como el paciente esquizofrénico no suele tener conciencia de padecer una enfermedad, suele poner resistencia a tomar la medicación por lo que es conveniente tranquilizarlo y explicarle los beneficios de la misma.

Psicoterapia: se trata de hacer entender al paciente su dolencia, como convivir con el y enfrentarse a las crisis y como aliviar la angustia. En definitiva, de aprender como utilizar los recursos psicológicos propios y los ajenos (familia, amigos y compañeros) para lograr el máximo acercamiento a su entorno.

Actualmente se usan las técnicas de modificación de conducta o de modelos de creación de hábitos. Mediante estos métodos el paciente y sus allegados aprenden a controlar las crisis con el conocimiento de los síntomas de la

enfermedad y con la habilidad suficiente para expresar a los familiares el estado en que se encuentra en cada momento para que estos puedan intervenir eficazmente.

#### **Tratamiento psicosocial:**

El objetivo es facilitar la integración social del enfermo, a través de actividades ocupacionales, formativas, laborales o de ocio, que además, faciliten la recuperación de las capacidades funcionales mermadas.

Durante el desarrollo del tratamiento se indaga en cada faceta del funcionamiento humano. El individuo es evaluado desde el punto de vista físico y se le educa en cuanto a las necesidades básicas para realizar eficazmente sus actividades de la cotidianidad (alimentación, descanso y hábitos).

Se detectan los problemas emocionales y se ayuda a identificar a los usuarios sus sentimientos, a controlar su ira, a alcanzar sus metas, desde el punto de vista intelectual se les anima a que resistan sus problemas o alcanzar sus objetivos.

## **MATERIALES Y METODO**

El tipo de estudio es descriptivo de corte transversal.

El área de estudio que este abarca es el reingreso de pacientes esquizofrénicos al Hospital Publico Psiquiátrico.

### **UNIVERSO Y MUESTRA**

El universo son todos los esquizofrénicos internados en dicho nosocomio.

#### **Criterios de inclusión de la muestra**

- o Usuarios de ambos sexos.
- o Usuarios mayores de 15 años de edad.
- o Usuarios con uno o más reingresos con el diagnóstico de esquizofrenia.
- o Más de dos semanas de internación.
- o Aquellos que tienen familia.
- o Que estén o hallan estado en rehabilitación.
- o Que hayan aceptado ser entrevistados.

#### **Criterios de exclusión de la muestra**

- o Usuarios en fase aguda de la esquizofrenia.
- o Usuarios con esquizofrenia y patologías psiquiátricas asociadas.

La muestra se tomará todos los usuarios internados de sexo femenino y masculino que sean mayores de 15 años de edad, y tengan como diagnóstico esquizofrenia. El total de la muestra es de 30 usuarios internados.

Las variables identificadas que serán objeto de estudio son a) sexo, b) edad, c) estado civil d) nivel de instrucción; e) ocupación; f) formas de ingreso económico, g) grupo familiar; h) sostén familiar; i) vida social; j) número de ingresos anteriores; k) motivo del reingreso; l) continuidad del tratamiento farmacológico; m) asistencia a actividades recreativas n) dinámica familiar

#### **Las variables a cruzar son:**

- A) Edad- sexo.
- B) Edad- numero de reingresos.
- C) Sexo – sostén familiar.
- D) Motivo del reingreso- sostén familiar
- E) Sostén familiar - abandono del tratamiento farmacológico
- F) Lugar de residencia- grupo familiar

## MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La fuente de información será primaria porque el método a utilizar será la encuesta, mediante la aplicación de una entrevista al usuario; al mismo tiempo secundario porque se complementarán los datos por medio de la revisión de la historia clínica.

El instrumento a manejar para la recolección será un formulario impreso, anónimo que se utilizara como guía para la entrevista con el usuario, citando las variables a estudiar.

La tabulación y el procesamiento de los datos se realizarán a través de tablas de frecuencias y gráficos con las variables seleccionadas.

## PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

### 1) Autorización:

Luego de elaborado y aprobado el protocolo de investigación, se solicitara la autorización pertinente para el ingreso a la institución publica; como también el consentimiento informado para la realización de la encuesta a los usuarios y el relevamiento de datos de su historia clínica

### 2) Tiempo.

Actividades	Sep	Oct	Nov	Dic	Enero	Feb	Mar	abril	mayo	junio
Elaboración del protocolo										
Aprobación del protocolo										
Ejecución										
Plan de tabulación y análisis de datos										
Elaboración del informe final										

### 3) Recursos.

- **Recursos humanos:** cuatro estudiantes que cursan cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería en la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República.

Los cuatro estudiantes son partícipes de todas las etapas del proceso de investigación, la misma es llevada a cabo bajo la tutoría de dos docentes pertenecientes a la Cátedra de Salud Mental de la Facultad de Enfermería

- **Recurso Institucional:** El Hospital Psiquiátrico Público es el centro de referencia para la puesta en práctica de esta investigación.
- **Recursos Materiales:**

RUBRO	CANTIDAD	DETALLE	TOTAL(\$)
<b>PAPELERIA</b>			
Hojas	500	1 pte	180
Lapiceras	8	10\$ c/u	80
Carpetas	6	12\$ c/u	72
Fotocopias	100	1\$ c/u	100
Cuadernos	4	15\$ c/u	60
Impresiones	4	2 blanco y negro	360
(Cartuchos)		2 color	
Encuadernación	6	35\$ c/u	210
<b>EQUIPOS</b>			
Computadoras	3	Pertenecientes al grupo	----
Impresora	1	Perteneciente al grupo	
Disquetes	10	8 \$ c/u	80
CD	8	7\$ c/u	56
Teléfono	4	Llamadas e Internet	1000
<b>LOCOMOCION</b>			
Boletos urbanos	100	15\$ c/u	1500
Boletos inter departamentales	20	De rivera ida y vuelta 350\$	7000
<b>EXTRAS</b>			1000
<b>TOTAL</b>			<b>11858</b>

#### **4) Proceso.**

Los cuatro estudiantes integrantes del equipo se distribuirán de acuerdo a las necesidades de la investigación en subgrupos de dos estudiantes.

La coordinación de las entrevistas se concretará conjuntamente con el centro asistencial asegurando la disponibilidad de ambas partes

#### **5) Capacitación.**

Se presentará a los tutores de esta investigación el formulario piloto para la recolección de los datos, con el fin de que conozcan su dinámica, estrategia; se entiendan los errores cometidos en el proceso de elaboración. Para que al momento de aplicarlo se haga en forma eficiente, segura y a sabiendas de que los datos obtenidos nos orientan al objetivo planteado.

#### **6) Supervisión y coordinación. Elementos éticos en la aplicación del instrumento**

Siguiendo el propósito de que esta investigación sea confiable y válida se han propuesto distintas pautas para la recolección de datos:

**Pautas Previas a la recolección de datos:**

- a. Ratificación de la autorización para ingresar y entrevistar a los sujetos de estudio.
- b. Organización y revisión final del instrumento (con la esclarecimiento de las dudas que puedan surgir) previo a la recolección de datos.
- c. Realización previa de una experiencia piloto con un grupo sesgado de pacientes.
- d. Distribución del trabajo para cada uno de los integrantes del grupo.

**Pautas Posteriores a la recolección de datos:**

- a. Revisión y clasificación de los formularios ya completados por los integrantes del grupo.
- b. Organización y categorización de los datos recabados.

#### **H) Posibles fuentes de error.**

Para reducir los errores que se puedan presentar en el proceso de recolección de datos es preciso:

Previo a la recolección de los datos:

- a. que cada investigador se encuentre familiarizado con el instrumento de recolección de datos y con la forma de registro.
- b. Que cada integrante del grupo conozca y cumpla la tarea establecida.

**Durante la recolección de datos:**

- a. Que los entrevistados acepten la entrevista, y se sientan a gusto en el proceso.
- b. Crear un ambiente lo mas propicio posible para la comodidad del entrevistado y el entrevistador.

**Posterior a la recolección de datos:**

- a. La revisión y clasificación de los formularios debe realizarse siguiendo los mismos lineamientos, fijados anteriormente por el grupo; al igual que la categorización de los datos recabados.

#### **Plan de tabulación y análisis.**

Este estudio descriptivo se representara con tablas y gráficas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual, mediante un análisis univariado y bivariado de las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, forma de ingreso económico, grupo familiar, apoyo familiar, vida social, número de ingresos anteriores.

Las variables que se entrecruzaran se detallaron anteriormente.

## **DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

### **SEXO:**

Def. Conceptual: características bio-fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, refiere a sus caracteres sexuales, funcionamiento y características secundarias.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Def. Operativa: hombre; mujer.

### **EDAD:**

Def. Conceptual: es el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha actual.

Escala de medición: variable cuantitativa continua.

Def. Operativa: Años cumplidos

### **ESTADO CIVIL:**

Def. Conceptual: condición de un individuo en lo que respecta a su relación de pareja, sus obligaciones civiles y legales.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Def. Operativa: Unión Libre.

Casado

Soltero

Divorciado

Viudo

### **NIVEL DE INSTRUCCION:**

Def. Conceptual: se refiere a los niveles de educación o conocimientos que adquirió formalmente.

Escala de medición: variable cualitativa ordinal

Def. Operativa: Primaria Incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Terciaria completa

Terciaria incompleta

UTU completa

UTU incompleta

Analfabeto

#### **OCUPACION:**

Def. Conceptual: Se refiere a las actividades que realiza la persona pudiendo o no ser la fuente de su sustento.

Escala de medición: cualitativa nominal

Def. Operativa: trabaja, no trabaja

#### **VIA DE INGRESO ECONOMICO:**

Def. Conceptual: se refiere a la fuente de ingreso económico que cuenta persona.

Escala de medición: cualitativa nominal

Def. Operativa: laboral, jubilado, pensionista, ninguno.

#### **GRUPO FAMILIAR:**

Definición conceptual: número de personas que conviven bajo el mismo techo que el individuo.

Escala de medición: cualitativa ordinal

Definición operativa: Pareja

Hijos

Padres

Hermanos

Amigos

Solo

## **SOSTEN FAMILIAR**

Definición conceptual: existencia de una o más personas, que contengan al individuo

Escala de medición: cualitativa ordinal

Definición operativa: si, no.

## **DINÁMICA FAMILIAR E IMPACTO FAMILIAR:**

Definición conceptual: cambios que debe realizar la familia para lograr la estabilidad dentro del grupo familiar desde la perspectiva del paciente.

Definición operacional: si no

## **VIDA SOCIAL:**

Definición conceptual: participación activa en grupos sociales (religiosos, musicales, teatro, sectas)

Escala de medición: cualitativa ordinal

Definición operativa: si, no.

## **NUMERO DE INGRESOS ANTERIORES:**

Definición conceptual: cantidad de ingresos al sistema hospitalario anteriores al actual.

Escala de medición: variable cuantitativa nominal

Definición operativa: de 1 a 5

6 a 9

Mas de 10

## **MOTIVO DEL INGRESO:**

Definición conceptual: motivo por el cual el individuo reingresa a la institución

Definición operativa: denuncia familiar

Problema en vía publica

Coordinado por medico de policlinica

Derivado de otra institución

Vía judicial

Por sus propios medios

### **CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Def. Conceptual: continuidad en la administración de un fármaco

Def. Operativa: abandono, no abandono

### **ASISTENCIA ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Def. Conceptual: asistencia por parte del usuario a centros de rehabilitación

Def. Operativa: asiste o no asiste

## BIBLIOGRAFÍA.

Baena Paz G. "Instrumentos de Investigación". Editores Mexicanos Unidos S.A. 6ª Edición. México, D.F; 1981

Fernández de Canales F, et al. "Metodología de la investigación". Libro de textos y materiales de instrucción, serie PALTEX, OPS. 2ª Edición. Washington; 1994

Dabas E, Najmanovich D."Redes". El lenguaje de los vínculos. PAIDÓS. Bs. As; 1995

Emilio E y López. "La mente enferma". Servicio Científico. ROCHE. Bs. As;1962.

Ey, H.et al." Tratado Psiquiatría". 8ª Edición Castellana. Barcelona; 1978.

Fornes Vives J; Carballal Balsa M. "Enfermería en Salud Mental". Panamericana. Madrid; 2001.

Meliá, S. Enfermería en Salud Mental. Conocimientos, desafíos y esperanzas. Oficina del Libro FEFMUR. Montevideo2005.

Morrison M."Fundamentos de Enfermería en Salud Mental", HARCOURT BRACE. 1ª edición. 1999

Rigol A, et al. "Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría". SALVAT. Barcelona; 1991

Prado V, et al. "Evaluación retrospectiva del programa de rehabilitación psicosocial de un centro de día para adultos"; Revista de Psiquiatría del Uruguay; Vol. 66 N° 1. Junio 2002.

Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría. Recuperado 2006, 10 de noviembre En:  
<http://descargas.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/01604296436705084112257/013302.pdf>

Ginés, A. Desarrollo y Estado Actual de la Psiquiatría en el Uruguay. Recuperado: 2006, 22 de Marzo En: <http://www.sitiomedico.com.uy/artnac/2000/09/04.htm>

Programa Nacional de Salud Mental. Recuperado: 2006, 26 de Mayo, En:  
<http://www.msp.gub.uy> Ginés, A. (2000).

**ANEXO II**  
**INSTRUMENTO**

Nº de formulario.....

Fecha.....

Somos un grupo de 4 estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República; que actualmente nos encontramos realizando el trabajo de investigación final en la Cátedra de Salud Mental bajo la tutela de la Prof. Lic. Silvia Meliá y el Prof. Adj. Lic. Álvaro Díaz.

El propósito de la investigación es valorar aspectos del tratamiento farmacológico, la rehabilitación psicosocial y el sostén familiar del paciente. Para ello solicitamos la autorización para aplicar un cuestionario donde se valoran dichos aspectos.

La colaboración será libre y voluntaria pudiéndose suspender en cualquier momento según alguna de las partes lo disponga. Se garantiza que la utilización de los datos y resultados del estudio serán confidenciales.

Recibo copia del impreso y consiento en participar.

### CUESTIONARIO DE ENTREVISTA DIRECTA AL USUARIO

1) Sexo            F            M

2) Edad

15 a 20 años	
21 a 25 años	
26 a 30 años	
31 a 35 años	
36 a 40 años	
41 a 45 años	
46 a 50 años	

3) Nivel de instrucción

	Incompleta	Completa
Primaria		
Secundaria		
Terciaria		
UTU		
Analfabeto		



### Lugar de residencia

13) ¿Dónde vive?

Casa	
Albergue	
Residencial o casa de salud	
Vía pública	

### Grupo familiar

14) ¿Con quien vive?

Pareja	
Hijos	
Padres	
Hermanos	
Amigos	
Solo	

### Sostén familiar

- 15) ¿Usted tiene relación con integrantes de su familia? SI NO
- 16) ¿Se siente contenido por su familia? SI No
- 17) ¿Se siente a gusto con quien vive? Si No

### Dinámica familiar e Impacto de la enfermedad en la familia

18) ¿Algún miembro de su familia lo visita durante su internación? SI NO

19) ¿Cuántas veces?

1 vez por semana	
1 vez cada 15 días	
1 vez por mes	
Nunca	

20) ¿Participa en actividades de rutina del hogar? Si No

### Vida Social

**21) ¿Participa de reuniones de grupos?**

Autoayuda	
Religiosos	
Artísticos	
De estudio	

**22) ¿Participa en actividades recreativas durante la internación? SI NO**

¿Cuales? Huerta  
Música terapia  
Centro diurno  
Manualidades

**23) ¿Antes de la internación participo en centros de actividades dentro del hospital? SI NO**

## **ANEXO III**

**ENTREVISTA REALIZADA A LA LICENCIADA EN ENFERMERIA BLANC  
ACLAND**

Montevideo 14 marzo de 2007

**ENTREVISTA REALIZADA A LA JEFA DEL DEPTO DE ENFERMERIA  
DEL HOSPITAL TEODORO VILARDEBO LIC. BLANCA ACLAND**

**1-¿Que capacidad de camas tienen en dicho nosocomio?**

LIC- en este momento contamos con un número de 300 camas todas ocupadas, divididas en 3 salas de mujeres y 5 de hombres, más las salas de seguridad

**2-¿Existen condiciones previas para que el usuario esquizofrénico sea dado de alta en el caso de que no cuente con un domicilio o familia?  
¿Cuales?**

LIC- no, no existe ninguna condición, cuando el paciente es dado de alta si no tiene familia o lugar donde ir el Asistente Social lo coordina a algún albergue o en el caso de que tenga pensión alguna residencia.

**3-¿Sobre que base se realiza el seguimiento del paciente luego de su extemación?**

LIC- el paciente luego del alta queda coordinado a la policlínica de su lugar de residencia, en caso de descompensación es traído nuevamente al hospital

**4-¿Qué actividades orientadas a la rehabilitación del paciente esquizofrénico brinda el hospital?**

LIC- las actividades que brinda el hospital, mientras esta internado son: la huerta, música terapia, manualidades el centro diurno que en este los pacientes dados de alta pueden concurrir si lo desean, cabe destacar que muchos de los pacientes deben tener autorización del medico para concurrir a las actividades como es el caso de la huerta

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos aquellos quienes hicieron posible llevar a cabo nuestra investigación, al equipo de Salud del Hospital Psiquiátrico Público, particularmente a su Director y Jefa del Departamento de Enfermería, quien nos brindó su apoyo y disponibilidad; a nuestros tutores, Prof. Lic. Silvia Meliá, Prof. Adj. Lic. Álvaro Díaz quienes nos guiaron para llevar a cabo nuestra investigación.

A nuestras familias, por su comprensión y apoyo en todo momento a lo largo de la carrera, alentándonos en forma permanente.