



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
Ciclo de Licenciatura en enfermería

TESIS FINAL
TEMA

EDUCACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES, PSIQUIÁTRICOS
EXTERNADOS



AUTORES: *Paloma Akel*

Mendoza, Agosto de 2012

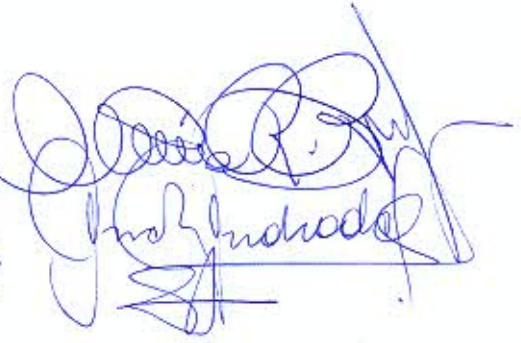
“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Integrantes del tribunal examinador:

Presidente:..... Lic. María Rosa Deyos

Vocal1:..... Lic. Ana M. Andradz

Vocal2:..... Lic. Jorge G. Michel



Trabajo Aprobado el: 15.1.08.12

AGRADECIMIENTOS

Agradezco enormemente la colaboración en la corrección y guía a la Lic. María Reyes y a la Lic Hatzemian.

Al personal del hospital Dr. Carlos Pereyra por abrirme la puertas para poder ahondar en los temas de la salud, a cada familia que fue pilar importante para esta investigación por brindarme su tiempo y colaboración y por ultimo no menos importante a mi compañera de trabajo y amiga Johana Quiroga y a mi familia por el apoyo constante en cada paso de desarrollo en esta investigación.

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I. Planteo del Problema.....	1.
Introducción.....	2
Planteo del problema.....	3
Objetivos del estudio.....	4
Marco Teórico.....	6
CAPÍTULO II. Diseño Metodológico.....	47
Tipo de Estudio.....	48
Área de Estudio.....	48
Universo y muestra.....	49
Variables y/o hipótesis: Definición y operacionalización.....	50
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	53
Bibliografía.....	58
Análisis, procesamiento y presentación de datos.....	59
CAPÍTULO III. Resultados, discusión y propuestas.....	79
Interpretación de los resultados.....	80
Propuestas de acción de acuerdo a los resultados y a los objetivos de estudio.....	81
ANEXOS.....	82
Entrevista.....	84

ÍNDICE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla matriz.....	86
Tabla matriz 1 cuidado integral.....	87
Tabla matriz 2 observación signos de alarma.....	89

CAPITULO I

Planteo del problema

Introducción

En las siguientes páginas están plasmados el resultado de la investigación que surgió a partir de identificar la necesidad concreta de conocer el nivel de involucramiento del medio inmediato, es decir, de la familia del paciente psiquiátrico ambulatorio.

Compartiendo la noción de que la enfermedad mental es una enfermedad social a través de herramientas de análisis busque asignar un valor al conocimiento que posee de la enfermedad y el cuidado, el medio familiar del paciente encontrando valiosos datos sobre este conocimiento y la evolución del paciente.

Es a partir de la enfermería con su rol de educadora que puede solventar tal problema, argumentado por la relación interpersonal que logra con el paciente. Es por eso que esta investigación quiere hacer hincapié en las relaciones, sobre la formación de los familiares como parte indisoluble.-hoy inconclusa – del mismo tratamiento.

Vera el lector una vez realizados los estudios y valoración de sus resultados se desprenden naturalmente propuestas simples y directas buscando dar respuesta a este humildemente; a mi entender y como demuestra el presente trabajo, bache en el tratamiento.

Estas propuestas se centran en comenzar con educación para poder cuidar y contener a un paciente psiquiátrico, con sesiones familiares en el hospital que en ellas se pretendería mejorar la comunicación, enseñar habilidades para la resolución de problemas como signos y síntomas de un paciente psiquiátrico, toma de medicación, manejo de crisis, contención emocional, satisfacción de necesidades básicas, minimizar sobreinvolucración, y graduar las expectativas.

De esta manera busco aportar a cerrar el círculo que propone a la enfermedad mental como una enfermedad social.

TEMA

Educación a familiares de pacientes, psiquiátricos externados

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Lo que motivo a la investigadora a abocarse al siguiente tema es el desconocimiento de la familia en el cuidado integral de la patología que presenta el integrante enfermo externado del hospital escuela Dr. Carlos Pereyra

La investigadora ha observado la cantidad de familiares de pacientes externados que asisten al área de atención ambulatoria no están debidamente informados en como suplir las necesidades básicas, enfrentar, actuar y contener e integrarlo en su entorno familiar.

La investigadora Como parte de un equipo de salud conoce sin duda lo que implica trabajar con enfermos psiquiátricos, lograr la independencia de los mismos, acentuando el tomar conciencia de su condición ,el Cumplimiento estricto de las indicaciones médicas que garantizarán el control del período de abstinencia a las drogas , en el caso que sea esa la patología, la posibilidad de que el paciente convulsione , intento de suicidio o alucinaciones etc., Brindar en todo momento seguridad, trato afectuoso y respetuoso . Controlar y anotar los signos vitales y comportamientos indicadores de cambios, Control de la higiene personal y de la alimentación, Control de cambios conductuales, Contención verbal o física de ser necesario a pacientes y de lo importante que es seguir un régimen estricto en cuanto a la toma de medicación, así también como afrontar la situaciones de crisis de los mismos, es por eso que la enfermera en su rol de educadora debe tratar de traspolar estos conocimientos a los familiares de estos mimos durante la internacion y reafirmarlos en el alta, la investigadora se cuestiona que estos puntos no han sido fuertes y que es de suma importancia estudiar a la familias de los pacientes externados para corroborar estos datos .

Este hecho impacta abiertamente en la calidad de vida del los pacientes externados así como también en la de sus familias.

PLANTEAMIENTO PROBLEMA O FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Qué información sobre cuidado integral y signos de alarma, tienen los familiares de pacientes psiquiátricos externados del Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra?

OBJETIVO GENERAL

Determinar Qué información sobre cuidado integral y signos de alarma, tienen los familiares de pacientes psiquiátricos externados del Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar que información tiene la familia de pacientes psiquiátricos con respecto a signos y síntomas de la patología que padece el mismo
- Conocer que información tiene la familia de pacientes psiquiátricos con respecto a la toma de medicación y efectos adversos de los mismos
- Indagar con que información cuenta la familia respecto a signos de alarma en higiene y alimentación.
- Identificar que información tiene la familia con respecto a signos de alarma .

Justificación

El Hospital Dr. Carlos Pereyra Ubicado en Ituzaingo 2831, Capital, Mendoza es un hospital Monovalente – psiquiátrico de Complejidad: Nivel III, el cual cuenta entre otros servicios, de externacion área de atención ambulatoria m donde la investigadora pretende llevar acabo la investigación sobre la externacion de pacientes psiquiátricos y la educación con la que cuenta la familia de los mismos.

Luego de considerar que esta temática es posible de ser investigada, se realiza el abordaje de otros estudios sobre esta problemática, y es por lo cual que se comprueba que uno de los factores que influyen en el tratamiento y la externacion, es la exclusión social y las falencias familiares, y partiendo de las bases estudiadas concluyo abocarse en la necesidad específica de la familia.

MARCO TEÓRICO

El siguiente marco teórico se ha dividido en 3 capítulos para una mejor comprensión de los puntos de interés a tener en cuenta en este estudio así como también se cita los estudios realizados sobre esta temática

Capítulo 1

Paciente psiquiátrico externado

Es importante comenzar con una definición de lo que es la "psiquiatría" y la "salud mental" según la OMS, para introducir al lector en la profunda temática que abarcan los mismos.

La psiquiatría es la ciencia que se dedica al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Su objetivo es prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar los trastornos de la mente.

La salud mental es un estado de bienestar emocional y psicológico, en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana, siendo así un estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales... así como para formar relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social.

Todo ser humano debe afrontar estas situaciones a lo largo de su vida, en la medida que se aleje de estas conductas será la magnitud de su patología.

-Usted se preguntará ¿qué es tener buena salud mental y emocional?

Las personas que emocionalmente son sanas tienen control sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Se sienten bien consigo mismas y tienen buenas relaciones interpersonales. Pueden poner los problemas en perspectiva.

Es importante recordar que personas que tienen buena salud emocional algunas veces tienen problemas emocionales o enfermedades mentales. La enfermedad mental con

frecuencia tiene una causa física tal como un desequilibrio químico en el cerebro. El estrés y los problemas en la familia, trabajo o el colegio a veces pueden desencadenar una enfermedad mental o hacer que esta empeore. Sin embargo, las personas que emocionalmente están sanas han desarrollado maneras de hacerle frente al estrés y los problemas. Ellas saben cuándo necesitan buscar ayuda de parte de su médico o de un asesor psicológico.¹

Puede decirse entonces que la salud mental es un estado de bienestar psicológico y emocional que permite al sujeto emplear sus habilidades mentales, sociales y sentimentales para desempeñarse con éxito en las interacciones cotidianas.

Hay una serie de factores que indudablemente ayudarán a cualquier individuo a tener una buena salud mental. Entre ellos se encuentran el relajarse, el hallar siempre tiempo para cuidarse a uno mismo, contar con el respaldo y apoyo de amigos y familiares, Valorarse y aceptarse a sí mismo es un aspecto clave para mantener su salud psicológica, lo que le permitirá disfrutar de la vida por completo. Sin embargo, si esto se convierte en una lucha, su habilidad de sentir, expresar y manejar sus emociones positivas y negativas - especialmente la rabia- se verán afectadas. Por ejemplo, si tiene una enfermedad física permanente, se ha jubilado o le han despedido, es posible que se sienta bajo de ánimo y estresado. Estos sentimientos suelen pasar, pero en ocasiones desarrollan otros problemas más serios, como la depresión o la ansiedad. Por tanto, tener una buena salud mental le protegerá de desarrollar estos trastornos.

¹ <http://familydoctor.org/familydoctor/es/prevention-wellness/emotional-wellbeing/mental-health/mental-health-keeping-your-emotional-health.ht>

Trate de seguir estos 10 consejos para sentir un bienestar físico, emocional y mental

1. Siga una dieta sana y equilibrada.
2. Beba con sensatez.
3. Manténgase activo.
4. Descanse.
5. Duerma bien.
6. Exteriorice sus sentimientos.
7. Pida ayuda cuando lo necesite.
8. Acéptese tal y como es.
9. Esté en contacto con sus amigos y seres queridos.
10. Sonría y ría.

Así como la ausencia de enfermedad no supone una garantía de salud física, lo mismo puede decirse respecto a la salud mental. Para determinar el estado de salud mental de un ser humano, se requiere de un control de la conducta cotidiana por parte de un especialista.

Muchos son los trastornos mentales que están determinados y clasificados y que, al mismo tiempo, cuentan con sus respectivos tratamientos. Entre los más frecuentes nos encontramos con los trastornos de ansiedad bajo cuya denominación se engloban desde las fobias hasta los trastornos de pánico, los de tipo obsesivo-compulsivo o los de estrés postraumático.

Asimismo, también existen otros trastornos mentales muy conocidos como la depresión, los de tipo psicótico como sería el caso de la esquizofrenia, los llamados de la personalidad o los conocidos como trastorno bipolar. Este último, en concreto, es una enfermedad muy severa que padecen aquellas personas que tienen cambios muy bruscos en su estado de ánimo.

-Hablemos de lo que padece un paciente tanto por presentar una patología como a la hora de ser internado en una institución mental

Él debe enfrentarse no solo con la problemática que le genera su enfermedad, sino también con el rechazo y la marginación de la sociedad, producto de concepciones erróneas y prejuicios, y de la herencia cultural acerca de la locura. Es necesario para el bienestar del paciente y la evolución del tratamiento poder contar con familiares o vínculos cercanos que funcionen como red de sostén. Sin embargo esta es una realidad poco frecuente, la mayoría de las veces los familiares se encuentran ausentes del tratamiento o semi presentes pero con un pobre conocimiento sobre la enfermedad que le atañe al integrante padeciente. Esto a su vez se relaciona con los recursos que cuentan para mantenerse una vez fuera del hospital.

La adaptación al medio hospitalario es un proceso que debe realizarse paulatinamente, permitiéndose los propios tiempos para lograr asimilar los múltiples códigos circundantes. La salud, la enfermedad, el dolor, la impotencia, la adversidad, la alegría, la resiliencia, lo blanco, lo verde, el frío, el olor a amoníaco, a lavandina, al alcohol, el sonido de metales de las bandejas, ruidos de otros pacientes el hecho de compartir habitaciones, a los nuevos horarios de sueño y alimentación, sentirse lejos de su hogar y de sus costumbres es un cambio por demás abrupto que a cualquiera en un estado relativamente sano de salud psíquico y mental lo perturbaría, el sentirse abandonado por su familia en este nuevo mundo extraño para él es muy duro, por eso es importante que la internación transcurra lentamente. Estas son solo algunas de las imágenes y sensaciones que coexisten en este mundo hospitalario.

Concluyendo, la internación implica un proceso de desculturación o resocialización para la persona, supone una pérdida de las habilidades básicas para un desempeño adecuado en la comunidad, hecho que impacta de manera notable con las posibilidades de retornar de manera satisfactoria al ambiente de origen de la persona y provoca un mayor tiempo de permanencia en la institución. En contrapartida esta la Atención ambulatoria que es la modalidad de atención médica en la que el paciente recibe los cuidados diagnóstico-terapéuticos en forma ambulatoria, es decir, sin pernoctar en una cama hospitalaria.

Las decisiones de internación en el hospital se producen en dos escenarios, por un lado, la guardia, por donde ingresan las personas derivadas de otros sectores del hospital, otros hospitales, desde la justicia, la policía, etc. Por otro lado también asisten desde los consultorios externos, donde se realizan tratamientos ambulatorios con pacientes

externados del hospital. Llegado el caso no siempre las internaciones se producen en el hospital sino que los pacientes bajo tratamiento ambulatorio son derivados a otras instituciones. Los casos que efectivamente se internan en el hospital deben ser evaluados nuevamente por profesionales de la guardia quienes confirman la pertinencia de la internación.

La guardia y los tratamientos ambulatorios: La guardia es la puerta de entrada a la internación. El objetivo de la guardia es "estabilizar mediante psicofármacos al paciente en su momento de crisis".

El equipo de trabajo diario está conformado por un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social, un médico clínico, un enfermero. La rotación de profesionales se produce cada 24 horas, y por ese motivo los pacientes son atendidos por un profesional diferente cada día. Básicamente, lo que hace el profesional (psiquiatra o psicólogo) es "evaluar al paciente" que llega a la guardia. Esto implica recabar información de los síntomas psiquiátricos. Una vez efectuada la evaluación y en caso de que se decida una internación, interviene el trabajador social y realiza una entrevista de admisión incorporando la información pertinente a lo que llaman la "historia social". Los pacientes permanecen en la guardia un periodo de 3 días aproximadamente, luego del cuál son dados de alta o son derivados a una sala de internación (sala de mujeres, sala de hombres) donde proseguir la internación. En las salas son recibidos por un "equipo tratante" (psiquiatra y psicólogo) quienes conducen su tratamiento. Tratándose de un hospital de urgencias psiquiátricas las internaciones tienen una duración de dos a tres meses, salvo casos excepcionales. En las salas de internación también intervienen otros profesionales como trabajadores sociales y algunas veces terapeutas ocupacionales. Cuando el grupo interdisciplinario decide dar el alta al paciente, en una menor medida pacientes con adicciones van a casitas de medio camino el otro porcentaje el del 90% queda bajo tratamiento ambulatorio donde se le dan un régimen de visitas en consultorios externos que le brinda el mismo hospital.

A continuación nos informamos respecto de la prevalencia de ciertas patologías que son atendidas.

1) Esquizofrenia

Definición

es un diagnóstico psiquiátrico en personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad.¹ La esquizofrenia causa además una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social.²

Tipos de esquizofrenia

- Tipo paranoide: predominan los sentimientos de persecución, delirio de grandeza y alucinaciones auditivas
- Tipo desorganizado o hebefrénica: predomina el discurso y comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada o plana.
- Tipo catatónico: con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cética (como muñeco de cera); puede llegar hasta el estupor catatónico, conllevando a una incapacidad para cuidar de sus necesidades personales.
- Tipo indiferenciado: hay síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.
- Tipo residual: donde los síntomas positivos están presentes tan sólo a baja intensidad.

Síntomas

-Se dividen en negativos y positivos

Síntomas negativos

Los síntomas negativos, o síndrome de actividad psicomotora disminuida, consisten en la deficiencia de movimientos espontáneos, el habla y falta de interés. Dicho de otra forma, por lo general se consideran como una pérdida o disminución de funciones psicomotoras que incluyen al afecto embotado o plano, apatía, alogia (limitación en la fluidez y productividad del habla), abulia.

² <http://es.scribd.com/doc/83026078/Enfermeria-Psiquiatrica> Gail W.Stuart .Michele T. Laraia

Síntomas positivos

Los síntomas positivos, o síndrome de distorsión de la realidad, consisten en alucinaciones y delirios. También estos síntomas en general reciben el nombre de psicosis.

Kurt Schneider distinguió diferencias entre la esquizofrenia y otros trastornos que pueden producir psicosis como la depresión, manía, psicosis reactivas y otros. Schneider identificó y dividió en dos grupos once síntomas, siete caracterizados por una extraña sensación de invasión proveniente del exterior y cuatro en alucinaciones auditivas y difusión del pensamiento:

	Sensación de invasión del exterior	Alucinaciones auditivas
Síntomas schneiderianos	<ol style="list-style-type: none">1. Percepción delirante.2. Experiencias de pasividad somática3. Pensamientos de salida del cuerpo4. Inserción de los pensamientos5. Imposición de los sentimientos6. Imposición de los impulsos7. Imposición de los actos voluntarios	<ol style="list-style-type: none">1. Audición del pensamiento2. Voces que comentan las acciones propias3. Voces que discuten4. Difusión del pensamiento

-Signos de alarma de una recaída en un esquizofrénico

-Uno de los principales rasgos de ciertos signos son los cambios de conducta. En ocasiones, el sujeto puede estar tan enfermo que no es consciente de su propia recaída, por lo que necesitará ayuda (familia, amigos, etc.). En otros casos, las recaídas se deben a que los esquizofrénicos abandonan la medicación.

-Muchas veces los signos de alarma no son detectados por el propio enfermo debido a la gravedad de aquélla, por lo que para mantenerse en alerta ante cualquier recaída es de vital importancia la empatía y la comunicación. De ahí que cuanto mayor comunicación se tenga con el esquizofrénico, más fácil resultará distinguir entre las emociones normales y las señales de una recaída.

2) Trastorno bipolar

Definición

Es una afección en la cual las personas alternan entre periodos de un estado de ánimo muy bueno o irritable y depresión. Las "fluctuaciones en el estado de ánimo" entre manía y depresión pueden ser muy rápidas.

Se desprenden sus 4 fases o episodios ³

2 1- fase maníaca: la manía frecuentemente comienza con un sentimiento agradable de mayor energía, creatividad y mejora de las habilidades sociales. Las claves son la exaltación y aceleración del pensamiento, la actividad e incluso el lenguaje que llevan a la aparición en un episodio maníaco de los siguientes síntomas que deben durar al menos una semana:

-La persona se siente extraordinariamente eufórica con una sensación de bienestar que a veces se acompaña de irritabilidad

-Tiene menos necesidad de dormir, pero no se siente cansado, tiene mucha energía

-Habla tan rápidamente que otros no pueden seguir su conversación

-Tiene pensamientos acelerados y sin control (igual que el lenguaje)

-Se distrae tan fácilmente que salta de un tema a otro y de una actividad a otra continuamente

-Tiene un sentimiento de plenitud que le llega a creer en ideas exageradas acerca de su poder, grandeza o importancia

-Hace cosas temerarias sin pensar en las posibles consecuencias negativas, como gastar demasiado dinero, actividad sexual impropia, hacer inversiones en negocios desconocidos

-En casos muy severos, puede tener alucinaciones (oyendo o viendo cosas que no están ahí) o ilusiones (creyendo firmemente en cosas que no son verdaderas).

³ <http://es.scribd.com/doc/83026078/Enfermeria-Psiquiatrica> Gail W.Stuart .Michele T. Laraia

La persona que se encuentra en una fase de manía típicamente no entiende que tenga ningún problema e incluso culpa con cólera a cualquier persona que le señale lo inadecuado de su comportamiento. La causa es que muchas de las vivencias resultan muy agradables para el enfermo (algunas personas tienen la sensación de estar "mejor que nunca" o "en el mejor momento de sus vidas"), especialmente si ha pasado ya por la terrible experiencia de la depresión, quiere disfrutarlas y no es capaz de valorar adecuadamente las desventajas o los riesgos que implican (con frecuencia se producen pérdidas económicas importantes, despidos laborales, rupturas de pareja...).

2.2 – fase hipomaniaca: la hipomanía es una forma más leve que la manía, con síntomas parecidos, pero menos graves, siendo el deterioro también menor. Durante los episodios hipomaniacos, la persona se siente mejor y es más productiva. Estas sensaciones hacen que las personas a veces abandonen la medicación para buscar este estado. Sin embargo, con demasiada frecuencia hay que pagar un precio muy alto por la hipomanía, ya que ésta suele acabar en manía o depresión.

-Quitar todo aquello que moleste para dormir: pendientes, reloj... y utilizar ropa de cama y colchón cómodos.

-Procurar un aislamiento sonoro y lumínico del espacio donde se duerme.

-Mantener una temperatura ambiental adecuada (preferiblemente habitación agradablemente fresca).

-Evitar aparatos eléctricos enchufados en las cercanías de la cama.

2.3 – fase de depresión: los síntomas siguientes están presentes al menos durante dos semanas:

-Se siente triste, decaído, melancólico o pierde interés por las cosas con las que disfruta habitualmente

-Tiene problemas para dormir, generalmente se despierta demasiado temprano (más raramente duerme demasiado)

-Pérdida de apetito (menos frecuentemente aumenta el apetito)

-Problemas para concentrarse o tomar decisiones

-Siente que todo va muy lento o se siente nervioso.

2.4 - episodio mixto: Quizás los episodios más debilitantes sean los que incluyen síntomas de manía y depresión al mismo tiempo. Se siente irritable, como en la manía, a la par que triste.

Según de que forma se presentan estos episodios si combinados o no sera trastorno bipolar tipo I o trastorno bipolar tipo II y ciclotimia que es un grado mas leve de trastorno bipolar

Clasificación de los tipos de trastornos bipolar

T. Bipolar TIPO I

Quando la persona tiene *episodios maníacos* sólo o acompañados de episodios depresivos. Si usted ha tenido hasta ahora sólo un episodio maníaco tendrá un T.bipolar I y probablemente tendrá más episodios maníacos y depresivos si no comienza un tratamiento farmacológico ¡YA!

T. Bipolar TIPO II

Si usted sólo ha tenido *episodios hipomaníacos* con o sin depresión, pero no maníacos tiene un tipo II. Este tipo es difícil de reconocer porque la persona se encuentra "muy bien", duermen poco y están muy activos. Pero existe el peligro de tener depresiones y si sólo combatimos éstas con antidepresivos puede desencadenarse un episodio maníaco grave.

CICLOTIMIA

Es un trastorno bipolar "suave", tiene altibajos más leves pero igualmente mantenidos en el tiempo.

T. Bipolar de CICLACIÓN RÁPIDA

Tienen esta variante de la enfermedad aquellas personas con más de cuatro episodios al año, en cualquier combinación (hipomaniaco, maníaco, depresivo). Esta forma se ve en el 15% de las personas con trastorno bipolar.

3- Neurosis

Definición

El término clásico hace referencia a un trastorno mental sin evidencia de lesión orgánica que se caracteriza por la presencia de un nivel elevado de angustia y una hipertrofia disruptiva de los mecanismos compensadores de la misma. El sujeto mantiene un adecuado nivel de introspección y conexión con la realidad, pero presenta la necesidad de desarrollar conductas repetitivas y en muchos casos inadaptativas con objeto de disminuir el nivel de estrés. Se trata, en realidad, de un rasgo caracterial que acompaña al sujeto durante toda su vida, de gravedad muy variable, desde grados leves y controlables hasta situaciones gravemente incapacitantes que pueden llegar a precisar hospitalización.

El término neurosis fue abandonado por la psicología científica y la psiquiatría. Concretamente han cambiado la nomenclatura internacional para referirse a estos cuadros clínicos como trastornos, entre los que se incluyen:⁴

-Trastornos depresivos (distimia, ciclotimia, episodios depresivos leves, moderados o graves [con o sin síntomas somáticos])

-Trastornos de ansiedad (fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, agorafobia, crisis de angustia, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada)

-Trastornos somatoformes (dismorfofobia, trastorno de conversión, hipocondría, dolor somatoforme, trastorno de somatización)

-Trastornos disociativos (Trastorno de identidad disociativo, fuga y amnesia psicógenas, trastorno de despersonalización, trance y posesión)

⁴ <http://es.scribd.com/doc/83026078/Enfermeria-Psiquiatrica> Gail W. Stuart .Michele T. Laraia

-Trastornos sexuales:

Parafilias (exhibicionismo, fetichismo, froteurismo, pederastia, masoquismo, sadismo, travestismo, voyeurismo)

Disfunciones sexuales (deseo inhibido, aversión al sexo, anorgasmia, impotencia, eyaculación precoz, dispareunia, vaginismo)

-Trastornos del sueño (insomnio, hipersomnias, parasomnias, terrores nocturnos, sonambulismo, disomnias)

-Trastornos facticios

-Trastornos del control de impulsos (cleptomanía, trastorno explosivo intermitente, ludopatía, piromanía, tricotilomanía)

-Trastornos adaptativos

-Factores psicológicos que afectan al estado físico

-Trastornos de la personalidad

Códigos V (simulación, problemas interpersonales, duelo patológico, problemas funcionales, rol de enfermo, etc.)

4- Trastorno obsesivo-compulsivo

-Definición : El **trastorno obsesivo-compulsivo** (TOC) es un trastorno de ansiedad (como la agorafobia y la fobia social) caracterizado por pensamientos intrusivos, recurrentes y persistentes, que producen inquietud, aprensión, temor o preocupación, y conductas repetitivas, denominadas compulsiones dirigidas a reducir la ansiedad asociada.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un síndrome psiquiátrico perteneciente al grupo de los desórdenes de ansiedad caracterizado por:

Obsesiones: son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son egodistónicos, es decir, que no son experimentados como producidos voluntariamente, sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y son

vividos como exagerados o sin sentido, a veces como repugnantes. El enfermo realiza intentos para ignorarlos o suprimirlos, a veces sin conseguirlo. Es entonces cuando se ponen en marcha las conductas compulsivas encaminadas a reducir la ansiedad motivada por la obsesión.

Compulsiones: son conductas repetitivas, generalmente "caprichosas", y aparentemente finalistas que se realizan según determinadas reglas de forma estereotipada y cuya principal función es reducir la ansiedad provocada por la obsesión.

1-4-1 Tipos de TOC y compulsiones

- Tipos de TOC

Dentro del TOC se pueden diferenciar los tipos más comunes:³

Lavadores y limpiadores: son personas a las que carcomen obsesiones relacionadas con la contaminación o el contagio a través de determinados objetos o situaciones (contaminarse a sí mismo o contagiar a los demás). Obsesiones en relación con la propagación de la enfermedad mediante la suciedad, microorganismos y sustancias tóxicas. Con frecuencia, usan guantes o desinfectantes, lavan y limpian sus manos, la ropa, limpieza general de la casa, un sin número de veces al día, a pesar de que nunca logra sentirse limpio o libre de contaminantes. También se incluyen los *limpiadores compulsivos*, sólo por el simple hecho de tener las cosas perfectamente limpias, como si así fuera la manera correcta.

Verificadores: son personas que inspeccionan de manera excesiva con el propósito de evitar que ocurra una determinada catástrofe; obligados a comprobar los objetos, como las cerraduras de las puertas, los aparatos electrodomésticos. Revisan cajones, puertas y aparatos eléctricos para asegurarse de que están cerrados, con seguro o apagados; viven con temor excesivo e irracional de causar daños a sí mismos o a los demás a causa de una falta de control y verifican constantemente las cosas; visualizan terribles catástrofes en el que los que se culpan de una falta de responsabilidad; desarrollan elaborados rituales de control que hace que sea difícil para ellos completar las tareas diarias. Tienen una gran necesidad de doble o triple verificación por duda o responsabilidad patológica; a menudo,

esta obligación viene del temor de no poder confiar en su memoria; nunca pueden estar seguro, de si han realizado la tarea adecuadamente; se preguntarán repetidas veces si se ha realizado una acción, por ejemplo, ¿cerré la puerta?, ¿apagué la luz?, ¿cerré la llave de gas?, etc.

Verificadores somáticos e hipocondríacos: intrusiones obsesivas persistentes en relación a su salud; temor a desarrollar una enfermedad amenazante para la vida (ej. cáncer) (entran en pánico ante síntomas somáticos extraños y lo relacionan con una enfermedad grave que pueda acabar con su vida); verifican diversas funciones corporales, como la frecuencia cardíaca, ritmo de la respiración, temperatura corporal o diversos aspectos de su imagen corporal o anatómica.

Repetidores: son aquellos individuos que se empeñan en la ejecución de acciones repetitivas.

Ordenadores: son personas que exigen que las cosas que les rodean estén dispuestas de acuerdo con determinadas pautas rígidas, incluyendo distribuciones simétricas.

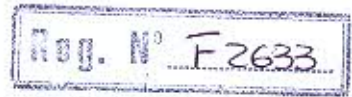
Acumuladores: coleccionan objetos insignificantes, de los que no pueden desprenderse.

Ritualizadores mentales: acostumbran a apelar a pensamientos o imágenes repetitivos, llamados compulsiones mentales, con el objeto de contrarrestar su ansiedad provocadora de ideas o imágenes, que constituyen las obsesiones.

Numerales: buscan sentido a los números que les rodean; sumándolos, restándolos, cambiándolos hasta que les da un número significativo para ellos.

Filosofales: Con tendencias algo inciertas. Viven en un proceso metafísico del que no pueden desprenderse. Incompatibles con los numerales.

Atormentados y obsesivos puros: experimentan pensamientos negativos reiterados, que resultan incontrolables y bastante perturbadores. No obstante, a diferencia de quienes sufren los demás tipos de TOC, no se entregan a comportamientos reiterativos de tipo físico, sino a procesos reiterativos únicamente mentales.



Perfeccionistas: autoexigentes y autocríticos, se preocupan por detalles menores e irrelevantes; necesidad imperiosa de hacer las tareas perfectas; necesidad extrema por saber o recordar cosas que pueden ser muy triviales; autoexigencias del tipo: sacar las mejores notas en los estudios, ser la mejor persona, el mejor conversador, el mejor amante, tener éxito en la vida, etc.

Supersticiosos (pensamiento mágico): Las personas que sufren de TOC presentan altos niveles de paranoia, disturbios de percepción y pensamiento mágico, en particular "fusión de pensamiento y acción", la creencia que los pensamientos negativos o determinados actos pueden originar daños. Estas personas sienten el fuerte impulso de realizar tareas repetitivas (rituales) sin sentido aparente, para contrarrestar sus pensamientos intrusivos como si dejar las puertas abiertas puede perjudicar a las personas amadas. Tienen la sensación de que si no hacen el ritual algo malo les puede suceder. Pueden creer dogmáticamente en diversas supersticiones populares (o albergar una duda obsesiva), y realizan ritos compulsivos. Miedo a diversos seres y hechos sobrenaturales (ej. magia negra, buena suerte, mal de ojo, hombres lobo, vampiros, fantasmas, etc.), por ej. pensar que los muertos no pueden descansar en paz si no se hace determinado ritual (escrúpulo de conciencia).

Preguntadores compulsivos: tienen la necesidad de estar continuamente preguntándose a sí mismo o a los demás sobre cualquier cosa por nimia, trivial o absurda que sea.

Dubitativos e indecisos (intolerancia a la incertidumbre): los pacientes con TOC suelen tener dificultades con las situaciones ambiguas e inciertas, y con la toma de decisiones. Suelen preocuparse por los errores y dudar sobre sus acciones. Necesitan la certeza necesaria para maximizar la predecibilidad y el control, y reducir así la amenaza y por tanto paliar su ansiedad.

Obsesiones y compulsiones recurrentes

Algunas de las obsesiones y compulsiones que se describen a continuación no suelen divulgarse en la literatura científica oficialmente reconocida. Sin embargo los psicólogos clínicos en su práctica descubren una serie de obsesiones *no clásicas* que se repiten con relativa frecuencia:

Obsesiones de contaminación: preocupación por los gérmenes (virus, bacterias, hongos, etc.), suciedad, polución, o sustancias químicas peligrosas; preocupación por las secreciones corporales (orina, heces, saliva, etc.); preocupación por contraer enfermedades de transmisión (SIDA, hepatitis, etc.), desarrollar enfermedades mentales (alzheimer, esquizofrenia, psicosis, etc.), cáncer, infarto repentino, o temor de padecer alguna enfermedad desconocida o no catalogada (hipocondría); miedo a las radiaciones ionizantes o no ionizantes (telefonía móvil, microondas, antenas, radares, centrales nucleares, etc.)

Obsesiones sobre la salud y la apariencia física: dieta, ejercicio, estilo de vida; moda e imagen personal; obsesión con el envejecimiento; ortorexia, anorexia, vigorexia, dismorfofobia.

Obsesiones relacionadas con la sexualidad: pensamientos persistentes acerca de la realización de actos sexuales repugnantes o prohibidos, o de comportamientos tabúes, que vive con angustia; obsesión y dudas sobre la orientación sexual ("¿podría ser homosexual?"); miedo a ser pedófilo o cometer incesto;¹⁸ compulsiones asociadas: preguntar obscenidades, realizar gestos obscenos, buscar información sobre la homosexualidad, masturbación compulsiva, etc.

Obsesiones de contenido agresivo: temor a causar algún tipo de daño a otras personas o a uno mismo; miedo a cometer crímenes o aparecer como responsable de errores, fracasos, imprudencias, accidentes o catástrofes; por su mente se cruzan imágenes horribles y violentas.

Obsesiones filosófico-religiosas: necesidad de confesar pecados inexistentes o ínfimos que se supone haber cometido y estar preocupado por la culpa consiguiente; escrúpulos de conciencia: excesivamente preocupado por la posibilidad de cometer algún acto pecaminoso en lo que se refiere a su religión o creencias (como por ejemplo pensar o decir algo blasfemo, proferir obscenidades o insultos, preocupación por si se ha realizado determinado ritual religioso adecuadamente, miedo a ser condenado al infierno, o acumular karma); actos compulsivos como arrepentirse, confesarse o rezar; pensamientos intrusivos e inmorales sobre el sexo o herir a alguien; preguntas existenciales reiterativas del tipo: "¿qué habrá después de la muerte?" "¿existe dios?" "¿cuál es la finalidad de la existencia?".

Obsesión con la inteligencia y las facultades mentales: se someten a continuos y diversos test de inteligencia para verificar su inteligencia; dudan continuamente de la eficacia de sus capacidades mentales, pensamientos de poder ser idiota, temor a perder puntos en el cociente de inteligencia o sufrir menoscabo en sus facultades mentales, etc.

obsesivos (acumuladores): obsesión por acumular, acaparar, controlar y ordenar la mayor cantidad de información posible; estar siempre enterado de las últimas tendencias y avances; en todos los campos del conocimiento o en alguno en particular, volviéndose muy compulsivos y ansiosos por su necesidad de control; comprar, almacenar y clasificar de manera compulsiva revistas, periódicos, libros, enciclopedias, estar suscrito a boletines, bibliómanos, coleccionistas, adictos a internet (acumulación de archivos digitales); normalmente no tienen tiempo suficiente ni ningún método para organizar y asimilar la información, por lo que muchas veces tienden a la procrastinación.

-Síntomas : Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- a) Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
- b) Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.
- c) La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).
- d) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

Incluye: Neurosis obsesivo-compulsiva. Neurosis obsesiva.

1-4-2 Trastornos del espectro obsesivo-compulsivo:⁵

Se destacan:

1-4-2 a trastorno dismórfico corporal: es un trastorno somatomorfo que consiste en una preocupación excesiva y fuera de lo normal por algún defecto percibido en las características físicas (imagen corporal), ya sea real o imaginado.

⁵<http://es.scribd.com/doc/83026078/Enfermeria-Psiquiatrica-Gail-W-Stuart-Michele-T-Laraia>

1-4-2 b trastornos alimentarios: desorden alimentario y alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

1-4-2 c hipocondría: el paciente cree de forma infundada que padece alguna enfermedad grave.

1-4-2 d .trastornos del control de impulsos: es un grupo de trastornos de etiología desconocida que se caracterizan por:

-Acciones irresistibles: El sujeto no puede resistirse al impulso o tentación de llevar a cabo acciones, aunque sean peligrosas para él o los demás.

-Antes de llevar a cabo la acción hay un aumento de la tensión emocional (activación emocional).

-Durante la acción: Sensación placentera, liberadora.

-Tras la acción pueden arrepentirse o sentirse culpable.

-Trastorno explosivo intermitente: Existen episodios aislados de falta de control de impulsos agresivos (agresiones serias, destrucción de la propiedad...) que se manifiestan con ataques de ira desproporcionados. Se instauran en minutos u horas y pueden remitir espontáneamente. Posteriormente suele haber arrepentimiento o autorreproche.

-Cleptomanía: Impulso irresistible de robar objetos no necesariamente necesarios o de valor. El robo no es premeditado.

-Piromanía: Existe una fascinación por el fuego y una gratificación al provocarlo. Se trata de acciones deliberadas y premeditadas. Suelen meterse en las profesiones relacionadas (bomberos).

-Ludopatía (juego patológico): Conducta de juego persistente, recurrente y que produce disfunción psicosocial, familiar y económica. La necesidad de juego va en aumento.

-Tricotilomanía: Falta de control de impulsos de tirarse del pelo hasta arrancarlo provocando calvas. No hay disfunción psicosocial. Generalmente el pelo es comido después de arrancado.

-Dermatilomanía: Urgencia compulsiva por rascar, excoriar o pellizcar la propia piel.

-Onicofagia: Hábito compulsivo de comer, cortar o morder las uñas.

-Compra por impulso: Impulso irresistible de compra espontánea, no premeditada.

-Síndrome de Acaparador Compulsivo: tendencia a la acumulación de artículos u objetos en forma excesiva, incluso si los objetos no tiene valor, son peligrosos o insalubres.

1-4-2 e. síndrome de Tourette: es un trastorno neuropsiquiátrico heredado con inicio en la infancia, caracterizado por múltiples tics físicos (motores) y vocales (fónicos). Estos tics característicamente aumentan y disminuyen; se pueden suprimir temporalmente, y son precedidos por un impulso premonitorio. El síndrome de Tourette se define como parte de un espectro de trastornos por tics, que incluye tics transitorios y crónicos.

1-4-2 f. fobia social: es un trastorno psicológico del espectro de los trastornos de ansiedad caracterizado por un miedo intenso en situaciones sociales que causa una considerable angustia y deterioro en la capacidad de funcionamiento en distintas áreas de la vida diaria.

1-5 Megalomanía⁶

-Definición: es un estado psicopatológico caracterizado por los delirios de grandeza, poder, riqueza u omnipotencia. A menudo el término se asocia a una obsesión compulsiva por tener el control.

1-6 Retraso mental

⁶<http://es.scribd.com/doc/83026078/Enfermeria-Psiquiatrica> Gail W. Stuart .Michele T. Laraia

-Definición: consiste en una adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que conduce finalmente a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

Signos de alarma que presentan los pacientes con enfermedad mental en general⁷

Aspectos a observar en una persona con enfermedad mental

1-Cooperación: si es hostil o por el contrario dócil

2-Tensión: depende de la enfermedad el grado de Tensión Arterial, distintos tipos:

-ansiedad aguda

-Paciente fóbico

-paciente neurótico

-Paciente con ideas persecutorias

3-Humor: si esta contento, triste, excitado o abatido cada uno esta relacionado a si es un paciente maniaco (fóbico) o un paciente deprimido (triste y abatido)

-Actividad motora: preguntarse:

¿Se sienta en silencio sin moverse?

¿Juega constantemente con algo(papel, pañuelo etc.)

¿Es el paciente incapaz de sentarse quieto?

¿Mueve sus pies constantemente?

⁷ Enfermería de Salud Mental, Hildegard Peplau "Relaciones interpersonales en Enfermería"

¿Esta constantemente moviéndose por la habitación?

Otros síntomas:

-tos y movimientos espasmódicos

-Temblor de los músculos faciales otros movimientos

4-Nivel de conciencia: valorar el nivel de conciencia con relación a su medio

Presenta confusión.

Presenta desorientación.

5-Expresión facial: el modo en el que la persona habla también es significativo de su estado mental y de la patología que presenta.

-Estado maniaco: asociación por sonoridad, fuga de ideas

-Estado depresivo: responder con monosílabos voz muy baja e inexpressiva, neologismos.

-Trastornos esquizofrénicos: responder monosilábicamente a las preguntas, impedimento del habla y manierismo verbigeración, ecolalia.

-Estado histéricos: Impedimento del habla y manierismo, pérdida total de la voz

-Lesión cerebral: afasia, afasia motora, afasia sensorial, disfasia.

-Defectos físicos: fisura palatina

6-Vestimenta: Es otro de los aspectos observar que facilitara información sobre el estado mental del paciente:

-Estado depresivo, esquizofrenia y deterioro orgánico cerebral: sucio y descuidado medias arrugadas y caídas en las mujeres

-Estados maniacos: puede llevar ropas muy brillantes o inadecuadas para expresar su humor, puede quitarse la ropa para sentirse más a gusto con los demás sin ningún tipo de pudor.

-Persona megalómana: vestirá uniforme extraños llevara insignias diseñadas por el

-Persona con rasgos de obesidad: puede muy meticulosa

-Paciente retraso mental: parece no importarle su ropa sucia manchada de comida, sin botones, zapatos desabrochados y sucios.

7-Hábitos alimenticios:

-Estado depresivo: pierda peso por que respeta la dieta completa, dice que se siente satisfecho y no le es posible comer.

-Estado maniaco: no toma los suficientes alimentos por estar en continuo movimiento, se necesita que se le anime a ingerir.

-Estados obsesivos: el paciente inspecciona minuciosamente la comida

-Estado paranoico: no come por sospechar que la comida esta envenenada.

-Anorexia nerviosa: aparenta estar bien pero sigue perdiendo peso, come si se le obliga pero luego vomita

-Estado neurótico: puede llegar a comer de una forma voraz lo que lo lleva a una obesidad.

-Paciente con ansiedad: come demasiado para disminuir su ansiedad, o que le resulta imposible comer.

8-Memoria: la falta de memoria puede ser un síntoma de enfermedad o un defecto del tratamiento

-Paciente deprimido: puede quedarse de falta de memoria si ha sido tratado con electro choque.

-Deterioro orgánico del cerebro: existe una afectación de la memoria de fijación (hechos recientes)

-Paciente con trastornos histéricos: perdida de memoria selectiva.

9-Ritmo de sueño: en algunos trastornos mentales los patrones de sueño pueden verse alterados.

-Estado neurótico: dificultada para conciliar el sueño debido a sus preocupaciones una vez conciliado el sueño le dificulta levantarse y enfrentarse de nuevo a sus preocupaciones es frecuente la aparición de pesadillas durante el sueño.

-Estado depresivo: suele presentar problemas de insomnio, no encontrara dificultad al irse a dormir pero se despierta en la madrugada cuando la depresión esta en su peor momento (estado critico en el se producen los suicidios)

-Estado maniaco: debido a su gran hiperactividad puede estar interfiriendo y molestando a los otros pacientes o con quien convive si no esta internado con la finalidad de dirigir las actividades y que los demás actúen como el quiere.

-Paciente psicópata: puede intentar enfrentar a una persona con otra por el mismo placer que le produce observar las reacciones de estos.

10-Relaciones con los demás: relaciones con otros pacientes, con la familia y con el personal en el caso que todavía siga internado.

-Paciente esquizofrénico: gran dificultad para relacionarse con todos, por lo general se retrae a si mismo.

-Paciente introvertido: reacio a participar en las actividades de grupo en actividades diarias del hogar, requerirá mucho apoyo y atención para animarle.

-Paciente maniaco: debido a su gran hiperactividad puede estar interfiriendo y molestando a los otros pacientes con la finalidad de dirigir actividades y que los pacientes actúen como quiere lo mismo con respecto a la familia.

Paciente psicópata: puede intentar enfrentar a una persona con otra por el mismo placer que le produce observar las reacciones de estos.

Capítulo 2

Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra, funcionamiento de la externación de pacientes en el área de atención ambulatoria.⁸

Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra, síntesis histórica

En el año 1.609, el solar que ocupa este nosocomio pertenecía a Doña Inés de Carabajal, quien dona a la congregación jesuítica a Viña de la Cañada, la que estaba ubicada al Este de la calle (actual calle Ituzaingò), y a ocho cuadras hacia el Norte de la actual plaza Pedro del Castillo. En esta viña se levantó la capilla de la Virgen del Buen Viaje y la Casa de Ejercicios, que funcionó a cargo de los Jesuitas hasta 1767, año en que son expulsados de los territorios españoles. Se cree que luego de esto funcionó como asilo, no habiendo datos fidedignos.

En 1817 es utilizada por Fray Luis Beltrán como residencia y depósito de municiones.

En el terremoto de 1871 es destruida la capilla, y el resto fue destinado a Lazareto.

Luego pasó a ser parte del hospital Lagomaggiore, desde el año 1952, funcionando como asilo para pacientes con trastornos mentales, debido a que el Hospicio de las Mercedes de Buenos Aires, y la Colonia Olivo de Córdoba, dejan de recibir internados provenientes de Mendoza.

En el año 1952 es transformado en Hospital Neuropsiquiátrico de la Provincia, y en el año 1962 se concursan cargos de guardia, los que son ganados por integrantes de la Cátedra de Psiquiatría, a cargo del Dr. Etchegoyen.

En el año 1965, bajo la dirección del Dr. Juan J. Vilapriño, se incorporan psicólogos y asistentes sociales, y el año 1969 toma la denominación de Hospital Dr. Carlos Pereyra.

En 1985 se autoriza la formación de Posgrado en Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social, creándose la Residencia de Salud Mental.

⁸ Ministerio de salud- Provincia de Mendoza .200 bicentenario. Hospital Dr.Carlos Pereyra.

Entre los años 1986 y 1987 se inauguran nuevas instalaciones y se concluye la construcción de los nuevos pabellones de internación de hombres y de mujeres.

En 1992, el hospital habilita por primera vez el sistema de hogares de cuidados progresivos (Casas de Externación).

En 1996 el hospital Carlos Pereyra logra obtener el Premio Nacional a la Calidad

El Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra ha soportado, desde sus inicios de esta primera década, una desestructuración tanto en su estructura edilicia como en su estructura del recurso humano.

En lo edilicio se ha ido construyendo y salvando dificultades estructurales en la medida que el esfuerzo lo permitía, llegando al día de la fecha con habilitación de un moderno edificio para la atención ambulatoria, guardia y servicios intermedios.

Áreas habituales de atención

Consultorios externos

Se cuenta con una capacidad de once consultorios de atención ambulatoria para psiquiatría y psicología. En la cual luego del alta hospitalaria se le asigna horario del próximo control para un seguimiento del paciente para su mejor adaptación, a la sociedad, familia, también contando con el sistema de dispensación por dosis unitaria en el servicio de farmacia.

Un consultorio de guardia con sala de dos camas de preinternación para la observación de crisis agudas. Opera de manera centralizada entre las 7 hs., y las 19,30 hs., de lunes a viernes, y sábados de 7 hs. a 12 hs.

Lunes, miércoles y viernes se atiende en consultorio de admisión para toda aquella persona que consulte por primera vez.

Hay un consultorio de niños y adolescentes con problemáticas de conducta y aprendizaje escolar atendidos por consultorio de admisión con un equipo multidisciplinario: un psiquiatra, un psicólogo y una asistente social.

-Servicio de internación

Existen dos pabellones de internación femenino y masculino, dotados de 43 camas cada uno, en el sector medio del hospital, rodeados de un gran espacio verde. Se cuenta con un médico clínico y un neurólogo para la demanda interna.

Hay un servicio de electroneurodiagnóstico, donde se realizan: Mapeo Cerebral, ínter consultas neurológicas y EEG. Este servicio y el de guardia se crearon con la misma cantidad de enfermeros que ya existían.

-Servicio de guardia y emergencia

Existe una guardia psiquiátrica de 24 horas, que resuelve la emergencia psiquiátrica, tanto por demanda espontánea, como indirecta, y derivación de otros efectores.

No se cuenta con movilidad propia para el traslado de pacientes, sino que se realiza a través del Servicio Coordinado de Emergencias, dependiente del Ministerio de Salud, y servicios privados.

Las patologías más frecuentes son: psicosis, esquizofrenias, adicciones, trastornos de personalidad, epilepsia, etc.

Cuenta con personal de enfermería las 24 horas, tanto para las consultas como para las dos camas de preinternación que funcionan en ese sector.

Capítulo 3

Rol del enfermero/a como educador/ora⁹

Relación Terapéutica

La relación terapéutica esta centrada en el paciente, pero el sentido de esta relación es de enriquecimiento mutuo, de aceptación de su situación y de esfuerzo de su propia identidad. Es función de la enfermera aumentar la autoestima del paciente y proporcionarle los elementos necesarios para que el paciente sea independiente en la satisfacción de sus necesidades

Peplau describió el proceso terapéutico como: el vehiculo a través del cual el pacientes capaz de clarificar y reconstruir sentimientos, pensamientos e ideas que posee

Las fases de la relación terapéutica son: orientación, identificación, explotación y resolución

Fase de orientación

Cuando un paciente enferma, sea por lo que fuere, la enfermera tiene que ayudarlo adaptarse a una situación que no le es familia Ej.: estar ingresado en un hospital o tener una enfermera a domicilio.

En ambas situaciones, la enfermera debe centrar su atención en las necesidades del paciente, haciendo que se acostumbre a su situación, a las nuevas personas y su salud enferma.

En la fase de la orientación, es necesario interrogarle para obtener datos sobre su estado anterior ala situación mórbida y proporcionar información sobre nombres procedimientos y repetición de actos. Es un interrogatorio y búsqueda de información por ambas partes, que puede ayudar a aclarar las percepciones del pariente y las expectativas de la enfermera.

En esta fase se determina las características, objetivos y finalidad de la relación.

⁹ Enfermería de Salud Mental, Hildegard Peplau "Relaciones interpersonales en Enfermería"

Peplau afirmó en su primer trabajo, la enfermera y el paciente aprenden a trabajar en cooperación para resolver problemas

Este primer encuentro es el que permite que ambos se formen una impresión que se tendrá en cuenta durante toda la relación.

Ej : si un paciente que esta acostumbrado a sus actividades normales de su hogar y su entorno familiar, y repentinamente es hospitalizado en un hospital psiquiátrico para el paciente es traumático, en este caso la enfermera debe darse cuenta que esta fase es importante para el paciente, si tiene en cuenta estas necesidades, el paciente estará informado sobre su condición y podrá valorar su situación de forma mas provechosa, por ejemplo hacer las preguntas correctas par poder brindarle la información.

Fase de identificación

Mientras el pacientes esta en la fase de orientación comienza la fase de identificación, en esta fase el paciente clarifica en su mente su problema.

Esta fase implica que el paciente se identifica con la enfermera que tiene experiencia y puede ayudarle, los pacientes se identifican con la s enfermeras que son abiertas y honestas en sus acercamientos y que les proporcionan información y así la habilidad de la paciente para resolver problemas se incrementa.

Esta fase puede tomar diferentes direcciones:

El paciente puede implicarse más en sus cuidados y aumentar la relación s lo largo de líneas productivas o puede ser pasivo y permitir a la enfermera que lo haga todo por el; la dirección que tome el paciente dependerá de:

-Experiencias previas

-De su situación presente

-De la relación que haya establecido con la enfermera

La enfermera, en esta fase, debería estar observando los cambios en los patrones de conducta del paciente, lo que le dará una clara comprensión de lo que este está pensando y sintiendo.

Ej: un paciente puede empezar siendo más bien pasivo, pero cuando empieza a identificarse con la enfermera puede implicarse más en sus cuidados.

Fase de la explotación

La fase de la explotación está caracterizada porque el paciente hace pleno uso de sus recursos disponibles a su alrededor de las personas y del entorno. La relación enfermera-paciente es la pieza central, el paciente usa su situación y al profesional de la salud en su beneficio.

Comprueba los recursos a su alrededor para ver si sus objetivos inmediatos o a largo plazo se cumplirán y se discute cosas con pacientes para valorar si está obteniendo la información necesaria.

En esta fase la relación está a un nivel significativamente productivo, convirtiéndose la planificación y ejecución de los cuidados en un proceso cooperativo. Esta fase se puede ver como una fase donde el paciente comienza a asumir un rol más activo.

Peplau define esta situación como un proceso dinámico que implica cambios en la relación enfermera-paciente, que evoluciona desde una situación de dependencia a otra donde la enfermera y el paciente empiezan a funcionar de una manera adulta, identificando y explotando áreas de independencia y áreas de interdependencia.

Esta conducta puede darse en todas las fases pero especialmente en esta fase y en la fase final.

Ej: cuando un paciente falla es por resistencia para estar sano de nuevo y crea una dependencia con la enfermera; entonces el trabajo de la enfermera es de sentirse capaz de ocuparse de los problemas que inevitablemente aparecen en el paso de la dependencia a la independencia.

Fase de resolución

Peplau ve la fase de resolución como un proceso de puerta en libertad, donde el paciente inicia los pasos de preparación para salir del hospital o para vivir una nueva vida sana en casa.

La terminación de los cuidados necesita ser planificada, los pacientes necesitan ser preparados para esta próxima situación y no debería terminar de forma brusca; el tipo de enfermedad, la edad del paciente, la edad de la enfermera, la duración de la estancia en el hospital y la maduración de la enfermera y del paciente son factores que influyen en este proceso de libertad.

Nunca es fácil decir adiós, pero la recompensa de una relación terapéutica fructífera es un paciente capaz de funcionar con mayor eficacia como consecuencia de las intervenciones de enfermería.

Retomando la educación en la familia

En la salud de las personas el grupo social que más influye es la familia, es una de las instituciones sociales más antigua y más fuerte. Sus miembros tienen una historia común, comparten rasgos genéticos, entorno, costumbres, creencias, actitudes generales y estilos de vida. Al considerar la familia como un sistema, se constata que funciona como una unidad, ya que a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos, los factores que influyen en uno de sus miembros afectan a todos los demás en mayor o menor grado.

La familia, a través de la historia, ha sido siempre la principal fuente de apoyo y cuidados, estos son proporcionados por los diferentes miembros de la unidad familiar. El estado de salud de un miembro de la familia y su reacción frente a la enfermedad influyen en los mecanismos físicos y psicológicos de soporte que actúan dentro de la familia, y reciben, a su vez, influencia de estos mecanismos. Las modificaciones que conlleva la vida moderna han producido cambios que nunca se habían previsto en las necesidades de salud y en la demanda de una mayor cobertura en cuanto a los servicios de la misma. La enfermedad, la discapacidad y situaciones como el desempleo puede alterar el equilibrio de un grupo y afectar la salud mental y física de sus miembros.

En 1994 la reunión del Comité de Expertos en Enfermería de la Organización Mundial de la Salud (OMS), formuló la siguiente declaración: Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles.¹⁰ Sin embargo, esta concepción de la familia debe ampliarse, ya que los cambios que se van sucediendo en el mundo actual nos obligan a ser "abiertos" y flexibles, considerando miembros de la misma, no sólo a las personas que comparten un mismo apellido o lazos de sangre, o que viven en el mismo hogar, sino también a los grupos que comparten el sentimiento de "sentirse familia". Ésta concepción del núcleo familiar permite al personal de enfermería, en su rol educativo ayudar a todos sus miembros en la consecución de mejores niveles de salud; igualmente no se puede olvidar que la familia es la unidad básica de atención de la enfermería comunitaria; a través de la misma hace extensibles sus cuidados a la comunidad y al individuo.

La Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la salud en el mundo, se refiere a la salud mental en términos de "nueva comprensión, nueva esperanza". Así, dicho informe vierte nueva luz en trastornos mentales y ofrece nueva esperanza a las personas que sufren enfermedad mental y a sus familias.¹¹ Este mismo documento advierte que los problemas mentales, neurológicos o del comportamiento, afectan a 450 millones de personas en todo el mundo, se estima que alrededor de un 25 % de la población mundial podría padecer algún trastorno mental a lo largo de su vida. Así mismo, prevé que los trastornos mentales lleguen a ser la principal causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad, fundamentalmente a expensas de los trastornos depresivos.

Por otra parte, el informe sobre la salud en el mundo, presentado por la OMS, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard reportó que la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades que representan una "Carga Mundial de Enfermedad". Al valorar los

¹⁰ De la Revilla, L. (1996). *Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar*. Barcelona: Doyma

¹¹ Organización Mundial de la Salud. (2001). *La Salud Mental en el Mundo*. [Documento en línea] Disponible: <http://www.ome-aen.org/OMS.htm>.

"Años de Vida Perdidos Ajustados en función a Discapacidad", la esquizofrenia se colocó en el cuarto lugar dentro de los grupos diagnósticos más frecuentes. Así mismo, la esquizofrenia se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre 18 y 44 años.¹²

En el mismo documento destacan que las características de la enfermedad, edad de inicio, evolución y pronóstico, reducen las posibilidades de acceso al empleo, el cuidado de uno mismo y afecta la capacidad de relación, siendo el paciente susceptible de requerir cuidados, tanto de tipo formal como informal para lograr un adecuado mantenimiento de su salud. En muchos casos, provoca dificultades en el desempeño de las funciones propias de cada etapa del ciclo vital, imposibilitando el logro de una vida independiente. En este orden de ideas, es importante mencionar que las causas de las enfermedades mentales se encuentran principalmente en las relaciones familiares enfermizas, ya que la vida familiar es una fuerza ambiental de tal importancia que puede afectar en forma determinante el curso, la aparición y el pronóstico de las enfermedades mentales.¹³

Al respecto la OMS sostiene que la enfermedad mental de un miembro de la familia se encuentra ligada inexplicablemente a la salud de los otros miembros, quienes influyen y son influenciados por aquel que padece la enfermedad. Sin embargo, existen aspectos que alteran la salud integral de los miembros de la familia en su estructura y funcionamiento lo que acarrea la disfuncionalidad de los roles y operatividad del núcleo familiar.⁵ Asimismo, El Consejo Internacional Enfermería (CIE) y las Asociaciones Nacionales de Enfermeras, se sienten profundamente preocupados por la calidad y la continuidad de los tratamientos y los cuidados dispensados a las personas que padecen desórdenes mentales y de la conducta. Esta preocupación está motivada también por las necesidades de sus familias y comunidades, y por el estigma y la discriminación que sufren las personas afectadas por desórdenes de la salud mental, y quienes las cuidan, entre ellos, los profesionales de salud.

Los señalamientos anteriores indican que, normalmente, la familia debe ocuparse de la persona enferma más allá de lo que suponen sus funciones habituales, convirtiéndose en

¹² Alfonso, A. (2006). Valoración de las Necesidades del Paciente Esquizofrénico ante la Pérdida del Cuidador Principal. España. [Documento en línea] Disponible: <http://ciencia.micinn.fecyt.es/universidades/dcs/files/Salud-Mental.pdf>

¹³ Cordero, J. (1999). La Familia: Problemas de Salud. México: Mc Graw Hill. Interamericana.

agentes terapéuticos con los que hay que trabajar en el establecimiento de objetivos, prioridades y tareas, reforzando sus potencialidades, para abordar problemas como parte de una estrategia global de tratamiento. En este contexto, los pacientes esquizofrénicos se han considerado el grupo diana de la reforma psiquiátrica y el grupo más numeroso para los que se ha transferido la atención desde el hospital a los servicios de salud mental comunitarios.

Tomando en consideración el documento de la OMS, donde propone un modelo basado en la participación, en el cual los enfermos y la familia tengan la posibilidad de reestructurar su condición ante la sociedad, propone también que los profesionales de la salud, en especial enfermería, deben asumir la labor de orientarles, motivarles y situarles ante el sistema de vida propiciando la integración social y, principalmente la relación educativa con los familiares.¹⁴

Actualmente, la esquizofrenia constituye uno de los trastornos mentales más complejos y una de las enfermedades de considerable impacto en la salud pública mundial. Morrinson, la define como: "La presencia de alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del pensamiento y de la conducta, así como empobrecimiento afectivo y deterioro cognitivo". Acompañada de deterioro grave en el área de la personalidad y de la actividad social que repercute tanto en el entorno familiar, como en la sociedad, afectando las relaciones entre el paciente y su ambiente

La enfermería centrada en la familia tiene por objeto

-Hacer a las personas más conscientes de la función que desempeñan la enfermera en los cuidados y en la salud de la familia, inclusive como punto principal de entrada en el sistema de prestación de cuidados de la salud.

-Fomentar la presentación y aplicación de políticas sociales y de salud que sea favorable en la familia

-Atraer la atención hacia la importancia de la familia y la función que corresponde a sus miembros en la preservación de su salud, individualmente y como unidad.

¹⁴ Alfonso, A. (2006). Valoración de las Necesidades del Paciente Esquizofrénico ante la Pérdida del Cuidador Principal. España. [Documento en línea] Disponible: <http://ciencia.micinn.fecyt.es/universidades/dcs/files/Salud-Mental.pdf>

Características de la enfermería centrada en la familia

- Se dirige a los miembros que están sanos y a los que están enfermos.
- Reconocer la relación que hay entre la salud de la persona y la salud de la familia

La enfermería de la familia en consideración el contexto general cultural y comunitario de la familia

- La enfermería de la familia tiene en cuenta las relaciones que existen entre los miembros de la familia y reconoce que las personas y el grupo familiar no siempre alcanzan su mejor salud al mismo tiempo.
- Reconoce que la persona de la familia que más síntomas tienen puede cambiar con el tiempo y que, entonces tendrá que cambiar el objetivo de las acciones de enfermería
- Trabajan conjuntamente con la familia para definir las situaciones y los problemas de la salud que son prioritarios.
- Establece como una prioridad fortalecer las interacciones con el grupo familiar.

Funciones y actividades de la enfermería centrada en la familia

- Educatora de la salud: enseñar a la familia de manera formal o informal, aspectos de la salud y de la enfermedad y actuar como principales comunicadoras de información de la salud.
- Motivar y facilitar adopción de actividades y estilos de la vida saludable que promueven el bienestar.
- Brindar cuidados domiciliarios: realizar cuidados en el domicilio de los pacientes con enfermedades graves o no.
- Defensora de la familia: trabajar para ayudar a familias y orientación con respecto a seguridad y el acceso a los servicios.
- Desarrollar actividades de prevención y detección precoz de la enfermedad: desarrollando acciones de prevención primaria secundaria y terciaria.

-Ejecutar actividades de promoción de la salud: ayudar a la familia a responsabilizarse de su propia salud mediante unos autocuidados.

-Asesora: desarrollar una función terapéutica ayudando a resolver problemas e identificar recursos.

-Investigadora: identificar los problemas que surjan en el ejercicio de la profesión y buscar respuestas y soluciones mediante la investigación científica o interdisciplinaria.

-Gestora y coordinadora: gestionar colaborar y servir de enlace con los miembros de la familia los servicios de la salud, sociales y otros, para mejorar el acceso a los cuidados.

-Identificar familias con riesgo de presentar problemas de salud: planificar y ejecutar intervenciones encaminadas a reducir a los riesgos para la salud o mejorar el estado de salud actual cuando no se puedan reducir los riesgos.

-Dispensadora y supervisora de cuidados: brindar cuidados directamente y supervisar los que brindan otras personas, entre ellas los miembros de la familia y auxiliares e enfermería.

-Modificadora del entorno: contribuir para cambiar, el entorno familiar con el fin de que las personas discapacitadas pueden mejorar su movilidad y cuidar de si mismos.

- Consultora: servir de consultora a las familias y organismos para identificar y facilitar el acceso a recursos.

-Promover actividades de autocuidado: enseñar a las familias estrategias de autocuidados, que le permitan conservar su salud.

1- ANTE UN EZQUIZOFRENICO SITUACIONES CLARAS DE RECAIDA

El sujeto escucha voces que le piden que haga daño.

No es capaz de cuidarse.

Se siente abrumado y desesperanzado con facilidad.

Siente que no puede salir de casa.

Ve cosas irreales.

Desvirtuación de la realidad y de sí mismo.

Complicaciones que llevan a las recaídas

Incumplimiento de la medicación recetada por el especialista.

Entre los esquizofrénicos se presentan promedios elevados de enfermedades físicas debidas al tratamiento psiquiátrico (como efectos secundarios de los fármacos) y a las condiciones de vida asociadas con la discapacidad crónica. Estas pueden pasar inadvertidas por la falta de comunicación tanto con familiares como con el propio médico.

Otro problema habitual que afecta a los esquizofrénicos es el alto riesgo de desarrollar un problema de drogodependencia coexistente y el consumo de alcohol u otro tipo de tóxicos.

Todo esto aumenta aún más la posibilidad de recaídas de un enfermo esquizofrénico.

ANTE EL INICIO DE UNA FASE DE EUFORIA:

-Aumenta el número de horas de sueño hasta 10.

-Que limite el número de actividades: cancele compromisos y situaciones estresantes. Dedique un máximo de 6 horas al día a estar activo. Acuda al médico si necesita baja laboral.

-Que No intente vencer la euforia "por agotamiento". En su estado no se cansará, sino que empeorará cada vez más la situación hasta hacerse incontrolable.

-Que No se deje engañar por la sensación de felicidad y omnipotencia; recuerde que puede tener consecuencias muy negativas y ser el paso previo a la depresión

- Que Evite los estimulantes: café, té, bebidas energéticas, el deporte excesivo, el alcohol y las drogas (excitantes o relajantes).

- Que Posponga decisiones económicas y consulte con personas de confianza. No se deje llevar por el impulso (puede arrepentirse cuando no tenga solución).

-Que comente sus "grandes ideas y planes geniales" con otras personas (que le parezcan sensatas y conozcan su enfermedad) y tome en cuenta su opinión.

ANTE EL INICIO DE UNA DEPRECIÓN:

-Que Duerma máximo nueve horas.

-Que no se automedique!

-Que no tome decisiones importantes, su capacidad de juicio está sesgada por su estado de ánimo.

-Que intente aumentar el número de actividades y hacer ejercicio físico ligero, aunque no le apetezca.

-Que no se sienta culpable por estar así. El no controla los síntomas de su depresión, al igual que no podría bajar el colesterol concentrándose en ello.

-Que en la medida que sea capaz, someta a crítica y no dé excesivo valor a sus ideas de inferioridad, pesimismo y desesperanza: son parte de la enfermedad, no corresponden a la realidad.

TENER UN FAMILIAR CON TRASTORNO BIPOLAR.

Que diagnostiquen cualquier enfermedad crónica a uno de nuestros familiares supone un gran impacto. Si se trata de una enfermedad mental, a la carga que representa convertirse en "cuidador" se añade el peso del tabú que todavía envuelve a estos trastornos y las dificultades para comprender que las conductas "extrañas" son el resultado de estados mentales que nos son desconocidos. No es fácil entender que los cambios en la sexualidad, el aumento de la irritabilidad, los gastos económicos excesivos o la prepotencia ante amigos o compañeros de trabajo puedan ser resultado de una visión del mundo y de uno mismo que sólo se conoce si se atraviesa una fase de manía (una experiencia que la mayor parte de la gente no tiene). Así, esta enfermedad lleva a su espalda una larga lista de separaciones de pareja, despidos laborales o rupturas de relaciones de amistad.

La situación se complica aún más cuando la persona que padece el trastorno bipolar aún no ha podido asumir que tiene una enfermedad y se niega aceptar el tratamiento (ocurre

con más frecuencia si predominan los episodios maníacos). En este caso los familiares tienen el difícil papel de juzgar el riesgo de la situación e intentar convencer al paciente de la necesidad de acudir a urgencias o solicitar un traslado forzoso al hospital (una situación que se hace muy penosa para el enfermo y su familia pero que en muchas ocasiones es imprescindible para evitar males mayores y abre la puerta para empezar un tratamiento psiquiátrico ambulatorio).

Es necesario conocer bien la enfermedad para comprender a la persona y evitar culparla por conductas que son parte de un problema médico y que el paciente a veces no puede controlar. Al mismo tiempo, los familiares tienen a veces la difícil función de ser "el otro yo" del enfermo bipolar y confrontarle con sus ideas falsas o su visión sesgada de las cosas y de sí mismo. En definitiva, llegar a ser un factor de estabilización para nuestro familiar enfermo requiere mucha paciencia y ser capaz de lograr un delicado equilibrio entre preservar su capacidad de autonomía y responsabilidad y proteger y servir de apoyo.

No hay que olvidar, sin embargo, que en general las personas con esta particular sensibilidad del ánimo son gente imaginativa, creativa, generosa y sensible, con una capacidad de afecto que tiene un tinte especial y que, bien tratados, pueden pasar incluso varios años sin experimentar ninguna crisis que limite en ningún aspecto su capacidad para llevar una vida normal.

Puede ser útil en estas fases de remisión de la enfermedad realizar con el paciente planes y acuerdos que eviten problemas en futuros episodios de la enfermedad, como controlar conjuntamente las cuentas bancarias, las tarjetas de crédito o los vehículos y concretar cómo se va a actuar ante el inicio de los síntomas.

En este trastorno es especialmente importante el papel de la familia y de la gente cercana. Informarse de la enfermedad, ponerse en contacto con el médico que lleva el caso para colaborar en el plan de tratamiento e informar de la evolución y potenciar los hábitos de vida saludables son partes cruciales del apoyo de familiares y amigos. Además de esto es primordial:

Aprender a detectar síntomas de recaída:

A veces son las personas de alrededor las que se dan cuenta de pequeños cambios que avisan de una recaída. Detectarlos es muy importante para tomar las medidas necesarias y que no evolucione hacia algo mucho más grave.

Será útil estar atentos a cambios en el estado de ánimo sin motivos concretos o cambios en el carácter: la persona tímida que está muy extravertida o alguien risueño y bromista que se encuentra progresivamente más apagado...; pero también aprender a distinguir entre un día bueno y la hipomanía o un día malo y la depresión.

Así, son **signos de que una fase maniaca se acerca**: la disminución de la necesidad de dormir, con aumento del nivel de actividad (Ej. Encontrarse al paciente realizando tareas a altas horas o muy temprano, cuando debería estar durmiendo); el aumento de la irritabilidad, expresada con malas contestaciones o poca tolerancia a situaciones más o menos intrascendentes (que hay que entender como parte de la enfermedad y no como algo personal); un habla excesiva, rápida y en tono alto, con dificultades para escuchar; la aparición de nuevos intereses, proyectos, ideas... de manera repentina, etc.

Y **avisan del comienzo de una depresión**: la pérdida de interés por las cosas que antes más le gustaban (por.ej. un aficionado al fútbol que no ve los últimos partidos pudiendo hacerlo; la desgana o la sensación de cansancio; la pérdida de apetito...

Qué hacer ante las ideas de suicidio

Las ideas de muerte son parte de la sintomatología depresiva.

Uno se ve sin ganas de nada, sin ilusión y sin fuerzas para lo que debe hacer. Tiene sentimientos de minusvalía, de que es un estorbo o incluso de que tiene la culpa de la infelicidad de quienes le rodean. No ve luz tras el túnel y cree que eso nunca va a mejorar. De ahí las ideas de muerte.

Esta visión del mundo y de sí mismo tiene que ver con "el cristal ahumado" de la depresión, a través del cual el enfermo lo ve todo negro. En general, con el tratamiento antidepresivo el paciente mejora y deja de desear la muerte.

Aunque la mayor parte de las personas que sufren un trastorno bipolar nunca llegan a hacer un intento de suicidio (incluso cuando hayan podido desear morir); lo trágico de las muertes producidas por esta causa y el hecho de que sean pérdidas completamente evitables hacen necesario poner todo el esfuerzo en prevenirlas.

Ante cualquier sospecha, por tanto, habrá que ponerse en contacto con el psiquiatra. Nos tienen que llamar la atención tanto las amenazas que haga el paciente, como las manifestaciones de intensa desesperanza, maniobras para "arreglar sus asuntos" (el testamento, el contrato de un seguro de vida...). Ante estas circunstancias, hay que evitar dejar al paciente solo, ponerse en contacto con su psiquiatra o servicio de urgencias, y poner fuera de su alcance la medicación u otros métodos lesivos.

Qué hacer ante la perspectiva de un ingreso involuntario.

Puede llegar a un extremo, tanto en las fases maníacas como en las depresivas, en que la contención familiar no sea suficiente: planes de suicidio, gastos incontrolados, conductas muy alteradas o ideas fuera de la realidad... Estas situaciones, por tanto, pueden requerir en un momento determinado un ingreso hospitalario.

Es posible, sin embargo, que el paciente no lo acepte: se siente tan "bien", tan eufórico, que no se nota enfermo (fase maníaca) o, por el contrario, está convencido de que no va servir de nada y lo considera una falsa esperanza de su familia (fase depresiva). Cualquiera de las dos valoraciones es errónea y puede acarrear riesgos importantes para el paciente (de suicidio, de conductas temerarias...) y los demás (de que arruine a la familia, de que se pelee con alguien como resultado de la irritabilidad...). En este momento se debe tener en cuenta que no tiene capacidad de decidir por sí mismo y solicitar al juez una autorización para actuar en contra de su voluntad y trasladarlo a un hospital.

La familia cuando toma esta decisión atraviesa un momento duro, a veces hasta con amenazas e insultos, pero debe tener claro que está luchando contra la enfermedad y no contra el paciente; quien, una vez que mejore y sea capaz de valorar su estado en el momento del ingreso puede incluso agradecer que se tomase esa medida.

Manejar el abandono de medicación y el abuso de drogas.

Una vez que sabemos que tomar la medicación es lo más importante para evitar las recaídas y que conocemos los efectos negativos de las drogas para los familiares puede ser muy difícil no caer en la observación constante, detectivesca y obsesiva, de manera que los interrogatorios y las críticas sean algo constante. Es mejor no adoptar este papel, porque no se hace sino generar más tensión y rechazo por parte del paciente a la medicación y en general a la idea de que está enfermo y debe cuidarse. De nuevo se trata de encontrar el justo punto medio entre sobreproteger, atosigando, y desentenderse, dejando toda la responsabilidad al paciente. Una actitud de respeto y de sutil ayuda es la ideal.

Es conveniente a su vez conocer la medicación y establecer un dialogo constructivo sobre ella. Ante las quejas con respecto a efectos secundarios desagradables no minimizar la molestia que puedan suponer para el paciente y animarle a que acuda al médico antes de abandonar la medicación.

Si se niega a tomar las pastillas, puede ser conveniente recordarle que así el riesgo de recaída es alto y puede terminar en un ingreso y estar atentos a posibles recaídas.

En general, el paciente ha de ser responsable de tomar su propia medicación, sobre todo en periodos estables. A medida que tenga recaídas, el mismo se irá concienciando de la importancia que tiene tomarla adecuadamente.

CAPÍTULO II

Diseño Metodológico

Marco metodológico

Diseño metodológico: enfoque cuantitativo, por que refieren características cuantitativas y pueden ser medidas en números

Nivel o tipo de investigación

Tipo de estudio:

De acuerdo a finalidad o propósito: Aplicada

De acuerdo al alcance: Transversal, tiempo 1 mes aproximadamente durante el periodo mayo- junio 2012

De acuerdo a su amplitud: Microsociología, se tomara un grupo mediano de variables.

De acuerdo a su profundidad: Descriptiva explorativa

Tipo de investigación

De acuerdo a las fuentes: Primarias (familiares de pacientes externados en el periodo mayo junio del pabellón de hombres del Hospital Escuela Dr.

Carlos Pereyra

De acuerdo al lugar donde se desarrolla: De campo, porque los fenómenos serán observados dentro de su ambiente natural en el hospital escuela Dr. Carlos Pereyra

De acuerdo a su naturaleza: Documentales (encuestas, entrevistas, test) los cuestionarios se administran a los familiares de pacientes externados por el propio investigador, previamente se les informara de las finalidades de tal estudio, así como la colaboración voluntaria, garantizando la confiabilidad y el anonimato

Método de investigación

Proceso formal: Deductivo

Población y muestra

Población: Totalidad familiares de pacientes externados mayo-junio del sector del servicio de hombres del Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra

Muestra: del total de la población del periodo mayo-junio 2012 que se van con alta hospitalaria de las cuales son 65 familias, se toma una muestra de 38 familias con los siguientes criterios

Criterios de inclusión: pacientes en tratamiento ambulatorio, con enfermedades psiquiátricas

Criterios de exclusión: pacientes que presentan enfermedades como alcoholismo, poli adicción, debilidad mental y pacientes que son retirados a casitas de medio camino.

Grado de generalización:

Orientada a conclusiones: de acuerdo al tema propuesto mediante la realización de la investigación pretendo concluir que familiares de pacientes externados del Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra no se encuentran debidamente informados con respecto al cuidado de un paciente psiquiátrico

Según las fuentes: Metodológica: debido a que se realizaran encuestas, entrevistas de manera personal para la recolección de datos.

Proceso y Definición de Variables

Variables: Información que tienen los familiares

1. Cuidado integral
2. Signos de alarma

Definición conceptual de variables

1. Cuidado integral: referido a al conocimiento que debería absorber y adoptar la familia que posee un integrante en tratamiento psiquiátrico luego de la externación en un Hospital este conocimiento engloba: higiene, alimentación, y medicación.

2. Signos de alarma: referido a aprender a detectar por parte de la familia los pequeños cambios en el estado de ánimo sin motivos concretos o cambios en el carácter, que avisan de una recaída en un paciente en tratamiento psiquiátrico, Divisar estos cambios es muy importante para tomar las medidas necesarias y que no evolucione hacia una nueva internación .

1-Cooperación: si es hostil o por el contrario dócil

2-Tensión: depende de la enfermedad el grado de Tensión Arterial, distintos tipos:

3-Humor: si esta contento, triste, excitado o abatido cada uno esta relacionado a si es un paciente maniaco (fóbico) o un paciente deprimido (triste y abatido)

4- Actividad motriz: valorar si el cuidador tiene en cuenta los movimientos faciales y el ejercicio del paciente a su cuidado

5-Estado de conciencia: valorar el nivel de conciencia con relación a su medio

6-Ritmo de sueño: en algunos trastornos mentales los patrones de sueño pueden verse alterados, se evaluara cuanto es la atención que el cuidador tiene.

7-Relaciones con los demás: relaciones con otros pacientes, con la familia y con el personal en el caso que todavía siga internado.

8-Memoria: la falta de memoria puede ser un síntoma de enfermedad o un defecto del tratamiento

Operacionalización de Variables

1. Información de Familiares sobre Cuidado Integral

1. a Higiene

- **a-1 Higiene Bucal:**
Siempre- Casi Siempre- A Veces- Nunca- No sabe
- **a-2 Miembros Superiores e Inferiores:**
Siempre- Casi Siempre- A Veces- Nunca- No sabe
- **a-3 Genitales:**
Siempre- Casi Siempre- A Veces- Nunca- No sabe
- **a-4 Cabello:**
Siempre- Casi Siempre- A Veces- Nunca- No sabe

1.b Vestimenta en condiciones:

- b-1.** Mucha atención- Poca atención- Nada de atención

1.c Alimentación:

- c-1** Ingesta sólidos: Adecuada- Medianamente-Poco adecuada- No sabe
- c-2** Ingesta líquidos: Adecuada- Medianamente- Poco adecuada- No sabe

1.d Medicación a administrar:

- d-1.** Prescripta: Mucho conocimiento- Medianamente-Poco
- d-2.** Horarios: Mucho conocimiento- Medianamente-Poco
- d-3.** Dosis: Mucho conocimiento- Medianamente-Poco
- d-4.** Vías: Mucho conocimiento- Medianamente-Poco

2. Observación Signos de Alarma

2-a Grado de Cooperación

- a-2.** Cooperación: Muy cooperativo-Medianamente-Poco- No sabe

2-b Variables de Tensión

- b-2.** Tensión: Muy Frecuente- Medianamente-Poco- No sabe

2-c Humor que Frecuenta

- c-2.** Humor: Muy Bueno- Medianamente-Poco- No sabe

2-d Actividad Motriz

- d-2.** Motricidad. Muy activo- Medianamente- Poco - No sabe

2-e Estado de Conciencia

e-2. Consciencia: Muy orientado- Medianamente-Poco- No sabe

2-f Ritmo de Sueño

f-2. Sueño: Muy adecuado- Medianamente-Poco- No sabe

2-g Sociabilización

g-2. Relaciones sociales: Muy adecuado- Medianamente-Poco- No sabe

2-h Capacidad de Memoria

h-2. Memoria: Muy adecuado- Medianamente-Poco- No sabe

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

CÓDIGOS Y CODIFICACIÓN
1- CUIDADO INTEGRAL

1-a Higiene

Variables	Categoría	Códigos
a-1 Higiene bucal	Siempre	1
	Casi siempre	2
	A veces	3
	Nunca	4
	No sabe	5
a-2 Miembros Superiores e inferiores	Siempre	1
	Casi siempre	2
	A veces	3
	Nunca	4
	No sabe	5
a-3 Genitales	Siempre	1
	Casi siempre	2
	A veces	3
	Nunca	4
	No sabe	5
a-4 Cabello	Siempre	1
	Casi siempre	2
	A veces	3
	Nunca	4
	No sabe	5

1-b Vestimenta en condiciones

Variables	Categoría	Códigos
b-1 Higiene de ropa	Mucha atención	1
	Poca atención	2
	Nada de atención	3

1-c Alimentación

Variables	Categoría	Códigos
c-1 Ingesta de sólidos	Adecuado	1
	Medianamente	2
	Poco adecuada	3
	No sabe	4
c-2 Ingesta de líquidos	Adecuado	1
	Medianamente	2
	Poco adecuada	3
	No sabe	4

1-d Medicación a administrar

Variables	Categoría	Códigos
d-1 Prescripta	Mucho conocimiento	1
	Medianamente	2
	Poco	3
d-2 Horarios	Mucho conocimiento	1
	Medianamente	2
	Poco	3
d-3 Dosis	Mucho conocimiento	1
	Medianamente	2
	Poco	3
d-4 Vías	Mucho conocimiento	1
	Medianamente	2
	Poco	3

2- OBSERVACION SIGNOS DE ALARMA

2-a Grado de cooperación del paciente

Variables	Categoría	Códigos
a-2 Cooperación	Muy cooperativo	1
	Medianamente	2
	Poco	3
	No sabe	4

2-b Variables de tensión del paciente

Variables	Categoría	Códigos
b-2 Tensión	Muy frecuente	1
	Medianamente	2
	Poco	3
	No sabe	4

2-c Humor que frecuenta el familiar

Variables	Categoría	Categoría
c-2 Humor	Muy bueno	1
	Medianamente	2
	Poco	3
	No sabe	4

2-d Actividad motriz del familiar

Variables	Categoría	Códigos
d-2 Motricidad	Muy activo	1
	Medianamente	2
	Poco	3
	No sabe	4

2-e Estado de conciencia

Variables	Categoría	Códigos
e-2 Conciencia	Muy orientado	1
	Medianamente	2
	Poco	3
	No sabe	4

2-f Descanso y sueño

Variables	Categoría	Códigos
f-2 Sueño	Muy adecuado	1
	Medianamente	2
	Poco	3
	No sabe	4

2-g Sociabilización del paciente

Variables	Categoría	Códigos
g-2 Relaciones sociales	Muy adecuado	1
	Medianamente	2
	Poco	3
	No sabe	4

2-h Capacidad de memoria

Variables	Categoría	Códigos
h-2 Memoria	Muy adecuado	1
	Medianamente	2
	Poco	3
	No sabe	4

BIBLIOGRAFIA

- 1-<http://familydoctor.org/familydoctor/es/prevention-wellness/emotional-wellbeing/mental-health/mental-health-keeping-your-emotional-health.ht>
- 2-<http://es.scribd.com/doc/83026078/Enfermeria-Psiquiatrica> Gail W.Stuart .Michele T. Laraia
- 3-Enfermería de Salud Mental, Hildegard Peplau "Relaciones interpersonales en Enfermería"
- 4- Ministerio de salud- Provincia de Mendoza .200 bicentenario. Hospital Dr.Carlos Pereyra.
- 5-De la Revilla, L. (1996). Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Doyma
- 6-Organización Mundial de la Salud. (2001). La Salud Mental en el Mundo. [Documento en línea] Disponible: <http://www.ome-aen.org/OMS.htm>.
- 7-Alfonso, A. (2006). Valoración de las Necesidades del Paciente Esquizofrénico ante la Pérdida del Cuidador Principal. España. [Documento en línea] Disponible: <http://ciencia.micinn.fecyt.es/universidades/dcs/files/Salud-Mental.pdf>
- 8-Cordero, J. (1999). La Familia: Problemas de Salud. México: MC Graw Hill. Interamericana.

ANÁLISIS PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS

ANALISIS DE DATOS

1- CUIDADO INTEGRAL

1-a Higiene

Tabla a-1 Higiene bucal

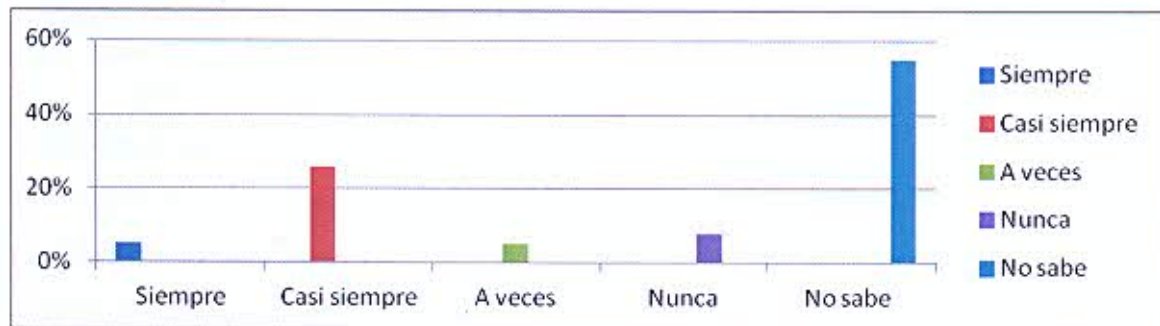
Factor de riesgo del cuidado integral en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	2	5%
Casi siempre	10	26%
A veces	2	5%
Nunca	3	8%
No sabe	21	55%
Total	38	100 %

Fuente Propia: Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° a-1 Higiene bucal

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

Del 100% de los familiares encuestados el 55% muestra no tener conocimientos sobre que realiza su familiar en tratamiento en cuanto a su higiene bucal, ahora bien cabe destacar que ahí un 26% que muestra por lo menos un interés en la higiene bucal del integrante enfermo lo que es alarmante es el 5% del siempre ya que indica el porcentaje bajo que hay de familiares que maneja un cuidado integral con respecto a la higiene bucal. También es de suma importancia destacar el 5% y el 8 % del a veces y el nunca, ya que muestra no solo el poco manejo sobre este importante factor si no la despreocupación con respecto a ello ya que aceptan sin problemas el no manejar el tema.

Tabla a-2 Miembros Superiores e inferiores

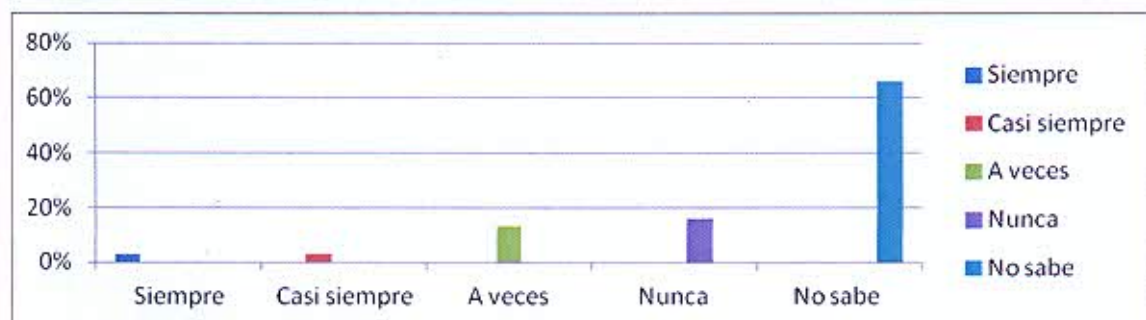
Factor de riesgo del cuidado integral en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	0	0%
Casi siempre	1	3%
A veces	7	18%
Nunca	13	34%
No sabe	17	45%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° a-2 Miembros Superiores e inferiores

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

Del 100% de los familiares encuestados el 45% muestra no tener conocimientos sobre que realiza su familiar en tratamiento en cuanto a la higiene de miembros superiores e inferiores manteniendo la preponderancia de la falta de conocimiento como en la tabla anterior, ahora bien en esta tabla se observa el detrimento en picada 34% de Nunca; el 18% de A veces que, el 3% casi siempre a un 0% de siempre es alarmante ya que indica el porcentaje bajo que hay de familiares que maneja un cuidado integral con respecto a la higiene bucal. Destacando como anteriormente ya que muestra no solo el poco manejo sobre este importante factor si no la despreocupación con respecto a ello ya que aceptan sin problemas el no manejar el tema.

Tabla a-3 Genitales

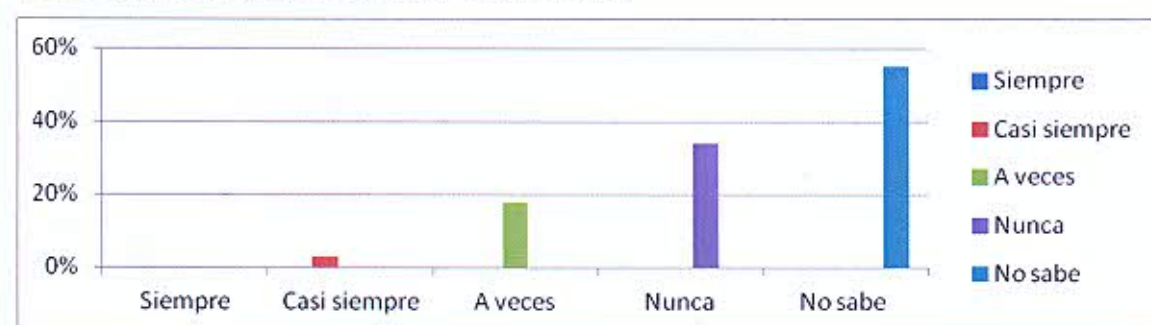
Factor de riesgo del cuidado integral en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	1	3%
Casi siempre	1	3%
A veces	5	13%
Nunca	6	16%
No sabe	25	66%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° a-3 Genitales

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

En este caso del 100% de los familiares encuestados el 66% muestra no tener conocimientos sobre que realiza su familiar en tratamiento en cuanto a la higiene de genitales manteniendo la preponderancia de la falta de conocimiento como en la tabla anterior aunque en mayor mediada todavía, como así también se mantiene el detrimento en picada siguiendo el mismo parámetro de la anterior tabla.

Tabla a-4 Cabello

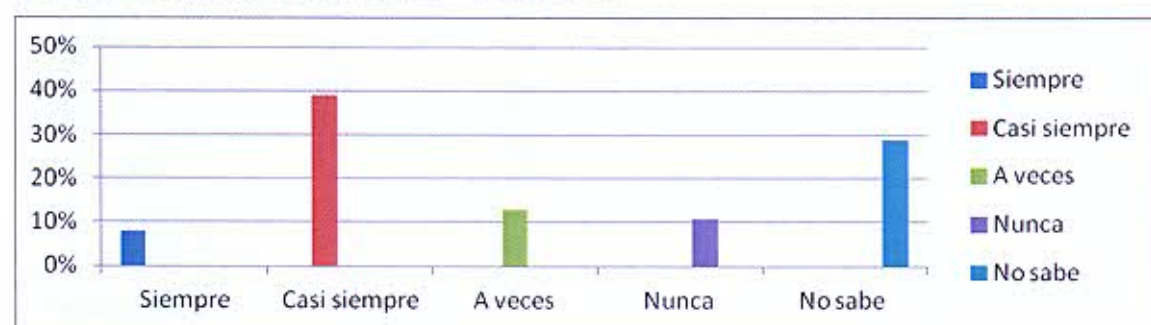
Factor de riesgo del cuidado integral en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	3	8%
Casi siempre	15	39%
A veces	5	13%
Nunca	4	11%
No sabe	11	29%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° a-4 Cabello

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

En este caso del 100% de los familiares encuestados el 39% muestra tener conocimientos casi siempre en cuanto a la frecuencia que realiza su familiar en el cuidado de la higiene del cabello esto es positivo desde el punto de vista del análisis de la tabla también podemos decir que tal evento se muestra así por ser un factor mucho mas notable que los anteriores así todo sigue manteniéndose un porcentaje del 29% que No sabe manteniendo la preponderancia de la falta de conocimiento y la aceptación del la suma del otro 24% que indica una despreocupación absoluta, con la salvedad de un 8% que demuestra un conocimiento casi exacto de la frecuencia de la higiene del cabello.

1-b Vestimenta en condiciones

Tabla b-1 Higiene de ropa

Factor de riesgo del cuidado integral en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Mucha atención	2	5%
Poca atención	16	42%
Nada de atención	20	53%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° b-1 Higiene de ropa

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

En este caso del 100% de los familiares encuestados el 53% muestra no tener conocimientos sobre que realiza su familiar en tratamiento en cuanto a la higiene del cuidado de la ropa manteniendo la preponderancia de la falta de conocimiento como en la tabla anterior y manteniendo este análisis un 42% de Poca atención lo que es preocupante por la aceptación de esta falta de conocimiento, sumado al 5% de Mucha atención que es en porcentaje muy poco para este factor importante del cuidado integral del paciente.

1-c Alimentación

Tabla c-1 Ingesta de sólidos

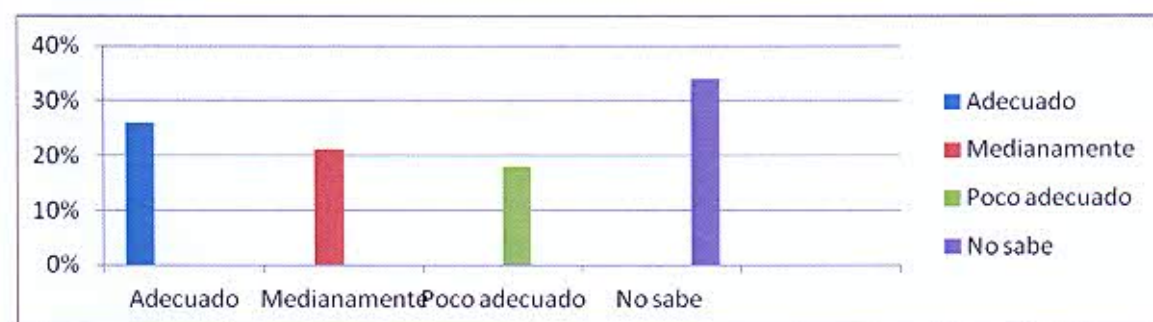
Factor de riesgo del cuidado integral en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Adecuado	10	26%
Medianamente	8	21%
Poco adecuado	7	18%
No sabe	13	34%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° c-1

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

En este caso del 100% de los familiares encuestados el 34% muestra no tener conocimientos sobre que realiza su familiar en tratamiento en cuanto a la ingesta de solidos manteniendo la preponderancia de la falta de conocimiento como en la tabla anterior pero en contrapartida un 26% muestra tener conocimientos mostrando saber que ingiere de forma adecuada la ingesta de solidos ahora bien sigue siendo preocupante no solo el porcentaje de la falta de conocimiento si no de los porcentajes del medianamente y poco adecuado ya que son bastante altos mostrando asi las despreocupación en el cambio de actitud o de pensar que tal situación esta bien y no acarrea un deterioro en el familiar en tratamiento.

Tabla c-2 Ingesta de líquidos

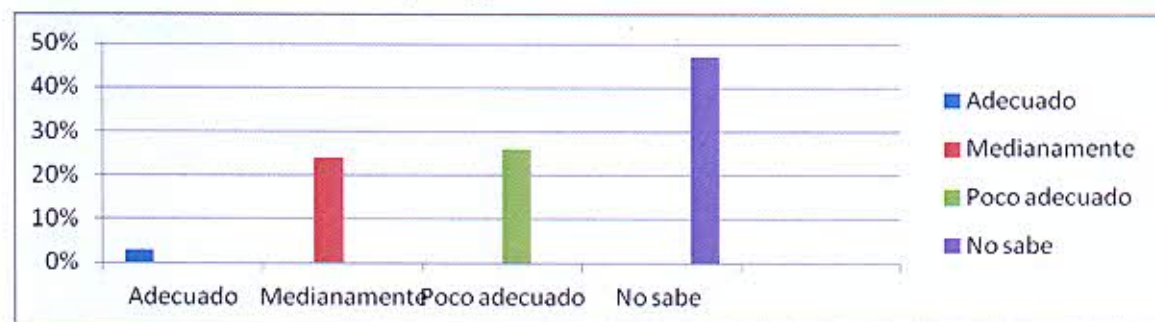
Factor de riesgo del cuidado integral en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Adecuado	1	3%
Medianamente	9	24%
Poco adecuado	10	26%
No sabe	18	47%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° c-2 Ingesta de líquidos

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

En este caso del 100% de los familiares encuestados el 47% muestra no tener conocimientos sobre que realiza su familiar en tratamiento ,en cuanto a la ingesta de líquidos manteniendo la preponderancia de la falta de conocimiento como en la tabla anterior demostrando en mayor medida la falta de control sobre la ingesta de líquidos ya que los porcentajes de poco adecuado con el 26% el de medianamente con el 24% son altos dejando ver una vez mas la aceptación de saber q no es adecuada la ingesta.. Con un porcentaje muy bajo del 3% de adecuado denota lo poco que lo familiares manejan sobre el conocimiento de la ingesta de líquidos.

1-d Medicación a administrar

Tabla d-1 Prescripta

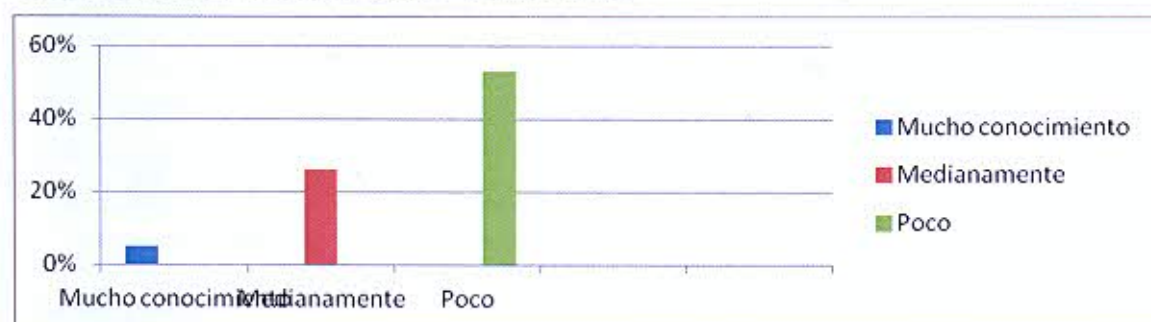
Factor de riesgo del cuidado integral en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Mucho conocimiento	2	5%
Medianamente	10	26%
Poco	26	68%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° d-1 Prescripta

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

En este caso del 100% de los familiares encuestados el 68% muestra no tener conocimientos sobre que realiza su familiar en tratamiento, en cuanto a la medicación prescripta manteniendo la preponderancia de la falta de conocimiento como en la tabla anterior, en detrimento de la demás solo corrobora la falta de conocimiento con un porcentaje de solo el 5% de mucho conocimiento.

Tabla d-2 Horarios

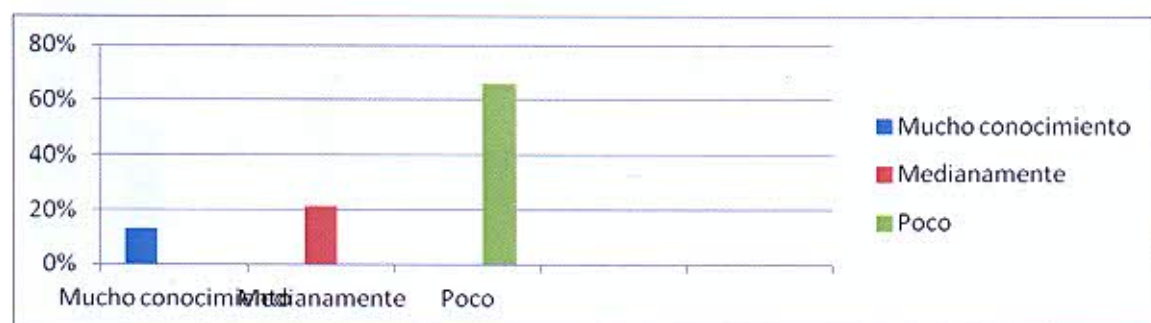
Factor de riesgo del cuidado integral en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Mucho conocimiento	5	13%
Medianamente	8	21%
Poco	25	66%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° d-2 Horarios

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

En este caso del 100% de los familiares encuestados el 66% muestra no tener conocimientos sobre que realiza su familiar en tratamiento, en cuanto a los horarios de la medicación del paciente manteniendo la preponderancia de la falta de conocimiento como en la tabla anterior aunque hay un nivel mas altos de los otros porcentajes sigue manteniendo los mismo destacado en la anterior tabla.

Tabla d-3 Dosis

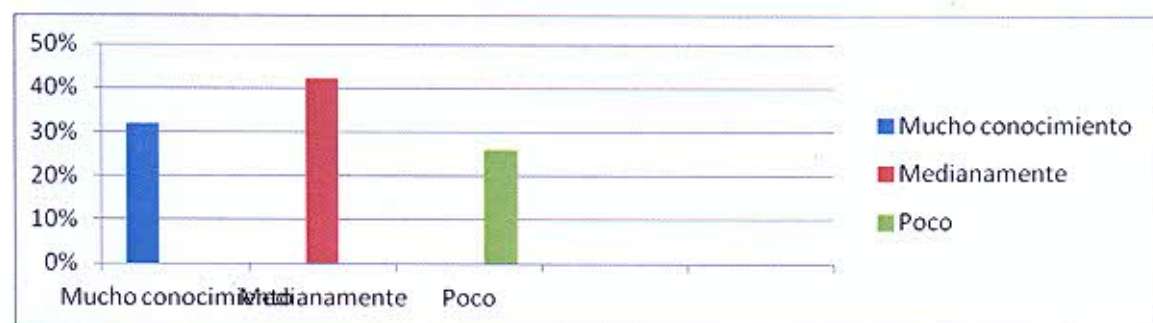
Factor de riesgo del cuidado integral en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Mucho conocimiento	12	32%
Medianamente	16	42%
Poco	10	26%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° d-3 Dosis

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

En este caso del 100% de los familiares encuestados el 26% muestra no tener conocimientos sobre que realiza su familiar en tratamiento ,en cuanto a la dosis de la medicación pero cabe destacar que en este factor es de mayor porcentaje de un 42% que maneja medianamente el conocimiento sobre la dosis y un 32% que tiene mucho conocimiento sobre tal aspecto lo que despierta interés ya que es un punto que enfermería hace hincapié en los familiares cuando el paciente esta internado y sale de permiso se le explica y anota detalladamente la dosis eso indica que esa educación anterior prevalece y ayuda en el tratamiento una vez externado el paciente.

Tabla d-4 Vías

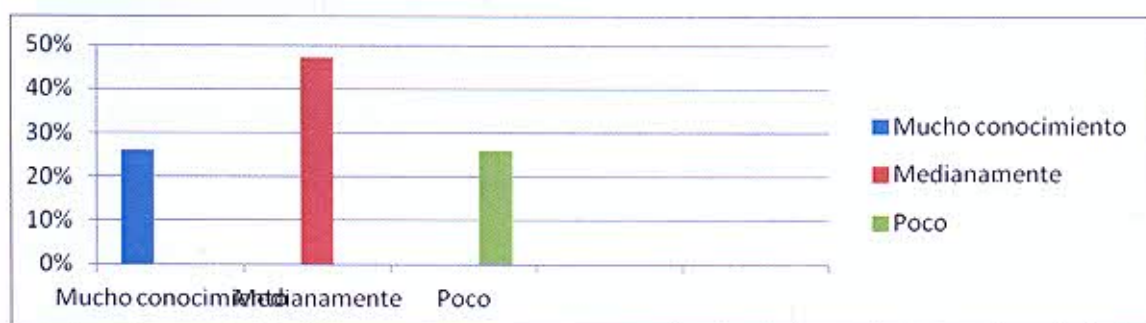
Factor de riesgo del cuidado integral en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Mucho conocimiento	10	26%
Medianamente	18	47%
Poco	10	26%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° d-4 Vías

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

En este caso del 100% de los familiares encuestados el 26% muestra no tener conocimientos sobre que realiza su familiar en tratamiento ,en cuanto a las vías de la medicación pero como en la anterior tabla se repite el mismo factor ya que enfermería explica dosis y vías y horarios aunque horarios no parece tener la misma incidencia que estas dos ultimas.

OBSERVACION SIGNOS DE ALARMA

2-a Grado de Cooperación

Factor de riesgo de signos de alarma en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

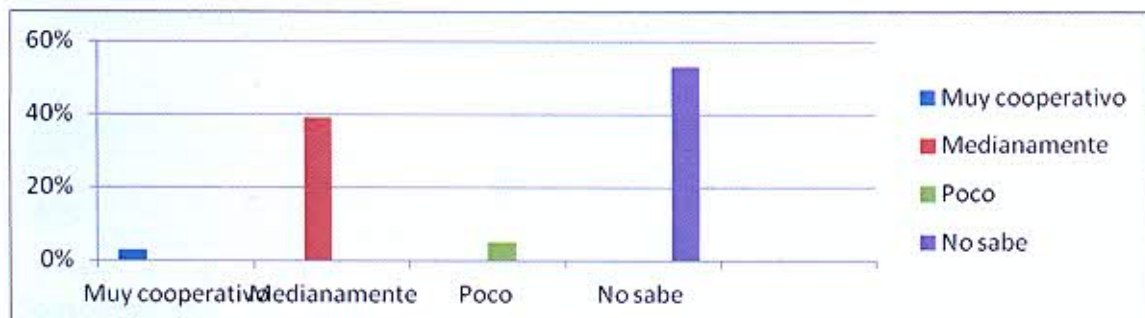
Tabla a-2 Cooperación

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy cooperativo	1	3%
Medianamente	15	39%
Poco	2	5%
No sabe	20	53%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° a-2 Cooperación

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

En esta tabla el 100% de los encuestado tira un resultado que muestra que el el 53% desconoce si es cooperativo su familiar le sigue un porcentaje del 39% que muestra medianamente saber si es cooperativo al responder que sabe cuando es cooperativo y un alarmante resultado para el muy cooperativo con un 3%... y un 5% que se desentiende del tema.

2-b Variables de Tensión Arterial

Factor de riesgo de signos de alarma en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

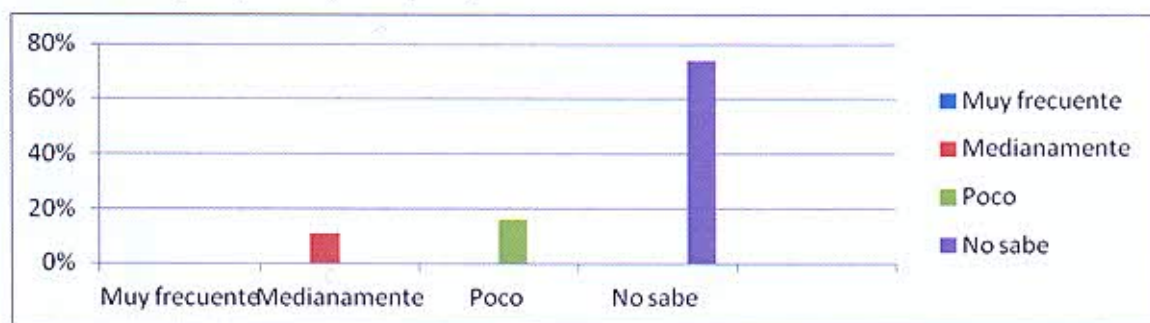
Tabla b-2 Tensión

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy frecuente	0	0%
Medianamente	4	11%
Poco	6	16%
No sabe	28	74%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° b-2 Tensión

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

Aquí muestra esta tabla solo el alarmante desconocimiento que tira el resultado de un 74% de no saber que tensión tiene el paciente corroborándolo con el resultado bajísimo de medianamente y poco y el nulo del muy frecuente.

2-c Humor que Frecuenta

Factor de riesgo de signos de alarma en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

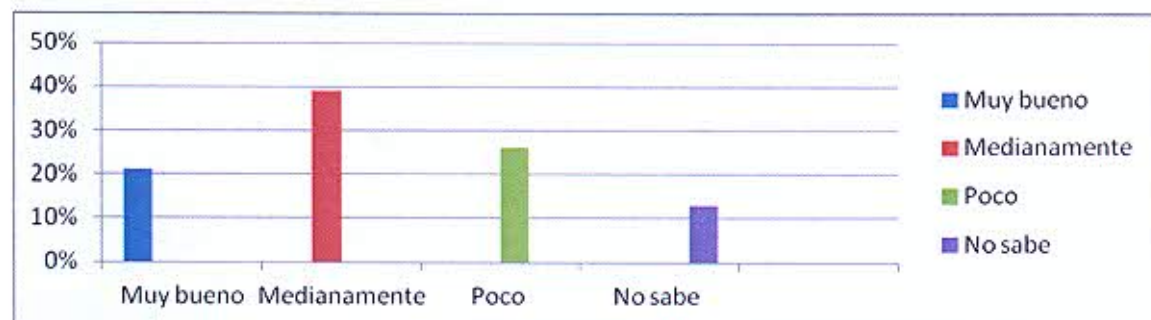
Tabla c-2 Humor

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy bueno	8	21%
Medianamente	15	39%
Poco	10	26%
No sabe	5	13%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° c-2 Humor

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

Aquí muestra esta tabla un resultado positivo ya que el 13% de no saber es muy bajo, solo el Poco que tira un 26% relativamente alto mostraría un desconocimiento pero no en comparación con los resultado altos del medianamente y el muy bueno.

2-d Actividad Motriz

Factor de riesgo de signos de alarma en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

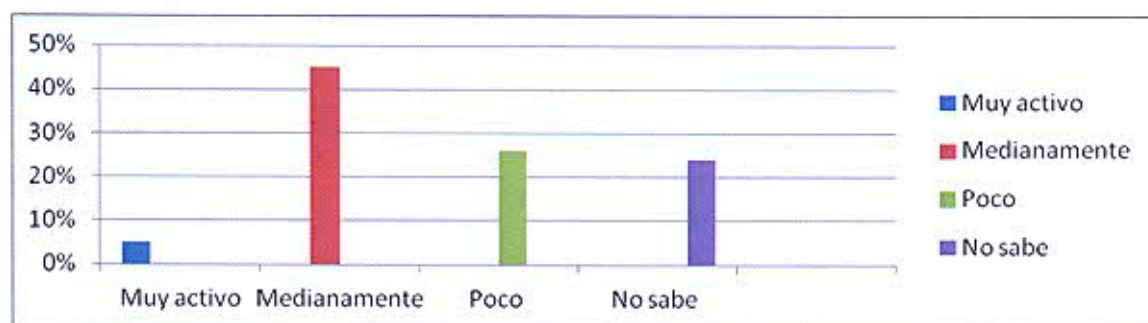
Tabla d-2 Motricidad

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy activo	2	5%
Medianamente	17	45%
Poco	10	26%
No sabe	9	24%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° d-2 Motricidad

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

Esta tabla muestra un resultado similar a la anterior pudiendo decir que es positivo el resultado.

2-e Estado de Conciencia

Factor de riesgo de signos de alarma en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

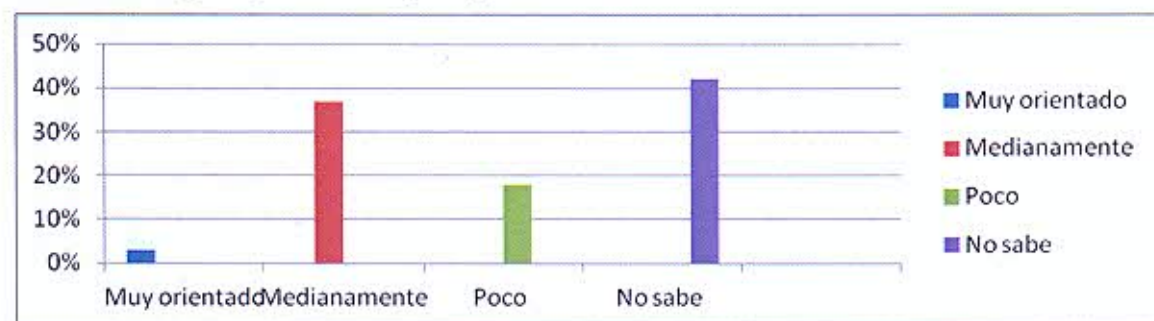
Tabla e-2 Conciencia

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy orientado	1	3%
Medianamente	14	37%
Poco	7	18%
No sabe	16	42%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° e-2 Conciencia

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

Aquí muestra esta tabla un desconocimiento que tira el resultado de un 42% de no saber que nivel de conciencia, mostrando tener un conocimiento parcial con los demás resultados.

2-f Ritmo de Sueño

Factor de riesgo de signos de alarma en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

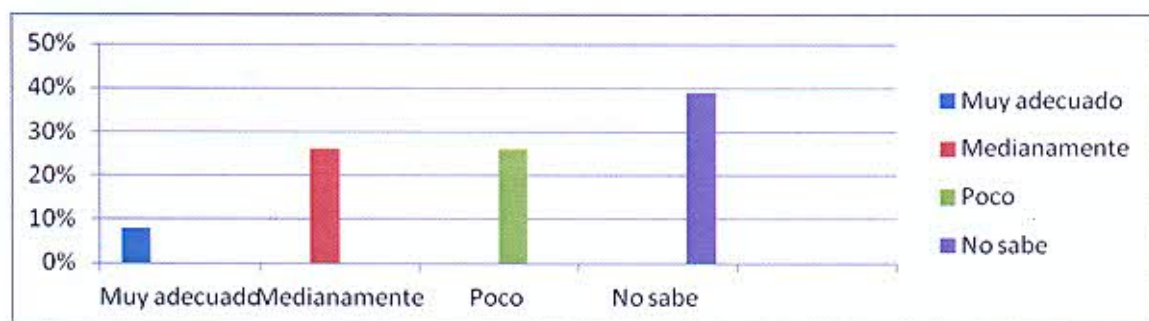
Tabla f-2 Sueño

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy adecuado	3	8%
Medianamente	10	26%
Poco	10	26%
No sabe	15	39%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° f-2 Sueño

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

Aquí muestra esta tabla que prima el desconocimiento con un 39% y va en caída los demás resultados dando un resultado negativo para esta tabla.

2-g Sociabilización

Factor de riesgo de signos de alarma en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

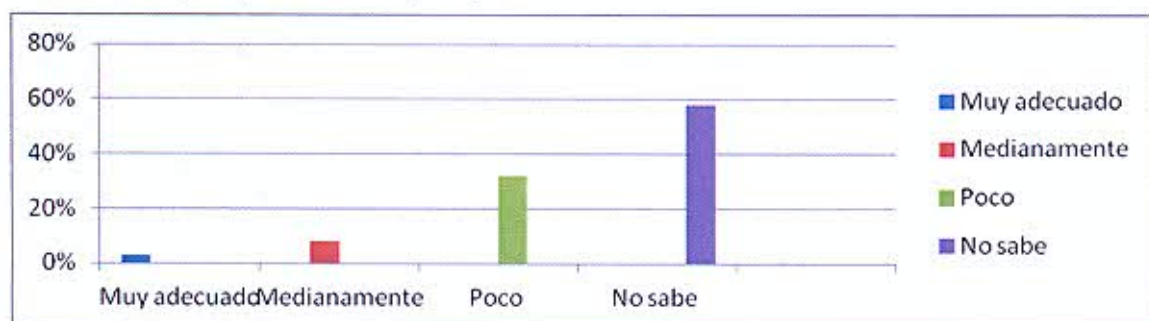
Tabla g-2 Relaciones sociales

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy adecuado	1	3%
Medianamente	3	8%
Poco	12	32%
No sabe	22	58%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° g-2 Relaciones sociales

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

Aquí muestra esta tabla que prima el desconocimiento con un 58% y va en caída los demás porcentajes en una mayor medida que en la anterior tabla dando un resultado negativo para esta tabla también.

2-h Capacidad de Memoria

Factor de riesgo de signos de alarma en familiares de pacientes en tratamiento ambulatorio

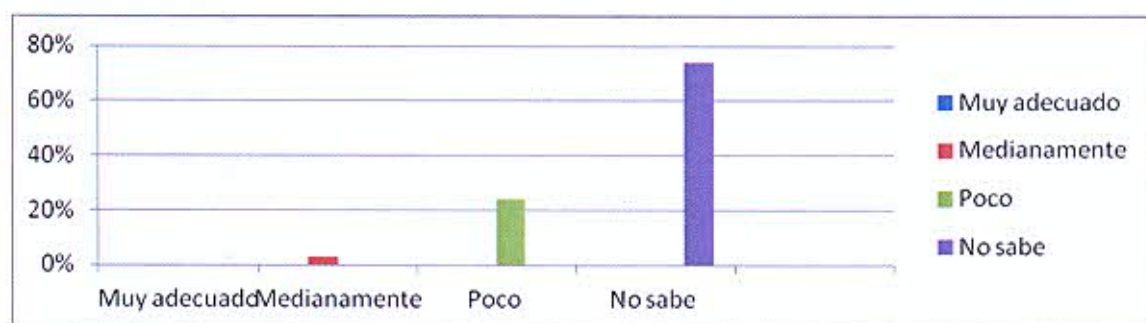
Tabla h-2 Memoria

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy adecuado	0	0%
Medianamente	1	3%
Poco	9	24%
No sabe	28	74%
Total	38	100 %

Fuente Propia : Datos obtenidos en encuestas realizadas a los familiares de pacientes externados , con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo- junio Mza 2012

Grafico N° h-2 Memoria

Familiares de pacientes externados con tratamiento ambulatorio en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra; periodo mayo – junio 2012



Comentarios:

Aquí muestra esta tabla que prima el desconocimiento con un 74% alarmante y que con mayor medida muestra una caída de los demás porcentajes dando también un resultado negativo para esta tabla

CAPÍTULO III
Resultados, discusión y propuestas

CONCLUSIONES

A partir del estudio exhaustivo de los conocimientos que los familiares de los pacientes tienen acerca del cuidado integral y signos de alarma pudimos constatar que este es sino nulo por lo menos sumamente deficiente.

El porcentaje de familiares que reconocen abiertamente no tener conocimiento en temas tan sensibles como la higiene y cuidado bucal, como en todos los referentes a la higiene personal evidencian una cotidianeidad del paciente aislada del resto de su grupo familiar.

Ha sido una constante la falta de conocimiento en todos los aspectos de lo referente al que hacer diario del paciente; exceptuando un conocimiento (no mucho mejor, por cierto) un poco mas elevado respecto de la medicación y sus dosis y vías. De esto se desprende que la vida diaria del paciente y la satisfacción de sus necesidades básicas se encuentran librados en casi la totalidad de los casos analizados, al paciente mismo.

Es como resultado de esta realidad y del conocimiento que tienen los familiares de los pacientes de las necesidades y su satisfacción que justifican y comprueban el casi total desconocimiento de la identificación de los signos de alarma tanto potenciales como inminentes.

Ante los alarmantes resultados arrojados por la investigación se desprende la necesidad imperiosa de volcarse a la educación integral de los familiares de los pacientes como parte constitutiva del tratamiento, en lo referente a la higiene personal, alimentación y signos de alarma.

PROPUESTAS DE CAMBIOS

1.- sumar a un enfermero a la entrevista

En el proceso de internación esta programada una entrevista en la que se cita a un familiar del paciente internado con el grupo interdisciplinario compuesto este por un psiquiatra, un psicólogo y un asistente social; debería también estar integrado este por un enfermero.

Entendiendo las implicancias y los alcances que tiene el rol del familiar en la evolución del paciente en la etapa de externación es que se hace imperioso que la educación del familiar comience desde el primer momento de la internación. Dado el rol educador de la enfermería y que durante todo el proceso de internación quien se encarga de la satisfacción de las necesidades básicas del paciente es el equipo de enfermería, es el personal idóneo para esta tarea educativa.

2.- Integrar durante la etapa pre externación talleres que incluyan a familiares con el paciente y personal de enfermería.

El programar esta actividad con los familiares permitirá compenetrar al familiar del paciente con este. Pudiendo así educar tanto sobre la satisfacción de necesidades básicas como así a la interpretación de las señales de alarma.

3.- folletería

Elaborar y suministrar material escrito de fácil lectura que facilite a los familiares de los pacientes externados información clara sobre las tareas necesarias en la atención y cuidado del paciente una vez externado este; así como sobre la medicación y las señales de alarma y sus procedimientos.

ANEXOS

ANEXO 1
ENTREVISTA

ENTREVISTA

1 CUIDADO INTEGRAL

1. a Higiene

Elija solo una opción para cada punto

- **a-1 Higiene Bucal:**
- **Con que frecuencia realiza su familiar la higiene bucal?**
Siempre- Casi Siempre- A Veces- Nunca- No sabe
- **a-2 Miembros Superiores e Inferiores:**
- **Con que frecuencia realiza su familiar la higiene de miembros superiores e inferiores?**
Siempre- Casi Siempre- A Veces- Nunca- No sabe
- **a-3 Genitales:**
- **Con que frecuencia realiza su familiar la higiene de su genitales?**
Siempre- Casi Siempre- A Veces- Nunca- No sabe
- **a-4 Cabello:**
- **Con que frecuencia realiza su familiar la higiene de su cabello?**
Siempre- Casi Siempre- A Veces- Nunca- No sabe

1. b Vestimenta en condiciones:

Elija solo una opción

- **Presta atención a la frecuencia con que higieniza su familiar la ropa?**
b-1. Mucha atención- Poca atención- Nada de atención

1. c Alimentación:

Elija solo una opción para cada punto

Considera que las proporciones en las que come su familiar son en:

- c-1.** Ingesta sólidos: Adecuada- Medianamente- Poca adecuada- No sabe
- c-2.** Ingesta líquidos: Adecuada- Medianamente- Poca adecuada- No sabe

1. d Medicación a administrar:

Elija solo una opción para cada punto

Cual es el conocimiento que maneja con respecto a la medicación de su familiar?

d-1. Prescripta: Mucho conocimiento- Medianamente-Poco

d-2. Horarios: Mucho conocimiento- Medianamente-Poco

d-3. Dosis: Mucho conocimiento- Medianamente-Poco

d-4. Vías: Mucho conocimiento- Medianamente-Poco

2. Observación Signos de Alarma

2-a- marque con un círculo la opción que represente el grado de cooperación que tiene su familiar normalmente:

a-2. Cooperación: Muy cooperativo- Medianamente- Poco- No sabe

2-b marque con un círculo la opción que represente con que frecuencia presenta variables en la tensión

b-2. Tensión: Muy Frecuente- Medianamente- Poco- No sabe

2-c- marque con un círculo la opción que indique el humor que frecuenta su familiar

c-2. Humor: Muy Bueno- Medianamente- Poco- No sabe

2-d- marque con un círculo la opción que indique la actividad motriz de su familiar

d-2. Motricidad. Muy activo- Medianamente- Poco - No sabe

2-e- marque con un círculo la opción que indique el estado de conciencia de su familiar normalmente

e-2. Consciencia: Muy orientado- Medianamente- Poco- No sabe

2-f- marque con un círculo la opción que indique de que manera concilia el sueño normalmente

f-2. Sueño: Muy adecuado- Medianamente- Poco - No sabe

2-g- marque con un círculo la opción que indique la sociabilizacion de su familiar con otras personas

g-2. Relaciones sociales: Muy adecuado- Medianamente- Poco- No sabe

2-h- marque con un círculo la opción que indique la capacidad de memoria que presenta su familiar.

h-2. Memoria: Muy adecuado- Medianamente- Poco- No sabe

**ANEXO 2
TABLA MATRIZ**

TABLA MATRIZ: 1- CUIDADO INTEGRAL

Nº de Familias en tratamiento ambulatorio	1-a Higiene				1-b Vestimenta en Condiciones	1-c Alimentación		1-d Medicación a Administrar			
	Higiene Bucal	Miembros superiores e inferiores	Genitales	Cabello		Ingesta de Sólidos	Ingesta de Líquidos	Prescripta	Horarios	Dosis	Vías
1	1	4	5	3	3	1	2	2	2	3	1
2	5	4	5	1	1	2	3	1	3	2	3
3	4	5	5	2	2	1	4	3	2	3	2
4	4	5	5	1	3	4	4	3	1	2	2
5	2	5	5	2	3	4	3	3	3	1	2
6	5	3	3	4	2	1	4	1	1	3	2
7	5	3	5	5	3	1	3	3	3	2	1
8	3	5	5	5	2	4	3	2	3	2	3
9	5	2	5	4	2	4	4	3	3	1	2
10	2	5	5	5	3	3	4	2	3	2	1
11	5	4	5	2	1	4	4	3	3	1	3
12	5	4	5	2	3	2	2	2	3	1	2
13	5	5	3	2	3	4	4	3	3	2	2
14	3	4	5	5	3	2	3	3	1	2	3
15	5	5	5	3	2	4	3	3	3	3	2
16	1	3	3	4	2	2	4	2	3	1	2
17	5	5	5	1	3	4	3	3	3	3	2
18	5	3	5	4	3	2	4	3	3	1	1
19	2	5	3	5	3	2	4	3	2	1	3
20	5	3	5	5	2	3	2	3	3	2	2
21	5	5	4	2	2	4	2	2	2	2	2
22	2	3	5	2	3	3	2	3	1	3	3
23	5	5	4	3	3	4	3	3	3	2	2
24	2	5	5	2	2	2	2	3	3	3	1
25	4	3	3	5	3	4	4	2	3	1	2
26	5	4	2	2	2	1	4	2	2	1	2

27	2	4	5	5	3	1	3	2	2	1
28	2	4	4	2	2	1	3	2	3	1
29	5	4	4	5	3	3	4	2	3	2
30	2	4	5	2	2	3	1	3	3	3
31	5	5	5	5	2	4	4	3	3	2
32	2	5	5	2	3	1	2	3	3	3
33	5	4	4	5	2	1	4	2	1	2
34	5	4	5	2	3	1	2	3	2	3
35	5	5	4	2	2	4	4	3	3	1
36	5	5	5	3	3	2	2	3	3	1
37	2	4	1	3	2	3	4	3	3	1
38	5	5	5	2	3	3	4	3	3	3
TOTAL	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38

1-a Higiene

Higiene bucal: 1-Siempre; 2-Casi siempre; 3- A veces; 4 Nunca; 5- No sabe. Miembros superiores e inferiores: 1-Siempre; 2-Casi siempre; 3- A veces; 4 Nunca; 5- No sabe. Genitales: 1-Siempre; 2-Casi siempre; 3- A veces; 4 Nunca; 5- No sabe.

Cabello: 1-Siempre; 2-Casi siempre; 3- A veces; 4 Nunca; 5- No sabe.

1-b Vestimenta en condiciones

Higiene de ropa: 1-Mucha atención; 2-Poca atención; 3- Nada de atención.

1-c Alimentación

Ingesta de sólidos: 1-Adecuado; 2-Medianamente; 3- Poco adecuado; 4 No sabe. Ingesta de líquidos: 1-Adecuado; 2-Medianamente; 3- Poco adecuado; 4 No sabe.

1-c Medicación a administrar

Prescripta: 1-Mucho conocimiento; 2-Medianamente; 3- Poco. Horarios: 1-Mucho conocimiento; 2-Medianamente; 3- Poco. Dosis: 1-Mucho conocimiento; 2-Medianamente; 3- Poco.

TABLA MATRIZ: 2-OBSERVACION SIGNOS DE ALARMA

Nº de Familias en tratamiento ambulatorio	2-a	2-b	2-c	2-d	2-e	2-f	2-g	2-h
	Grado de Cooperación Cooperación	Variables De Tensión Tención	Humor que frecuente Humor	Actividad Motriz Motricidad	Estado de Conciencia Conciencia	Descanso y sueño Sueño	Socialización Relaciones sociales	Capacidad de Memoria Memoria
1	4	2	1	4	2	2	3	3
2	2	4	3	1	4	4	4	4
3	4	2	2	2	1	4	4	4
4	2	4	1	4	2	3	3	2
5	4	2	3	2	4	2	4	4
6	2	4	4	4	2	3	4	4
7	4	4	2	4	3	1	2	4
8	1	3	3	2	2	2	4	4
9	4	4	2	1	2	4	4	4
10	2	4	1	2	2	4	4	3
11	4	3	3	3	4	1	3	4
12	2	4	2	2	2	2	4	3
13	4	4	3	3	4	3	4	4
14	2	4	2	2	2	3	3	4
15	4	4	4	4	4	4	2	4
16	4	4	2	3	2	4	4	3
17	2	4	1	2	4	3	3	4
18	4	4	3	2	2	2	4	4
19	4	4	2	2	4	4	4	4
20	3	4	2	4	4	2	1	4
21	2	4	4	3	2	4	4	4
22	4	4	3	2	3	4	4	3
23	4	4	2	3	2	2	3	4
24	4	4	1	4	4	3	4	4
25	2	3	2	2	3	1	4	4
26	4	4	2	3	4	4	4	4

27	2	3	1	3	2	3	4
28	4	4	4	4	2	3	3
29	2	4	2	2	4	4	4
30	4	4	3	3	4	2	4
31	2	4	1	2	4	4	4
32	4	3	1	4	3	3	3
33	2	4	4	2	3	3	4
34	3	2	2	2	3	4	4
35	4	4	3	4	2	3	4
36	2	4	2	2	4	4	3
37	2	3	2	3	4	3	4
38	4	4	3	2	3	3	3
TOTAL	38	38	38	38	38	38	38

2-a Grado de Cooperación

Cooperación: 1- Muy Cooperativo; 2- Medianamente; 3-Poco; 4-No Sabe.

2-b Variable de Tención

Tención: 1- Muy Frecuente; 2- Medianamente; 3-Poco; 4-No Sabe.

2-c Humor que Frecuenta

Humor: 1- Muy Bueno; 2- Medianamente; 3-Poco; 4-No Sabe.

2-d Actividad Motriz

Motricidad: 1- Muy Activo; 2- Medianamente; 3-Poco; 4-No Sabe.

2-e Estado de Conciencia

Conciencia: 1- Muy orientado; 2- Medianamente; 3-Poco; 4-No Sabe.

2-f Descanso y Sueño

Sueño: 1- Muy Adecuado; 2- Medianamente; 3-Poco; 4-No Sabe.

2-g Socialización

Relaciones Sociales: 1- Muy Adecuado; 2- Medianamente; 3-Poco; 4-No Sabe.

2-h Capacidad de memoria

Memoria: 1- Muy Adecuado; 2- Medianamente; 3-Poco; 4-No Sabe.

Reg. N° F2633

