



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**PSICOLOGÍA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL REINGRESO HOSPITALARIO  
DE PACIENTES AL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO  
ÁLVAREZ.**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A N:

**EVELYN JANNET GONZÁLEZ DÍAZ  
JOVITA TRINIDAD SOTELO INIESTA**

**JURADO DE EXAMEN**

**DIRECTORA:** DRA. ANA MARÍA BALTAZAR RAMOS  
**COMITÉ:** DR. EDUARDO ALEJANDRO ESCOTTO CÓRDOVA  
LIC. JESÚS BARROSO OCHOA  
MTRO. VICENTE CRUZ SILVA  
MTRA. GABRIELA CAROLINA VALENCIA CHÁVEZ



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

## **CAPÍTULO 1. ENFERMEDAD MENTAL Y PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

1.1 Definiciones.....	4
-----------------------	---

### 1.2 Trastornos mentales en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino

Álvarez.....	12
--------------	----

1.2.1 Semiología psiquiátrica.....	16
------------------------------------	----

1.2.2 Clasificación de los trastornos mentales.....	19
---	----

1.3 Urgencias que requieren hospitalización continua.....	27
---	----

1.4 Factores predisponentes y precipitantes de la enfermedad mental.....	33
--	----

1.4.1 Factores predisponentes.....	36
------------------------------------	----

1.4.2 Factores Precipitantes.....	44
-----------------------------------	----

## **CAPÍTULO 2. FACTORES INFLUYENTES EN EL REINGRESO**

### **HOSPITALARIO**

2.1 Adherencia al tratamiento.....	55
------------------------------------	----

2.1.1 La falta de adherencia al tratamiento.....	61
--	----

2.1.2 Factores relacionados con la no adherencia.....	64
---	----

2.2	Conciencia de enfermedad.....	69
2.2.1	La falta de conciencia de enfermedad mental.....	75
2.3	Funcionamiento ocupacional de pacientes psiquiátricos.....	78
2.3.1	Importancia del funcionamiento ocupacional.....	82
2.3.2	Áreas ocupacionales.....	85
2.3.3	Terapia Ocupacional.....	88
2.4	Corta Estancia Hospitalaria.....	90
2.5	Apoyo familiar y social.....	96
2.6	Estigma hacia la enfermedad mental.....	109

### **CAPÍTULO 3. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

3.1	Descripción y servicios.....	122
3.2	Hospitalización continua.....	127
3.3	Criterios de internamiento.....	129
3.4	Días estancia promedio.....	132
3.5	Criterios de alta.....	132
3.6	Reingreso hospitalario.....	133

## **CAPÍTULO 4. MÉTODO**

4.1 Justificación.....	136
4.2 Planteamiento del problema.....	136
4.3 Objetivos.....	137
4.4 Hipótesis.....	137
4.5 Variables.....	138
4.6 Diseño.....	141
4.7 Participantes.....	141
4.8 Instrumento.....	142
4.9 Procedimiento.....	144
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>145</b>
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>154</b>
<b>APORTACIONES Y SUGERENCIAS.....</b>	<b>160</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>166</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>181</b>
Anexo 1.....	181
Anexo 2.....	190

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra.....	146
Tabla 2. Distribución de la edad.....	146
Tabla 3. Ocupación.....	146
Tabla 4. Diagnóstico.....	147
Tabla 5. Número de ingresos.....	147
Tabla 6. Ingesta de sustancias.....	148
Tabla 7. Tratamiento farmacológico.....	148
Tabla 8. Nivel de riesgo para el reingreso hospitalario de la muestra.....	149
Tabla 9. Puntaje total de los factores de riesgo de la muestra.....	149
Tabla 10. Correlación de Spearman entre factores de riesgo y reingresos hospitalarios.....	150
Tabla 11. Puntaje obtenido del factor Corta estancia hospitalaria.....	151
Tabla 12. Puntaje obtenido del factor Conciencia de enfermedad mental.....	151
Tabla 13. Puntaje obtenido del factor Adherencia al tratamiento.....	152
Tabla 14. Puntaje obtenido del factor Funcionamiento ocupacional del paciente .....	152

Tabla 15. Puntaje obtenido del factor Apoyo familiar y social.....153

Tabla 16. Puntaje obtenido del factor Estigma de la enfermedad mental.....153

*A los enfermos mentales.*

Pero sobre todo, gracias a todos los pacientes psiquiátricos que nos ayudaron para hacer esto posible. Hemos aprendido mucho de ustedes y sin duda eso nos ha enriquecido como profesionales y nos ha hecho mejores seres humanos. Esperamos que las aportaciones de esta tesis ayuden a que se haga un mejor trabajo con los enfermos mentales en México y el mundo y si esto ocurre, todo el esfuerzo habrá valido la pena porque el mundo será un lugar mejor.

“Las enfermedades mentales no son contagiosas, la discriminación y la ignorancia sí”



A mis padres porque les debo todo lo que soy, por sus palabras de aliento todos estos años, su invaluable apoyo, esfuerzo, comprensión y por la paciencia que me han tenido para que logre concluir esta etapa. Gracias por hacerme desde cero.

A mis hermanos porque con su ejemplo me han enseñado que es maravilloso pensar en grande. Por sus consejos sabios, la complicidad y ayuda siempre que la he requerido. Gracias por guiar mis pasos.

A Iván Lozano, mi compañero de vida, porque todos los días me impulsas a ser una mejor versión de mí. Por creer que si lo sueño, lo puedo lograr y porque todos estos años me has animado a seguir adelante.

A mis cuñados porque siempre me han escuchado, aconsejado y por los buenos ratos que hemos pasado juntos. A mi sobrina bella, porque con solo verte me cambias los días, me llenas de valentía e inspiración.

A mis amigos favoritos, que siempre me alentaron a continuar y que se han mantenido cerca de mí. Gracias por escuchar atentos.

Y por último a la coautora de esta tesis, Evelyn González, porque solo tú puedes comprender el enorme esfuerzo que implicó este proyecto, porque tu talento y esfuerzo fueron pieza clave para que se hiciera posible. Gracias por ser optimista cuando yo no lo fui, por volverte loca a mi lado y por recordarme siempre esto... Thinking positively isn't about expecting the best to happen every time, but accepting that whatever happens is the best for this moment... Así que, como sucedió todo, esa era la manera. La tesis a tu lado me hizo comprender que no se trata de velocidad para lograr lo que se quiere, sino de resistencia... Sin ti nada.

Sin embargo es casi imposible corresponder a todas las personas que han estado a lo largo de esta aventura, en última instancia quizá sea más sencillo rendirse ante el milagroso alcance de la generosidad humana y seguir diciendo gracias eterna y sinceramente mientras me alcance la voz.



A ti papá, porque tu fe y confianza en mí han sido la base para lograr todo lo que he querido; porque tus consejos la luz que continúa guiándome en todo momento y tus virtudes el mejor boceto que tendré por siempre de una persona respetable y admirable. Sin ti nada de esto hubiera sido posible.

Mamá, este logro es también tuyo. Tantos de tus años dedicados a mí han sido el mejor regalo que la vida me ha ofrecido. Gracias infinitas por ser mi mamá y mi protectora, por tu escucha incondicional, tus caricias, tus cálidos cuidados, tu bondad, sacrificio y sobre todo, tu contagiosa alegría.

Lalo, ¡Quién diría que de mi hermano menor aprendería cosas tan valiosas! Me has enseñado que la felicidad no es una meta, logros académicos ni posesiones materiales, sino momentos invaluable. Así es como tu sencillez, humildad y nobleza me muestran a diario la posibilidad de poder ser mejor cada día, esas carcajadas a tu lado hicieron más ameno este proceso, me ofrecían un respiro profundo de descanso para poder continuar.

A ti, la mejor tía que alguien puede tener: Sara. Insaciables gracias por el enorme apoyo que me has ofrecido desde siempre, porque tu presencia ha sido imprescindible en cada etapa de mi vida, por brindarme tu tiempo, esfuerzo y compartirme tus proyectos. Tus exigencias construyeron la perseverancia y resistencia que necesité durante este proyecto.

Saúl, mi mejor amigo, mi persona, mi condición *sine qua non*: es una dicha experimentar plenitud por sentirte presente en mi vida. Hemos sido dos compartiendo lo mejor y peor de cada uno, por lo que hoy estoy completamente segura que a tu lado puedo ver lo inimaginable y confirmar que lo imposible siempre conlleva una opción. Gracias por tus palabras precisas, por tolerar mis confusiones, el mal humor producto del estrés y sobre todo por tu espera incondicional.

Jovita Sotelo, no solo es un honor compartir contigo tan apasionante proyecto, sino haberte tenido como la mejor compañía durante 5 años. Amiga mía, mi cómplice, gracias por la comprensión que me ofreciste cuando decaía en ritmo y esperanza, por motivarnos como solo tú sabes hacerlo y tantas risas. A tu lado aprendí lo sorprendente que puede resultar la relatividad del tiempo, esas interminables horas de trabajo fueron lustros de felicidad a tu lado.

Evelyn J. González Díaz



A nuestra directora de tesis, la Dra. Ana María Baltazar Ramos, porque siempre has sido más que nuestra profesora, eres cómplice de las ganas que tuvimos de hacer este proyecto. Porque aún con tus dudas, nos has apoyado siempre. Gracias por alimentarnos, por hacernos reír cuando moríamos de estrés y por los relajados ratos en tu oficina.

A nuestro asesor, el Lic. Jesús Barroso Ochoa porque desde el principio del proyecto creyó ciegamente en nosotras, por todo el tiempo que nos dedicó y por siempre quitarnos las dudas, porque cada vez que nos sentimos perdidas usted nos ayudó.

Gracias también al Dr. Alejandro Escotto Córdova por su tiempo y esfuerzo. A la Mtra. Gabriela Valencia Chávez y el Mtro. Vicente Cruz Silva por apoyarnos con sus correcciones y por fomentar nuestro espíritu autodidacta.

A los Psicólogos Isaac B-Valle y José Luis Saldívar porque fueron los primeros que creyeron en nosotras para llevar a cabo esta investigación, gracias por su ayuda invaluable y por los buenos ratos en el hospital. A la Psicóloga Liliana Hernández, por su enorme ayuda durante la aplicación de la escala, sin duda hubiera sido mucho más difícil sin ti.

A la Psicóloga y Jefa del servicio de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Mirian de la Llera Villena por su tiempo, esfuerzo, consejos, revisiones y apoyo durante todo el proceso.

Al Director del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Dr. Carlos Castañeda González por permitirnos realizar esta investigación en esa maravillosa institución.

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez porque ahí conocimos la verdadera pasión por esta profesión. Y porque nos abrió un panorama encantador.

Gracias a la UNAM, porque ha sido para nosotras la mejor Universidad donde pudimos estudiar. Por ser el punto medular de este encuentro, que sin duda ha traído frutos. Siempre estaremos orgullosas de permanecer a esta máxima casa de estudios.

## RESUMEN

Algunos pacientes psiquiátricos tienden a recaer continuamente, ya que existen diferentes factores que intervienen en su rehabilitación. La presente investigación tuvo como objetivo identificar factores que influyen en el reingreso a hospitalización continua de pacientes en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se trabajó con una muestra no probabilística voluntaria de 107 pacientes hospitalizados, hombres y mujeres de entre 19 y 55 años de edad, diagnosticados con un trastorno mental y con dos o más internamientos dentro del hospital. Se llevó a cabo una Investigación No experimental con diseño Transeccional-transversal descriptivo. Para la obtención de datos, se utilizó la “Escala de Factores que influyen en el reingreso a hospitalización en pacientes psiquiátricos” la cual consta de 18 reactivos con respuestas en escala Likert. Cuenta con un índice de confiabilidad de 0.7, un índice de validez de contenido de .98 y una validez de constructo de .75. Una vez analizados los datos, se encontró que el Estigma de la enfermedad mental es el factor que predominó para que se den los reingresos hospitalarios, por tal motivo se sugieren talleres psicoeducativos y campañas que informen sobre la enfermedad mental y el estigma hacia esta, en las cuales se integre la participación activa de pacientes, familiares y profesionales de la salud.

***Palabras clave.*** Factores, Reingreso hospitalario, Pacientes Psiquiátricos, Estigma de la enfermedad mental, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

# INTRODUCCIÓN

Las personas que han desarrollado una enfermedad mental son un grupo vulnerable de la población, cuyos derechos y necesidades es importante atender. A lo largo del tiempo, las personas con enfermedad mental han constituido uno de los sectores poblacionales peor comprendidos y más discriminados de la historia, han compartido con otros desfavorecidos los avatares de la ignorancia, la falta de recursos, los prejuicios y la insolidaridad. La Enfermedad mental es una alteración emocional, cognitiva y comportamental, que afecta los procesos psicológicos básicos de un ser humano, como las emociones, sus procesos de pensamiento y análisis, su percepción, conciencia, la interpretación de sus sensaciones, la forma en que aprende, su lenguaje, etc. En algunos casos estos síntomas conllevan que el enfermo mental sea hospitalizado para estabilizar su cuadro clínico. La proliferación alarmante de ingresos hospitalarios de pacientes psiquiátricos constituye un fenómeno social que plantea grandes problemas a la colectividad. “El loco” sigue siendo la expresión de la falta de conciencia de una sociedad que niega valores y necesidades fundamentales del hombre.

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez la cifra de ingresos hospitalarios en el año 2014 fue de 3771 pacientes; lo alarmante de este fenómeno



resulta en que el reingreso a hospitalización es de poco más del 50% de los ingresos dados ese mismo año.

El reto de esta investigación es identificar los principales factores que se asocian a las recaídas y por consiguiente al reingreso hospitalario.

En el capítulo 1 se explica de manera general los conceptos de enfermedad mental y los pacientes psiquiátricos, contemplando los tipos de trastornos mentales, las urgencias que requieren hospitalización continua y los factores predisponentes y precipitantes de la enfermedad mental. Este capítulo tiene como objetivo informar sobre las características principales de la población estudiada, las condiciones y criterios requeridos para su hospitalización.

En el capítulo 2 se plantean los factores que influyen en el reingreso hospitalario que se contemplaron para esta investigación, como son: conciencia de enfermedad mental, adherencia al tratamiento, corta estancia hospitalaria, funcionalidad del paciente, apoyo familiar y social y estigma de la enfermedad mental. Se sabe que existen otros factores de riesgo que intervienen en los reingresos hospitalarios de pacientes psiquiátricos. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia de las investigadoras en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se decidió tomar en cuenta únicamente los seis factores anteriormente mencionados.



El capítulo 3 hace una aproximación al escenario del estudio, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez incluyendo sus servicios, criterios de internamiento, días de estancia promedio, criterios de alta, hospitalización continua y reingreso hospitalario.

En el capítulo 4 se describe el método, donde se menciona la justificación, planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, población y el lugar en donde se llevó a cabo la investigación, criterios de selección, diseño, instrumento y procedimiento, así como la definición de las variables utilizadas.

Posteriormente se presentan los resultados donde a partir de los datos obtenidos en la escala de medición aplicada, se realizó un análisis de frecuencias y una correlación de Spearman, mostrados en tablas.

Finalmente se discuten los resultados, así como la importancia e impacto que tiene la presente investigación para los pacientes psiquiátricos dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se expresan también los alcances y aportaciones de la investigación.

# CAPÍTULO 1

## ENFERMEDAD MENTAL Y PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

### 1.1 Definiciones

Para el presente estudio, conviene aclarar la distinción que se refiere a los términos “pacientes psiquiátricos” y “enfermos mentales” ya que los pacientes psiquiátricos son enfermos mentales, pero no todos los enfermos mentales son pacientes psiquiátricos.

La enfermedad mental no es únicamente la ausencia de salud mental, sino también la presencia de estados anímicos, formas de pensar y conductas fuera de lo normal y diferentes de cuando la persona no goza de bienestar (Suárez, 2006).

Fernández (1995) menciona que la enfermedad mental es un desequilibrio psíquico que se logra manifestar a través de diversos signos y sintomatología que entorpecen el desarrollo de la vida habitual de la persona que la padece.

La enfermedad mental, consiste en la anormalidad de una estructura o función psicológica. Un término importante son las discapacidades, que se entienden como falta de habilidades para desarrollar actividades, y por último se considera a la minusvalía como una desventaja con la que cuenta un individuo impartiendo un rol normal. Estos términos se pueden dividir en dos tipos de aspectos, los clínicos,



tomando en cuenta a la patología y al deterioro, y aspectos psicosociales, donde entraran la discapacidad y la minusvalía.

Por otra parte según el Modelo médico de la enfermedad mental en el Manual de psiquiatría (Baca, Carrasco, Domingo & García, 2002) considera a los pacientes psiquiátricos como personas que sufren algún trastornos mental, y estos producen alteraciones en la persona, dentro de una completa discontinuidad a la conducta normal, estas enfermedades se muestran como síntomas y síndromes con características clínicas bien definidas.

Leal (2002) menciona que la Enfermedad mental es una alteración emocional, cognitiva y comportamental, que afecta los procesos psicológicos básicos de un ser humano, como las emociones, sus procesos de pensamiento y análisis, su percepción, conciencia, la interpretación de sus sensaciones, la forma en que aprende, su lenguaje, etc. Todas estas alteraciones influyen negativamente en las habilidades sociales de la persona, dificultándole una saludable adaptación al entorno cultural y social en que vive. Es por ello que la enfermedad mental se considera un problema de salud que afecta imprescindiblemente el sentir, pensar y actuar de una persona, además de influir negativamente en las relaciones sociales de la misma.

Sin embargo, es necesario tener presente que todo desorden mental tiene un nivel distinto de severidad, así como un tratamiento, y cualquier persona puede padecerlas.



Pastor, Blanco y Navarro (2010) definen al enfermo mental estableciendo tres dimensiones: el diagnóstico (síndrome clínico), el funcionamiento social (nivel de competencia social) y la duración (extensión del tiempo). Establecen también que son aquellos que sufren ciertos trastornos mentales o emocionales y erosionan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales sobre tres o más aspectos de su vida, por ejemplo la higiene personal, autonomía, relaciones interpersonales, aprendizaje y ocio, y menoscaban o impiden el desarrollo de la propia autosuficiencia económica.

Cuando se habla de un enfermo mental, se designa un conjunto de personas que sufren entidades clínicas diferentes pero que además evidencian una serie de problemas comunes que se expresan a través de diferentes discapacidades.

Se establece la presencia de sintomatología positiva y negativa, así como un patrón de relaciones gravemente alterado, un patrón de comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave.

Un paciente psiquiátrico, es una persona mentalmente enferma, que se encuentra hospitalizada o es tratada por parte del sistema de salud, ya que es un paciente cuyo juicio está alterado y esto aleja la función psíquica de la lógica formal. Como consecuencia, la personalidad desadaptada, desconoce su estado patológico y permanece ajena a su situación real, cuando este se encuentra en la fase aguda de su trastorno (Betta, 2002).



Davison y Neale (2000) hablan de varios componentes que tienen las personas con enfermedad mental. El primero se trata de la infrecuencia y se refiere a determinadas conductas inusitadas, como el ser víctima de alucinaciones o depresiones profundas. El segundo componente es la violación de normas sociales y morales, supone la manifestación de conductas que interfieren en la relación social aceptada y consensuada por un grupo humano dado, ya que esto constituye una amenaza o produce ansiedad a quienes la viven o la observan. El tercer factor es la aflicción personal, sugiriendo la idea del sufrimiento personal. Otro componente es la incapacidad o la disfunción, ya que la persona está imposibilitada para alcanzar alguna meta debido a su estado. El último componente es la imprevisibilidad y se refiere a múltiples formas de dicha conducta como respuestas inesperadas a estresores ambientales.

Tal es lo que menciona Goldstein (1986) al esclarecer la diferencia entre un problema psicológico de uno psiquiátrico: las características más comunes para identificar un trastorno psicológico son la experimentación de la falta de bienestar propio, preocupaciones o miedos que no puede eliminar fácilmente mediante algún tipo de acción que él pueda llevar a cabo solo; alteraciones de conducta que interfieren en el funcionamiento considerado adecuado, tanto por él mismo como por los demás. El paciente interviene en actividades que son cuestionables por aquellos que le rodean y que dan lugar a consecuencias negativas que recaen sobre él mismo y sobre los



demás. El paciente muestra desviaciones de conducta que dan como resultado sanciones sociales graves para aquellos que componen su medio inmediato.

Los pacientes psiquiátricos presentan una compleja problemática que no se ve reducida a su cuadro clínico, sino que afecta a otros aspectos de su desarrollo, como su funcionamiento cognitivo, en donde se encuentran dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información; en su funcionamiento laboral, que se refiere a la falta de experiencia o fracaso laboral, expectativas laborales desajustadas, falla de hábitos básicos de trabajo o dificultades de manejo socio laboral y en su funcionamiento personal y social como aislamiento y nula relación con los demás, cambios constantes de actitud y disciplina, en su integración con los demás, su aseo, autonomía y comunicación verbal (Valencia, Rascón, Otero & Ryan, 1987).

Así, alteraciones de la sensopercepción, pensamiento, lenguaje, conciencia, atención y orientación, memoria, afectividad, psicomotrices, sueño, son los signos más frecuentes que podría reunir un paciente psiquiátrico que necesita tratamiento hospitalario. Y recordemos: un enfermo mental sufre al mismo tiempo que lo hace la familia, sus allegados y la sociedad que lo rodea; la enfermedad mental limita sus posibilidades y el despliegue de sus capacidades y libertad como persona (Fernández, 1995).



Existen ciertas anomalías en el funcionamiento del paciente psiquiátrico, Pastor et. al. (2010) toman en cuenta como primera anomalía a la patología, ya que comenta que es el núcleo básico que origina un trastorno.

Puesto que posibles alteraciones neuroquímicas, evolutivas o ambientales ocasionan el mal funcionamiento del proceso mental. Esto puede expresarse a través de alteraciones cognitivas que alteran el procesamiento de la información.

Existen algunos importantes déficits neurológicos que presentan los pacientes con enfermedad mental y Pastor et al. (2010) los definen de la siguiente manera:

**Percepción.** El procesamiento es más lento en los primeros momentos de la codificación.

**Atención.** La respuesta de orientación inicial es enlentecida.

**Memoria.** Existe un rendimiento pobre en tareas de recuerdo.

**Pensamiento.** Dificultades de abstracción. Se dan procesos erróneos en la secuencia de pensamientos.

La segunda anomalía en el funcionamiento del enfermo mental que toman en cuenta Pastor, et al. (2010) es el deterioro, y explica que dentro de la diversa sintomatología habitualmente se divide en síntomas positivos y síntomas negativos. Expresando que los “Síntomas Positivos” son aquellas experiencias anómalas, como



alucinaciones y delirios, que pueden expresarse con incongruencia afectiva, incoherencia del habla y estereotipias entre otros signos, y los “Síntomas Negativos” son como tal aquellas conductas anormales, como el aplanamiento afectivo, retraimiento social, y la pobreza del habla y la conducta.

Una tercera anomalía dentro del funcionamiento del enfermo mental es la discapacidad, cuentan Pastor, Blanco y Navarro (2010) que se observa un déficit básicamente en las áreas del funcionamiento psicosocial. Por ejemplo:

***Autocuidado.*** Falta de higiene personal.

***Autonomía.*** Deficiente manejo del dinero, pobre utilización del ocio.

***Autocontrol.*** Incapacidad de manejo de situaciones de estrés.

***Relaciones interpersonales.*** Falta de red social y déficit en habilidades sociales.

Y la última anomalía que mencionan es la minusvalía ya que el entorno del enfermo es determinante para significar la vida dentro de la comunidad de una manera integrada o el aislamiento y la marginación. Es característico en los enfermos mentales que las redes de contacto y apoyo social sean reducidas y ocupadas casi únicamente por los familiares y muy pocos amigos. El enfermo mental tiene como característica fundamental el despoblamiento general de recursos, también la falta de recursos económicos por imposibilidad de conseguirlos de forma autónoma y por ende, en muchos casos la falta de alternativas residenciales normalizadas.



El paciente psiquiátrico presenta una serie de déficits de funcionamiento psicosocial que debe ser abordada y que lo es a través de las intervenciones y tratamientos. Aspectos que tienen que ver con la etiología y el funcionamiento cognitivo que está en la base del mal funcionamiento del paciente y que se expresa o bien a través de la sintomatología psicótica o bien a través del déficit del funcionamiento en competencia personal tienen que ser igualmente abordados y tratados.

La asignación de una condición médica de enfermo al paciente psiquiátrico, supone una segregación y exclusión dentro de la sociedad. Se le otorga una consideración de enfermo, y esto se refiere a que le exime de responsabilidades sociales, en definitiva le coloca en la misma posición que esta cualquier otro enfermo con respecto a la sociedad y al sistema sanitario, o peor aún, se les toma de una manera en que dada su enfermedad, se ven como personas incapacitantes (Pastor et. al., 2010).

En el apartado siguiente se mencionan algunos tipos de trastornos mentales mucho más a fondo entendiéndose esto como la condición médica de los pacientes psiquiátricos.



## 1.2 Trastornos mentales en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino

**Álvarez**

En el mundo, la Organización mundial de la Salud (OMS, 2000) estima que hay 450 millones de personas que padecen una enfermedad mental y que para el año 2020 la depresión será la segunda causa más importante de discapacidad. Lo cual es un problema grandísimo, dado que existe poca cultura y despliegue de información. Esto insta a pensar que otra forma de abocarse al problema, es mediante programas de promoción de salud mental y de prevención de trastornos mentales.

Gómez y Parada (2008) comentan que los trastornos mentales han sido subestimados a lo largo de la historia, esto posiblemente por desconocimiento, estigma u otras variables. Indican, que países en Latinoamérica invierten menos del 2% del presupuesto de salud en salud mental, y que los trastornos prevalentes son: depresión, ansiedad, abuso de alcohol y drogas, trastornos psiquiátricos mayores como la esquizofrenia y trastorno bipolar. También aseguran que los recursos en salud mental son escasos, se estima que hay 1,6 psiquiatras, 2,7 enfermeras psiquiátricas, 2,8 psicólogos, 1,9 trabajadores sociales, por cada 100,000 habitantes, y la mayor parte de ellos están en áreas urbanas.

La OMS (2001) describe la carga de la enfermedad mental. Señala cómo los trastornos mentales representan una carga poco estudiada y definida en materia económica para las familias, las comunidades y los países. Explica que existe menor



productividad por los enfermos mentales que no pueden trabajar y menor productividad por las familias dada la necesidad del cuidado que tienen hacia sus enfermos.

Gelder, Mayou y Geddes (2000) definen tres conceptos básicos que ayudan a entender mejor los trastornos mentales. Por un lado, el término enfermedad significa la presencia de una patología física, un padecimiento contiene un estado de angustia subjetiva, que en psiquiatría se usa para designar el estado de los pacientes. Y un trastorno indica que los síntomas están causados por una alteración aunque esta no sea necesariamente la patología orgánica implicada en el término enfermedad.

Los trastornos mentales son alteraciones de aquellos procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.

Se asume que las causas de los trastornos mentales son en su mayoría de tipo orgánico, por alteraciones cerebrales, anatómicas, bioquímicas, fruto de causas genéticas, metabólicas, endócrinas o traumáticas (Baca, Carrasco, Domingo & García, 2002).

Jarne & Talarn (2010) comentan que en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE- 10) se ha optado por utilizar el término trastorno, para así poder evitar algún tipo de problema que plantea utilizar cualquier otro concepto como enfermedad o padecimiento, aunque incluso ahí se reconoce que trastorno no es un



concepto tan preciso. Sin embargo, se conceptualiza como la presencia de un comportamiento, o grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, en la mayoría de los casos, viene acompañado de malestares o interfieren con la actividad del organismo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

La definición de trastorno mental en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), (López-Ibor & Valdés, 2008) explica que cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, aparece asociado a un malestar, como un dolor por ejemplo, a una discapacidad, como un deterioro en una o más áreas del funcionamiento o a un riesgo significativamente aumentado de morir, sufrir dolor, o pérdida de libertad.

Según el DSM-IV-TR, los trastornos son una clasificación por categorías no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, careciendo de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades.

Los trastornos mentales se expresan en alteraciones características que pueden evaluarse a través de la historia clínica y la exploración física del paciente. Al tratarse del estudio de vivencias internas y experiencias subjetivas, las manifestaciones del



trastorno en forma de signos y síntomas clínicos, aparecen y son valorables como en cualquier otra disciplina médica. Para la exploración psiquiátrica del paciente se valora el estado mental, el comportamiento verbal y no verbal (Baca, et al., 2002).

Es importante definir los signos, síntomas y síndromes dentro de un trastorno mental, ya que estos lo componen. Por signo, Baca et al. (2002) son las observaciones y hallazgos objetivos realizados por el médico; los síntomas, son las experiencias subjetivas descritas por el paciente, estos son indicios de una enfermedad, un síntoma es específicamente la descripción que hace el paciente de un fenómeno mental anormal, presentando sus quejas y algo que le aflija; y los síndromes, son la agrupación que los profesionales de la salud, hacen de los signos y los síntomas que aparecen juntos y forman un patrón reconocible, o sea un trastorno mental.

Todas las manifestaciones psiquiátricas son inespecíficas, ya que se observan en muchos trastornos diferentes y en el mismo trastorno se pueden encontrar síntomas diferentes.

Los trastornos con una patología estructural definida se llaman orgánicos y los trastornos sin tal patología se llaman funcionales; Los trastornos mentales se agrupan en psicosis y neurosis, esta primera agrupación es un término colectivo que se usa para las formas más graves de trastornos psiquiátricos en los que pueden aparecer alucinaciones y delirios y en ellos se pierde la capacidad de la introspección. En la



neurosis, no existen alucinaciones ni delirios y no se pierde la capacidad de juicio (Gelder et al., 2000).

### **1.2.1 Semiología psiquiátrica.**

La semiología, o semiótica, es la parte de la medicina que trata del estudio de los síntomas y signos de las enfermedades, en este caso, abordaremos los puntos más importantes de la semiología acerca de los trastornos mentales para tener un mejor contexto acerca de los mismos y se aterrizarán de una manera simple y sencilla, sustentándolo teóricamente de lo que refieren y concluyen Baca et al. (2002).

*Alteraciones de la conciencia.* Algunas alteraciones de la conciencia son la somnolencia, asociado al deseo de dormir, el sopor, cuando un individuo está prácticamente inconsciente, el coma, que es un grado profundo de inconsciencia y no se responde a estímulos. El delirium o estado confusional, donde el paciente esta confuso y desorientado.

*Alteraciones de la atención y concentración.* La hipoprosexia es una disminución de la atención, se observa con frecuencia en trastornos afectivos. La distraibilidad es la incapacidad para mantener la atención.

*Alteraciones de la orientación.* La desorientación en la persona, tiempo o espacio, lo que significa, no poder situarse en tiempo (fecha), espacio (lugar donde se encuentra) o persona (falta de conciencia de la propia identidad) se presenta en



deterioros cognitivos avanzados, como las demencias. También puede producirse en alteraciones amnésicas.

***Alteraciones de la memoria.*** Las alteraciones más comunes son las amnesias, se dividen en tres, la anterógrada, pérdida de memoria que aparece después de un traumatismo, la retrógrada que es la pérdida de memoria de hechos sucedidos antes de un traumatismo cerebral y la amnesia lacunar, que es la pérdida de memoria que abarca un tiempo concreto. Existen factores causales como tumores, enfermedades, intoxicaciones y sistémicas.

***Alteraciones de la inteligencia y del juicio.*** Actualmente existen pruebas psicométricas para poder evaluar el nivel de inteligencia. La capacidad intelectual puede estar disminuida por diversos factores etiológicos de acción cerebral, como la deficiencia o el retraso mental. También puede haber deterioros en la inteligencia causados por lesiones cerebrales. El juicio por su parte hace referencia al pensamiento analítico y valorativo, el deterioro del juicio se puede ver afectado por situaciones entorno ambiental, presiones sociales, o ser de base orgánica cerebral y psicótica.

***Alteraciones de la percepción.*** La calidad de la percepción se altera en algunas experiencias patológicas, frecuentes en psicóticos, en las que determinadas sensaciones (olores, gustos, ruidos) son percibidos con un matiz diferente.

***Alteraciones de la afectividad o humor.*** Estas se manifiestan subjetivamente, pueden ser expresadas verbalmente o con actitudes corporales. La alexitimia es la



dificultad o incluso capacidad de reconocer o describir estados afectivos. Los afectos inadecuados pueden darse en trastornos esquizofrénicos y en síndromes orgánicos cerebrales. La anhedonia, que consiste en la mengua o incapacidad de goce sin pérdida de las funciones cognitivas. Se presenta en la esquizofrenia sin embargo, se manifiesta también en las depresiones.

La inestabilidad de los afectos y su labilidad son alteraciones que pueden también aparecer en trastornos orgánicos cerebrales. La alegría patológica es considerada un estado maniaco. La ansiedad y la angustia excesiva pueden ir acompañados de los trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad.

***Alteraciones del pensamiento.*** Las alteraciones del pensamiento pueden ser en el contenido y en el curso. Se relaciona con la alteración del juicio, es decir, con la creencia o el saber erróneo e inmodificable pese a los argumentos lógicos en contra. En los deprimidos aparecen ideas delusivas de ruina, culpa, acusación, minusvalía; en los paranoides las de persecución, referencia, alusión, daño; grandeza, megalomaníacas en general, en los episodios maníacos; negación, nihilista, de enormidad, y en algunas esquizofrenias; místicas, religiosas, mesiánicas y eróticas.

***Alteraciones del lenguaje.*** Se da como enlentecimiento en el hablar y el mutismo, con ausencia del lenguaje, puede aparecer en trastornos psiquiátricos como esquizofrenias, trastornos de ansiedad y trastornos orgánicos cerebrales. En las



estereotipias verbales se repiten palabras o frases pronunciadas por otros. Los neologismos (palabras nuevas o inventadas) y alteraciones parasintácticas también ocurren principalmente en esquizofrenias.

*Alteraciones de la psicomotricidad.* Tienen relación con aspectos psíquicos, desde la expresión, como la mímica, los gestos, la actitud y posturas motoras. Refieren inquietud psicomotora, aquella capacidad de no poder estar quieto o tranquilo y esto refiere angustia o nervios, como la acatisia, es una forma particular e imperiosa de moverse. Por otro lado la inhibición psicomotora y el estupor es cuando hay una reducción y enlentecimiento de la psicomotricidad.

Existen también alteraciones catatónicas, en ellas se encuentra el mantenimiento de posturas, la repetición de palabras o gestos y movimientos. Y por último los manierismos y estereotipias que llegan a perder toda finalidad siendo una repetición constante.

### **1.2.2 Clasificación de los trastornos mentales.**

Los dos sistemas de clasificación más importantes en la actualidad, son el CIE-10 y el DSM-IV-TR, existen otros sistemas de clasificación pero la tendencia mundial es buscar que todos converjan o se asemejen a una sola clasificación aunque la más importante continúa siendo el CIE-10. Incluso, dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, los diagnósticos se hacen con base en el CIE-10. Este apartado busca abordar y describir las enfermedades mentales que aparecen con mayor



frecuencia en los pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, datos arrojados mediante la revisión de expedientes y por ser los trastornos mentales más frecuentes diagnosticados en la población evaluada.

### **F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.**

Aquí se habla de trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

Las pautas para el diagnóstico se dan mediante la identificación de la sustancia psicótropa involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros). Muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola (CIE-10).

### **F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.**

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo



pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal.

Las características más importantes del trastorno son: Ideas delirantes de ser controlado, voces alucinatorias que comentan la propia actividad, ideas delirantes persistentes tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos. Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social) (CIE-10).



---

**F30-30.9 Trastorno del humor (Afectivos).**

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad).

La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

**F31 Trastorno bipolar.**

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados.

A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma.



Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada.

Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud.

La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida. (CIE-10).

### **F32 Episodios depresivos.**

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos: la disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad,



las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves), una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, los trastornos del sueño, la pérdida del apetito. La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco (CIE-10).

### **F60-F62 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.**

Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás.



Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento.

Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social. Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o



---

prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales.

En las manifestaciones de las anomalías de la personalidad, las diferencias culturales o regionales son importantes, pero son aún escasos los conocimientos específicos en esta área (CIE-10).

Como sabemos, existe una larga lista y bien clasificada de trastornos mentales, sin embargo en este apartado no es la intención abarcarlo todo, ya que para eso existen los manuales de clasificación, es por esto, que reiteramos, únicamente es de nuestro interés abordar y describir los trastornos más frecuentes en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que resultan ser aquellos antes mencionados.

Parece importante destacar que una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen (OMS, 2001).

La clasificación de los trastornos mentales, no pretende encasillar a un paciente, ni olvidar su historia personal o procesos psicológicos individuales, su correcta aplicación depende de las habilidades y conocimientos del clínico y su adecuada relación médico-paciente, que permite no solo dar un nombre y clasificar sus síntomas,



sino ir más allá, conocer su contenido latente y plantear un adecuado proceso terapéutico y farmacológico en forma individual (Molina, 2008).

Actualmente el tratamiento de los trastornos mentales posee un enfoque integrativo y multidisciplinar, en el que participan psicólogos y psiquiatras, educadores sociales, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales. Cada tratamiento integra, dependiendo del caso, la administración de psicofármacos como métodos paliativo de los síntomas más pronunciados, para así dar paso a un proceso de intervención psicológica para atender los orígenes y manifestaciones del trastorno y así generar un estado de bienestar más sólido, efectivo y permanente en las personas que sufren trastornos mentales (OMS, 2001).

Ahora bien, ya que se ha comentado acerca de los principales trastornos mentales que conciernen a esta investigación, es importante hacer mención de los requisitos o cualidades que deben presentar los pacientes psiquiátricos consideradas como una urgencia que requiere hospitalización, tema que se abordará a continuación.

### **1.3 Urgencias que Requieren Hospitalización Continua**

Kaplan y Sadock (1996) definen la urgencia psiquiátrica como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivos, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere



atención inmediata. Pueden presentarse en condiciones que: Son manifestaciones de una alteración psicológica aguda (ansiedad, pánico, depresión, trastornos de adaptación), o algo que implican riesgo de daño personal o interpersonal (agresión suicidio, homicidio) y también en las condiciones que evidencian un comportamiento profundamente desorganizado (psicosis, delirio). Para ellos cualquier perturbación en el pensamiento, sentimientos o acciones que necesiten acción terapéutica inmediata, referirán a urgencia psiquiátrica, probablemente con necesidad de hospitalización.

Sin embargo, la Asociación Española de Psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNyA, 2009) define la urgencia o necesidad de hospitalización psiquiátrica como toda aquella situación o estado clínico variado que en un momento determinado genera una demanda de atención y resolución asistencial psiquiátrica inmediata, bien venga vinculada por el paciente, la familia, amigos, otros especialistas de urgencia, instituciones sociales, orden judicial, etc.

Toda situación en la que un trastorno de conducta sea percibido como perturbador o amenazante para el propio individuo, la familia u otros elementos sociales, produce una solicitud de atención psiquiátrica urgente (Rubio, 2001).

De acuerdo con Valencia, Rascón, Otero y Ryan (1987), uno de los aspectos de más importancia en la valoración y caracterización de un paciente psiquiátrico, se refiere a su conducta.



En el paciente psicótico, la conducta resulta uno de los motivos de consulta que puede llevar a considerar hospitalización. Cuando un paciente empieza a desarrollar un conjunto de conductas incoherentes e incomprensibles por la mayoría de la gente, implica la necesidad de buscar ayuda por parte del sujeto mismo o de un familiar. Es evidente la reducción de su capacidad de adaptación a tal extremo, que no puede manejar sus problemas sin ayuda profesional. Las personas no llegan a un hospital psiquiátrico solo por el hecho de sentir insatisfacción en su vida personal, familiar o laboral; generalmente los pacientes son enviados cuando su conducta provoca inconvenientes, vergüenza o sufrimiento a otros, o representan una amenaza para los que lo rodean o para él mismo

Ortuno (2009) cree que aún está extendida la idea de que los pacientes psiquiátricos padecen cuadros clínicos raros, con conductas extrañas, impredecibles, temibles e intratables. Pero estas conductas solo se presentan cuando padecen cuadros graves, mismos que representan casos de urgencia psiquiátrica y necesitan una intervención de hospitalización psiquiátrica.

A continuación se mencionan aquellas urgencias psiquiátricas prioritarias, como por ejemplo, los pacientes suicidas; las ideas, la amenaza y el intento de suicidio son causa importante de urgencia psiquiátrica. Kaplan y Sadock (1996) clasifican los pacientes suicidas en cuatro grupos:

Primero.- Los que conciben el suicidio como el paso a una vida mejor.



Segundo.- Los que cometen el suicidio como consecuencia de psicosis asociada a alucinaciones.

Tercero.- Aquellos que cometen el suicidio como venganza contra una persona amada.

Cuarto.- Aquellos de edad avanzada para quienes el suicidio es una liberación.

Se considera que hay una relación entre suicidio o intentos de suicidio y enfermedades de diferente tipo. Factores importantes incluyen alcoholismo, abuso de drogas, depresión, esquizofrenia, trastornos de pánico, situaciones vitales agudas o de gran tensión. En cuadros orgánicos con conducta proclive al suicidio se citan los pacientes afectos de enfermedades crónicas, así como aquellos que están en diálisis renal.

No todos los pacientes con ideación suicida deben hospitalizarse. La determinación dependerá de algunas consideraciones, por ejemplo: si se presenta como pensamiento obsesivo, se le tranquilizará; si el intento fue manipulatorio o si manifiesta arrepentimiento, podrá ser enviado a consulta externa psiquiátrica. Por el contrario, deben hospitalizarse los pacientes que hayan hecho un intento suicida serio; los que no muestran arrepentimiento; los que tienen intensos sentimientos de culpa y expresan que estarían mejor muertos; los ancianos con enfermedad crónica; los



pacientes con alucinosis alcohólica; los esquizofrénicos con alucinaciones auditivas que les ordenan matarse.

Es obvio señalar que hay intentos suicidas que deben recibir la atención médica y cuidados generales, según sea el caso, como detener el sangrado, proveer respiración con oxígeno, mantener las vías aéreas permeables, etc. Y si el intento se ejecutó con sustancias tóxicas o hay intoxicación por medicamentos deberán efectuarse los procedimientos correspondientes.

Otra de las urgencias son los trastornos depresivos, estos adquieren este rango por el peligro de suicidio.

Son indicadores de riesgo las siguientes características clínicas: insomnio terminal, inquietud, pérdida de los intereses, disminución del apetito, niveles bajos de la libido, sentimientos de desesperanza, retracción social progresiva, sentimientos de culpa y pensamiento de minusvalía, impresión de que lo vivido ha sido un fracaso y que no hay porvenir. En tales casos, se impone el internamiento.

Una urgencia psiquiátrica también incluye la violencia y la agitación, estas se refieren a la actividad motora exagerada, desorganizada, asociada a exaltación y excitabilidad mental. Se presenta en los cuadros psicóticos y en trastornos mentales orgánicos. Es también, parte constitutiva de los cuadros de agresión o violencia.



Violencia o agresión, es la acción espontánea o reactiva que descarga estímulos nocivos o dañinos sobre otros organismos o el propio.

En las psicosis agudas por su parte el paciente presenta agitación, alucinaciones. Pueden presentarse en la manía, esquizofrenia, trastornos esquizofreniformes, psicosis. Las manías también son urgencias psiquiátricas, una referencia puede ser en la fase de manía del trastorno bipolar, se presenta euforia, elación, exaltación de las tendencias instintivas, verborrea, fuga de ideas y agitación.

También las esquizofrenias son urgencias psiquiátricas, en éstas psicosis hay perturbación de la personalidad, trastornos delusivos del pensamiento (ideas de referencia, persecución, daño, etc.) alteraciones de la percepción (alucinaciones) con ausencia de conciencia de enfermedad. Pueden desarrollar agitación o agresión.

Los delirios son síndromes que se manifiesta por obnubilación de la conciencia, con disminución del contacto con el entorno, desorientación, alteraciones perceptivas (alucinaciones) y, a menudo, agitación y también en este caso los pacientes requieren hospitalización continua.

Incluso el alcoholismo es una urgencia para la hospitalización continua, ya que en este caso se presentan diferentes matices en la urgencia psiquiátrica debidas al alcoholismo. Puede mostrar además, anormalidades de conducta debidas a psicosis.



Dicho lo anterior, acerca de las urgencias que requieren hospitalización, es de suma importancia profundizar en el tema de los factores precipitantes y predisponentes de los trastornos psiquiátricos, para poder así conocer de una manera un poco más certera cual es el porqué de estos padecimientos, tema del que se hablará a continuación.

#### **1.4 Factores Predisponentes y Precipitantes de la Enfermedad Mental**

Como se mencionó en capítulos anteriores, el concepto de enfermedad mental ha progresado y expandido de forma positiva, abarcando los problemas con los que se enfrenta, atendiéndolos desde enfoques más holísticos, buscando la calidad en la atención que se brinda a los pacientes psiquiátricos. Actualmente, se tiende a abordar la enfermedad mental desde un modelo biopsicosocial, ya que nos brinda una mejor comprensión del ser humano, y nos permite entender que la enfermedad no es un ente por sí mismo, sino un proceso dinámico causado por la interacción de varios factores. También, es importante la flexibilidad con la que nos permite ver al ser humano, como alguien que tiene cambios internos constantes en todos sus sistemas, y a su vez esos se conectan e intercambian información, mientras interactúan con el ambiente fisiológico, psicológico y social.

El Modelo de Vulnerabilidad propuesto por Pacheco (2010) ha buscado descubrir el desencadenamiento de la enfermedad mental combinando factores de riesgo desde el ámbito biológico, psicológico y social, brindando al individuo una



limitada y determinada capacidad para afrontar situaciones estresantes. El ambiente será el que desencadene los trastornos mentales, en función de la vulnerabilidad de cada uno e ellos, provocando que la reacción de la persona esté mediatizada por sus disposiciones biológicas, su reacción corporal, su estilo de pensamiento, creencias, etc. Este modelo también hace énfasis en la importancia de los recursos externos como el apoyo familiar, de los amigos o instituciones de apoyo, para el manejo de las dificultades en el proceso de la enfermedad. La vulnerabilidad o disposición personal, además de la accesibilidad que se tenga a recursos externos, condicionará el grado de evolución del enfermo mental (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2007).

Entre factores de vulnerabilidad psicológica se encuentran el bajo nivel de tolerancia a la frustración, la baja autoestima, la desconfianza hacia los demás, la incapacidad de establecer relaciones afectivas, entre otras. Los factores biológicos y psicológicos entrelazados con la cultura y el ambiente social hacen que el individuo pueda ser más o menos vulnerable a ciertas situaciones que no logre afrontar y se desencadene la enfermedad mental. Así, cualquier estrés causado por un cambio en el ámbito psicológico o biológico, producirá o afectará cada sistema del organismo, dejándolo inestable (López, s.f.).

La teoría de la comunicación proporciona un esquema que nos permite considerar la relación entre la organización estructural del hombre y su ambiente, y la influencia persistente de las fuerzas y experiencias y sociales



pasadas del ser humano; dichas fuerzas y experiencias permiten al hombre reconocer, seleccionar y establecer un patrón de respuesta, y así determinar su conducta posterior. (Kolb, 1992 p. 180).

La Real Academia Española (2014) define “factor” como un elemento, circunstancia o influencia que contribuye a producir un resultado; cualquier sustancia o actividad necesaria para producir un resultado o la mezcla entre sí de dos variables, que juntas forman un producto específico.

Un factor predisponente es aquel elemento, circunstancia o influencia que prepara anticipadamente las condiciones ya existentes para lograr un fin determinado; es decir, que causa o contribuye a la producción de una enfermedad. Estas condiciones son principalmente de índole genética, prenatal y personal, indagando las posibles causas influyentes en la presencia de la enfermedad mental.

Un factor precipitante es aquel elemento, circunstancia o influencia que provoca la aceleración de ciertos acontecimientos o hechos; es cualquier factor que afecta la calidad de vida de las personas.

Estos factores suelen representarse por acontecimientos de la vida cotidiana, situaciones complicadas de manejar, problemas principalmente del ambiente: familiares, sociales y culturales.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (López-Ibor & Valdés, 2008), describe a los factores predisponentes como aquellos que hacen que seamos más vulnerables a desarrollar un trastorno mental cuando se dan determinadas



combinaciones de características, individuales, familiares y factores socioculturales, mientras que un factor precipitante son aquellos que hacen que se desencadene la enfermedad en un determinado momento o por algún acontecimiento estresante como una separación o una pérdida.

Los factores predisponentes y precipitantes que hacen a las personas vulnerables ante la aparición de un trastorno mental, según Kolb (1992), son los siguientes:

#### **1.4.1 Factores Predisponentes.**

*Genética.* Los factores genéticos que constituyen a cada individuo interactúan todo el tiempo con el ambiente y conforme pasa el tiempo es más difícil determinar que predisposiciones genéticas son propias de los trastornos mentales.

Actualmente la ciencia cuenta con muchos avances técnicos que han permitido delinear un número cada vez mayor de síndromes patológicos en los cuales la genética juega un papel protagónico.

En la psiquiatría, es imposible separar los factores hereditarios, de los factores ambientales, pues se sabe que un gran número de errores congénitos del metabolismo que producen trastornos en el desarrollo cerebral o retraso mental se pueden atribuir directamente a influencia genética.

En el caso de las psicosis afectivas, principalmente en la forma bipolar donde se presentan episodios maníacos y depresivos, existe una herencia dominante ligada con el cromosoma X. Esto no solo ha buscado explicar la influencia genética en los



trastornos mentales, sino también encontrar formas de tratamiento, ya que las diferentes respuestas ante el medicamento psiquiátrico están sujetas a las variantes genéticas de las psicosis.

Sin embargo, la evidencia de la influencia genética es menos clara para algunos trastornos, como lo es en el caso de las neurosis que se transmiten de una generación a otra, no se heredan. Todo psiquiatra, antes de atribuir un trastorno mental a la herencia genética, debe tener en cuenta que los padres transmiten dificultades emocionales a sus hijos, y no siempre la adquisición de patrones conductuales o emocionales son por transmisión genética.

Ser hijo de un padre con algún trastorno mental grave conlleva una carga genética negativa para las siguientes generaciones, pero también ambiental, debido a que la enfermedad del padre se convierte en un factor de riesgo en potencia al cuidar, educar y mostrar afecto a los hijos. Muchos psiquiatras consideran que la influencia genética está fuera de toda duda, y que cuando un trastorno hace su aparición en etapas tempranas de crecimiento, más es la carga genética de su comportamiento (Toro & Ezpeleta, 2014).

Por lo tanto aunque sea mucho el peso de la herencia genética en los trastornos mentales, las influencias postnatales y las experiencias durante el crecimiento son de gran importancia para modelar la estructura y el patrón de la personalidad.

Gómez, Hernández, Rojas, Santa Cruz y Uribe (2008) comentan que finalmente sea cual sea el papel que desempeña la genética, es de suma importancia mantener



siempre presente que la interacción de los factores genéticos y los factores ambientales, es constante y continua, que los elementos hereditarios son modificables por el entorno y que solamente se transmite por herencia una anomalía genética aquella que determina una predisposición y no una organización patológica de la personalidad ya definida genéticamente.

Estudios de factores genéticos que consideran la herencia genética como un factor que explique la causa de los trastornos mentales, implican la importancia de dos aspectos principales: los modelos genéticos de transmisión que subyacen a los trastornos mentales, y los diseños de los estudios genéticos. En los modelos genéticos se cree que un único gen es el responsable de la transmisión de un rasgo. Sin embargo, en los estudios multifactoriales poligénicos se demuestra la implicación de dos o más genes en la causalidad de los trastornos mentales, que aunados a la influencia de los factores ambientales, crean mayor vulnerabilidad hacia los trastornos mentales por ser un gran número de factores de riesgo.

En los diseños de estudios genéticos, se sugiere un patrón familiar de un trastorno mental.; no se le adjudica a la genética ni al ambiente la responsabilidad de la detonación de un trastorno mental debido a que los miembros de una familia comparten cotidianamente el mismo ambiente. Gracias a estudios de genética, existen hallazgos que permiten argumentar y sustentar la influencia de la herencia en la aparición y desarrollo de los trastornos mentales. Entre los trastornos mentales en los que los estudios realizados apoyan de manera evidente factores genéticos, están la



demencia, esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastornos bipolares, trastornos depresivos, trastornos de la personalidad y crisis de ansiedad y angustia (Vallejo, 2011).

Vallejo (2011) también hace mención que la expresión genética de una célula no es estable ni tiene información determinada, sino que la expresión de los genes está influenciada por estímulos fisiológicos y externos. El genoma humano tiene variaciones en la secuencia de nucleótidos del ADN, lo que se conoce como polimorfismos. La detección de polimorfismos es una de las estrategias principales para estudiar las variaciones genéticas asociadas a los trastornos mentales.

**Constitución.** De acuerdo con la psiquiatría, la constitución implica la organización de las personas: el genotipo, historia prenatal y de los primeros meses de vida, sin tomar en cuenta las experiencias o aprendizajes posteriores. El análisis de estas características determina el tipo de conducta que se considera básico de una personalidad específica.

Muchos estudios arrojan que la influencia de la adaptación y las condiciones estresantes de la vida influyen en los cambios de las respuestas orgánicas de las personas. Factores como la estimulación materna afectiva prenatal y durante la lactancia, así como también las experiencias en el grupo social, crean patrones de resistencia corporal ante el stress continuo, determinando la emotividad de la persona. Es así, que el tipo de estructura corporal, también puede relacionarse con tipos de reacción bioquímica cuyas causas biológicas todavía no se conocen, y que



indiscutiblemente predisponen a ciertos trastornos mentales, principalmente de personalidad. (Kolb, 1992)

*Sexo.* El sexo hace referencia a características biológicas de las personas y es determinante en cualquier área de la salud. En la enfermedad mental, el sexo como factor predisponente en la enfermedad mental, actúa con otros factores de vital riesgo. Hay detectables diferencias importantes en la distribución de los trastornos psiquiátricos entre hombres y mujeres.

Kolb (1992) menciona que hay más hombres que mujeres hospitalizados en psiquiátricos o instituciones de salud mental cada año, siendo la proporción seis hombres por cada cinco mujeres. Sin embargo, se ha sabido que más mujeres que hombres con padecimientos psiquiátricos asisten a consultorios privados. Los trastornos psiquiátricos relacionados con psicosis alcohólicas, psicosis traumáticas, psicosis con epilepsia y psicosis con traumas cerebrales son más frecuentes en hombres, mientras que las mujeres encabezan los padecimientos maniaco-depresivos, la melancolía involutiva, trastornos esquizoafectivos, paranoias y enfermedades somáticas.

Montero (s.f.) comenta que una de cada cuatro personas padece un trastorno mental detectable al año y que el 3.5% de ellos son mujeres, con necesidad de un tratamiento especialmente psiquiátrico.

Las mujeres resultan estar más protegidas de padecer trastornos mentales relacionados con el neurodesarrollo que se manifiestan en la infancia y pubertad; pero



a partir de la adolescencia este patrón cambia, pues la mujer está más propensa o vulnerable a tener problemas psiquiátricos que el hombre.

Todos los estudios comunitarios interesados en la enfermedad mental y la vulnerabilidad a su adquisición, ponen de manifiesto una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en mujeres. Sin embargo las diferencias no solo se enfocan en los datos cuantitativos: se ha encontrado que la psicosis esquizofrénica tiene un inicio más tardío en mujeres que en hombres, con una mejor evolución y respuesta terapéutica aún con dosis menores de psicofármacos. En tal caso es necesario e importante considerar esta diferencia en la evolución de la enfermedad, en relación con factores socioculturales, debido a que en muchos países industrializados, la mujer que padece esquizofrenia tiene más ventajas sobre el hombre que también padece esquizofrenia.

La equidad de género (el sexo y su relación con el rol social que juega), continúa siendo un factor social que implica una temática de vital interés y atención al abordar numerosos temas.

También la sintomatología de un mismo trastorno psiquiátrico difiere entre hombres y mujeres. Un ejemplo claro es en el padecimiento de Trastornos depresivos; la mujer tiende a mostrar más queja somática, apatía, aumento de peso, tendencia al llanto y aislamiento, mientras que los hombres se encuentran irritables, tienden a la inhibición.



El sexo no determina diferencias en los trastornos mentales, pues el género ayuda a construir las diferencias en la presentación de la enfermedad, contribuyendo a un diagnóstico y tratamiento específico. Es así, que como profesionales de salud, se debe tener en cuenta que también resultan importantes las influencias genéticas y metabólicas propias de un hombre y de una mujer, a la hora de diferenciar la sintomatología, proceso y resultado de tratamiento psicofarmacológico de las enfermedades psiquiátricas (Montero, s.f.).

**Edad.** La manifestación de los trastornos mentales varían también de acuerdo a la edad en que se presenten. Las psicosis no suelen aparecer antes de la adolescencia, ya que su frecuencia se eleva notablemente y continúa mostrando una tendencia uniformemente ascendente y definitiva al paso de la edad. Cuando estas aparecen entre niños, tienden a obedecer decididamente a la influencia de tensiones situacionales y psicológicas. La adolescencia y la senectud como puntos críticos del desarrollo humano conllevan cambios físicos y problemas psicológicos. En la adolescencia los detonantes más usuales de las psicosis suelen ser la nueva integración del sexo al modelo de la personalidad, problemas sociales, y la emancipación de los padres. En el momento de la involución hacia la senectud, la disminución de la actividad endocrina resulta un factor precipitante que hace al sujeto vulnerable ante la presencia de los trastornos mentales.



Es común que después de los sesenta años también hay un aumento importante en los trastornos emocionales, encontrándose que la inseguridad debido a sus condiciones de vida, es un factor influyente e incluso determinante (Kolb, 1992).

En un estudio realizado por López (s.f.) en donde se investigaron factores sociales y sociodemográficos que influyen en el primer ingreso en el Hospital Psiquiátrico Nacional, datos arrojaron que la variable Edad resultó ser significativa, donde hubo un predominio de sujetos jóvenes menores de 30 años (54.4%), existiendo una marcada representación del grupo de esquizofrénicos en las edades de menores de 21 años (46.1%). Entre las edades de 31 a 40 años predominan las neurosis (16%). Los trastornos afectivos se destacaron en el intervalo de edad entre 41 y 50 años (30.8%).

**Raza.** Existen datos de estudios demográficos que indican que la raza africana tiene mayor incidencia en los trastornos mentales, además de ser ellos quienes consumen en mayor cantidad drogas como la marihuana, en relación con hispanohablantes.

Kolb (1992) dice que para evaluar la frecuencia de una enfermedad es necesario conocer cuáles son los sitios disponibles para el tratamiento, y que como investigador hay que conocer muy bien la diferencia entre prevalencia y frecuencia, ya que nos llevan a realidades totalmente diferentes. En relación con la catalogación que se hace con la raza negra, Kolb comenta que la tensión y el desprecio interracial o lo que conocemos como racismo, tiene un papel imprescindible en alteraciones del desarrollo, principalmente en el de la personalidad. También debe considerarse que



todo acto discriminatorio que prive a un grupo o raza de reconocimiento social, de posiciones de prestigio y poder, o de oportunidades de empleo, puede desarrollar defensas contra la agresión o conductas destructivas o violentas, actitudes paranoides o regresivas, incluyendo el consumo de drogas.

En muchas personas las reacciones ante estas dificultades sociales son distintas: pasividad y complacencia exagerada, confusión o falta de identidad sexual, promiscuidad o impotencia, y en el área afectiva la presencia de depresión crónica o desesperanza. Cuando la personalidad debido a la discriminación y denigración racial (o de otra índole) está predispuesta a conflictos y ataques culturales, el stress puede provocar una fatal desorganización del Yo y una invalidez psiquiátrica que avance en grado degenerativo.

#### **1.4.2 Factores Precipitantes.**

Desde que los trastornos mentales comenzaron a estudiarse desde una visión somatista, se ha aludido a considerar la influencia de lo socioambiental en ellas, puesto que no se deja de reconocer que los diversos estilos de vida humana están vinculados al origen de la enfermedad. Como se mencionó anteriormente, el modelo de Vulnerabilidad, que explica los trastornos mentales ha sido el más aceptado por los especialistas en salud mental y rehabilitación psicosocial.

Los factores socioambientales presentes en la vida de los individuos, constituyen variables de riesgo debido a que aumentan la probabilidad del impacto dañino de los estresores ambientales sobre el individuo vulnerable, posibilitando la



aparición de la enfermedad mental. Sin embargo, los factores socioambientales no solo se toman como factores de riesgo, sino que también participan como fuente de stress. Tomar conciencia de ello, agudiza la comprensión de las problemáticas psiquiátricas, puesto que la morbilidad psiquiátrica se correlaciona positivamente con la clase baja, carencia de servicios y posibilidades recreativas, estigmatización y el importante factor económico (Fernández & Sánchez, 2003).

Un estudio realizado por Ciompi (1990) descubrió que la evolución crónica de la enfermedad mental se relaciona más con variables de tipo socioculturales que biológicas. En este estudio se tomaron en cuenta variables sociales como la marginación y aislamiento social.

El medio en el que se vive determina notablemente el modo en que vivimos. Hammer (2013) apoya este legado afirmando que la incidencia de los trastornos mentales está estrechamente ligada con los niveles de tolerancia (o intolerancia) social que tenga el individuo.

Este problema de estigmatización o de marginación social ha sido objeto de algunos estudios con respecto a la enfermedad mental; personas que viven en zonas rurales, en comparación con las que habitan zonas industrializadas o urbanizadas, manifiestan una recuperación más efectiva y rápida a la enfermedad mental, considerando que existe menos estigma social y marginación las personas con padecimientos psiquiátricos y habitantes de zonas en vías de desarrollo son mejor aceptados por la sociedad (Fernández & Sánchez, 2003).



Pedersen y Mortensen (2001) apoyan la influencia de la urbanización en el padecimiento de los trastornos mentales; comentan que vivir en la ciudad implica mayor riesgo de sufrir una enfermedad mental, principalmente esquizofrenia.

Otros estudios que investigaron los efectos de la urbanización, opinan que los datos recogidos sugieren que las cifras globales de trastorno psiquiátrico son mayores en las áreas urbanas que en las rurales, específicamente en las neurosis y los trastornos de personalidad. Sin embargo, las cifras arrojadas para las neurosis tienen más que ver con la clase social baja, independientemente si son de ciudad o campo. Es en las zonas urbanizadas donde encontramos mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos como psicosis alcohólicas, psicosis por drogas, psicosis maniaco-depresivas, paranoia y psiconeurosis, sin ser significativa la variable de clase social baja. Las psicosis seniles, melancolía involutiva y psicosis con retraso mental suelen ser más propias de las zonas rurales.

En las grandes ciudades, el problema de marginación social por raza, género o condición física o mental, da como resultado escasas oportunidades a las víctimas. Estos actos discriminatorios ocasionan sufrimiento interior, afectivo y psicológico, provocando desadaptación mental y síntomas psicóticos y neuróticos. Desde el punto de vista de la salud mental, el enfoque preventivo y terapéutico es posible que deba dirigirse predominantemente a individuos de grupos socioeconómicos bajos o menos afortunados.



El factor socioeconómico ha sido uno de los hallazgos más constantes en los estudios con pacientes psiquiátricos o de enfermedad mental. Muchos investigadores han intentado dar explicación a este fenómeno: una de ellas es que en ambientes del extremo inferior de la estructura socioeconómica hay circunstancias y formas de vida llenas de tensión, por lo que la consecuencia de estas condiciones son, en parte, las enfermedades mentales. Otra explicación alude a que los enfermos mentales se encuentran en los medios socioeconómicos bajos, son gente con carencias afectivas y con relativa capacidad de incompetencia para contribuir al crecimiento social. Estudios realizados por Brenner (citado en Feldman, 1985), investigador de la relación entre rasgos económicos y las enfermedades mentales graves, sugieren que los cambios económicos duraderos y prolongados, son los principales responsables del deterioro mental de las personas.

El estrés producido por la ausencia de estabilidad socioeconómica, afecta a las personas de estatus bajo, que siempre han carecido de recursos y viven en zonas marginadas. Estas personas son las que muestran más ingresos a hospitalización psiquiátrica, y debido a su enfermedad pierden sus empleos, situación cíclica que los envuelve en el progreso crónico de su enfermedad. Existen más despidos a trabajadores con padecimientos psiquiátricos de status social bajo, que aquellos que tienen un puesto importante.

La relación entre la pobreza económica de considerable duración y los trastornos mentales debe comprenderse con dinamismo por parte de los especialistas:



la tensión por falta de ingreso económico, influye en el estado general del individuo, provocando depresión, angustia, baja autoestima, conflictos, rupturas y desintegración familiar y social.

Estudios han comprobado que la esquizofrenia prevalece en personas de estatus socioeconómico bajo mientras que los trastornos obsesivo-compulsivos son más frecuentes en los grupos socioeconómicos más altos, quizá se deba a que en la sociedades de clase alta las personas aceptan, asumen o adoptan normas que los conducen a pautas compulsivas en su comportamiento.

Otro aspecto que es de vital importancia considerar como factor precipitante en los trastornos mentales, es la urbanización y la ocupación, principalmente las jornadas laborales a las que se enfrentan las personas en el sistema occidental. Debido a la rápida expansión de la urbanización y la era tecnológica, las formas de transportarse y comunicarse conllevan una sobrecarga sensorial e informativa para las personas, por ejemplo cómo los efectos del ruido y la contaminación auditiva imposibilitan a largo plazo focalizar la atención. Los mecanismos de retroalimentación en el sistema nervioso, protegen a los seres vivos de estar sobrecargados por los miles de estímulos.

Esta premisa nos lleva a considerar nuevamente la gran carga emocional que brindan los estímulos de la ciudad, exponiéndose a la pérdida de su eficiencia para llevar a cabo su papel. Así como existe una sobrecarga de estímulos, también lo es en los empleos, que además de requerir jornadas laborales prolongadas y exceso de trabajo, exigen funciones y habilidades sobrevaloradas por muchas personas, dando



como resultado sentimientos de minusvalía, baja autoestima, pérdida de esperanza y depresión, además de producir alteraciones en la personalidad.

Se ha descubierto que sentir insatisfacción en el trabajo e ineficacia para resolver obstáculos en el mismo, producen angustias, incitando paralelamente al cambio psicosomático como insuficiencia cardiaca y elevación del colesterol, solo por mencionar los más comunes. Algo parecido ocurre con las personas que son incapaces de respetar las normas sociales, de aceptar la autoridad y suprimir exigencias a menudo, terminan en desórdenes mentales por incapacidad laboral. El esfuerzo mental en presencia de stress y tensión emocional puede producir neurosis o psicosis.

Algunos autores han considerado que el paciente que padece esquizofrenia, tiene una increíble y gran sensibilidad a los estímulos que consideramos normales y cotidianos; su defecto está en un mecanismo de filtración, principalmente susceptible a la sobrecarga de información. Se cree que los síntomas como ideas delirantes, alucinaciones, aislamiento, bloqueo de pensamiento y reducción del habla, son mecanismos protectores para evadir la cantidad de información que reciben a diario y para ellos es insoportable y agobiante.

La reacción producida por ingesta de drogas psicotrópicas: elevar la sensibilidad a estímulos de baja intensidad y permite la sobrecarga sensorial sin producir angustia. Esto mismo ocurre con personas que tienen problemas emocionales y conductuales como la neurosis compulsiva: trabajan intensamente en exceso porque esto les ayuda a reducir angustia y les sirve de apoyo emocional. Es común que el



éxito, la producción y el arduo trabajo, sostengan sentimientos de inferioridad de las personas.

Es por ello que sentirse de acuerdo y feliz con la actividad que se desempeña es crucial para la salud física y mental (Kolb, 1992).

Otro aspecto imprescindible a analizar en este apartado, es la relación con la familia, en especial con los padres, ya que el entorno familiar es el primero en ejercer influencia sobre los individuos, donde se desarrollan y crecen. En este caso es tan importante la personalidad como el carácter de los padres en la educación y formación de los hijos.

Todos los factores de riesgo ejercen influencia a través de la familia y el contexto familiar. La coincidencia de varias circunstancias presentes explica por qué la familia debe ser considerada el principal agente de vulnerabilidad psicopatológica (Moreno et.al. 2013).

Bastide (1998) dice que el medio familiar armonioso es necesario para el equilibrio psíquico del niño y que los trastornos que este puede presentar, durante y posterior a la infancia, provienen en gran parte de los conflictos de los padres.

Para Toro y Ezpeleta (2014) no cabe duda que la familia constituye el principal factor de riesgo para la aparición y desarrollo de los trastornos emocionales, cognitivos y conductuales. No hay trastorno mental que no incluya la influencia principalmente de los padres en el periodo de crianza.



Kolb (1992) comparte que el ambiente en el que vive un individuo es totalmente interacción personal dentro del grupo familiar, incluyendo su sistema cultural y de valores, así como también su fuerza socioeconómica que depende de la estructura en la que el individuo y su familia habitan. La familia debe ser la mayor influencia que moldea la personalidad de cada persona, mientras que la unidad familiar el núcleo social que apoya a disminuir las dificultades y tensiones cotidianas, sobre todo servir como sostén emocional.

La familia, como menciona Moreno et.al. (2013) es un sistema sociocultural abierto hacia el exterior y hacia el interior del individuo, que también brinda y fomenta formas de socialización y de vincularnos con personas que no son de la familia, de las que aprendemos y absorbemos información y también ofrecemos con o sin intención.

Esto se trata de un proceso de retroalimentación del ser con otros grupos sociales. No se ha determinado si la estructura familiar tiene una correlación positiva con las formas de psicopatología en alguno de sus miembros, pero cual sea la estructura familiar, se puede presentar la enfermedad mental de alguno de sus miembros. Es necesario distinguir una familia funcionalmente sana que una con disfunción en su interacción y es propensa o cultivadora de patología en sus miembros: una familia sana es aquella que muestra una estructura abierta y en proceso de transformación, que se adapta al ambiente y fomenta el crecimiento de cada miembro y sobre todo, asegura la socialización de todos sus integrantes; una familia enferma o problemática contempla toda lo contrario a lo antes mencionado.



Son innumerables los acontecimientos que pueden ocasionar crisis en la familia; entre los más usuales encontramos enfermedades físicas y mentales en alguno de sus miembros, privación paternal o maternal, incesto, pérdida de seres queridos, divorcios y desempleo. Estudios han revelado que existe una relación significativa entre delincuencia, abandono y desintegración familiar. El vínculo familiar es importante para la estabilidad emocional de todos sus integrantes.

Un fenómeno de sumo interés es cuando los hijos viven con padres o madres psicóticas; los hijos están expuestos a experiencias con elevada inconstancia, punitivas e irracionales; es común el doble vínculo inmerso en la comunicación de la familia, afectando muchas áreas en el desarrollo de los hijos, principalmente la social. Los hijos tienden a experimentar tensión constante por adaptarse a las pautas comportamentales y de pensamiento de sus padres, adoptando con el tiempo un sentimiento de inseguridad de sus propias decisiones y pensamientos, a no tener competencias para relacionarse con otros, mostrándose como un riesgo para la sociedad debido a su conducta anormal y falta de habilidades.

Otro fenómeno que funciona como detonante y como fuente de disfunción familiar son las alianzas cuando existen conflictos o también cuando se le atribuye la etiqueta de chivo expiatorio a un integrante de la familia, siendo que este solamente representa la sintomatología de un mal funcionamiento en otra u otras áreas familiares. Esta tendencia de formar alianzas defensivas contra otros o rechazar y retirar afecto y apoyo a quien se cree es la fuente del conflicto familiar, produce en la víctima una



gran cantidad de angustia y desordenes afectivos que suelen terminar en trastornos afectivos graves.

Psicólogos y psiquiatras ya no tratan a sus pacientes como individuos; todo tratamiento debe ir encaminado con la homeostasis familiar. Es probable pero no determinante, que la no disposición o intervención de la familia en el tratamiento psiquiátrico de un miembro, interfiera en su fracaso o éxito. Sin embargo, también se cree que existen lazos de dependencia entre los miembros de la familia, que impiden que el individuo con trastorno psiquiátrico se recupere si sigue inmerso en la dinámica familiar.

Todas las malas condiciones en las variables socio estructurales de riesgo, además de contribuir a explicar los trastornos mentales, influyen determinantemente en las posibilidades de rehabilitación psicosocial de aquellos que sufren trastornos mentales severos y crónico-degenerativos.

Como se ha visto en este capítulo, las patologías psiquiátricas son de índole biopsicosocial. Sin la contemplación de las áreas psicológica y social de un individuo, el tratamiento psiquiátrico brindado, resulta insuficiente para la mejora de los pacientes.

Es por ello que los tratamientos que se brindan a los enfermos mentales son integrales y basados en la interdisciplinariedad, generando dialéctica en la interrelación de lo biológico, lo psicológico y lo social (Fernández & Sánchez, 2003).



Cabe mencionar, que dentro de las patologías psiquiátricas existe cierto número de factores, que favorecen las rehospitalizaciones, dentro de esta investigación se citan seis factores que se han considerado de suma importancia para que suceda esta situación, en el siguiente capítulo se habla de éstos.

## **CAPÍTULO 2**

### **FACTORES QUE INFLUYEN AL REINGRESO HOSPITALARIO**

Existen muchos factores de riesgo que influyen en el reingreso a hospitalización de los pacientes psiquiátricos. Un factor de riesgo es considerado por la OMS (2003) como toda circunstancia, situación, rasgo, característica o exposición que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier problema de salud.

Para la presenta investigación se tomaron en cuenta los siguientes factores de riesgo.

#### **2.1 Adherencia al Tratamiento**

En el mundo moderno en que vivimos, junto con todos los avances tecnológicos que se han dado, afortunadamente han permitido el desarrollo de medicamentos muy potentes que han incrementado la calidad y esperanza de vida, ya que pueden curar y de hecho prevenir la progresión de varias enfermedades importantes.

Aunque el impacto positivo que generan estos novedosos medicamentos pierden toda fuerza en la medida en que los pacientes no siguen las indicaciones médicas. La falta de adherencia desafortunadamente es un fenómeno que se da en todo el mundo, con todo tipo de enfermedades, esto lleva a grandes consecuencias, se



pierde el control de la enfermedad o del hecho posible para mejorar o incluso curar; implicando así que existan altos costos en el sistema de salud por un incremento de ingresos y readmisiones hospitalarias, también conlleva la pérdida de calidad de vida y por supuesto un alto costo familiar, entre los principales desenlaces.

También es importante recalcar que el tratamiento psicoterapéutico está sujeto a una serie de vicisitudes que hacen incierto tanto su curso como sus resultados. Se considera que es importante mencionar la viabilidad del tratamiento psicológico y farmacológico como una cuestión prioritaria, sobre todo en las instituciones de salud en nuestro país.

La poca certeza acerca de la eficacia de los tratamientos contribuye a que los pacientes y en ocasiones los mismos psicólogos o psiquiatras, muestran algún grado de resistencia y manifiestan dudas antes de iniciar un posible tratamiento. Cualquier adherencia a algún tratamiento implica un esfuerzo considerable por parte de los pacientes. En la decisión de llevarlo a cabo se ponen en juego razones de índole técnica, pero también aspectos económicos y desde luego éticos (Torres & Lara, 2002).

La adherencia al tratamiento es un término que se asocia inmediatamente con diferentes conceptos, algunos de estos son: alianza terapéutica, cooperación, colaboración, entre otros. Cada uno de los términos mencionados aquí, tienen un matiz muy particular, sin embargo todos se centran en un fin específico, destacar la



capacidad que debe tener el paciente para participar, enganchar y respetar el acuerdo acerca de las recomendaciones del tratamiento co-establecido por el profesional de la salud, sea éste un psicólogo, psiquiatra o un médico general para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Pacheco & Aránguiz, 2011).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (2003) define la adherencia a un tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito y la persistencia; tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado.

Dicho lo anterior se puede especificar que esta adherencia es como tal, un contexto en el cual la conducta de las personas coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para poder llevar a cabo algunas cosas, por ejemplo: Asistir a las consultas programadas en un hospital o consultorio, tomar los medicamentos como se prescribieron en fecha y hora indicada, realizar los cambios de estilo de vida recomendados, completar los análisis o pruebas solicitadas y acudir a terapias de rehabilitación, siendo estos algunos de los puntos más importantes.

Según Martín (2006), la adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma.



Con independencia en el término que se utilice, adherencia o cumplimiento, es el paciente quien ejecuta el consumo de medicamentos, y otras indicaciones médicas, como seguir ciertas restricciones médicas, acudir a terapias, etc. es él quien decide en última instancia como y cuando lo hará.

Otros autores como Hernández, y Pereira (2009) definen la adherencia al tratamiento como un fenómeno complejo que está condicionado por factores de diversa naturaleza, para ellos es una conducta o repertorio de conductas modulado por componentes subjetivos, pero también está condicionado por factores externos. Está mediada entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, sus ganas y motivación de recuperación y por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo.

La adherencia al tratamiento es, el grado en que el comportamiento de una persona en este caso paciente psiquiátrico, sigue las pautas prescritas por su médico: el tomar medicamento, seguir un régimen alimentario, tener adecuados hábitos de sueño y ejecutar cambios en el ritmo o modo de vida, se corresponda con algunas recomendaciones acordadas, de un prestador de asistencia sanitaria, en este caso psiquiatra o psicólogo (Silva, Galeano & Correa, 2005).

Es importante recalcar la diferencia entre “Cumplimiento”, significando éste un modelo centrado únicamente en la propuesta que otorgue un médico y “Adherencia”, definiéndola como un resultado total de acuerdos realizados entre el paciente y el



médico o prestador de servicios de salud, siendo un proceso dinámico donde intervienen varios factores dado que esto genera una relación Médico- Profesional de salud- Paciente que es importante para una buena adherencia terapéutica.

Arkowitz (2002) comenta que la adherencia es un proceso dinámico, por lo que las instancias de resistencia al tratamiento han de ser entendidas como ambivalencias o conflictos, mientras que por un lado el paciente presenta una predisposición al cambio, asistiendo a terapia o tomando su medicamento, por otro lado también puede desengancharse de él, haciendo caso omiso de las tareas en sesiones terapéuticas o dejando el medicamento.

En cualquier caso, la adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta, debe quedar muy claro que se trata de un conjunto de conductas entre las que se incluyen aceptar formar parte de un programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua sus indicaciones, evitar conductas de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables. De este modo la conducta de adherencia debe entenderse a partir de diversas dimensiones, desde aspectos propiamente conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivos, unidos a cuestiones relacionales, donde interviene, la comunicación con el profesional de la salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar e incluso el papel de los servicios de salud (Martín, 2004).



Por otro lado cabe recalcar que para tener una buena adherencia es necesario preguntarse su importancia, y quizá reside en muchos puntos, principalmente en que la falta de ésta, lleva a un aumento en los costos globales de la enfermedad, tanto por el aumento de medicinas, rehabilitaciones, recaídas y costos de la atención, así como por el deterioro en la esfera socio-laboral que esto conlleva. El fin primario al prescribirse un tratamiento es garantizar que será efectivo, pero éste solo lo será si se cumple tal como se prescribió.

Se deben tener en cuenta las características de personalidad del paciente ya que ellos determina de cierta manera la relación terapéutica que se establecerá, las expectativas del propio paciente en relación con su enfermedad, causas, curso y consecuencias.

En salud mental en muchas ocasiones las familias son inexistentes y en algunos casos el paciente carece de cualquier red social de apoyo, de ahí que el trabajo con este tipo de pacientes adquiere una doble importancia.

El cumplimiento del tratamiento para todos los pacientes en general pero sobre todo para el paciente mental, no solo cuenta con el alivio de los síntomas y la disminución de los efectos adversos, sino que proporciona calidad de vida, habilidad para su cuidado personal, el uso de tiempo libre, el regreso o ingreso a un rol económicamente productivo y una mejor relación con su familia.

Por otro lado la importancia del incumplimiento de los tratamientos se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que este tienen desde el punto de vista



médico, clínico, económico y psicosocial y se demuestra que afecta cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, con la relación médico-paciente, con el uso racional de los recursos y los servicios de salud, entre otros. De ahí que se convierta en un asunto serio para la salud pública contemporánea, más si se tiene en cuenta que es problema mundial (Martín, 2006).

### **2.1.1 La falta de adherencia al tratamiento**

Definido como la falta en el cumplimiento de las instrucciones terapéuticas, puede ser de manera voluntaria o totalmente inadvertida. Es una falla en la manera de seguir los esquemas de tratamiento que el médico o cualquier profesional de salud indica, esto es en esencia una decisión personal de causa multifactorial, ya que puede llevar a grandes problemas como ya se ha comentado. Se puede decir que muchas veces la decisión de los pacientes de ingerir o no los medicamentos se basa en una evaluación que hacen ellos mismos de por lo menos cuatro factores, estos son: Primero.- Qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación, ya que muchas veces no les parece importante, o creen que pueden controlar la enfermedad sin el consumo de estos fármacos, o incluso los toman un tiempo, pero le van bajando la dosis ya que ellos consideran que la prioridad de la medicación es menos importante cada vez, gracias a que se sienten mejor en un tiempo. Segundo.- La percepción de la gravedad de la enfermedad, ya que si los pacientes perciben que su enfermedad no tiene mayor importancia y es algo poco influyente en su vida, por supuesto que los pacientes



dejaran el tratamiento. Tercero.- La credibilidad en la eficacia de la medicación o tratamiento de rehabilitación, porque como en todo, si uno no cree que el medicamento le ayuda, por supuesto que no va a ingerirlo, esos pacientes llegan a pensar que no tiene absolutamente algún caso la ingesta de estos porque creen que no surte ningún efecto en ellos. Cuarto.- La aceptación personal en la eficacia de los cambios recomendados y esto nos lleva a aceptar que es muy difícil cambiar el esquema de vida que se ha ido llevando a lo largo de muchos años, sin embargo, estos tratamientos conllevan cambios en el ritmo de vida que muchas veces, los pacientes prefieren no aceptar porque es muy complicado cambiar los hábitos ya establecidos.

Se considera la no adherencia a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida a los pacientes (Silva, Galeano & Correa, 2005).

En el contexto de optimización los recursos existentes en los servicios de salud, tanto en países “desarrollados” como en los de economía “en transición” se ha observado que los recursos resultan insuficientes si su aplicación no se estudia y vigila cuidadosamente. En países como México, un porcentaje importante de la población no está cubierta por los servicios de salud. Se asume que la tasa de abandono terapéutico es mayor a 30% y eso es muy alto (Lara, Sánchez, Senties & Velázquez, 2000).

Algunos predictores del abandono del tratamiento han incluido factores como el bajo ingreso familiar, actitudes negativas del paciente hacia el tratamiento, atribución



de crisis de angustia a estresores externos y edad avanzada. Todo esto aunado a la falta de toma de medicamentos o también llamado la falta de adherencia terapéutica farmacológica, muchas veces los pacientes por falta de dinero dejan de comprarse el medicamento, sin embargo, en otras ocasiones, aun teniéndolo en casa, dejan de ingerirlo debido a diferentes creencias, como el hecho de no aceptar que tienen una enfermedad, o el pensamiento acerca de no necesitarlo porque ya se sienten mucho mejor, o porque el medicamento les está generando diversos efectos secundarios, muchas veces el incremento del peso, y esto llega a ser sumamente molesto para los pacientes (Lara, Sánchez, Sentíes & Velázquez, 2000).

El impacto de la no adherencia en la evolución de los pacientes, ha quedado demostrado según Roca, Cañas, Olivares, Rodríguez y Giner (2007) que existe un mayor riesgo de recaídas, con hospitalizaciones más frecuentes, aumento de riesgo de suicidio, incremento en los costes sanitarios y el uso de servicios, menor calidad de vida y claras repercusiones en los cuidadores y las familias. Para Franch, Conde, Blanco y Medina (2001), la no adherencia imposibilita el establecimiento de un tratamiento eficaz, origina una evolución desfavorable de la enfermedad con mayor número de recaídas y rehospitalizaciones y conlleva una peor calidad de vida y del funcionamiento global del paciente. Con esto concluyen que la falta de adherencia al tratamiento es el factor de mayor importancia por la cual los pacientes psiquiátricos reingresan a hospitalización.



### 2.1.2 Factores relacionados con la no adherencia

Como ya se ha mencionado existen diferentes factores para que se dé una falla en la adherencia al tratamiento, es importante ver esto de una manera multifactorial, y no ver a los factores independientes ya que es un asunto complejo y se ha observado una superposición entre ellos. Silva, Galeano y Correa (2005) han descrito las razones por las que un paciente no cumple con el esquema de tratamiento fijado y las agruparon en cuatro categorías que son las siguientes:

#### *Factor ambiental.*

En este caso, como factor ambiental es referido el hecho de los pacientes que viven solos, ya que con frecuencia fallan en el cumplimiento de la adherencia al tratamiento, puede ser por que se dé un aislamiento social, algunas creencias sociales, o algún mito de salud como el hecho de tomar la medicina únicamente cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, esto es muy común que suceda. O darse el caso que si la dosis recetada por el medico es buena, pueden llegar a pensar que una dosis más alta es mejor (Silva, Galeano & Correa, 2005).

La alianza terapéutica es importante para el éxito tanto en los tratamientos psicofarmacológicos como psicoterapéuticos. Para que sea óptima debe basarse en la confianza mutua, respeto, honestidad, sinceridad y sentirse cómodos con la relación por parte de ambos, todo lo cual, evidentemente, lleva tiempo. Pacientes con baja



adherencia, frecuentemente, provocan respuestas de contratransferencia negativa en los profesionales y provocar rechazo o actitudes defensivas en estos, pueden llegar a argumentar que el paciente es “resistente” o que “no quiere mejorar”. Estas respuestas son contraproducentes y sólo sirven para erosionar la alianza terapéutica. En este sentido, el incumplimiento podría contemplarse como un fracaso de la relación más que como un fracaso del paciente (Weiden, 2005).

***Factor asociado al medicamento.***

Se considera que en general hay un alto número de adherencia al tratamiento cuando este es por corto o limitado tiempo. La adherencia disminuye en los casos como: procesos crónicos, enfermedades psiquiátricas ya que el medicamento o la rehabilitación se tiene que tomar casi de por vida, otro caso es la polifarmacia, cuando se deben tomar varios medicamentos al mismo tiempo ya que podemos pasar por alto alguno de ellos, cuando un esquema en la dosis es complicado o no lo entendemos, cuando la vía de administración requiere personal calificado o incluso cuando los frascos de medicamento son difíciles de abrir, y por ultimo pero muy importante, cuando el fármaco exhibe eventos adversos de consideración, por ejemplo impotencia, somnolencia, subida de peso, ya que muchos pacientes por no tener que sufrir estos efectos adversos dejan el tratamiento (Silva, Galeano & Correa, 2005).



---

***Factor asociado al paciente.***

Puede existir un deterioro sensorial en el paciente, como la pérdida de visión y/o audición y esto conduce a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando le imparten instrucciones verbales o escritas. Y también un deterioro cognoscitivo o un estado alterado del ánimo, esto conlleva a que la información no pueda ser procesada, o se elabore de manera alterada, por ejemplo cuando existen demencias, depresiones o ansiedad. Las diversas formas en que pueden procesar la información son: Omisión total o parcial del contenido, filtración de acuerdo a creencias personales, aprendizaje incorrecto, incompleto o fuera de tiempo (Silva, Galeano & Correa, 2005).

Del mismo modo, las creencias del paciente relacionadas con la percepción de la gravedad de su enfermedad, la estimación de su propio riesgo a enfermarse o cuán vulnerables se puedan sentir, influyen de manera directa en el comportamiento del paciente dirigido o no a la ejecución de acciones que le permitan conservar su salud. Dentro de los factores que influyen en el comportamiento del paciente, se incluyen el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento, la falta de efecto percibido del tratamiento junto con las creencias negativas con respecto a la efectividad del mismo (OMS, 2004).



Asimismo, el entender mal y no aceptar la enfermedad ni el tratamiento, junto con las bajas expectativas, la inasistencia a las entrevistas de seguimiento, la desesperanza, los sentimientos negativos, la ansiedad y la estigmatización, influyen directamente en si el paciente adhiere o no al tratamiento, y en el valor que le asigna a él.

Un régimen terapéutico complejo se asocia a un menor cumplimiento, por lo que las razones más frecuentes para el incumplimiento suelen ser el olvido, el desconocimiento, la desmotivación y los efectos adversos (Conthe & Tejerina, 2007).

Es importante destacar que variables sociodemográficas tales como edad, género, estado civil, raza y nivel de educación han demostrado tener una mayor consistencia en la relación con la no adherencia en pacientes con trastornos afectivos que entre pacientes con otros trastornos psiquiátricos (Sajatovic, Velligian, Weiden, Valenstein y Ogedegbe, 2007).

### ***Factores socio económico.***

A la hora de analizar los factores que inciden sobre la adherencia, aquellos relacionados con los socioeconómicos resultan tener un alto peso. La OMS (2004) incluye dentro de estos factores el estar lejos del lugar de tratamiento, la pobreza, los altos costos de los medicamentos y las intervenciones, el ser mayor de 60 años como



un mal predictor, las creencias locales sobre el origen de la enfermedad y el analfabetismo o bajo nivel educacional.

Los beneficios económicos, para el sistema de salud y el estado, de la buena adherencia terapéutica, se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de servicios de salud complejos y costosos en caso de la progresión de la enfermedad o crisis, en la atención médica aprovechada y en la utilización adecuada de la producción de medicamentos (Gottlieb, 2000). Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente y con la preservación de su calidad de vida, de las funciones sociales, laborales y personales.

La OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece en, al menos, un 20% los costos de la salud pública (OMS, 2003). Asimismo, el gasto del paciente se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar relacionadas con la capacidad adquisitiva disponible para enfrentar la enfermedad, lo que concretamente se evidencia en problemas para adquirir medicamentos, alimentos y para ejecutar otras indicaciones.

### ***Factor de interacción médico-paciente.***

Es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración y horarios de la medicación. Esta adherencia se puede ver afectada si el paciente no tiene una adecuada habilidad para



hacer preguntas de las dudas que tiene o si la comunicación médico-paciente es deficiente (Silva, Galeano & Correa, 2005).

### ***Factor asociado a la familia.***

Caballo (1997) explica que la familia juega un rol fundamental ante los pacientes, ya que fungen como una variable del sistema social, por lo tanto, los estímulos estresantes dentro del núcleo familiar, la disuasión por parte de la familia o amigos muy cercanos y las historias de malas experiencias con la medicación pueden ser punto medular para que los pacientes psiquiátricos no tengan una adecuada adherencia al tratamiento.

Concluyendo entonces la importancia de la adherencia al tratamiento psiquiátrico, a continuación se explica otro de los factores de riesgo que se tomaron en cuenta para esta investigación que es la conciencia de enfermedad.

## **2.2 Conciencia de Enfermedad**

Autores como Kaplan y Sadock (2000) definen la conciencia, como aquella capacidad que tienen las personas de darse cuenta de sí mismo y del entorno. Para Meza y Rodríguez (2007) la conciencia implica un abordaje neurofisiológico, psicológico y filosófico-moral. Explican que es siempre un saber perceptor acerca de algo y está siempre referida a algo que se puede percibir o de lo que puede percatarse y por lo tanto se puede conocer. Implica además de conocimiento, una



conceptualización ética o de moral en término. La conciencia como proceso psicológico está siempre referida a algo.

En cuanto al aspecto funcional de la conciencia, se distinguen tres importantes sectores: Primero.- La vigilancia o estado de alerta o también llamado arousal, no siempre es uniforme, constituye un proceso cambiante y variable que experimenta oscilaciones durante las 24 horas del día, esta es una premisa y condición necesaria para disponer del segundo sector, Segundo.- La claridad de conciencia, en tanto que por ella se pueden experimentar como lo que son, los objetos que están en el entorno, está vinculada al grado de vigilancia. Solo una persona completamente despierta dispone de capacidad claramente perceptiva, intelectual o memorística y estos modulados a su vez por los procesos de percepción y cognición, y el último sector es la conciencia de sí mismo, es la certeza de los individuos despiertos y lucidos acerca de que “Yo soy yo mismo”, es decir, se sabe acerca de sí, que se experimenta un estado de ánimo, que percibe, que desea, que solicita, que siente y piensa, que actúa voluntariamente en virtud de la cual los seres humanos nos sabemos y reconocemos a nosotros mismos como seres vivientes y activos (Meza y Rodríguez, 2007).

Esparza (2011) definió a la conciencia como el conocimiento que una persona tiene de sí mismo y de su entorno; literalmente significa “con conocimiento”. También se puede llamar Insight a esta introspección interna que se refiere sobre todo al conocimiento que una persona tiene de sus propios estados mentales; la capacidad para



reconocer su propia enfermedad, detectar las consecuencias sociales de la misma, y el tratamiento eficaz.

La conciencia es entonces un campo de interacción de procesos y energía, la cual su función principal está en controlar la flexibilidad y el ajuste de las personas a su contexto inmediato. La actividad consciente se ve limitada en función de las necesidades adaptativas de cada persona y de sus circunstancias (Anguiano et al. 2013).

Cuando el estado de conciencia está conservado se tiene y se integra el conocimiento de sí mismo y del entorno, el paciente sabe su estado y percibe el ambiente, se ubica en el tiempo y tiene la sensación de conocimiento.

Para explorar el estado de conciencia basta con la inspección del paciente y la iniciación del dialogo de presentación. El segundo paso es comprobar el estado de las funciones cognitivas, lográndolo también con el dialogo que sigue minutos después con el paciente. Como ya se mencionó la orientación es parte de la conciencia, por lo tanto debe explorarse la orientación, para saber si el paciente tiene una adecuada conciencia. La orientación en el tiempo, puede explorarse con la hora, la fecha, si es de día o de noche, el mes o año. Y la orientación en el espacio, se explora específicamente en el lugar en que se encuentra, su entorno, o lugar (Suarez, 2006).



Esparza, (2011) explica que la conciencia de enfermedad, se refiere particularmente a la capacidad del paciente para reconocer que tiene un padecimiento mental y a la habilidad que llegue a tener para que se dé una auto-observación y auto-conocimiento del tipo, severidad y consecuencias de su estado mental. Esta conciencia de enfermedad o Insight no es como tal un reconocimiento de alguna verdad objetiva sino alguna capacidad del paciente para relacionarse con la perspectiva de otras personas respecto a su estado y poder mantener con ellas algún dialogo significativo.

Autores como Anguiano et al., (2013) entienden por conciencia de enfermedad mental, aquella capacidad que tienen los pacientes psiquiátricos de entenderla y aceptarla. Para ello el paciente debe poseer ciertas habilidades, como la capacidad de reconocer que está enfermo, capacidad de entender y conocer su enfermedad, la capacidad de entender el término crónico, y la capacidad de querer colaborar con su psiquiatra, con su familia o allegados en el tratamiento y la prevención de sus recaídas.

La conciencia de enfermedad es el reconocimiento de la existencia de una sintomatología y su atribución a una enfermedad que se padece. Esto no es ni un constructo unidimensional ni dicotómico, puesto que existen diferentes factores que interactúan en la opinión del enfermo, sobre su enfermedad.

Debe diferenciarse a una persona que opina que no está enferma, de aquella que cree que lo estuvo en el pasado pero no en la actualidad, y de la que acepta padecer



una enfermedad. Por lo tanto se debe considerar la conciencia de enfermedad como una variable multidimensional y valorarla como tal (Haro, Ochoa & Cabrero, 2001).

Si los pacientes no tienen una percepción bien ajustada de los déficits físicos, cognitivos y conductuales que llegan a tener por el trastorno psiquiátrico, pueden tender a infravalorar o en dado caso negar una necesidad de tener un seguimiento dentro de su proceso de rehabilitación, dicho sea de paso que si se presenta una inadecuada conciencia de enfermedad esto llevará una grave limitación en la posterior integración a un entorno laboral, social e incluso familiar de los pacientes. La importancia de una adecuada conciencia de enfermedad radica en que es imprescindible para que los pacientes psiquiátricos se motiven, impliquen y participen de una manera activa en el proceso que se lleva de rehabilitación.

Para que pueda de alguna manera observarse o evaluar la conciencia de enfermedad en pacientes psiquiátricos y esto pueda llevar a un adecuado proceso de rehabilitación, es importante que se realicen algunas preguntas analizando las expectativas y conocimiento que la persona tiene sobre su diagnóstico, síntomas, causas, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Abelleira y Touriño (2010) concluyeron que la conciencia de enfermedad no puede ser entendida como una respuesta de todo o nada, sobre todo se encuentra en tres dimensiones diferentes: el reconocimiento de que uno (en este caso el paciente psiquiátrico) padece una enfermedad mental; el cumplimiento con el tratamiento; y la



capacidad para poder etiquetar las experiencias mentales inusuales que presenten, como delirios o alucinaciones.

Haro et al. (2001) incluyen que “La conciencia de enfermedad, varía en función de variables sociodemográficas, psicopatológicas y de ajuste social e influye en la utilización de los servicios sanitarios que los pacientes hacen” (p.107).

Existen tres aspectos relacionados con la conciencia de enfermedad, estos son: Los cognitivos. Se refieren a la conciencia de los pacientes acerca de tener un trastorno mental, es sobre todo la aceptación de la etiqueta que se pone a “enfermedad”; tener idea de las consecuencias sociales de un trastorno psiquiátrico. Los relativos al cumplimiento. Expone la percepción de una necesidad al tratamiento que se lleva acabo, tener idea de los efectos, contar con la capacidad para atribuirle los probables beneficios y cooperar con el tratamiento. Y los síntomas. Poder concientizar los posibles síntomas específicos e individuales de cada trastorno (Abelleira & Touriño, 2010).

La conciencia de enfermedad se puede evaluar de maneras o con preguntas muy específicas, por ejemplo, con la conciencia de situación específica o especializada. Para saber si un paciente se considera o no enfermo, la pregunta adecuada será: ¿Está usted enfermo?, Si contesta afirmativamente interesa saber si tiene conciencia de enfermedad mental, ya que se puede considerar enfermo de cualquier otra cosa, por lo tanto una pregunta más específica sería: ¿De qué se encuentra usted enfermo? En el



caso de que el paciente no se considere enfermo, si se trata de un paciente lucido con conocimiento de que está internado en un Hospital Psiquiátrico, se le pregunta: ¿Si usted no está enfermo, en qué calidad se haya aquí?. Para finalizar, otras preguntas que se pueden hacer al paciente al evaluar su conciencia de enfermedad, son: ¿Qué hace usted aquí? y ¿Considera que tiene un trastorno mental? Terminando el interrogatorio, se tiene entonces datos concretos relativos al funcionamiento de la psique proporcionados por el mismo paciente psiquiátrico (Baca, Carrasco, Domingo & García, 2002).

### **2.2.1 La falta de conciencia de enfermedad mental**

Si los pacientes psiquiátricos no tienen una adecuada conciencia de enfermedad, no se podrán tener suficientes cimientos para una buena recuperación. La falta de conciencia de enfermedad dificultará las relaciones de estos pacientes con la familia, profesionales de la salud y sociedad en general. Se va a entrar en un círculo terrible en que los pacientes psiquiátricos pensarán que los demás sean estos familiares, médicos o sociedad no entienden o son incapaces de comprender que les pasa, y por el otro lado los familiares, médicos y sociedad se sentirán totalmente frustrados ante una falta de reconocimiento de la enfermedad y un rechazo inminente de los pacientes a la ayuda que se les proporcione.

Haro, Ochoa y Cabrero (2001) encontraron que el cumplimiento terapéutico está relacionado con el nivel de conciencia de enfermedad del paciente. Aquellos



pacientes que no tienen una elevada conciencia de enfermedad no cumplen los patrones establecidos por el psiquiatra, no existe un nivel de cooperación adecuado con este y suelen rechazar el tratamiento.

Es de esperarse que este tipo de pacientes se niegue a acudir a cualquier centro de salud mental, tanto a consulta como a hospitalización y a tomar la medicación prescrita, por lo que suelen ingresar con más frecuencia, que aquellos que son conscientes de padecer un trastorno psiquiátrico y necesitar tratamiento.

La falta de conciencia de enfermedad se puede suponer como un mecanismo de afrontamiento psicológico. En varios casos, la falta total o parcial de reconocimiento de un trastorno, representa algún intento de evitar la experimentación de una enfermedad y las consecuencias que éste pueda traer.

Una persona que no se considera enferma difícilmente aceptará ingerir los medicamentos o tener cualquier medida terapéutica (Abelleira & Touriño, 2010).

En un estudio reciente de Haro et al (2001) mostró que la conciencia de padecer un trastorno psiquiátrico, se correlaciona significativamente con el número de días de ingreso, por otro lado tienen menor conciencia de necesidad de toma de medicamento, aquellas personas que acuden más a urgencias, tienen mayores estancias de ingreso y se visitan menos en el centro de salud mental. En el mismo estudio, también encontraron que los hombres tienen mayor conciencia de enfermedad, y que el nivel



sociodemográfico es muy influyente en esto, ya que los pacientes que tienen menor grado de estudios, son más propensos a tener menos conciencia de enfermedad, contrario a los que han demostrado un mayor grado de estudios.

La no conciencia de enfermedad mental, es un importante determinante de la utilización de los servicios sanitarios, Haro et al. (2001) han descrito que se encuentra una relación entre el mayor número de ingresos previos, más años de institucionalización y más tiempo tomando medicación antipsicótica, y la conciencia de enfermedad, siendo esta peor en las tres situaciones.

Explican también que cuanto menor es la conciencia de enfermedad, la evolución del paciente se ve disminuida, por el contrario, con una mayor conciencia, su evolución es totalmente favorable.

La falta de conciencia de enfermedad asciende las recaídas en la patología diagnosticada y alarga el tiempo de ingreso hospitalario hasta conseguir la estabilidad. Por tanto es de primordial importancia que la educación para la toma de conciencia de enfermedad se produzca desde el primer día en que el paciente se encuentre estabilizado.

No hay que olvidar que cada recaída provoca un deterioro individual, familiar, social y laboral del individuo; por ello es de suma importancia evitarlas (Abelleira & Touriño, 2010). Si los pacientes tienen una adecuada conciencia de enfermedad, será



mucho más fácil que puedan adquirir un funcionamiento ocupacional, tema que se abordará a continuación.

### **2.3 Funcionamiento Ocupacional de Pacientes Psiquiátricos**

Según el Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia (GEOPTE, 2002) la funcionalidad es la capacidad de adaptación del paciente a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales, que tiene un miembro adulto y productivo no enfermo. La funcionalidad está gravemente afectada en los pacientes con trastornos psiquiátricos, como consecuencia de sus manifestaciones intrínsecas, que disminuyen la capacidad que tienen los pacientes para adaptarse a su medio. Incluso muchas veces por el estigma social que se tiene en la sociedad ante los trastornos psiquiátricos los pacientes se ven limitados para tener un mayor funcionamiento vital (Robles et al. 2010).

Se debe examinar primero como es que los pacientes actúan por sí mismos, con sus amigos, sus familias, como entrelazan la vida con hechos fortuitos y con los acontecimientos de la vida y analizar entonces así el tratamiento que se dará en dicho contexto, sin dejar de lado que los pacientes psiquiátricos por supuesto que no se encuentren en algún estado psicótico ni sean un peligro para ellos mismos o la sociedad pueden ser totalmente funcionales y esta funcionalidad forma parte de una rehabilitación psicosocial.



La función, entendida como ese equilibrio entre actividades de autocuidado, productividad y ocio, se vincula al paciente en unidades psiquiátricas desde el primer momento, ya que el periodo de ingreso es la reproducción de una micro sociedad, en la que el usuario vivirá durante un periodo de tiempo hasta que se le ofrezca el alta terapéutica.

Tener en cuenta la funcionalidad permite planificar paso a paso el proceso de recuperación del paciente, mediante el trabajo con sus necesidades, capacidades y habilidades, yendo más allá de los síntomas de la enfermedad.

Algunos de los componentes de la funcionalidad son: capacidad cognitiva y afectiva intacta, capacidad laboral, capacidad de relación social, capacidad de planificar el futuro y capacidad de integración en la sociedad entre otros.

La funcionalidad depende en un grado diferente de los distintos síntomas. Así los síntomas positivos afectan gravemente la funcionalidad, pero sólo durante los episodios agudos de la enfermedad, en los cuales dichos síntomas están muy cargados emocionalmente, haciendo que la atención del paciente se centre en los mismos, también depende a mediano o largo plazo, en mayor medida de las capacidades cognitivas del paciente.

Desde un enfoque holístico tratando al individuo como algo global y no fragmentado, las dificultades para ejecutar cualquier tarea, no siempre está relacionado a un solo aspecto, existen varios factores que van a condicionar el desempeño de la funcionalidad de los pacientes, algunos que citan Abad y Rincón (2010) son:



Propios de la enfermedad: Síntomas positivos (alucinaciones, delirios, trastornos en el curso del pensamiento), Síntomas negativos, (Aplanamiento afectivo, falta de motivación) y el tiempo de la evolución de la enfermedad.

Otros factores son: La pérdida de hábitos ejemplo la poca higiene y aliño, aparición de nuevos hábitos como consumo de bebidas o tabaco, el desempeño de las tareas, ya que con la presencia de la enfermedad existe una pérdida de las habilidades necesarias para realizar una actividad de forma eficaz. Y por último un punto importante es la falta de autonomía ya que se da sobreprotección familiar y esto resta autonomía al paciente psiquiátrico.

La consecuencia de la pérdida de funcionalidad como consecuencia de la enfermedad conlleva discapacidad y pérdida en la calidad de vida, e induce además una dependencia del paciente psiquiátrico de estructuras de soporte social, tales como el sistema de pensiones, el apoyo de la familia, la necesidad de una red asistencial diversificada, impidiendo además una auténtica reintegración del paciente en la sociedad, acarreando un estigma social negativo, y un elevado gasto sanitario. Recuperar la funcionalidad es un objetivo utópico para muchos pacientes, pero es el punto final del proceso de recuperación que debe plantearse todo esquema de salud mental (GEOPTE, 2002).

El objetivo de recuperación de la funcionalidad del paciente permite ir más allá de la presencia de determinados síntomas, y centrar a los médicos o profesionales de la



salud encargados de ese paciente en el objetivo realmente importante, de cara a la reintegración social del paciente. Este objetivo no puede ser otro que el de acercar al máximo al paciente hacia un funcionamiento social normal, intentando mejorar los ámbitos en los que se desenvuelve la vida del paciente, sus relaciones familiares y sociales, ayudándole a superar las alteraciones que impiden o dificultan su integración (GEOPTE, 2002).

Polonio, Durante y Noya (2001) definen a la ciencia ocupacional como una nueva ciencia social que es derivada de la Terapia Ocupacional, cuyo objetivo primordial es el estudio del hombre como un ser ocupacional y de cómo los seres humanos llegan a entender el sentido de la vida a través de la actividad encaminada al logro de objetivos.

Por otro lado GEOPTE (2002) explica que se debe tomar en cuenta el funcionamiento o ajuste social como la capacidad que tiene una persona para cuidar de sí mismo y desempeñar una serie de papeles socialmente definidos en una determinada cultura.

Por extensión la participación e integración en actividades sociales y recreativas se consideran también como dimensiones del funcionamiento social. El concepto de funcionamiento social es complejo, ya que engloba un substrato de funcionamiento cognitivo básico (memoria, atención, concentración y procesamiento), una serie de habilidades instrumentales necesarias para la vida cotidiana (higiene, apariencia, tareas



domésticas, manejo del dinero, etc.) y un repertorio de interacciones sociales que exigen el desempeño de un determinado papel (esposo, amigo, vecino, trabajador, compañero).

Se trata entonces de mejorar la calidad de vida de los pacientes, promoviendo el mayor funcionamiento autónomo y la integración a su entorno, utilizando como fundamento, la actividad terapéutica como propósito de la intervención. La terapia ocupacional, aplicada de acuerdo con los objetivos de tratamiento de cada paciente, ya sea promover la habilidad de interacción, disminuir el nivel de ansiedad, mejorar hábitos de cuidado personal, encausar aspectos funcionales, o retomar actividades diarias, entre muchas otras, se constituye en una modalidad terapéutica (Murcia & Posada, 2008).

### **2.3.1 Importancia del funcionamiento ocupacional**

El hecho de sentirse competente como individuo y en el entorno cambia el esquema y el rol que se va teniendo como paciente psiquiátrico. Así las personas que funcionan con un nivel alto de competencia se centran en obtener, mejorar y organizar las habilidades y hábitos, todo esto con el fin de tener un desempeño mucho más adecuado y consistente. Esta competencia individual, facilita a los pacientes a poseer un mayor sentimiento de control personal.

González (2006) explica que la interferencia que crea la enfermedad en el paciente psiquiátrico es valorada dentro y fuera de la persona y esto puede producir



---

una disfunción ocupacional, definido como una incapacidad para conducir o participar en las ocupaciones, relaciones y roles que se esperan de cada persona.

El nivel de independencia para la realización de ciertas actividades, establece un predictor del pronóstico y curso de la enfermedad, esto lleva a que se pueda conseguir una vida mucho más normal.

El simple hecho de que los pacientes psiquiátricos tengan actividades en que ocupar su tiempo libre, más allá del ocio, repercute por supuesto en el hecho de disminuir los síntomas de la enfermedad, pero sobre todo influye directamente en su autoestima e incluso cambia el concepto su persona ante él mismo y la sociedad. De este modo los pacientes obtienen una mejor competencia personal y social, que mejora y crea hábitos para que lleven una vida mucho más adecuada. Otro punto en el que interviene el funcionamiento de estos pacientes es que llevan a cabo mejores relaciones personales, familiares y sociales, limándose posibles asperezas y teniendo una mejor convivencia, dando paso a una superior interacción y es posible crear nuevos vínculos o redes sociales alternativas.

Además de todo lo anterior se promueve una organización de su tiempo, lo que le da sentido a la organización de los días, se crean hábitos y es para ellos mucho más fácil conservarlos, ya que es común que varios sino es que muchos pacientes con alguna enfermedad mental vivan todos los días iguales, que hayan perdido hábitos,



costumbres o que incluso si no tenían una rutina establecida exista una pérdida del rol que desempeñaban.

Muchas veces las personas con un trastorno mental dejan de lado todas las ocupaciones de su vida cotidiana, en algunos casos, porque la familia comenta que ellos (los pacientes) ya no pueden hacer nada debido a la enfermedad, poniéndolos como unos sujetos disfuncionales y víctimas de su propio trastorno, otras veces, los despiden de los trabajos que estaban ocupando principalmente porque se enteran de que sufren algún trastorno mental y como es bien sabido existe aún en la sociedad el estigma acerca de las enfermedades mentales, describiendo a estas personas como locos, y muchas veces teniéndoles miedo, por lo tanto los pacientes se quedan sin un rol laboral.

Otras ocasiones porque ellos mismos, dada la percepción que se crean de su enfermedad consideran que son incapacitantes para poder ejercer cualquier tipo de actividad inclusive seguir con hábitos diarios, lo que los lleva a un descuido importante en su persona, dejando de lado la higiene, el aliño, modificando también sus roles en la sociedad y familia, por eso es muy importante que se promueva en los pacientes con algún trastorno mental el funcionamiento ocupacional, que como parte de la rehabilitación integral que tengan se dé una reinserción al medio social y laboral, que se estimulen las funciones mentales superiores para que así los pacientes puedan



tener una recuperación integral y que se fomenten los hábitos diarios que toda persona debe tener.

Es importante destacar que un mismo diagnóstico no implica las mismas necesidades. Hay muchos factores que influyen en la gravedad de una enfermedad mental. Obviamente el propio diagnóstico conlleva una determinada gravedad, pero hay que considerar la comorbilidad de otras patologías tanto psíquicas como físicas y el grado de discapacidad producido, considerando el funcionamiento del sujeto en autocuidados y cuidado de la salud, el afrontamiento personal y social, la autonomía personal y social y los aspectos relacionados con el tratamiento, repercusión del trastorno en el medio familiar y social, precariedad de la red social y apoyo social, tipo de demanda, tiempo de evolución del trastorno, complejidad que el sujeto presenta en el manejo terapéutico o aparición de síntomas en etapas evolutivas especialmente relevantes (Florit, 2006).

Todo lo anterior lleva a que una vez conocido el desempeño funcional actual y las expectativas ocupacionales de los enfermos mentales, se puede llevar a cabo un ajuste de las indicaciones terapéuticas oportunas para una mejor recuperación ocupacional de las personas con enfermedad mental.

### **2.3.2 Áreas ocupacionales**

Se llaman áreas ocupacionales a un conjunto de actividades con diferentes propósitos en la vida cotidiana de las personas. Se pueden nombrar como Actividades



de auto mantenimiento, implica directamente que se debe tener un funcionamiento autónomo de la persona. Hace referencia al funcionamiento premórbido, y a lo que podría ser considerado como normal para el entorno natural donde vive la persona (Florit, 2006).

Existen las actividades de la vida cotidiana que son sobre todo de auto mantenimiento, y el resultado de estas apuntan directamente a uno mismo (Moruno & Romero, 2006). A continuación se mencionan algunas importantes: la higiene personal, higiene oral, el baño, la higiene en el WC, el cuidado de objetos, la alimentación, medicación, mantenimiento de la salud, del sueño, la socialización y las expresiones sexuales.

Estas actividades tienen una implicación directa en el funcionamiento autónomo de la persona. Se debe evaluar el nivel de funcionamiento actual haciendo referencia al funcionamiento premórbido, y a lo que podría ser considerado como normal para el entorno natural donde vive la persona (Florit, 2006).

Otras áreas ocupaciones son las de trabajo y actividades productivas, éstas son con el propósito del autodesarrollo, la contribución social y el sustento. El resultado de la actividad revierte no solo en uno mismo, sino también en los otros (Moruno & Romero, 2006), algunas son: el manejo del hogar, el cuidado de la ropa, limpieza, preparación de comida, hacer compras, manejo de dinero, control de riesgos, el



cuidado de los otros, algunas actividades educativas, la adquisición de empleo, la planificación de jubilación e incluso la participación en voluntariado.

Y las últimas áreas pero no por eso menos importantes son las actividades lúdicas y de ocio. Este tipo de actividades son intrínsecamente motivadoras, sirven como entretenimiento, relajación, diversión espontánea o inclusive expresiones personales. El resultado de estas actividades puede reintegrarse en otras personas o individualmente (Moruno & Romero, 2006).

El ocio es un aspecto fundamental de todo ser humano. Los intereses pasados, actuales y futuros de la persona son necesarios conocerlos para individualizar la intervención que se realice posteriormente. Para evaluar la autonomía actual es preciso valorar la ejecución tanto a nivel individual como grupal, número de actividades que desarrolla, frecuencia, grado de gratificación que obtiene con las mismas, si las realiza fuera y/o dentro de su domicilio, etc.

Por último, es necesario saber cuál es la percepción que tiene el sujeto de la necesidad de desarrollar su ocio (Florit, 2006).

Estas actividades por lo general las elige cada persona por gusto e interés, pueden ser: cine, teatro, música, juegos de mesa, paseos en parque, paseos a mascotas, platicas, redes sociales, entre muchas otras. Cada ocupación, actividad o tarea, lleva implícita una serie de demandas de realización que los pacientes han de conservar, recuperar o adquirir para poder desempeñar esa ocupación, área o tarea.



### 2.3.3 Terapia Ocupacional

Es por todos sabido que una enfermedad mental viene a alterar el sistema de vida de una persona, si bien en algunos es de forma repentina, otros de manera más insidiosa o a lo largo de la vida, debido a esto, la terapia ocupacional es hoy en día uno de los principales apoyos para la recuperación integral del paciente, al tiempo que busca mantener y reforzar la funcionalidad.

Según la OMS (2004) la terapia ocupacional está definida como una disciplina orientada a la actividad del ser humano, para promover, mantener y mejorar la salud, siendo la actividad el instrumento propio, distintivo y reconocido como un organizador natural del comportamiento humano, posible de ser utilizado terapéuticamente.

La intervención de la terapia ocupacional está encaminada a tratar de lograr el máximo nivel de independencia y equilibrio funcional en las competencias ocupacionales, ya sean actividades de la vida diaria, de autocuidado, de trabajo, productivas y de tiempo libre (Murcia & Posada, 2008).

La terapia ocupacional según Abad y Rincón (2010) es el estudio de la ocupación humana, entiéndase como auto-mantenimiento, productividad y ocio, y como tal, el manejo de la conducta adaptativa necesaria para la ejecución de estas funciones. Esta terapia incide sobre la recuperación desde las habilidades más básicas, hasta las más complejas. Es como tal, la utilización terapéutica de las actividades de



autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Todo esto puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

La rehabilitación psicosocial, trata de potenciar las capacidades y habilidades que posee la persona con un Trastorno mental, evitando así el deterioro y fomentando una mayor y mejor calidad de vida, no únicamente de la persona enferma sino de su entorno siendo el más próximo la familia (Abad & Rincón, 2010).

La intervención del terapeuta ocupacional en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, va a encaminada promover la salud y el bienestar ocupacional, minimizar la pérdida de capacidades, recuperando la máxima funcionalidad del paciente y compensando las disfunciones instauradas, utilizando métodos y modalidades específicas para desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de funciones necesarias (Talavera, 2004).

Por lo tanto es importante terminar este tema tomando en cuenta que para que exista una rehabilitación funcional, junto con la terapia ocupacional antes mencionada, resultará posible gracias a la integración de medidas farmacológicas, psicológicas y sociales, que ya no son utópicas sino exigibles en el marco de una atención integral moderna. Los profesionales de la salud deben tener el deber y el privilegio de exigir a la sociedad los mejores medios para la atención de los pacientes, en igualdad de situación con otras especialidades médicas (GEOPTÉ, 2002).



## 2.4 Corta estancia hospitalaria

Se ha comentado que la hospitalización es un instrumento importante en el tratamiento del enfermo mental que se contempla dentro del conjunto de medidas que involucran el proceso terapéutico. Sin embargo, aparece como una opción de carácter secundario que se lleva a cabo cuando se necesita aportar mayores beneficios terapéuticos que el resto de intervenciones realizadas en el entorno familiar y social. El acceso a ella debe ser breve y estar en función de criterios terapéuticos especializados y multidisciplinarios.

La Hospitalización psiquiátrica debe siempre orientarse al tratamiento y cuidado intensivo de la patología psiquiátrica en régimen de atención continuada 24 horas al día, con dotación de personal especializado, y con un tiempo de estancia media breve. El ingreso y la permanencia de los pacientes en este tipo de unidades deben ser única y exclusivamente por razones de tipo médico, atendiendo a enfermos psiquiátricos en situación aguda o de crisis que no puedan ser tratados en la comunidad y cuando esta reporte mayores beneficios terapéuticos (Unidad de corta estancia, 2012).

La Hospitalización Psiquiátrica ha contribuido a disminuir la estigmatización social que se tiene sobre los pacientes psiquiátricos. Hay unidades de hospitalización psiquiátrica también en hospitales generales, en donde el ingreso suele ser menos traumático en comparación con un Hospital Psiquiátrico especializado o privado. La hospitalización en un hospital general tiende a ser más corta que las estancias en un



hospital psiquiátrico tradicional, con independencia del tipo de trastorno mental atendido, y se sabe que los pacientes hospitalizados para estancias breves presentan mejor evolución y progreso positivo que aquellos que son hospitalizados por periodos largos.

Este marco terapéutico favorece evidentemente un enfoque biológico; los profesionales en hospitales generales apoyan la idea de que un tratamiento biológico a corto plazo es extremadamente eficaz, cuando, en realidad, lo que ocurre es que, con demasiada frecuencia no son testigos de la evolución crónica de estos pacientes en el exterior del hospital (Guimón, De La Sota & Sartorius, 2009).

Un factor clave en el abandono del cumplimiento terapéutico como causa importante para las recaídas y posteriores reingresos hospitalarios de algunos pacientes psiquiátricos, puede estar íntimamente relacionado con la falta de nuevas formas de asistencia hospitalarias, en donde no se cubren las necesidades del paciente, fomentando vulnerabilidad en su ambiente sociodemográfico para su recuperación (Vázquez, Carulla & Vázquez, 2012).

Los hospitales generales con departamento de psiquiatría, proporcionan alojamiento a enfermos mentales durante una crisis, tratamiento y apoyo intensivos, además de seguimiento para evitar hospitalizaciones (Guimón et al., 2009).



De acuerdo con Batista (2001), en la dinámica de muchas instituciones psiquiátricas el objetivo principal de su organización acaba resumiéndose a la vigilancia, ya que los pacientes hospitalizados durante un periodo muy largo, acaban por no recibir tratamiento. En estos centros, existe una tendencia a prolongar las estancias de manera excesiva dado que tienen una organización tendiente a la burocratización que enlentece su funcionamiento.

La disyuntiva entre la eficiencia por corta o larga estancia en hospitalización psiquiátrica ha sido emblemática por los profesionales del área. Sin embargo, además de tener sus consecuencias médicas y sociales, existen las económicas, las cuales actualmente son de gran peso para el tema.

El modelo de salud mental comunitario actualmente está limitado por la saturación de los servicios de hospitalización por lo que no resulta fácil la rehabilitación de todos los enfermos mentales graves que requieren de atención urgente y especializada. Debido a esta saturación de población, es por ello que los hospitales psiquiátricos han puesto en marcha programas para atender a los pacientes de forma externa o ambulatoria sin necesidad de que se hospitalicen, y la falta de recursos de atención no sea una limitación más a la atención de estas personas.

Las estancias demasiado cortas son perjudiciales porque evitan que el paciente reciba el tratamiento necesario y provocan un mayor número de recaídas, aumentando la posibilidad de la aparición de trastornos de conducta tras el Alta. No obstante las



estancias excesivamente largas que no lo precisan producen un riesgo. Desde que se crearon las unidades de hospitalización psiquiátrica, es comprobable que las estancias largas no favorecen una recuperación adecuada y que las estancias cortas limitan el tratamiento del enfermo, controlando y disfrazando los síntomas. Por este motivo, se destaca que la estancia media de hospitalización psiquiátrica ha reducido en los últimos años provocando un gran número de recaídas y de reingresos hospitalarios (Vázquez et al., 2012).

Sin embargo, existe una realidad que supone un elevado costo para mantener las camas de hospitalización. Estas abarcan, además de asistencia primaria básica, abastecimiento farmacológico y asistencia profesional de psiquiatras, médicos generales, enfermeros y psicólogos clínicos.

La hospitalización psiquiátrica en México quiere evitar su parecido a la forma asilar de intervención con pacientes psiquiátricos, pero también considera que la corta estancia hospitalaria conlleva desventajas a corto y mediano plazo para el proceso de la enfermedad.

Es por eso que se han considerado los consejos propuestos por la OMS y la OPS, organismos que recomiendan la deconstrucción de hospitales psiquiátricos que promuevan como alternativa a la crisis psicopatológica, el ingreso hospitalario por tiempo indefinido como parte de un tratamiento psiquiátrico, ya que a juicio de estos, los pacientes deben atenderse a redes comunitarias de atención, apoyando la corta



estancia hospitalaria sin necesidad de alejarse de su medio habitual. Esta propuesta tiene como objetivo dejar en evidencia los logros que resultarían si se desarrollara un modelo que integre los avances de la ciencia, las necesidades individuales y psicológicas del enfermo mental, así como también los recursos con los que cuenta el individuo en su medio habitual (Hospitales chilenos de corta estancia, s.f.).

Desde el primer momento del ingreso se debe estar preparando el Alta del paciente a fin de que regrese en el menor tiempo posible al medio sociocomunitario de donde procede, siguiendo allí el plan terapéutico propuesto. El tiempo medio de permanencia en cualquier unidad de hospitalización psiquiátrica debe estimarse en torno a los 20 días, y no debería sobrepasar los 30 días (Unidad de corta estancia, 2012).

La exigencia de contener los costos ha condicionado una tendencia feroz a realizar estancias cortas, y de considerar profundamente los motivos psicosociales que acompaña la enfermedad mental de un individuo. Es así que dependiendo del diagnóstico, los recursos con los que cuenta la persona enferma y las facultades psicosociales del mismo, se le podrá proponer un tiempo de restablecimiento en hospitalización psiquiátrica, si el momento lo requiere.

El crecimiento de la reforma psiquiátrica no ha sido paralelo al desarrollo de nuevas modalidades de atención especializadas por parte de la comunidad que promuevan el tratamiento efectivo de la enfermedad patológica grave y aguda.



Esto se ve reflejado en los servicios hospitalarios insuficientes en cuanto al cuidado de los enfermos mentales, ya sea en un hospital general o en un hospital psiquiátrico. Es por ello que en los países occidentales, el nivel actual de provisión de servicios que brinda una unidad de hospitalización psiquiátrica es insuficiente, principalmente por el nulo desarrollo y aplicación de novedosas y eficientes estrategias de atención intensiva e integrada a pacientes psiquiátricos en hospitalización, además de contar con un escaso crecimiento de los medios para la estabilización a corto y largo plazo de la enfermedad crónica del paciente mental. El número de camas ocupadas y el tiempo en que sean ocupadas por pacientes psiquiátricos dependerá de las conductas de los profesionales, de las expectativas de la sociedad sobre el control de los enfermos mentales, de la aceptación de su vuelta a la comunidad, de la epidemiología y de la disponibilidad de recursos alternativos.

Estas y entre otras deficiencias han generado una mala atención y uso en la corta estancia hospitalaria de un psiquiátrico, aceptándose reingresos innecesarios o prolongando la estadía por mucho tiempo provocando que la enfermedad se vuelva severa y su control sea cada vez más complicado.

Aunado a la estancia en el hospital, es importante que al salir de hospitalización, los pacientes se integren a la sociedad y a la familia ya que esto les ayudará a restablecerse. A continuación se expone el tema de apoyo familiar y social y su importancia para los pacientes psiquiátricos.



## 2.5 Apoyo Familiar y Social

El apoyo social hace referencia a las funciones que desempeña esa red y a los efectos que tiene en el individuo. Por red social entendamos el conjunto de características estructurales de las relaciones sociales. Estas funciones, según Lin (citado en García, 1997), se dividen en funciones instrumentales y expresivas. Las funciones instrumentales se refieren a las relaciones sociales como medio para lograr o conseguir objetivos o metas como conseguir empleo, obtener préstamos, en la limpieza del hogar, niñeras, etc., y la dimensión funcional expresiva hace referencia a las relaciones sociales en sí mismas, a través de las cuales el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas como sentirse amado, comprendido, valorados, aceptados y tomados en cuenta. Estas funciones se ven desarrolladas en dos estratos distintos, uno exterior y otro cercano a la persona. El externo abarca las relaciones que se establecen en la comunidad y refleja la estructura de relaciones sociales amplias; el estrato cercano al individuo se complementa por relaciones más íntimas, como amistades, compañeros de trabajo, parentesco, pareja, que proporcionan un sentido de vinculación más estrecho y de mayor impacto; estas relaciones de confianza producen intercambios mutuos y recíproco en las que se comparte el sentido de responsabilidad, solidaridad, y de bienestar para el otro. Así el apoyo social queda definido por este autor como el proceso (ya sea percibido o recibido) por el cual la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas satisfacen necesidades en situaciones o de crisis.



El apoyo y la ayuda mutua desarrollan y estimulan el poder de las personas a contribuir en el beneficio de los demás, contribuyendo fundamentalmente en el cambio de paradigmas convencionales relacionados con los fenómenos en los que se aplica (García, 1997).

Las personas suelen reaccionar naturalmente ante amenazas, peligro, temor, ansiedad, angustia o estrés, buscando contacto con otras personas, afecto y palabras de aliento.

Esta tendencia de buscar compañía, la compartimos con muchas otras especies y funcionalmente interviene positivamente en el ajuste del propio bienestar físico y mental (García, 1997).

Según un estudio realizado por Haffren, Karren, Frandsen y Smith (2013) las personas con muchos contactos sociales (pareja, familia unida, amigos, grupos de afiliación, etc.) tienen mejor salud física y mental; las personas que son aisladas socialmente tienen un índice de mortalidad más elevado que aquellas que han tenido relaciones duraderas a lo largo de su vida. Así, para ellos, el apoyo social es el grado en que las necesidades sociales básicas de una persona son satisfechas a través de la interacción con otras personas; son los recursos tangibles e intangibles que proveen los demás. Es la percepción de una persona en la que uno puede contar con otros en momentos de crisis o cuando existen problemas.



El interés en estudiar el apoyo social despierta por la relación que tiene con la salud física y mental. Cameron y Garbarino (citado en García, 1997) señalan las principales conclusiones de varias investigaciones y estudios correlacionales con respecto a la importante asociación entre la percepción de apoyo social, la salud y el ajuste psicológico de las personas: se ha observado una relación positiva entre el apoyo social y la salud física; el apoyo social modera los efectos negativos del estrés laboral y el desempleo; tener un fácil acceso a una red de social positiva ha demostrado ser un predictor de éxito en el tratamiento de pacientes mentales; el entrenamiento en habilidades sociales; las personas de la tercera edad y enfermos mentales principalmente que no están vinculadas a una red social que los apoye tiende a decrecer su bienestar personal y la probabilidad de ser institucionalizados incrementa.

Los trabajos de Cassel y Cobb (citado en Castro, Campero & Hernández, 1997) dieron origen a la idea de que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud, facilitando conductas adaptativas en presencia de estrés. Actualmente es irrevocable el vínculo entre la disponibilidad de apoyo social con la existencia de niveles de salud y enfermedad.

El apoyo social lleva a una mejor salud tanto emocional, física y mental, y el sentido de pertenencia mejora la función inmune, por lo que puede afirmarse que las



diferentes formas expresivas de la patología como conductas problemáticas o salud mental, tan solo son síntomas de soledad y exclusión social (Pitonyak, 2004).

Estudios epidemiológicos realizados a principios del siglo XX sobre la influencia de factores sociales en la salud mental de las personas, afirmaron las consecuencias negativas del aislamiento y la desintegración social para la salud.

Sobre la base de estos estudios, se ha propuesto que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de los sucesos vitales estresantes (García, 1997).

Convencionalmente, se ha propuesto dos modelos para explicar la asociación entre el apoyo social y la salud (Castro, Campero & Hernández, 1997). El modelo del efecto directo se presenta cuando el apoyo social favorece los niveles de salud independientemente del estrés con que cargue la persona; el modelo del efecto amortiguador postula que el apoyo social protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. El apoyo social en el efecto directo tiende a elevar el nivel emocional y físico de las personas, teniendo efectos positivos en procesos fisiológicos, o bien que el apoyo social favorece el cambio en el comportamiento de los individuos.

Barrón y Sánchez (2001) han investigado sobre la manera de hacer frente a la enfermedad mental, en individuos de clase media tienen más probabilidad de crecer y



funcionar en un ambiente rodeado en que el apoyo social como ser amado, estimado y poder contar con otros en caso necesario, son recibidos como información cotidiana, por ello mencionan que al estudiar el apoyo social, es inevitable asociar variables socio estructurales con la salud mental. Pearlin (citado en Castro, Campero & Hernández, 1997) afirma que el apoyo emocional se desarrolla en la base de las relaciones primarias que es la familia sin hacer una búsqueda consciente del mismo. De acuerdo con esta idea, sostiene que el apoyo social no debe ser un evento episódico en la vida de las personas, sino una especie de estado permanente del cual se obtiene beneficio permanentemente.

Una de las más estudiadas debido al interés que ha despertado en psicólogos y sociólogos es la clase social, considerando debe incluirse en el aspecto de deterioro psicológico/mental. La clase social es necesaria tomarla en cuenta al abordar temas de origen psicosociológico con respecto a la enfermedad mental, ya que vista como un factor estresante para la salud mental, el apoyo social representa una forma de adaptación y afrontamiento, así como también habilidad para resolver problemas.

Para Pearlin, Turner, Wheaton y Lloyd (citado e Barrón & Sánchez, 2001), situaciones estresantes, como lo es padecer algún trastorno mental o tener un familiar, conocido, amigo o pareja que lo padezca, siempre se relacionarán con el plano social y con sus sistemas de estratificación tales como la edad, la raza, la clase social, situación económica y sexo.



La psicología comunitaria señala que la desorganización y desintegración social y la disolución de redes de apoyo y de grupos sociales primarios, especialmente la familia, son factores clave en la presencia de problemas psicológicos y mentales actuales, sin descartar la marginación, delincuencia y abuso de sustancias. El apoyo social en la intervención terapéutica de la enfermedad mental, tiene como objetivo fundamental crear en el paciente un ambiente de interacción con el entorno social y que sea capaz de satisfacer sus necesidades grupales, desarrollar las capacidades necesarias para hacer frente a las demandas cotidianas que exige la sociedad actual y saber recibir las provisiones sociales y emocionales que se reciben a diario.

Numerosos problemas en el área de salud mental tienen su origen en la ausencia o disfunción de relaciones sociales. Por ello, las intervenciones eficientes se enfocan en el existente conflicto con los valores y normas de la red social (García, 1997).

El apoyo social a los pacientes psiquiátricos va encaminado a su aceptación y reinserción social, al valor como persona que debe dárseles y a la obligación comunitaria de tener la información necesaria para tratar con ellos.

La interacción entre el enfermo mental y su familia es crucial en la mejoría o en el declive de la enfermedad. Esta es la razón por la que hoy en día la familia se ve comprometida más que nunca como un aliado en el tratamiento psicofarmacológico de un paciente psiquiátrico (Barrón & Chacón, 1990).



La familia como unidad social ha sufrido cambios radicales a lo largo del tiempo, principalmente en su definición debido al cambio brutal de su estructura; cambiando de acuerdo al contexto en que emerge y se desarrolla (Fairlie & Frisancho, 1998).

Fantora (s.f.) dice que la familia es un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntos. Recalca que a lo largo de la historia y dependiendo de la evolución de la dimensión política, económica y cultural, cambia su función, impactando en el funcionamiento individual de cada uno de sus miembros en el contexto social. Es por ello que en la actualidad para abordar el tema de la familia, se debe tener en cuenta los cambios que en ella se han presentado, para así abordar los fenómenos que se deseen atender de forma adecuada.

A pesar de los múltiples cambios existentes en su estructura, desde el punto de vista social, la familia siempre cumplirá sus funciones primordiales: Económica (recursos), Cuidado físico (proveer seguridad, descanso, recuperación), Afectividad (dar cariño, amor estima), Educación (brindar oportunidades de aprendizaje, socialización, identidad), y Orientación (referencias) (Freixa, 1993).

Entre muchas de las definiciones que se dan, la familia según Moreno et al. (2013) es:



*“Un sistema sociocultural abierto hacia el exterior y hacia el interior del individuo. Está autorregulado y evoluciona en el tiempo en función de un fin que es garantizar la supervivencia de sus miembros, servir a sus necesidades individuales; es un sistema adaptativo complejo, cambiante continuamente en estructura y organización de forma discontinua por influencia de diversas variables” (p. 85).*

Es la familia el primer grupo social al que se pertenece, también conocida como el pilar de la sociedad sin importar cultura, raza o creencias en que se base su formación.

La familia es un sistema de relaciones humanas en el que se forman, aprenden y transmiten valores, afectos y sentimientos. Una familia está integrada por un conjunto de personas que conviven de manera cotidiana y que ejercen relaciones interpersonales entre cada uno de sus miembros. Es importante recalcar que en la concepción actual de la familia, se involucran personas que están presentes e involucradas en la dinámica de comunicación familiar y comparten el bienestar de todo el grupo como su objetivo principal (Buttiglione, 1999).

La familia, es el espacio principal en donde todo individuo desarrolla aspectos cognitivos, afectivos y sociales, así como también la formación de su propia identidad dentro del grupo y fuera del mismo.



La familia es una institución que tiene sus propias funciones sociales, pues el hogar que forma la familia es el espacio en el que las personas desarrollan relaciones personales íntimas, se enriquecen y se satisfacen entre sí; resulta la célula en la que todas las personas resuelven sus necesidades de protección, compañía, educación, alimento y necesidades relacionadas con la salud (Fernández, 2011).

La familia además de ser una institución, es considerada como un sistema comunicacional entre los miembros que la constituyen; es un grupo entre cuyos miembros se da una organización que da diferentes funciones a sus diversos miembros, y al mismo tiempo se establecen entre estos vínculos afectivos y convivencia diaria, formando redes de comunicación e incomunicación. La familia constituye el grupo primario por excelencia. Este grupo comprende importantes funciones para sus miembros; la necesidad de obtener respuestas emocionales de los demás y lograr establecer asociaciones íntimas son cualidades básicas humanas que se aprenden en el núcleo familiar.

Además de considerar que es especialmente en el equipo familiar que se atienden necesidades psicológicas que son primordiales en la formación de la personalidad (Martínez, 1991).

La importancia de pertenecer a una familia es principalmente obtener crianza y educación, ya que la crianza protectora que brinda la familia actúa como agente preventivo ante la vulnerabilidad social y personal que día a día se enfrenta, por ello la



importancia de las normas familiares, la comunicación, la participación familiar y el involucramiento parental en toda familia (Fairlie & Frisancho, 1998).

El apoyo familiar es un proceso psicosocial, es decir, acciones de individuos o grupos influidas y retroalimentadas por otros, que considera valores y significados diferentes comprendidos en un contexto sociohistórico específico. Esto atiende la concepción actual de que los sistemas familiares son complejos e involucran aspectos económicos, morales, culturales y religiosos, y que todos estos corresponden con las reglas, normas e instituciones que presiden la estructura familiar.

Dentro de las redes de apoyo, la familia constituye la más importante, ya sea por su presencia o su carencia. La familia es un sistema de apoyo que proporciona servicios y recursos como la compañía, apoyo económico, guía cognitiva, consejos y ayuda a tener nuevos contactos. La familia, núcleo de la sociedad brinda apoyo en medio de los cambios que incluso ella misma sufre a través del tiempo. Este sistema conforma un espacio de acción donde se definen las acciones más básicas de la seguridad humana, que corresponde al proceso de integración de las personas.

Sin embargo, también debe considerarse que la familia también puede constituir una fuente importante de inseguridad tanto por las tensiones externas como por las relaciones internas, lo que la hace vulnerable ante las crisis. Así mismo las familias cuando se encuentran en crisis, pueden llegar a fragmentarse o fortalecer sus lazos si ya estaban dispersas. El sistema familiar también comprende otras funciones



---

secundarias como ser la principal institución para satisfacer deseos y necesidades emocionales y existenciales (Ardilla, 2009).

La familia es la principal herramienta para luchar en los momentos difíciles como lo es la presencia de enfermedad, dando soporte y ayuda moral que necesita el enfermo. En caso de enfermedad, es la familia parte del tratamiento, convirtiéndose en la motivación para superar tal dificultad. En muchas de las enfermedades, la familia constituye el 50% de garantía para una posible recuperación (Álvarez & Montalvo, 2010).

Cuando algún miembro de la familia cae enfermo, hay una interacción entre éste y su familia que resulta inseparable. Cual sea la estructura de esa familia, puede aparecer un enfermo, inclusive un enfermo mental.

Es a partir de la década de 1980 que comienza a crecer el interés de incluir a los familiares de los pacientes psiquiátricos en los programas de su tratamiento, reconociendo el estrés experimentado por las familias al enfrentarse con la enfermedad y su influencia sobre el funcionamiento del enfermo. Esta integración conllevó a presuponer que los intentos de modificar el clima emocional de la familia, hará que se modifique favorablemente el cuadro clínico del paciente.

La educación de los familiares de un paciente mental resulta un componente esencial para el proceso de su recuperación. Hay varios factores que influyen en la



respuesta de la familia ante la noticia de tener un enfermo mental en casa, como el apoyo social con el que cuente la familia, la experiencia previa con la enfermedad y el conocimiento de la misma, los patrones de afrontamiento y los recursos disponibles, el nivel económico, la naturaleza de los síntomas, la demanda de cuidado del enfermo, la aceptación o rechazo del paciente a participar en el plan terapéutico y el curso y pronóstico de la enfermedad. Las consecuencias para los familiares de un paciente con trastorno mental son similares a las del mismo paciente; existe sentimiento de aislamiento, absoluta negación de la enfermedad, negación de la gravedad de la misma, rechazo a afrontar los temores, abandono de las funciones sociales cotidianas, vergüenza, culpa, resentimiento, preocupación, divorcios y separaciones, insomnio, adicciones, etc. (Lemos, Vallina y Fernández, s/f).

Los familiares de un paciente mental pueden contribuir a la recuperación cuando se adaptan al cuadro sintomatológico y tienen la información necesaria para abordar la enfermedad adecuadamente. Los familiares contribuyen a la recuperación del paciente suministrando apoyo, reduciendo el malestar y ayudando en el tratamiento integral. Es de gran ayuda propiciar que la vida en el hogar y las relaciones entre ellos sean tranquilas y nada conflictivas. Además del proceso de apoyo psicoeducativo de la familia, también resulta de gran apoyo en el tratamiento farmacológico; supervisando y funcionando como recordatorio en la toma del medicamento alentándole a que aprenda a gestionarla él mismo (Carr, 2012).



Puede pasar mucho tiempo para que se logre aceptar plenamente la enfermedad mental que padece algún ser querido, y el apoyo solo se puede brindar cuando se acepta y se es consciente de la enfermedad presente en la dinámica familiar.

La enfermedad inevitablemente perjudica a todos, pero es la familia del enfermo mental quien debe apoyar manteniendo organización y límites claros, permitiendo la participación activa del miembro con trastorno mental. Conocer los síntomas de la enfermedad mental, las etapas y las consecuencias de la misma, ayuda a mejorar la calidad de vida y autoestima de los que la padecen (Woolis, 2010).

En un estudio realizado por Villaseñor, Baena, Virgen, Aceves, Moreno y González (2003) para conocer la percepción de la familia del enfermo mental acerca de la hospitalización psiquiátrica, los resultados concluyen que la participación de la familia para el cuidado del enfermo mental es de vital importancia ayudándolo a que no pierda la conexión social, rescatando valores como la solidaridad.

Mantener un vínculo familiar resulta un factor importante en el proceso de tratamiento y de la recuperación con rehabilitación, además de evitar una posible recaída o agudización del cuadro; aunado a esto del apoyo familiar y social que se debe brindar a los paciente psiquiátricos, es también primordial el estigma hacia la enfermedad mental, ya que esto es un tema controversial por la falta de información que se brinda a la sociedad actualmente, este tema se comentará a continuación.



## 2.6 Estigma Hacia la Enfermedad Mental

El origen de la palabra Estigma recae en la cultura griega; usaba el término para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. Estos signos eran regularmente cortaduras, quemaduras que indicaban que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor, una persona corrupta o deshonrada a quien debía evitarse principalmente en lugares públicos. Actualmente el término se designa con una connotación similar; se utiliza para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; la sociedad lo utiliza para identificar a los que son “diferentes”, personas que poseen características que conllevan una identidad social devaluada con respecto a un contexto social particular. Sin embargo el lenguaje de Estigma tiene un contenido relacional y no de atribuciones (Hoffman, 2006).

Según Ramos (2010), el Estigma puede definirse como una serie de atributos que caracterizan a una persona o a un grupo específico y le hacen pertenecer a una categoría social.

Para Hogg, Vaughan y Haro (2010) los estigmas no son más que atributos grupales que median una evaluación negativa hacia otras personas. Los individuos estigmatizados se cree que tienen una característica o atributo que permite una identidad social que es devaluada y menospreciada por un contexto social específico.



El término Estigma fue acuñado por el sociólogo canadiense Erving Goffman entre las décadas de 1950 y 1960. Para Hoffman, la sociedad es la responsable de establecer categorías en las personas que en ella se encuentran.

El estigma no solamente hace referencia a atributos físicos o mentales que califiquen a personas con el rotulo de discapacitados, sino primordialmente a la relación social que ha logrado o puede estigmatizar a estas personas con otras que entran en la “normalidad” social (Stem, 2005).

Desde una perspectiva del análisis psicosocial con respecto al estigma, se considera que uno de los factores que determina la diferenciación, el señalamiento y segregación de seres humanos, es la necesidad de la cohesión social, ya que la sociedad señala negativamente a determinados grupos sociales y conforma su propia identidad determinando las reglas para su funcionamiento, manteniendo como trasfondo el orden y control de la misma (Moreno, et. al., 2013).

Cual sea el tema que se desarrolle desde una perspectiva social, el sistema de valores y creencias jugará un papel imprescindible; es este sistema compartido el que crea una identidad y esta a su vez la que da sentido a la pertenencia. La actitud y comportamiento de las personas esta moldeado y regido por esa identidad cultural, reforzando el sentido de pertenencia con nuestros actos y la percepción que tenemos de la realidad.



Hoffman (2006) comenta que al encontrarnos frente a una persona extraña o diferente a lo que establece la norma social, las primeras apariencias nos obligan a prever en qué categoría entraría de acuerdo a sus atributos. Estas “anticipaciones” las transformamos en expectativas y demandas rigurosas con las que basamos nuestro juicio para otros.

De acuerdo al modelo sociocognitivo, el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social: (Moreno et. al., 2013).

***Estereotipos.*** Corresponde a las estructuras de conocimientos aprendidos socialmente, a los aspectos de carácter cognitivo. Estas vienen a representar un acuerdo general sobre lo que significa o representa cierto atributo, es decir, las creencias son la faceta cognitiva del proceso de estigmatización.

***Prejuicio.*** Está relacionado con las emociones y determina las actitudes de las personas como consecuencia de vivencias negativas emocionales pasadas. Las reacciones negativas creadas por la experiencia forman una actitud y valoración aversiva ante lo menospreciado.

***Discriminación.*** Incluye aspectos de la conducta y rechazo, promoviendo la desventaja social para las personas estigmatizadas.

Hoffman (2006) comenta que a los individuos se les estigmatiza por deformación física o abominación corporal; defectos del carácter percibidos como



falta de voluntad, creencias erróneas y rígidas, deshonestidad, pasiones tiranas, obsesiones, etc., incluyendo reclusiones, perturbaciones mentales, adicciones, alcoholismo, homosexualidad, desempleo o intento de suicidio.

Atributos tribales de acuerdo a raza, religión, creencias, todos ellos susceptibles por haber sido transmitidos por herencia.

Los grupos o individuos estigmatizados son devaluados por la sociedad; regularmente pertenecen a un status social bajo y carecen de poder ante ella. Todo miembro víctima de estigmatización suele internalizar estas evaluaciones hechas por otros y formar una autoimagen desfavorable, dañar la autoestima y en casos severos, provocar un desorden mental (Hogg et. al., 2010).

De igual forma, Moreno, et al. (2013) comparte que el estigma se interioriza y afecta tanto a la persona víctima y a su familia, presentándose sentimientos de culpabilidad, autolimitación y negación de las capacidades, acompañadas de aislamiento, pérdida de autoconfianza, inseguridad y estancamiento personal y profesional. Para Paredes, Jiménez y Vázquez (2012), el estigma también puede provocar rechazo, depresión, soledad, impedimento de igualdad de participación en diversas actividades, detener la recuperación y su reincorporación social y rechazo a la familia de la víctima



Hoffman (2006) dice que la vergüenza se convierte en una posibilidad central cuando se es víctima de estigmatización, y se origina cuando el individuo percibe alguno de sus atributos o características como una adquisición “anormal” y no canjeable en la sociedad que pertenece.

En consecuencia, la enfermedad mental, como otras condiciones humanas tales como el sexo, la raza, orientación sexual, religión, sufre un proceso de estigmatización que afecta la adaptación e integración social de quienes padecen un trastorno psiquiátrico. Esta connotación negativa es derivada por el significado del término “enfermo mental” y la actitud que la población adopta ante ello.

En el ámbito de la salud, el término “estigma” se utiliza para indicar que ciertos diagnósticos (como el padecer un trastorno mental) despiertan prejuicios contra las personas.

Muchas personas reaccionan ante la enfermedad mental de forma desdeñosa, sin ser conscientes del impacto de su respuesta discriminatoria (Halgin & Krauss, 2004).

En psiquiatría, un estigma es una etiqueta la que provoca que los enfermos mentales sean consideradas diferentes con defectos y por este motivo debe haber distancia hacia ellos.

El enfoque sociológico está representado principalmente por la “Teoría del etiquetado” el cual considera que una etiqueta psiquiátrica pone en marcha varios



estereotipos culturales negativos sobre la enfermedad mental (Pastor, Blanco & Navarro, 2010).

El estigma asociado con la enfermedad mental es un hecho universal, aunque dependiendo la cultural y la sociedad varían la actitud y comportamiento, pero convergen en cuanto a ideología: los enfermos mentales son “distintos, discapacitados e indeseables” (Moreno et al., 2013).

Es común que los pacientes psiquiátricos que han estado hospitalizados, experimenten sentimientos y emociones de estigmatización más profundos y duraderos, a diferencia de aquellos que en el curso de su enfermedad no han requerido una hospitalización. Varios pacientes hospitalizados, al ser dados de alta, documentan que se sienten poco valiosos, con menos ventajas de desarrollo y crecimiento, con vergüenza y miedo a volver a su trabajo o a buscar uno nuevo, e incluso llegan a creer y aceptar los mitos de la sociedad sobre su enfermedad. Pacientes psiquiátricos también han compartido que al ser forzados a adoptar un diagnóstico psiquiátrico lo experimentan como una estigmatización (Halgin & Krauss, 2004).

Aportaciones sociológicas, como la teoría de la Rotulación, ponen en duda el concepto de que las alteraciones mentales son más que conductas desviadas con respecto a normas socioculturales particulares. Estos profesionales consideran que la conducta que se atribuye como desviada por parte de la sociedad es en sí misma una implicación de desaprobación o estigmatización.



También han considerado que el rótulo de enfermedad mental o enfermo mental tiende a fijarse, y por lo tanto el individuo recibe estímulos que lo llevan a aprender y a aceptar la identidad del papel del enfermo, provocando que se prolongue la pauta anormal de su comportamiento. Algunos psicólogos y sociólogos sugieren que las instituciones de ayuda para los pacientes psiquiátricos, contribuyen en parte al proceso de rotulamiento y crean problemas para las mismas personas que ayudan (Kolb, 1992).

Además de la perturbación creada por el estigma, existe dolor personal asociado por el padecimiento de la enfermedad mental; gran parte de las personas que desarrollan un cuadro psiquiátrico, los síntomas en sí mismos son dolorosos, a lo que se puede añadir el sentimiento de pérdida de la calidad de vida, del control de los pensamientos y comportamiento, conformando un tormento psicológico para el enfermo (Halgin & Krauss, 20004).

Para Halgin y Krauss (2004) la atención e interés que se le brinde a la familia de los enfermos mentales es un factor que intervendrá positivamente en el tratamiento integral del paciente.

Los trastornos mentales impactan en muchos aspectos de la vida, afectando más áreas de las esperadas en una persona. Muchas veces la familia se perturba ante la desinformación y falta de conocimiento sobre lo que le ocurre a uno de sus miembros.



Los estereotipos que afectan a personas con enfermedad mental incluyen información sobre su peligrosidad, violencia, incompetencia e incapacidad para el autocuidado, impredecibilidad de su carácter y reacciones, falta de control de impulsos, etc., lo que despierta emociones de desconfianza, miedo, lástima, ira, pena y sobre todo vergüenza, en tanto que los prejuicios y los actos discriminatorios asociados a la enfermedad mental, privan a los que la sufren, de oportunidades, de calidad de vida, igualdad social, logros personales y profesionales (Stem, 2005). Estos estereotipos por lo regular son ideas o creencias totalmente distorsionadas, consideradas mitos sobre la enfermedad mental. Los estereotipos respecto a los enfermos mentales, es errónea e propagada ignorantemente por los medios masivos de comunicación: “Son violentos y peligrosos, tienen doble personalidad, no pueden vivir con los demás, las enfermedades mentales son incurables y nunca se recuperan, la esquizofrenia es consecuencia por consumir drogas, la enfermedad mental es causa de discapacidad intelectual, solo las padecen las personas débiles de carácter, esas personas no trabajan porque son perezosos, informales e impredecibles” . La sociedad no mira bien la enfermedad mental; los medios de comunicación y la salud mental no coexisten adecuadamente, los medios alarman y no colaboran a la comprensión de la enfermedad.

Los prejuicios, considerados sentimientos que se tienen hacia la enfermedad mental por lo regular se manifiestan en reacciones de miedo, temor, desconfianza y



compasión, siendo estos los responsables de la determinación conductual que se lleva a cabo cuando se tiene contacto con alguna persona que sabemos tiene un trastorno psiquiátrico o simplemente se comporta de forma “anormal”. La culminación del acto de discriminar a los enfermos mentales es característico en rechazo, evitación, bromas coloquiales con respecto a la enfermedad mental como “loco”, “maniaco”, “tocado”, excluyendo a las personas, no solo dificultando la integración del paciente psiquiátrico y sus familiares, sino también poniéndolas en riesgo psicológico por la misma exclusión, logrando auto-exclusión, problemas cognitivos, conductas auto punitivas, entre otras (Iglesias, 2014).

El estigma en la enfermedad mental resulta un fenómeno complejo que presenta diferentes niveles de comprensión y análisis. Actualmente se distinguen dos: El estigma público y el Autoestigma. El proceso de estigmatización pública se refiere al trabajo personal que se realiza cuando se padece un trastorno psiquiátrico: primero el individuo asume y acepta el estereotipo acerca de la enfermedad mental, generando reacciones emocionales negativas; ello condiciona el comportamiento cuando cesa los intentos por llevar una vida independiente y de calidad, a aislarse de sus amigos, familiares y la sociedad en general, inclusive otros que padezcan alguna enfermedad mental similar, lo que desemboca en marginación, cerrándose el ciclo del estigma. El proceso de Autoestigma tiene un efecto distinto pero igual nocivo para el enfermo



mental; algunos optan por no buscar ayuda profesional para evitar la etiqueta y ser víctimas de discriminación.

En el caso de presencia de Autoestigma, el enfermo mental incluso puede anticipar el rechazo y la evitación de otros aunque no se haya producido todavía; esta anticipación al rechazo se denomina Estigma percibido o anticipado, el cual corresponde con creencias acerca de la devaluación-discriminación que experimentará el individuo por el hecho de padecer un trastorno mental.

El estigma también afecta a las familias de los enfermos mentales y a las personas más cercanas a ellos. Este proceso se llama estigma por asociación. Cuando existe estigma público en ellos, el rotulo de “enfermo mental o paciente psiquiátrico” se generaliza hacia todos y el proceso de estigmatización lo experimentan simultáneamente a ellos.

El autoestigma se origina cuando la familia tiende a generar sentimientos de auto culpa al adoptar responsabilidad e influencia en la aparición de la enfermedad mental en uno de sus miembros; estos sentimientos conllevan a ocultarse, aislarse o a llevar a cabo sus actividades en secreto. Es por ello, que en el tratamiento de quien padece una enfermedad mental, debe incluirse a la familia (Pastor, et al, 2010).

El estudio realizado por Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén (2006) “Estigma y enfermedad mental: análisis de las actitudes de rechazo social y estigmatización que



sufren las personas con enfermedad mental grave y crónica”, arrojó datos de sumo interés. Dentro de los más importantes fue destacar que el estereotipo de que los enfermos mentales son peligrosos y altamente aversivos, es el más frecuente; el nivel de estigma es mayor en las psicosis que en trastornos depresivos o por sustancias; el nivel de estigma se asocia con la edad (a mayor edad mayor estigma), con el conocimiento (a mayor nivel de conocimiento menor estigma), y con el lugar de residencia; las reacciones más frecuentes ante las personas con enfermedad mental crónica son miedo y compasión, la familia sobreprotege y la sociedad en general rechaza y evita; personas con enfermedad mental crónica tienen numerosas experiencias de rechazo y discriminación, empezando con el ámbito laboral, seguido de los amigos y la familia extensa; y que los medios masivos de comunicación abordan muy poco del tema, siempre asociada con sucesos negativos.

Otros estudios que han investigado el estigma relacionado con los trastornos mentales y otras variables arrojan elevados porcentajes de personas con enfermedad mental que anticipan el rechazo creyendo que serán devaluadas o rechazadas por todos; el estigma percibido o anticipado guarda una correlación positiva con síntomas de depresión y ansiedad.

Algunos trabajos refuerzan este resultado, apuntando que las personas que perciben estigmatización presentan una mayor sintomatología psicótica. El estigma en familiares resulta menor que en los enfermos mentales. Sin embargo bibliografía



revela que el estigma que presentan los familiares es estigma por asociación, es decir, debido a la asociación que tienen con la persona con el trastorno mental.

Asimismo presentan estigma anticipado tendiendo a creer que la comunidad rechaza y devalúa también a los familiares de las personas con alguna enfermedad mental, adoptando en muchos casos el ocultamiento total o parcial de la enfermedad mental. Es interesante conocer que una porción considerable de familiares muestra estereotipos y actitudes estigmatizadoras hacia las personas con enfermedad mental, fundamentalmente referidas a la capacidad para desempeñar un empleo, su impredecibilidad o la presencia de sentimiento de pena y compasión. En otro tipo de investigaciones realizadas para conocer la correlación entre las actitudes estigmatizantes, género, edad y lugar de residencia, los datos arrojados de mayor importancia fueron sobre el deseo de la distancia social, el cual se asocia con variables del enfermo mental, específicamente señalándose que el grado en que es percibida como “rara” o “extraña” predice el deseo de distancia o alejamiento social, acompañada determinadamente por su nivel de habilidades sociales.

Profesionales han detectado también que las reacciones y estereotipos se centran en algunas enfermedades mentales y en otras no, por ejemplo en la depresión se suele tener un menor estigma tanto público como autoestigma que en la psicosis (Pastor, Blanco & Navarro, 2010).



En un estudio realizado por Paredes et al. (2012) concluyen que el estigma internalizado difiere en los trastornos psiquiátricos, lo cual puede deberse a que la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno por consumo de sustancias son enfermedades más estigmatizadas por la sociedad. El paciente al darse cuenta de su condición, es víctima de prejuicios y etiquetas impuestas por la sociedad, decidiendo esconderse y negando su realidad, además de disminuir la búsqueda de atención.

Estudios sobre el estigma (Stuart, Arboleda-Flores & Sartorius, 2005) han revelado la extensión y severidad de este problema social en todas las regiones del mundo. El estigma y la discriminación es un fenómeno que merece mención, pues últimamente se han acumulado suficientes datos epidemiológicos para poder determinar que las actitudes excluyentes de la sociedad hacia los pacientes mentales tienen efectos nocivos relacionados con las recaídas, rehusarse a buscar acceso pronto a servicios y la negación de derechos legales lo que contribuye a la manifestación de patologías sociales de otra índole.

## CAPÍTULO 3

### HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

#### 3.1 Descripción y Servicios

Actualmente, las instituciones psiquiátricas en México buscan implantar un programa adecuado a nivel preventivo, de tratamiento y rehabilitación para su comunidad demandante, que contenga un enfoque holístico sobre el ser humano y la salud mental, abordando esencialmente el control de la enfermedad mental, el manejo de la misma y la reinserción laboral.

En México, el sistema Nacional de Salud, no solo se enfoca en el tratamiento y aceptación de los pacientes psiquiátricos, también asume el reto de disminuir los impactos mortales de las enfermedades, prevenir los hábitos nocivos, investigar las características de las enfermedades y llevar a la mayoría de la población atención suficiente y adecuada, a efecto de impactar lo más amplia y favorablemente posible la calidad de vida y la autodeterminación, con el fin de identificar y reparar los sesgos que el programa de Salud mental pueda llegar a tener para su eficaz funcionalidad, asunto evidente al observar si existe o no calidad de vida en estas personas sobre todo fuera del hospital.



Actualmente, la perspectiva del Hospital Psiquiátrico ha dejado atrás el objetivo de guardar y alejar al enfermo mental de la población y ha adoptado la visión de ser un lugar terapéutico, además de proponer la idea de que aislar al enfermo mental de su entorno no resulta adecuado para el restablecimiento óptimo de su salud.

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, fue creado bajo el proyecto “Operación Castañeda”, el cual se desarrolló por la entonces secretaria de salubridad y asistencia durante el periodo 1966 a 1967.

La fecha de inauguración del Hospital, fue el 9 de Mayo de 1967 y su objetivo desde el comienzo fue brindar atención médica hospitalaria a la población adulta de ambos sexos con trastornos mentales agudos, contando para ello con recursos de diagnóstico y tratamiento modernos para la época. Fue inaugurado como Unidad de concentración del Distrito Federal y área conurbada, posteriormente como Unidad de Cobertura Nacional, dedicada a la atención psiquiátrica, así como a la enseñanza e investigación. Además de ser la sede para el adiestramiento de personal médico en psiquiatría.

A partir de 1986, se inicia una reorganización que pone en marcha el funcionamiento de nuevos programas de atención, incidiendo en otras modalidades de tratamiento biopsicosocial, con énfasis en la rehabilitación; se redujo la capacidad de camas censables de 600 que fue el número con las que inició, a 300 en el año 1995, más acorde con los recursos disponibles, se logró disminuir los días estancia, se



establecieron acciones de mantenimiento correctivo y preventivo a toda la planta física.

El hospital cuenta con un modelo de atención que fundamenta sus acciones en la atención interdisciplinaria, sobresaliendo la rehabilitación y participación de la familia con proyección a la comunidad. Para ello se creó la División del Hospital de Día y de Fin de semana, vinculando al paciente con su medio familiar y social, implementándose acciones de promoción y difusión de salud mental en la comunidad, integrándose actividades de rehabilitación en todo el hospital.

Con el paso del tiempo y de acuerdo a la demanda y necesidades de las personas se implementaron modalidades terapéuticas como la Psicoterapia Grupal Breve, el Programa de Fisioterapia, entre otros.

Este Hospital, es uno de los hospitales psiquiátricos más grandes de México y Latinoamérica, cuenta con cuatro pisos para pacientes con alguna enfermedad mental que requieren de hospitalización; además de un piso de cuidados especiales para los pacientes que padecen además de su enfermedad, alguna comorbilidad médica y un piso de psicogeriatría para atender a pacientes mayores.

Ofrece el servicio de pre-consulta y la clínica de adherencia terapéutica, destinados a realizar la valoración inicial de los pacientes referidos por otras unidades hospitalarias, instancias legales o de la propia comunidad. Los pacientes que ahí se atienden no deben presentar un cuadro agudo y la finalidad es recibir un diagnóstico



presuntivo y la canalización al servicio de atención correspondiente, ya sea intra o extra hospitalario.

Por otro lado el servicio de urgencias en el hospital, es para pacientes adultos, de ambos sexos y que cursan con trastornos mentales y del comportamiento agudo. En caso de trastornos transitorios que no puedan ser manejados en su domicilio se ingresan a la sala de urgencias, con el fin de lograr un mayor cuidado. De éste servicio se efectúa la canalización para la consulta externa, hospitalización continua y parcial u otras unidades según lo requiera. El servicio se otorga a pacientes de ambos sexos mayores de 18 años pudiendo acudir solos o acompañados por familiares responsables o referidos por otras instituciones. El servicio se presta ininterrumpidamente los 365 días del año, durante las 24 horas del día.

También se encuentra el servicio de Hospital Parcial, ahí se brinda atención ambulatoria con estancia diaria parcial, ahí los pacientes reciben servicios de atención médica, farmacológica, psicoterapéutica y de rehabilitación. Cuenta con las modalidades de hospital de día y fin de semana.

Los pacientes acuden tres veces por semana de 8:00 a 14:00 horas o sábados y domingos, según la modalidad. Su permanencia en el servicio está determinada por la evolución del padecimiento. Este servicio está diseñado para favorecer la mejoría, rehabilitación y reinserción de los pacientes a la vida social, laboral, familiar y escolar,



además tiene servicio de consultas subsecuentes ofrecidas a pacientes provenientes de hospitalización.

El servicio de consulta externa brinda atención psiquiátrica para adultos provenientes de hospitalización continua y hospitales parciales. Ofrece consultas subsecuentes, terapias individuales, terapias de grupo (neuróticos, psicóticos, límites de la personalidad, mujeres víctimas de violencia, alcohólicos, farmacodependencia, orientación a familiares, autoayuda y reflexión).

El hospital además cuenta con una clínica de intervención familiar (CLIFAM), este servicio se ofrece como respuesta al tratamiento integral de personas con enfermedades mentales, se presta atención tanto a familiares como aquellos pacientes que requieran abordaje terapéutico de familia o pareja. Ofrece grupos familiares de pacientes para el manejo de emociones, terapia de familia, de pareja, grupos de terapia de pareja, grupo de taller para mujeres sujetos a violencia y grupo lúdico para esquizofrénicos con su padre. Debe ser referido por alguno de los servicios que brinda el hospital.

Esta unidad hospitalaria es un lugar donde se llevan a cabo procedimientos de rutina, atención médica, de enfermería y algunas actividades propias del tratamiento de Rehabilitación Integral.



En el Hospital se intenta detener lo antes posible el deterioro personal, fomentar sus recursos debilitados por la enfermedad y largos tratamientos, favorecer sus capacidades de autocuidado, lenguaje, psicomotricidad, cognición, etc., estimular aspectos que faciliten la comunicación y convivencia como actividades psicoterapéuticas, terapia ocupacional, habilidades sociales, talleres psicoeducativos, actividades psicomotrices, entre otras.

### **3.2 Hospitalización Continua**

La hospitalización como tal, es un servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Específicamente, la hospitalización en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, siendo una unidad especializada de base hospitalaria que brinda atención a usuarios ingresados, cuenta con servicios residenciales prolongados a personas con trastornos mentales y del comportamiento. El internamiento hospitalario ocurre cuando un paciente presenta una situación que amenaza la vida o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una atención médica inmediata; incluye: Intento de suicidio (autolesiones intencionadas, como envenenamiento o daño auto-inflingido, ideación suicida, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones (Diario Oficial de la Federación, 1994).

Se ingresa en el área de hospitalización a todo paciente que amerite internamiento de acuerdo a la evaluación clínica que realice el médico psiquiatra que



examine al paciente, y que el resultado de dicha evaluación determine que el usuario presenta una condición de enfermedad grave y para su recuperación requiera un manejo intrahospitalario.

El internamiento en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es de corta estancia y se dará de alta cuando el tratamiento hospitalario haya cumplido su objetivo. Cada paciente que ingrese al servicio es valorado por un equipo técnico multidisciplinario y se le realizan exámenes de laboratorio, gabinete, pruebas psicológicas y estudio socioeconómico familiar, se le aplica tratamiento farmacológico y se le incluye en grupos de psicoterapia, participa en terapias de rehabilitación, recreativas y ocupacionales. A los familiares se les invita a participar en pláticas de orientación.

Cabe aclarar que la hospitalización puede darse de dos maneras, siendo un ingreso voluntario o involuntario. Para el ingreso voluntario se requiere la solicitud firmada de la o el usuario, y la indicación del profesional médico a cargo del servicio de admisión de la unidad, ambos por escrito haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal.

Y para el ingreso involuntario, se presenta en el caso de las y los usuarios que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la revisión integral de un comité multidisciplinario de internamiento, que incluya un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico



y de aquellas especialidades médicas necesarias; el diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, estar avalado por análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, todos por escrito. En caso de extrema urgencia, la y el usuario puede ingresar por indicación escrita de los especialistas antes referidos, y en ningún caso podrá exceder de diez días naturales. En cuanto las condiciones de la y/o el usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario.

La decisión del internamiento involuntario será tomada por la máxima autoridad presente en la unidad médica al momento que acuda la o el usuario (Norma Oficial de la Federación, 2012).

### **3.3 Criterios de Internamiento**

El criterio principal para la hospitalización de un paciente psiquiátrico es que éste ponga en riesgo su vida o la de terceros. A continuación se mencionan circunstancias en las cuales está indicado:

**Conducta suicida.** La decisión de ingresar o no al paciente depende, por lo general de tres factores: Primero.- Riesgo suicida del paciente en un futuro inmediato. Segundo.- Necesidad de tratamiento de la enfermedad psiquiátrica de base. Tercero.- Repercusión médico-quirúrgico de un intento de suicidio ya llevado a cabo. Se suelen



ingresar pacientes con actividad psicótica, pacientes bajo la influencia de drogas, especialmente alucinógenos, pacientes que carecen de soporte familiar y social, pacientes que mantienen ideación o intención suicida o sintomatología depresiva grave.

**Agitación psicomotriz.** Los criterios de ingreso en este caso, se dan por la presencia de elementos críticos que actúan como causa de la agitación y no se puede controlar ambulatoriamente. La agitación psicótica, especialmente en casos de esquizofrenia o manía, en los que la familia no puede controlar al paciente.

Otros criterios recomendados para la hospitalización de pacientes psiquiátricos son: Desorientación y alucinaciones que interfieren con las funciones del paciente.

Sin embargo es de suma importancia aclarar que para ingresar un paciente a hospitalización los criterios esenciales que deben llevarse a cabo son cualquier riesgo físico incontrolable para el paciente o algún tercero.

Ingresarán todos los pacientes que padezcan una enfermedad psiquiátrica de suficiente gravedad o intensidad como para que dé lugar a un trastorno afectivo, cognitivo o conductual, y que además: Ponga en claro riesgo la vida del propio enfermo, porque: Exista riesgo alto de suicidio manifestado por intentos recientes o ideación persistente en el curso de un cuadro psiquiátrico agudo. Haya riesgo de automutilación. Presente un cuadro médico grave por muy bajo peso o gran presencia de vómitos en el curso de un Trastorno de la conducta alimentaria. Una enfermedad



psiquiátrica grave que impida al enfermo cuidarse a sí mismo en cuanto alimentación, alojamiento o cuidados médicos básicos.

También se ingresarán personas que presenten un comportamiento de origen psicótico que afecte la reputación, el cuidado de su patrimonio o sus relaciones sociales.

Cuando se ponga en claro riesgo la vida de otras personas teniendo la peligrosidad un claro origen en una enfermedad mental. Incluso cuando suponga el acatamiento de una orden judicial, siendo en este caso la duración del ingreso la necesaria para realizar la valoración pericial y solamente debería permanecer en razón de que el paciente reúna las mismas condiciones que se exijan al resto de los ingresos psiquiátricos en estas unidades. Se llevará a cabo un ingreso a hospitalización cuando exista fracaso del tratamiento ambulatorio de una enfermedad mental grave que afecte de forma importante al funcionamiento de la familia y del paciente, que se trate de un episodio o exacerbación reciente y que se espere una mejoría tras su permanencia en la Unidad de Consulta Externa. También se internará a un paciente cuando haya una separación del entorno socio-familiar, por ser negativo para el paciente o viceversa, cuando la enfermedad del paciente no puede ser atendida en condiciones por la familia.



### **3.4 Días Estancia Promedio**

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es un hospital de corta estancia, incluso actualmente existe la tendencia que los hospitales psiquiátricos manejan pocos días de hospitalización con los pacientes; En este caso, los días de estancia promedio en el hospital son de 15 a 30. En este tiempo, se espera que con la ayuda de todos los profesionales de la salud, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, que atienden a los usuarios del hospital, y el tiempo incluido en el servicio de rehabilitación se logre una recuperación se elimine el cuadro psicótico por el cual fueron ingresados a hospitalización y así se logre establecer al paciente en ese tiempo determinado. Sin embargo existen casos en los que se prolonga este tiempo, el cual es llamado larga estancia, refiriéndose a los usuarios que rebasan el promedio de días hospitalizados, establecidos como meta en el Hospital.

### **3.5 Criterios de Alta**

Finalmente el egreso de la o el usuario del servicio de hospitalización se realizará por los siguientes motivos: Estabilización del cuadro clínico, haberse cumplido los objetivos de la hospitalización, mejoría, traslado a otras instituciones, a solicitud de la o el usuario, con excepción de los casos de ingreso involuntario, a solicitud de los familiares legalmente autorizados y con el consentimiento de la o el usuario y defunción (Norma Oficial de la Federación, 2012). Posteriormente al egreso del paciente se continúa la rehabilitación integral con actividades en el área de



Hospital Parcial o Consulta externa según lo indiquen los médicos especialistas. Con todo lo anterior se espera que los pacientes psiquiátricos tengan una mejor rehabilitación integral, sin embargo si esto no sucede así, probablemente algunos pacientes reingresarán a hospitalización.

### **3.6 Reingreso Hospitalario**

Muchas veces se habla de los reingresos que suelen darse en algunos pacientes a éstos mismos hospitales, dados por varios factores diferentes; El reingreso a hospitalización se comprende actualmente cuando los mismos pacientes acuden en busca de atención y reinternamiento por una causa por la cual ya habían sido dados de alta. Según Moreno, Estévez y Moreno (2010) el reingreso hospitalario consiste principalmente en el número de altas de pacientes con ingreso urgente, que en los 15 días previos a dicho ingreso urgente, fueron dados de alta de hospitalización, independientemente del servicio y del motivo que lo originó y reingresaron.

Otra manera en que es llamado este fenómeno de reingreso a hospitalización psiquiátrica aunque actualmente no muy usado en la psiquiatría es “Puerta Giratoria” definido así como aquellos pacientes con múltiples y continuos reingresos a unidades psiquiátricas, fue descrito por primera vez en los años 60, en relación con el proceso de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos y se trata desgraciadamente de un fenómeno cada vez más frecuente, además de muy relevante por el hecho de que se genera un pequeño grupo de pacientes que suponen un importante porcentaje del total



de los ingresos, representando una carga para el sistema sanitario y consumiendo una cantidad desproporcionada de recursos sanitarios (Ortega, 2012).

Según Jaramillo, Sánchez y Herazo, (2011) la rehospitalización puede presentarse entre el 40% y el 60% de los pacientes psiquiátricos en el primer año siguiente a la salida. Este hecho genera un incremento de los costos en los sistemas de salud y aumenta los efectos negativos sobre los sistemas de apoyo familiar y de soporte social que tienen los pacientes.

En la rehospitalización frecuente intervienen factores relacionados con el comienzo y curso de la enfermedad, las características del cuadro psicopatológico, el tratamiento, el ajuste social y las experiencias vitales. La mayoría de los estudios coinciden en que los predictores de reingreso más importantes son el número de ingresos previos, el incumplimiento terapéutico y el abuso de sustancias psicoactivas (Jaramillo, Sanchez, & Herazo, 2011).

El fenómeno del reingreso hospitalario tiene una repercusión negativa no solo sobre el paciente sino sobre la comunidad, ya que se afectan los sistemas productivos laborales, el núcleo familiar y de apoyo del paciente, y aumentan los gastos de los sistemas de atención en salud. Pero, además, se ha postulado como un indicador de la calidad de la atención psiquiátrica. También, es válido considerar que la rehospitalización es un indicador de la gravedad de la enfermedad y que este fenómeno se constituye en una variable intermediaria. Diferentes factores clínicos y



sociodemográficos se han asociado con el fenómeno de la rehospitalización. Se han mencionado los siguientes como factores de riesgo para la rehospitalización: incumplimiento de las consultas de control, el incumplimiento del tratamiento farmacológico, el mayor número de hospitalizaciones previas, la duración de la hospitalización, el comienzo temprano de la enfermedad psiquiátrica, el consumo patológico de alcohol y sustancias adictivas el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, la evolución de la enfermedad , y la presencia de trastornos de personalidad y de trastornos de ansiedad.

Ortega, (2012) menciona que los recursos de que disponen los sistemas públicos de salud son limitados y sería necesario determinar qué programa puede ser más útil para poner en funcionamiento, con el fin de controlar este fenómeno. Es importante tener en cuenta que las múltiples hospitalizaciones van a empeorar el pronóstico de los pacientes psiquiátricos, por eso es recomendable seguir con el interés de buscar soluciones a este fenómeno.

## **CAPÍTULO 4**

### **MÉTODO**

#### **4.1 Justificación**

La presente investigación, surge como un interés de las autoras, ya que participando en el programa de servicio social del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y mediante la observación directa de expedientes y entrevistas, se percató que existe un gran número de pacientes psiquiátricos que reingresan constantemente a hospitalización, aproximadamente poco más del 50% de los pacientes que egresan , reingresan, creando: a) Un incremento en los costos de los sistemas de salud, b) aumentan los efectos negativos sobre los sistemas de apoyo familiar y de soporte social que tienen los pacientes. Por lo tanto fue de interés conocer e identificar el factor más influyente para que se dé el reingreso de pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con el fin de poder sugerir propuestas de prevención e intervención al modelo de Rehabilitación y repercuta benéficamente en los pacientes.

#### **4.2 Planteamiento del Problema**

¿Cuál es el factor que más influye en el reingreso hospitalario de pacientes psiquiátricos del Fray Bernardino Álvarez?



### 4.3 Objetivos

#### **General.**

Identificar el factor que más influye en el reingreso de pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

#### **Específicos.**

Identificar si la falta de adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad mental, funcionamiento ocupacional y apoyo familiar, además de una corta estancia hospitalaria y la presencia de estigma hacia la enfermedad mental influyen en los reingresos hospitalarios de pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Sugerir propuestas de prevención e intervención con respecto a los factores más influyentes al reingreso hospitalario para el servicio de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

### 4.4 Hipótesis

**H.** La adherencia al tratamiento es el factor que más influye al reingreso hospitalario en pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.



## 4.5 Variables

### V1: Factores influyentes en el reingreso hospitalario de pacientes psiquiátricos

#### Variables de trabajo:

##### **Adherencia al tratamiento**

*Definición Conceptual:* Cooperación, colaboración y alianza terapéutica en la que se destaca la capacidad del paciente para participar, enganchar y respetar el acuerdo acerca de las recomendaciones del tratamiento co-establecido por médico psiquiatra, médico general y psicólogo, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes. (Pacheco & Aránguiz, 2011).

*Definición Operacional:* Dada por el puntaje obtenido en la Escala de Factores asociados al reingreso a Hospitalización en pacientes psiquiátricos con los reactivos 1,7 y 13 evaluados de la siguiente forma: 3-5 pts. Pobre, 6-10 pts. Regular y de 11-15 pts. Adecuada.

##### **Conciencia de enfermedad**

*Definición Conceptual:* Se refiere particularmente a la capacidad del paciente para reconocer, entender y aceptar que tiene un padecimiento mental y a la habilidad que llegue a tener para que se dé una auto-observación y auto-conocimiento del tipo, severidad y consecuencias de su estado mental (Esparza, 2011 & Anguiano et al. 2013).



**Definición Operacional:** Dada por el puntaje obtenido en la Escala de Factores asociados al reingreso a Hospitalización en pacientes psiquiátricos con los reactivos 2, 8 y 14 evaluados de la siguiente forma: 3-5 pts. Pobre, 6-10 pts. Regular y de 11-15 pts. Adecuada.

### **Funcionamiento ocupacional de pacientes psiquiátricos**

**Definición Conceptual:** Características, principalmente habilidades, hábitos y nivel de independencia que persisten con el fin de tener un desempeño mucho más eficiente y obtener calidad de vida (González, 2006).

**Definición Operacional:** Dada por el puntaje obtenido en la Escala de Factores asociados al reingreso a Hospitalización en pacientes psiquiátricos con los reactivos 3, 9 y 15 evaluados de la siguiente forma: 3-5 pts. Pobre, 6-10 pts. Regular y de 11-15 pts. Adecuada.

### **Corta estancia hospitalaria**

**Definición Conceptual:** Tiempo promedio de 15 a 30 días en que los pacientes con algún trastorno mental permanecen en el área de hospitalización para ser evaluados y obtener un tratamiento de intervención y rehabilitación (Unidad de corta estancia, 2012).

**Definición Operacional:** Dada por el puntaje obtenido en la Escala de Factores asociados al reingreso a Hospitalización en pacientes psiquiátricos con los reactivos 5,



11 y 17 evaluados de la siguiente forma: 3-5 pts. Pobre, 6-10 pts. Regular y de 11-15 pts. Adecuada.

### **Apoyo familiar y social**

***Definición Conceptual:*** Son sistemas de relaciones humanas en el que se aprenden, forman y transmiten afectos y sentimientos que desempeñan una parte fundamental en la satisfacción de las necesidades y en el apoyo a la capacidad de superación de las personas (Buttiglione, 1999).

***Definición Operacional:*** Dada por el puntaje obtenido en la Escala de Factores asociados al reingreso a Hospitalización en pacientes psiquiátricos con los reactivos 4, 10 y 16 evaluados de la siguiente forma: 3-5 pts. Pobre, 6-10 pts. Regular y de 11-15 pts. Adecuada.

### **Estigma hacia la enfermedad mental**

***Definición Conceptual:*** Es la posesión de una serie de atributos que se consideran comunes a las personas que pertenecen a un grupo específico con características peculiares. En este caso, el estigma puede hacer referencia a ciertos diagnósticos, como padecer una enfermedad mental, lo que despierta prejuicios contra estas personas (Ramos, 2010 y Hogg, Vaughn & Haro, 2010).

***Definición Operacional:*** Dada por el puntaje obtenido en la Escala de Factores asociados al reingreso a Hospitalización en pacientes psiquiátricos con los reactivos 6,



12 y 18 evaluados de la siguiente forma: 3-5 pts. Pobre, 6-10 pts. Regular y de 11-15 pts. Adecuada.

## **V2: Reingreso a Hospitalización**

*Definición Conceptual:* Se caracteriza por pacientes que ingresan más de una vez al servicio de hospitalización continua por una causa por la cual ya habían sido dados de alta con anterioridad (Moreno, Estevez & Moreno, 2010).

*Definición Operacional:* Paciente psiquiátrico que una vez dado de alta, acude nuevamente al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para ser tratado por el personal de salud que necesita, que cuente con dos o más internamientos. Deberá cumplir un tiempo requerido para el restablecimiento de su salud física y mental, además de permanecer hospitalizado con el fin de recibir los tratamientos y cuidados adecuados.

## **4.6 Diseño**

Se llevó a cabo una investigación no experimental con un diseño transeccional-transversal descriptivo (Hernández, Fernández, Baptista, 2010).

## **4.7 Participantes**

Se trabajó con una muestra no probabilística voluntaria de 107 pacientes en el servicio de Rehabilitación, en piso dos, cuatro, cinco y siete del hospital, 51



masculinos y 56 femeninos de entre 19 y 55 años de edad con algún trastorno psiquiátrico y con dos o más internamientos dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

## **Criterios de Selección**

### **Criterios de inclusión**

Pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Que estén diagnosticados con alguno de los siguientes trastornos mentales citados en el CIE-10. Esquizofrenia Paranoide, Esquizofreniforme, Esquizofrenia indiferenciada, Esquizoafectivo maniaco, Trastorno bipolar, Trastorno Límite de la personalidad, Trastorno Bipolar, Depresión y Trastorno psicótico por consumo de sustancias.

Con dos o más ingresos a hospitalización

Edades de entre 19 y 55 años.

### **Criterios de exclusión**

Pacientes con cuadro psicótico agudo.

## **4.8 Instrumento**

Se utilizó para la obtención de datos, la “Escala de Factores de riesgo para el reingreso a Hospitalización en pacientes psiquiátricos” que mide la influencia de cada factor (Conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, corta estancia



hospitalaria, funcionalidad del paciente, apoyo familiar y social y estigma de la enfermedad mental) con el reingreso a hospitalización, consta de 18 reactivos que se miden por factor a través de tres criterios de evaluación: De 3-5 pts. Pobre, 6-10 pts. Regular y 11-15 pts. Adecuado. El puntaje mayor a obtener por cada factor es de 15 pts. y el menor es de 3 pts. El puntaje máximo general a obtener del instrumento es de 90 pts. indicando la nula presencia de factores de riesgo asociados con el reingreso a hospitalización y un puntaje mínimo de 18 indicando la presencia de factores de riesgo asociados con el reingreso a hospitalización. El instrumento cuenta con tres criterios de evaluación general: riesgo alto: 18-41 pts., riesgo medio: 42-65 pts., riesgo bajo: 66-90 pts. Tiene cinco opciones de respuestas en escala Likert que van de Siempre (5 pts.), Casi siempre (4 pts.), A veces (3 pts.), Casi nunca (2pts.) Nunca (1pto.)

El instrumento se validó mediante un panel de 10 expertos, cuenta con un índice de validez de contenido de .98 (prueba de Lawshe (citado en Tristán, 2008) véase anexo), una validez de constructo de .749 (KMO, Bartlett) y una confiabilidad de .712 (Alfa de Cronbach).

La “Escala de Factores de riesgo para el reingreso a Hospitalización en pacientes psiquiátricos” fue realizada por las autoras de esta investigación. (Véase anexo).



---

## 4.9 Procedimiento

La aplicación del instrumento se llevó a cabo el mes de Mayo del 2015, en horarios matutino y vespertino dentro del servicio de rehabilitación, los pisos dos, cuatro, cinco y siete del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se hizo una revisión de expedientes con el propósito de revisar el número de ingresos de los pacientes. Una vez obtenido el consentimiento de los pacientes para aplicarles la escala se realizó un rapport y se les explicó en qué consistía la investigación en la que participarían. De forma individual y en un cubículo aislado se realizó la aplicación, apoyándolos con la lectura de los reactivos.

## RESULTADOS

En este apartado se presentan los datos analizados con el paquete estadístico SPSS v.20. Se construyó una base de datos que permitió realizar un análisis de frecuencias a los datos demográficos de la escala, como sexo, edad, ocupación, diagnóstico, número de ingresos, consumo de sustancias y tratamiento farmacológico, así como también obtener el puntaje total por factor de la muestra y especificar el puntaje obtenido de cada factor en relación con el sexo. Posteriormente se realizó una comparación de medias para obtener el número de pacientes que se encontraban por debajo del punto de cohorte de acuerdo a los criterios establecidos para el puntaje total de la escala:

<b>Criterio de medición</b>	<b>Puntaje</b>
Riesgo ALTO	18-41
Riesgo MEDIO	42-65
Riesgo BAJO	66-90

Punto de cohorte 54

Este mismo análisis se utilizó para obtener el número de pacientes que por factor se encontraban debajo del punto de cohorte de acuerdo a los criterios establecidos para el puntaje por factor de la escala:

<b>Criterio de medición</b>	<b>Puntaje</b>
Adecuado	11-15
Regular	6-10
Pobre	3-5

Punto de cohorte 9



Se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, para indicar el grado de asociación (positiva o negativa) entre las variables, además de su grado de significancia.

**Tabla 1. Distribución de la muestra**

<i>Sexo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Hombres</i>	51	48%
<i>Mujeres</i>	56	52%

**Tabla 2. Distribución de la edad**

<i>Rangos de edad</i>	<i>Frecuencias</i>		<i>Porcentajes</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
<i>19-25</i>	11	12	21.5 %	21.4 %
<i>26-30</i>	10	8	19.6 %	14.2 %
<i>31-35</i>	9	5	17.6 %	8.9 %
<i>36-40</i>	3	14	5.8 %	25.0 %
<i>41-45</i>	6	11	11.7 %	19.6 %
<i>46-50</i>	8	3	15.6 %	5.3 %
<i>51-55</i>	4	3	7.8 %	5.3 %

**Tabla 3. Ocupación**

<i>Ocupación</i>	<i>Frecuencias</i>		<i>Porcentajes</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
<i>Ama de casa</i>	0	20	0 %	35.7 %
<i>Estudiante</i>	5	2	9.8 %	3.5 %
<i>Desempleado</i>	32	23	62.7 %	41.0 %
<i>Oficio/Comerciante</i>	11	8	21.5 %	14.2 %
<i>Profesionista</i>	3	3	5.8 %	5.3 %



Tabla 4. Diagnóstico

<i>Diagnóstico</i>	<i>Frecuencia</i>		<i>Porcentaje</i>	
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<i>Esquizofrenia Paranoide</i>	26	24	50.9 %	42.8 %
<i>Esquizoafectivo maniaco</i>	7	9	13.7 %	16.0 %
<i>Esquizofrenia Indiferenciada</i>	2	2	3.9 %	3.5 %
<i>Esquizofreniforme</i>	2	2	3.9 %	3.5 %
<i>Trastorno Bipolar</i>	3	10	5.8 %	17.8 %
<i>Depresión</i>	1	3	1.9 %	5.3 %
<i>Trastorno psicótico por consumo de sustancias</i>	10	2	19.6 %	3.5 %
<i>Trastorno límite de la personalidad</i>	0	4	0 %	7.1 %

Tabla 5. Número de ingresos

<i>No. de ingresos</i>	<i>Frecuencia</i>		<i>Porcentaje</i>	
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<i>Dos</i>	24	16	47.0 %	31.3 %
<i>Tres</i>	10	12	19.6 %	21.4 %
<i>Cuatro</i>	3	6	5.8 %	10.7 %
<i>Cinco</i>	5	2	9.8 %	3.5 %
<i>Seis</i>	2	7	3.9 %	12.5 %
<i>Siete</i>	1	3	1.9 %	5.3 %
<i>Ocho</i>	0	3	0 %	5.3 %
<i>Nueve</i>	1	0	1.9 %	0 %
<i>Diez</i>	0	2	0 %	3.5 %
<i>Once</i>	1	1	1.9 %	1.7 %
<i>Doce</i>	0	2	0 %	3.5 %
<i>Quince</i>	1	0	1.9 %	0 %
<i>Diecisiete</i>	1	0	1.9 %	0 %
<i>Diecinueve</i>	0	1	0 %	1.7 %
<i>Veinte</i>	0	1	0 %	1.7 %
<i>Veintiséis</i>	1	0	1.9 %	0 %
<i>Veintisiete</i>	1	0	1.9 %	0 %



Tabla 6. Ingesta de sustancias

<i>Sustancia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Alcohol</i>	11	10.2%
<i>Drogas ilegales</i>	1	0.9%
<i>Tabaco</i>	25	23.4%
<i>Todas</i>	20	18.7%
<i>Alcohol y drogas ilegales</i>	1	0.9%
<i>Alcohol y tabaco</i>	7	6.5%
<i>Tabaco y drogas</i>	2	1.9%
<i>Ninguno</i>	40	37.3%
<i>Total</i>	107	100.0%

Tabla 7. Tratamiento farmacológico

<i>Medicamento</i>	<i>Frecuencia en pacientes</i>	<i>Costo aproximado</i>
<i>Clonazepam</i>	59	\$69
<i>Valproato de Magnesio</i>	42	\$76
<i>Risperidona</i>	35	\$420
<i>Haloperidol</i>	20	\$250
<i>Olanzapina</i>	27	\$218
<i>Biperideno</i>	16	\$202
<i>Lorazepam</i>	14	\$400
<i>Quetiapina</i>	11	\$240
<i>Fluoxetina</i>	8	\$114
<i>Clozapina</i>	8	\$200
<i>Carbonato de Litio</i>	7	\$180
<i>Trifluoperazina</i>	6	\$200
<i>Paroxetina</i>	5	\$250
<i>Aripiprazol</i>	3	\$200
<i>Carbamazepina</i>	4	\$29
<i>Levotiroxina</i>	3	\$115
<i>Valproato semisódico</i>	3	\$250
<i>Levomepromazina</i>	3	\$250



**Tabla 8. Nivel de riesgo para el reingreso hospitalario de la muestra.**

<i>Criterio de medición</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b><i>Riesgo ALTO</i></b>	18-41	7	6.5%
<b><i>Riesgo MEDIO</i></b>	42-65	69	64.4%
<b><i>Riesgo BAJO</i></b>	66-90	31	28.9%

Punto de cohorte: 54

De acuerdo con los datos obtenidos, 42 pacientes se encuentran por debajo del punto de cohorte, presentando mayor influencia de los factores de riesgo para el reingreso a hospitalización.

**Tabla 9. Puntaje total de los factores de riesgo de la muestra.**

<i>Factor influyente</i>	<i>Puntaje obtenido</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Corta estancia hospitalaria</i>	1139	70.9%
<i>Conciencia de enfermedad</i>	1083	67.0%
<i>Adherencia al tratamiento</i>	1040	64.7%
<i>Funcionalidad del paciente</i>	1038	64.6%
<i>Apoyo familiar y social</i>	1021	63.6%
<i>Estigma de la enfermedad mental</i>	870	54.2%

El factor que representa más riesgo a los reingresos hospitalarios para la muestra en general es el Estigma de la enfermedad mental.



**Tabla 10. Correlación de Spearman entre factores de riesgo y reingresos hospitalarios.**

<i>Factores de riesgo</i>	<i>Reingreso hospitalario</i>		
	<b>Coefficiente de correlación</b>	<b>Sig.</b>	<b>N</b>
<i>Conciencia de la enfermedad</i>	-.163	.09	107
<i>Corta estancia hospitalaria</i>	.007	.94	107
<i>Adherencia al tratamiento</i>	-.174	.07	107
<i>Funcionalidad del paciente</i>	-.064	.51	107
<i>Apoyo familiar y social</i>	-.170	.08	107
<i>Estigma de la enfermedad mental</i>	-.164	.09	107

*Coefficiente de correlación: -1 y +1*  
*Sig. ≤ .05*

Se puede observar que todos los factores, excepto corta estancia hospitalaria, se relacionan negativamente con el reingreso, indicando que a mayor número de reingresos, menor será la conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, funcionalidad del paciente, apoyo familiar y social y habrá mayor presencia de estigma de la enfermedad mental, (tomando en cuenta que este último es un constructo social de connotación negativa). Por otra parte la corta estancia hospitalaria, mantiene una relación positiva con el reingreso hospitalario, lo que significa que a mayor número de reingresos, la corta estancia resulta adecuada para los pacientes.

En la tabla se encuentra que no existe significancia entre variables por lo que se interpreta que ninguna asociación es concluyente, es decir que los factores influyen



positiva y negativamente, pero no determinan ser factores de riesgo para el reingreso a hospitalización.

**Tabla 11. Puntaje obtenido del factor Corta estancia hospitalaria**

<i>Nivel de medición</i>	<i>Corta estancia hospitalaria</i>			
	<b>Frecuencia</b>		<b>Porcentajes</b>	
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<i>Adecuado (11-15)</i>	44	42	86.2%	75.0%
<i>Regular (6-10)</i>	2	10	3.9%	17.8%
<i>Pobre (3-5)</i>	5	4	9.8%	7.1%

Para 19 pacientes el factor de corta estancia resulta el que más riesgo implica para el riesgo a hospitalización.

**Tabla 12. Puntaje obtenido del factor Conciencia de la enfermedad mental**

<i>Criterio de medición</i>	<i>Conciencia de enfermedad</i>			
	<b>Frecuencia</b>		<b>Porcentajes</b>	
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<i>Adecuado (11-15)</i>	35	33	68.60%	59%
<i>Regular (6-10)</i>	9	18	17.60%	32.10%
<i>Pobre(3-5)</i>	7	5	13.70%	8.90%

De acuerdo con los datos obtenidos, 30 pacientes se encuentran por debajo del punto de cohorte, lo que indica que para estos, la conciencia de enfermedad es el factor de riesgo más alto para el reingreso hospitalario.



**Tabla 13. Puntaje obtenido del factor Adherencia al tratamiento.**

<i>Nivel de medición</i>	<i>Adherencia al Tratamiento</i>			
	<b>Frecuencia</b>		<b>Porcentajes</b>	
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<i>Adecuado (11-15)</i>	19	28	37.2%	50%
<i>Regular (6-10)</i>	23	24	45.0%	42.8%
<i>Pobre (3-5)</i>	9	4	17.6%	7.1%

Para 34 pacientes el factor de adherencia al tratamiento resulta el que más riesgo implica para el riesgo a hospitalización.

**Tabla 14. Puntaje obtenido del factor Funcionamiento ocupacional del paciente.**

<i>Nivel de medición</i>	<i>Funcionalidad del paciente</i>			
	<b>Frecuencia</b>		<b>Porcentajes</b>	
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<i>Adecuado (11-15)</i>	22	26	43.1%	46.4%
<i>Regular (6-10)</i>	26	28	50.9%	50.0%
<i>Pobre (3-5)</i>	3	2	5.80%	3.50%

Para 38 pacientes el factor de funcionalidad resulta el que más riesgo implica para el riesgo a hospitalización.



**Tabla 15. Puntaje obtenido del factor Apoyo familiar y social.**

<i>Nivel de medición</i>	<i>Apoyo familiar y social</i>			
	<b>Frecuencia</b>		<b>Porcentajes</b>	
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<i>Adecuado (11-15)</i>	22	24	43.1%	42.8%
<i>Regular (6-10)</i>	18	20	35.2%	35.7%
<i>Pobre (3-5)</i>	11	12	21.5%	21.4%

Para 41 pacientes el factor de Apoyo familiar y social resulta el que más riesgo implica para el riesgo a hospitalización.

**Tabla 16. Puntaje obtenido del factor Estigma de la enfermedad mental.**

<i>Nivel de medición</i>	<i>Estigma de la enfermedad mental</i>			
	<b>Frecuencia</b>		<b>Porcentajes</b>	
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<i>Adecuado (11-15)</i>	16	19	31.7%	33.9%
<i>Regular (6-10)</i>	20	22	39.2%	39.2%
<i>Pobre (3-5)</i>	15	15	29.4%	26.7%

Para 58 pacientes el factor de Estigma de la enfermedad mental resulta el que más riesgo implica para el riesgo a hospitalización.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación muestran que la hipótesis propuesta se rechaza, ya que el *estigma de la enfermedad mental* es el factor predominante para que exista un reingreso hospitalario. Este dato coincide con lo mencionado anteriormente por Halgin y Krauss (2004), Hogg et al. (2010), Stuart, Arboleda-Flores y Sartorius, (2005), Paredes, Jiménez y Vázquez (2012) que comentan que los pacientes psiquiátricos que han estado hospitalizados experimentan sentimientos y emociones de estigmatización más profundos y duraderos, mencionando que al ser dados de alta se sienten menos valiosos y con menos oportunidades de desarrollo y crecimiento. Las actitudes excluyentes hacia este tipo de población, tienen efectos nocivos relacionados con las recaídas de los pacientes, rehusándose a continuar con su tratamiento o asistir a las citas para revisión del progreso de su enfermedad. El enfermo mental también puede anticipar el rechazo y la evitación de otros aunque no se hayan producido todavía conductas discriminatorias. (Pastor, Blanco & Navarro, 2010). Muchos de los pacientes de esta investigación reportan no tener amigos, ya sea porque se alejaron de ellos al comienzo de su enfermedad o porque ellos mismos anticiparon su aislamiento al creer que los rechazarían; algunos mencionan no tener familia, otros recibir maltrato físico y/o psicológico por parte de ellos, otros se



encuentran en situación de calle o incluso algunos viven solos sin frecuentar a sus familiares a pesar de tenerlos.

Mediante este hallazgo, objetivo central de la investigación, se afirma que el Estigma de la enfermedad mental involucra la presencia de discriminación, que se asocia a la falta de *apoyo familiar y social*, siendo este el segundo factor con puntaje más bajo dentro de la muestra. El apoyo familiar y social como se comparte con Cameron, Garbarino, Cassel, Cobb (1997) y Pitonyak (2004) tiene una asociación importante con el mantenimiento de la salud emocional, física y mental, ya que el sentido de pertenencia mejora la función inmune, por lo que puede fomentarse la idea de que las diferentes formas expresivas de la patología como conductas problemáticas o de salud mental tan solo son síntomas de soledad y exclusión social y familiar.

Los pacientes también comentan que la oportunidad laboral es escasa, ya que la sociedad continúa viendolos como personas discapacitadas, ineficientes y peligrosas, por lo que el estigma influye en la discriminación laboral, situación que experimentan la mayoría de los pacientes. Robes et. al. (2010) aclaran que muchas veces por el estigma social ante los trastornos psiquiátricos, los pacientes se ven limitados en el ámbito laboral lo cual afecta directamente la funcionalidad de los mismos, lo que refiere un deterioro en esta área. De acuerdo con Stem (2005), algunos de los estereotipos que afectan a las personas con enfermedad mental incluyen información sobre su peligrosidad, violencia, incompetencia e incapacidad para autocuidarse,



impredecibilidad en su carácter y reacciones, así como también falta de control de sus impulsos, despertando emociones de desconfianza, miedo, lástima, ira y vergüenza, en tanto que los prejuicios y los actos discriminatorios asociados a la enfermedad mental privan a los que la sufren de por oportunidades, calidad de vida, igualdad social, logros profesionales y personales.

Por lo contrario, en este trabajo, el *funcionamiento ocupacional* de pacientes psiquiátricos en el nivel de medición tomado como “Adecuado” en hombres y mujeres rebasa el 40%; Sin embargo casi la mitad de la muestra está desempleada, lo que indica que los pacientes estudiados cuentan con un nivel importante de funcionalidad, aunque no tengan una actividad laboral establecida.

La GEOPTE (2002), Murcia y Posada (2008), Moruno y Romero (2006) coinciden que los pacientes psiquiátricos que no se encuentran en algún estado psicótico pueden ser totalmente funcionales. Por lo tanto si se estigmatiza a los pacientes dentro del ámbito laboral y por ende se les rechaza y discrimina en estos espacios, las consecuencias de la pérdida de su funcionalidad conllevan a pérdida de calidad de vida, e inducen a una dependencia del paciente psiquiátrico a las estructuras de soporte social con las que cuente, impidiendo además una autentica reintegración del paciente en la sociedad, acarreando el estigma social.

Por lo tanto, se puede indicar que aunados al estigma de la enfermedad mental se encuentra la pobre actividad laboral y el escaso apoyo familiar y social, logrando



que se construya una débil *adherencia al tratamiento* debido en algunos casos a la incapacidad de costear los medicamentos, la posible falta de responsabilidad y apoyo por parte de sus familias para asistir a las consultas programadas. En este punto el apoyo familiar maneja un papel importante para el paciente y su adherencia al tratamiento ya que como lo maneja Martín (2006) en muchas ocasiones las familias son inexistentes y en algunos casos el paciente carece de cualquier red social de apoyo, ya que si existe ayuda por parte de los familiares para que se logre un cumplimiento en el tratamiento, podrá contarse mayor calidad de vida. Por su parte Lara, Sánchez, Sentíes, Velázquez (2000), Caballo (1997), Pacheco, Aránguiz (2011), Silva, Galeano y Correa (2005) coinciden en que algunas variables familiares como los estímulos estresantes, la disuasión por parte de la familia pueden ser puntos medulares para que los pacientes no tengan una adecuada red de apoyo familiar y por lo tanto exista una falla en la adherencia terapéutica ya que se concluye que la familia impacta positiva o negativamente en la adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Varios autores como Silva, Galeano, Correa (2005), Weiden (2005), Franch, Conde, Blanco y Medina (2001) han encontrado que esta falta de adherencia al tratamiento es el factor predisponente más común para que se den reingresos hospitalarios en pacientes psiquiátricos, debido al costo elevado de los fármacos, los efectos secundarios que causan la mayoría de estos y a la pobre claridad y calidad de



indicaciones o información que los profesionales de la salud brindan a los pacientes. Sin embargo la presente investigación no comparte el enfoque con el que estos estudios determinan las razones por las cuales un paciente psiquiátrico tiene múltiples recaídas, determinando como factor predisponente la adherencia al tratamiento, ya que en este estudio el 92.8% de mujeres y el 82.2% de hombres puntúan dentro de una adecuada y regular adherencia, indicando así que los datos arrojados por esta investigación apuntan que el Estigma de la enfermedad mental sobresale ante la adherencia al tratamiento como factor de riesgo influyente en reingresos hospitalarios de pacientes psiquiátricos.

Por otra parte es de suma importancia señalar que en este estudio la *corta estancia hospitalaria* es el factor con mayor puntaje, ya que arroja que para el 86.2% de los hombres y el 75% de las mujeres permanecer de 15 a 30 días en hospitalización resulta el tiempo promedio necesario para recuperarse y poder reincorporarse a sus actividades fuera del hospital. Sin embargo reportaron que el tiempo promedio de su estancia debe ser a criterio del médico. Pocos pacientes expresaron en el apartado de comentarios al final del instrumento, que preferían permanecer más tiempo hospitalizados ya que éste les brindaba servicios que no tenían fuera de él, como vivienda, alimento y apoyo.

Por último la *conciencia de enfermedad* es el segundo factor con mayor puntaje, ya que se obtuvo en hombres un 68.6% y en mujeres un total de 59% con una



adecuada conciencia de enfermedad, lo que indica que la mayoría de los pacientes entienden y aceptan su enfermedad, dicho esto se deduce que no es el mayor factor predisponente de los tomados en cuenta en esta investigación por el cual los pacientes podrían recaer. Autores como Haro, Ochoa y Cabrero (2001) comentan que si los pacientes tienen una pobre o nula conciencia de enfermedad tendrán mayor número de reingresos, mencionando que cuanto menor es la conciencia de enfermedad, la evolución del paciente se ve disminuida, por lo tanto serán más susceptibles a un mayor número de reingresos hospitalarios. Por el contrario, con una mayor conciencia sobre su enfermedad, su evolución es totalmente favorable concluyendo que la conciencia de enfermedad varía en función de algunas variables sociodemográficas, psicopatológicas y de ajuste social y que todo esto influye directamente en la utilización de los servicios sanitarios que los pacientes hacen, refiriéndose específicamente a los constantes reingresos hospitalarios. Abelleira y Touriño (2010) explican que la falta de conciencia de enfermedad asciende las recaídas en la patología diagnosticada y alarga el tiempo del ingreso hospitalario hasta conseguir la estabilidad, contrario en esta investigación donde los pacientes con reingresos, indicaron que el factor de conciencia de enfermedad fuera el más alto, lo que significa que fue el factor de menor riesgo para el reingreso hospitalario dentro de los seis tomados en cuenta para el estudio.

## APORTACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las **contribuciones** de esta investigación fue la elaboración y validación de la “Escala de Factores de riesgo para el reingreso a hospitalización en pacientes psiquiátricos” realizada por las autoras de esta investigación. Con esta escala se miden los factores de riesgo propuestos.

Para **futuras investigaciones** se sugiere un estudio que mida propiamente la relación de la adherencia al tratamiento con el factor económico de los pacientes para saber si este es un determinante dentro de las recaídas que sufren en la población Mexicana. La variable del medicamento fue tomada en la Escala de medición, ya que la OMS (2004) explica que factores como vivir lejos del lugar del tratamiento, la pobreza, los altos costos de los medicamentos y las intervenciones en los hospitales inciden sobre la adherencia al tratamiento por lo tanto se consideró que el medicamento podría ser una variable importante al conocer su costo, ya que los altos precios se pueden convertir en un hecho por el cual algunos pacientes no puedan adquirirlos. Sin embargo muchos de ellos, comentaron que los medicamentos se los da el ISSSTE, el IMSS, que sus familiares se los compran, que piden dinero con amigos para poder adquirirlos o cualquier otro sector salud se los otorga, y así ellos puedan tomarlo.



De igual forma se podría realizar un estudio de diseño comparativo con el objetivo de medir la conciencia de enfermedad con alguno de estos dos cuestionarios: Escala de Evaluación del Insight (Scale of Unawareness of Mental Disorders, SUMD) y Schedule for the assessment of insight SAI según lo manejan Abelleira y Touriño (2010). La investigación que se propone puede tomar en cuenta dos grupos: uno con pacientes de primer ingreso y el segundo con pacientes subsecuentes. El motivo de esta recomendación se basa en que los pacientes estudiados en esta investigación como ya se comentó fueron de reingreso, lo que podría influir en que tengan un mejor trabajo terapéutico con respecto a la conciencia de su enfermedad en contraste con pacientes de primer ingreso, quienes se encuentran en proceso de aceptación de la misma.

A pesar de tomar en cuenta solamente 6 factores de riesgo para el reingreso a hospitalización psiquiátrica, se halló que en el 62.7% de la muestra consume alcohol, tabaco y/o drogas ilegales (marihuana, cocaína, LSD, éxtasis, crack, solventes y metanfetaminas) con frecuencia. Por lo tanto se sugiere para futura investigación, correlacionar directamente esta variable con el número de reingresos hospitalarios en pacientes psiquiátricos.

Con base en la interpretación de los resultados se plantean las siguientes **propuestas** de intervención y educación.



- Que se otorgue por parte del personal del hospital e incluso del voluntariado información veraz, precisa, clara y adecuada a los pacientes y familiares sobre la enfermedad mental y el trastorno que se presente, empezando por esto, si no se tiene la información correcta según objetivos y contenido, muchas veces suelen ser estigmatizados o estigmatizadores, y no solo eso, también implica que posiblemente ni los pacientes ni los familiares tienen claro cuál es el diagnóstico, las indicaciones, las formas de ayudar a la rehabilitación en casa del paciente, por lo cual suele caerse en la ignorancia de muchas cosas, traer prejuicios y ser más susceptibles de la discriminación, lo que termina en un estigma. La importancia de la educación en salud mental destaca como medio para propiciar el reconocimiento temprano de los síntomas de las diversas enfermedades, y para inducir a la búsqueda oportuna de atención, ya que la utilización de los servicios psiquiátricos disponibles no depende solo de su existencia, sino de la apropiada educación masiva para la salud mental, por lo tanto si las familias tienen una información clara y completa podrán involucrarse y trabajar desde el inicio con los pacientes psiquiátricos, esto propiciará un menor aislamiento y mejoría en la educación acerca de la salud mental.
- Llevar a cabo talleres con pacientes y familiares aportando información acerca del Estigma y Autoestigma relacionado a enfermedad mental, ya que la mayor parte de la población incluso la psiquiátrica tiene un escaso conocimiento sobre



la enfermedad mental, y mucho de lo que saben es incorrecto. Por lo tanto es necesario transmitir información más útil sobre las características de los trastornos psiquiátricos, y el estigma. Es importante que se realicen dentro de los talleres, materiales informativos para las familias, explicando las causas, naturaleza y tratamientos de los diferentes tipos de enfermedad, aportando información real que contrarreste los mitos que existen, desarrollando y presentando algunas experiencias. Así como mencionan López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio (2008) los programas y/o talleres educativos, especialmente de larga duración y si incluyen no solo la transmisión pasiva de información sino la discusión y la presentación de casos reales resultan siempre más útiles. Por último otros autores como Restrepo, Mora y Cortés (2007) indican que los grupos de pacientes y familiares dentro de los talleres ayudan a disminuir claramente el estigma, ya que en estos el paciente toma un rol activo, lo cual le permite rescatar sus capacidades.

- Establecer obligatoriamente la participación de los familiares dentro de CLIFAM (Clínica Familiar) asistiendo con un mínimo de tres ocasiones como requisito para el alta del paciente, ya que muchas veces los familiares no se involucran en la intervención y rehabilitación y por lo tanto al salir el paciente del hospital posiblemente regrese a un núcleo familiar conflictivo, con discriminación y con pobre o nulo apoyo familiar, por lo tanto en CLIFAM se



les puede brindar ayuda de una manera integral y podrán así brindarle al paciente una mejor red de apoyo.

- Involucrar al voluntariado del hospital para realizar campañas e informar a trabajadores, familiares y pacientes sobre la enfermedad mental y el estigma, así como también fomentar la participación y conciencia de estos temas en redes sociales ya que no se conocen en México muchas campañas de renombre que luchan contra el estigma, no existe suficiente promoción ni información al respecto, por eso es importante que la institución siendo uno de los mejores Hospitales Psiquiátricos debe comenzar con este tipo de campañas y participaciones en redes sociales. Una de las estrategias es la educación, esta trata de disminuir el estigma proporcionando información veraz y equilibrada. Así se podrá iniciar un apoyo a las personas con enfermedad mental, para esto creemos necesarias las campañas respaldadas por el voluntariado del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que estén hechas a largo plazo de manera eficaz contra la estigmatización y poder reducir el estigma de la enfermedad mental con los pacientes, sus familiares y abarcando a la sociedad general.
- En todas las actividades anteriores integrar la participación activa de los pacientes para brindar testimonios a iguales y familiares que lo requieran, ya que según Mena, Bono, López y Díaz (2010) mencionan que existe en Europa un programa llamado SEE ME con una de las estrategias más completas y reconocidas contra el estigma, este lleva acabo una inmensa actividad para



mostrar a las personas con enfermedad mental de forma positiva. Es por esto que se sugiere que los pacientes psiquiátricos participen en los talleres, campañas y redes sociales ya que se podrá formar y apoyar a las personas con enfermedad mental para que apliquen su experiencia frente a esta, y poder mostrar una vida normalizada. Todos los testimonios de integración y recuperación según el programa, permiten equilibrar la balanza de las informaciones sobre enfermedad mental, habitualmente negativas. No hay que olvidar que las personas con enfermedad mental y sus familias tienen un importante papel que desempeñar, especialmente a través del movimiento asociativo. Adecuadamente entrenados pueden ser fuentes de información y actuar de forma proactiva cuando exista la oportunidad de hacerlo, ya que el contacto con personas que tienen una enfermedad mental puede ayudar a aumentar los efectos de la educación sobre reducción de estigma según menciona Arnaiz y Uriarte (2006). Por lo tanto el contacto podría ser la parte más eficaz de la intervención. El contacto combinado con la educación parece ser el camino más prometedor.

## REFERENCIAS

- Abad, A. A. & Rincón, M. (2010). Evaluación Del Funcionamiento Ocupacional. En *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. (pp. 135-149) Valladolid: FEARP.
- Abelleira, V., C. & Touriño, G., R. (2010). Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. En *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. (pp. 97-108). Valladolid: FEARP.
- Acosta, A. F., Hernández, F. J. & Pereira, M. J. (2009). La adherencia en la esquizofrenia y otras psicosis. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*. 9(1), 29-46.
- Álvarez, V. M. I. & De Montalvo, J. F. (2010). *La familia ante la enfermedad*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR. (2002). Washington, DC: Author.
- Anguiano, J. B., Muñoz, D. P. & Mondragón, E. M. (3era ed.). (2013). Conciencia. En *Introducción a la psicopatología: Una visión actualizada*. (pp. 11-24). Madrid. Medica Panamericana.
- Ardilla, G. S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (1).



- Arkowitz, H. (2002). Toward an integrative perspective on resistance to Change. *Psychotherapy in Practice*, 58(2), 219-227.
- Arnaiz, A. & Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 2, 49-59.
- Asociación Española de Psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNyA). (2009). Recuperado de <http://psiquiatriainfantil.eu/es/actualidad/noticias/recientes.html?start=27>
- Baca, E. B., Carrasco, P. J., Domingo, C. S. & García, C., E. (2002). *Manual de psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica.
- Barrón, A. & Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Revista Investigaciones Psicológicas*, 8, 197-206
- Barrón, L. & Sánchez, M. E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Revista Psicothema*, 13 (1), 17-23
- Bastide, R. (1998). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI.
- Batista, A. C. A. (2001). La Reforma en salud mental en Cataluña: El modelo Catalán. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 79.
- Betta, J., C. (9na Ed.). (2002). *Manual de psiquiatría*. Buenos Aires: Centro editor argentino.



- Brenner (1973) Citado en Feldman, S. (1985). Enfermedad mental y economía. *Bol of Sanity Panam* 98(3).
- Buttiglione, R (1999). *La persona y la familia*. Madrid: biblioteca Palabra
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Carr, A. (2012). *Family therapy: concepts, process and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell
- Castro, R.; Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista Saúde Pública*, 31(4)
- Ciompi, L. (1990). It'die chronicle schizophrenia ein artefakt? Argumente and gegenargumente. *Fortschr. Neurol Psychiart.*, 48, 237-248
- Conthe, P. & Tejerina, F. (2007). Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. *Rev. Esp. De cardio*, 7. 57-66.
- Davison, C., G. & Neale, M., J. (2000). *Psicología de la conducta anormal*. México. Limusa.
- Diario oficial de la Federación. Para La Prestación De Servicios De Salud En Unidades De Atención Integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica. Norma Oficial Mexicana Nom-025-SSA2-1994. México, D.F., 1994.



- Esparza, F. (2011). La no conciencia de enfermedad (Insight) desde el Trabajo Social con enfermos mentales. *Revista de Trabajo Social y acción social*, 49, 262-269.
- Fairlie, A., & Frisancho, D. (1998). Teoría de las interacciones familiares. *Revista de Investigación en Psicología*, 1 (2). 41-74.
- Fantora, A. F. (s.f.). *Trabajando con las familias de las personas con discapacidad*. Recuperado de [www.inn.oea.org](http://www.inn.oea.org)
- Fernández, B. J. & Sánchez, V. M. del C. (2003). *La influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales*. *Intervención Psicosocial*, 12 (1)
- Fernández, E. A. (1995). *Psiquiatría*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Fernández, P. I. (2011). La importancia de la familia en la educación infantil. Recuperado de [www.Eduinnova.es/mar2011familia.pdf](http://www.Eduinnova.es/mar2011familia.pdf)
- Florit, R. A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes De Psicología*. 24(1-3), 223-244.
- Franch, J., Conde, V., Blanco, J. & Medina, G. (2001). El incumplimiento terapéutico: concepto, magnitud, factores relacionados, métodos de detección y medidas de actuación: propuesta de un programa para el hospital de día psiquiátrico. *Revista de Psiquiatría*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/tratamientos/el-incumplimiento-terapeutico->



concepto-magnitud-factores-relacionados-metodos-de-deteccion-y-medidas-de-actuacion-propuesta-de-un-programa-para-el-hospital-de-dia-psiquiatrico/

Freixa, N. M. (1993). *Familia y deficiencia mental*. Salamanca: Amaru Ediciones

García, F. E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. España: Paidós

Gelder, M., Mayou, R. & Geddes, J. (2da ed.). (2000). *Oxford Psiquiatría*. España.

Marban.

Goldstein, A. P. (1986). Métodos para mejorar la relación, en: Kanfer, F. H. &

Goldstein, A. P. (1986). *Cómo ayudar al cambio en Psicoterapia*. Bilbao:

Desdée De Brouwer.

Gómez, R. C. & Parada, B. (2008). Clasificaciones psiquiátricas. En *Psiquiatría*

*clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*.

(pp.1178-181). Bogotá. Medica Panamericana.

Gómez, R. C., Hernández, B. G., Rojas, U. A., Santacruz, O. H. & Uribe, R. U.

(2008). *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes*

*y adultos*. Colombia: Médica panamericana.

González, O. (2006). ¿Tiene sentido la incapacitación de los enfermos mentales?.

*Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 26(98), 225-233.

Gottlieb, H. (2002). Medication non- adherence: finding solutions to a costly medical

problem. *Drug Benefit Trends*, 12(6), 57-62



- Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia. (GEOPTE). (2002). La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr.* 30(5). 312-325.
- Guimón, J., De la Sote, E. & Sartorius, N. (2009). *La gestión de las intervenciones psiquiátricas*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Haffren, B.Q., Karren, K. J., Frandsen, K. J. & Smith, N.L. (2013). *Salud Mental/Corporal: Los efectos de actitudes, emociones y relaciones. (Mind/Body Health: The effects of attitudes, emotions and relationships.)*. Boston: Allyn and Bacon
- Halgin, R. P. & Krauss, S. W. (2004). *Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos*. México: Mc Graw Hill Interamericana
- Hammer, M. (2013). Social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 525-545.
- Haro, J. M., Ochoa, S. & Cabrero, L. (2001). Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*, (29) 2, 103-108.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill Interamericana
- Hoffman, H. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu



- Hogg, M. A., Vaughan, G. M. & Haro, M. M. (5ª Ed.). (2010). *Psicología Social*. España: Médica Panamericana
- Hospitales Chilenos de Corta estadía serán modelo a replicar en México: Soluciones Sustentables en salud Mental. (s. f.) Recuperado el 2 de Septiembre del 2014 del sitio web del CETEP de <http://www.cetep.cl/web/?p=2595>
- Iglesias, C. (2014). *Estigma y enfermedad mental*. Recuperado de <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/PSIQUIATRIA/2013-14/bolonia/Psiq-T11-%20Estigma%20y%20enfermedad%20mental%202014.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2007). *Modelo de atención a personas con enfermedad mental grave*. España: Autor
- Jaramillo, L., Sanchez, R. & Herazo, M. (2011). Factores relacionados con el número de rehospitalizaciones en pacientes psiquiátricos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 14(3). 409-419.
- Jarne, A. & Talarn, A. (2010). *Manual de psicopatología clínica*. España. Herder.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1996). *Manual de psiquiatría en urgencias*. Madrid: Médica Panamericana.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (2000). *Sinopsis de psiquiatría*. Ciencias de la conducta: psiquiatría clínica. Madrid: Medica Panamericana.



- Kolb, L. C. (1992). *Psiquiatría Clínica Moderna*. México: Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana.
- Lara, M., Sánchez, J., Senties, H. & Velázquez, A. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: motivos y contexto institucional. *Revista de psicología de la PUCP*. 18(2), 317-340
- Lawshe C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 28(4), 563-575.
- Leal, F. (2002). *Comprender la enfermedad mental*. España: Universidad de Murcia.
- Lemos, G. S., Vallina, F. O. & Fernández, I. P. (s.f.). *Familia y enfermedad mental: su contribución para la recuperación clínica*. Recuperado de [www.p3-info.es/pdf/Familia\\_y\\_enfermedad\\_mental.pdf](http://www.p3-info.es/pdf/Familia_y_enfermedad_mental.pdf)
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 27(101), 43-83.
- López, R. (s.f.). *Factores Sociales y Enfermedad Mental. Un análisis del primer ingreso en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v8n16/art1.pdf>
- López-Ibor, A. J. J. & Valdés, M. M. (2008). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Elsevier



- Martín, A. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*. 32(3).
- Martín, L. & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Revista Psicología y Salud*, 14 (1), 88-99.
- Martínez, C.J. (1991). *¿Qué hacemos con la familia? (Pareja/Conflicto/Comunicación)*. Madrid: Fe y Secularidad
- Mena, A., Bono, A., López, A. & Díaz, D. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 30(108), 597-611.
- Mesa, C. P. & Rodríguez, T. J. (2007). *Manual de psicopatología general*. España: Pirámide.
- Mesa, C. P. & Rodríguez, T. J. (2007). Psicopatología de la consciencia. En *Manual de psicopatología general*. (pp. 87-95). España. Pirámide.
- Molina, O. S. (2008). Clasificaciones psiquiátricas. En *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. (pp.170-175). Bogotá. Medica Panamericana.
- Montero, P. I. (s.f.). *Salud Mental*. España: Universidad de Valencia



- Moreno, D. P, Estévez, L. J., Moreno, R. J. A. (2010). Indicadores de gestión hospitalaria. *Revista SEDISA, 16*.
- Moreno, P. et al. (2013). *Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Moruno, P. & Romero, D. (2006). *Actividades De La Vida Diaria*. Madrid: Masson.
- Muñoz, M., Pérez, S. E., Crespo, M. & Guillen, A. I. (2006). *Estudio en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Estigma social y enfermedad mental: análisis de las actitudes de rechazo social y estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental grave y crónica*. Recuperado de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=724](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=724)
- Murcia, R., L. & Posada, P., G. (2008). Terapia ocupacional en salud mental. En *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. (pp.677- 685). Colombia: Medica Panamericana.
- Norma oficial de la Federación. Para La Prestación De Servicios De Salud En Unidades De Atención Integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2012. México. D.F., 2012.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). *Informe de la salud en el mundo 1000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2000/es/>



Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.*

Recuperado de <http://www.who.int/whr/2001/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Alerta sobre riesgos de incumplimiento del tratamiento médico.* Recuperado de [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción.* Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>

Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992

Ortega, A, O. (2012) ¿Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría? Un estudio de reingresos en una unidad de corta estancia. Recuperado de <http://invenio2.unizar.es/record/8593/files/TAZ-TFM-2012-610.pdf>

Ortuno, S. F. (2009). *Lecciones de Psiquiatría.* Madrid, España: Médica Panamericana.

Pacheco, B. & Aránguiz, C. (2011). Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. *Revista chilena neuro-psiquiatría.* 49 (1), 69-78.



- Pacheco, B. G. (2010). Modelo de vulnerabilidad en salud mental. Recuperado de [Salud-conocimientos.com.ve](http://Salud-conocimientos.com.ve)
- Paredes, M. V. M., Jiménez, T. G. & Vázquez, E. M.F. (2012). Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Revista especializada en ciencias de la salud*, 15 (2): 88-92
- Pastor, A., Blanco, A. & Navarro, D. (2010). El enfermo mental con discapacidades psicosociales. En *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. (pp.77-94). Madrid: Síntesis.
- Pastor, A., Blanco, A. & Navarro, D. (2010). *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Síntesis
- Pedercen, C. B. & Mortensen, P. (2001). Evidencia de la relación dosis-respuesta entre la urbanidad y el riesgo de esquizofrenia durante la crianza. *Archivo General de Psiquiatría*, 58 (11).
- Pitonyak, D. (2004). *La importancia de pertenecer*. Recuperado de [www.dimage.com](http://www.dimage.com)
- Polonio, B., Durante, P. & Noya B. (2001). *Conceptos Fundamentales De Terapia Ocupacional*. Madrid: Medica Panamericana.
- Ramos, B. A. (2010). *Stop al estigma de la salud mental*. España: Club Universitario



- Real Academia Española. (23<sup>a</sup> ed.). (2014). Diccionario de la Lengua Española. Recuperado en <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>
- Restrepo, M., Mora, L. & Cortés, A. (2007). Voces del estigma, Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*. 48(3), 207-220.
- Robles, R., Medina, R., Páez, F. & Becerra, B. (2010). Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves. *Salud Mental*, 33(1), 67-75.
- Roca, M., Cañas, F., Olivares, J., Rodríguez, A. & Giner, J. (2007). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consejo Clínico Español. *Actas Esp. Psiquiatría*. 35. (1).
- Rubio, G. (2001). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Médica Panamericana
- Sajatovic M., Velligan D., Weiden P., Valenstein M. & Ogedegbe. (2010). Measurement of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res*. Prensa.
- Silva, G., Galeano, E. & Correa. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*. 3 (4), 268-273.
- Stem, F. A. (2005). *El estigma y la discriminación: ciudadanos estigmatizados, sociedades lujuriosas*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc



- Stuart, H.; Arboleda-Flores, J. & Sartorius, N. (2005). Stigma and mental disorders: International perspectives. *World Psychiatry*, 4 (1), 5-62
- Suarez, R. M. (3era. Ed.). (2006). *Introducción a la psiquiatría*. Argentina. Polemos.
- Talavera, V. M. A. (2004). Terapia Ocupacional En Las Unidades De Hospitalización Breve. El Encuentro De Las Ocupaciones. Recuperado de [http://www.terapiaocupacional.com/articulos/TO\\_unidades\\_hospitalizacion\\_breve.html](http://www.terapiaocupacional.com/articulos/TO_unidades_hospitalizacion_breve.html)
- Toro, T. J. & Ezpeleta, L. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Pirámide
- Torres, J. & Lara, M. (2002). Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve para pacientes de consulta externa psiquiátrica. *Salud mental*. 25(6), 27-34.
- Tristán, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*. 6, 37-48.
- Unidad de corta estancia. (2012). Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Procesos de la unidad de corta estancia. Recuperado de [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270459-PROCESO\\_AGUDOS.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270459-PROCESO_AGUDOS.pdf)



- Valencia, M., Rascón, M. L., Otero, B. R. & Ryan, P. (1987). Descripción de la conducta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Portal de Revistas Científicas en Ciencias de la Salud*. (10) 3.
- Vallejo, R. J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. España: Elsevier
- Vázquez, B. J., Carulla, L. S., Vázquez, B., (2012). Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas especiales de Psiquiatría*, 40, (6).
- Villaseñor, B. S.J., Baenaz, A., Virgen, M. R., Aceves, P. M., Moreno, B. M. & González, R. I. (2003). *Revista de Neuropsiquiatría*, 66, 185-194
- Weiden P. & (2005). Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull*; 21 (3), 419- 429.
- Woolis, R. (2010). *Cuando un ser querido sufre una enfermedad mental: un manual para familiares, amigos y cuidadores*. EUA: Universe.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN ESCALA DE FACTORES DE RIESGO PARA EL REINGRESO A HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA**

#### **Unidad de análisis**

De acuerdo a los objetivos de esta investigación, la unidad de análisis está formada por psicólogos y psiquiatras del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y psicólogos de la Facultad de Estudios superiores Zaragoza.

#### **Muestra**

Se eligieron 10 jueces tomando en cuenta su experiencia en la aplicación y manejo de instrumentos psicológicos, investigaciones, publicaciones, posición laboral, experiencia, premios, disponibilidad y motivación para participar, imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad.



En la siguiente tabla se presentan las características demográficas de los directivos:

<i>Formación académica</i>	<i>Áreas de experiencia profesional</i>	<i>Cargo actual</i>	<i>Institución</i>
<i>Lic. En psicología</i>	Psicología Clínica, Legal, Psicoterapia, Administración.	Jefa de Servicio de Rehabilitación	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
<i>Médico especialista en Psiquiatría</i>	Clínica, Académico, Investigación	Jefe de Servicio y Profesor titular de nivel superior	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
<i>Lic. En Psicología</i>	Psicología clínica	Psicóloga clínica	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
<i>Lic. En Psicología</i>	Psicología clínica y laboral	Asesoría psicológica	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
<i>Lic. En Psicología y Maestro en Psicoterapia Cognitivo Conductual</i>	Docente y Psicoterapeuta cognitivo conductual	Coordinador del servicio de Rehabilitación	Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
<i>Lic. En Psicología, especialista en Psicogeriatría y Neuropsicología</i>	Psicología clínica	Psicólogo clínica	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
<i>Lic. En Psicología, maestro en Psicobiología y doctor en lingüística</i>	Neuropsicología del lenguaje y conciencia.	Profesor de nivel superior del área de Neuropsicología del lenguaje	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM).
<i>Lic. En Psicología y especialista en Psicología clínica</i>	Psicología clínica.	Psicólogo clínica	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
<i>Lic. En Psicología</i>	Psicología educativa, clínica y experimental.	Académico de nivel superior	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)
<i>Médico especialista en Psiquiatría</i>	Clínica, Académico, Investigación	Psicoterapia clínica en área de rehabilitación.	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez



## **Procedimiento metodológico**

A continuación se describirán los procedimientos empleados para la elaboración y validación de la “Escala de Factores de riesgo para el reingreso a Hospitalización en pacientes psiquiátricos”.

### ***Primera etapa: revisión, selección y adaptación de dimensiones, criterios y descriptores.***

Para la elaboración de la escala se tomó como base el Marco teórico de la investigación de tesis “Factores que influyen en el reingreso hospitalario de pacientes al Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”. Se procedió a elegir los criterios con los que contaría cada dimensión propuesta, así como también los ítems o descriptores más adecuados para la investigación.

### ***Segunda etapa: Elaboración y revisión de la escala.***

En esa etapa se realiza la escala de medición la cual ya ha quedado compuesta por 6 dimensiones o factores a evaluar: Adherencia al tratamiento, Corta estancia hospitalaria, Conciencia de enfermedad, Funcionamiento ocupacional, Apoyo familiar y social y Estigma hacia la enfermedad mental. La escala cuenta con 48 ítems. Después de elegir 10 jueces expertos, se les presentó el instrumento para que realizaran un análisis cualitativo y aportaran sugerencias para posteriores modificaciones, tomando en cuenta las siguientes categorías: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia de los ítems, esto, dentro de una plantilla que previamente se les entregó. Mostrada a continuación.



---

## PLANTILLA JUICIO DE EXPERTOS

Respetado juez: Tomando en cuenta su formación académica y reconocimiento en el área de la Salud Mental, solicitamos su experiencia en apoyo para validar el contenido del instrumento “Escala de factores de riesgo para el reingreso a hospitalización en pacientes psiquiátricos” como parte de la investigación “Factores que influyen en el reingreso hospitalario de pacientes psiquiátricos al Fray Bernardino Álvarez”. La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente; aportando tanto el área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

NOMBRE DEL JUEZ: \_\_\_\_\_.

FORMACIÓN ACADÉMICA: \_\_\_\_\_.

ÁREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_.

TIEMPO: \_\_\_\_\_. CARGO ACTUAL: \_\_\_\_\_.

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_.



De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
<p><b>SUFICIENCIA</b> Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No cumple con el criterio</li> <li>2. Bajo nivel</li> <li>3. Moderado Nivel</li> <li>4. Alto nivel</li> </ol>	<p>Los ítems no son suficientes para medir la dimensión. Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total. Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente. Los ítems son suficientes.</p>
<p><b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No cumple con el criterio</li> <li>2. Bajo nivel</li> <li>3. Moderado Nivel</li> <li>4. Alto nivel</li> </ol>	<p>El ítem no es claro. El ítem requiere bastantes o una modificación grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por el orden de las mismas. Se requiere una modificación muy específica de alguno de los términos del ítem. El ítem es claro, tiene sintaxis y semántica adecuada.</p>
<p><b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No cumple con el criterio</li> <li>2. Bajo nivel</li> <li>3. Moderado Nivel</li> <li>4. Alto nivel</li> </ol>	<p>El ítem no tiene relación lógica con la dimensión. El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión. El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo. El ítem se encuentra totalmente relacionado con la dimensión que está midiendo.</p>
<p><b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No cumple con el criterio</li> <li>2. Bajo nivel</li> <li>3. Moderado Nivel</li> <li>4. Alto nivel</li> </ol>	<p>El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión. El ítem tiene alguna relevancia pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste. El ítem es relativamente importante. El ítem es muy relevante y debe ser incluido.</p>



¿Hay alguna dimensión que hace parte del constructo y no fue evaluada? ¿Cuál?

---

---

---

DIMENSIÓN	ITEM	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES



A todos los jueces expertos se les entrenó explicándoles el contexto de la escala, brindándoles información que requerían para el análisis y se les permitió a la discusión.

Se agregó como propuesta de los jueces expertos un reactivo dentro de la ficha demográfica del instrumento (Medicamentos que toma) ya que lo consideraron relevante para la dimensión adherencia al tratamiento.

También se eliminaron 5 ítems por dimensión, los expertos concluyeron que dadas las características de la población, aplicarles una escala de 48 ítems resultaba exhaustivo para los pacientes. Con estas modificaciones, el instrumento mantuvo sus 6 dimensiones, con 3 reactivos cada uno dando un total de 18 ítems. Para las respuestas se utilizó el escalamiento tipo Likert con cinco categorías: Siempre (5), Casi siempre (4), A veces (3), Casi nunca (2) y Nunca (1).

### ***Tercera etapa: Análisis del instrumento***

Una vez modificado el instrumento con las previas observaciones y sugerencias de los expertos, se les entrega nuevamente la escala con una plantilla que incluye pautas y criterios para evaluar de 1 a 4 la pertinencia de acuerdo a las categorías mencionadas anteriormente. Posteriormente se realiza un análisis de acuerdo a las 3 categorías propuestas por Lawshe (1975) para clasificar la opinión de los expertos: Esencial, Útil pero no necesario y No necesario. Una vez que se ha clasificado las calificaciones de las plantillas de todos los expertos en estas 3 categorías, se determinó el número de coincidencias en la categoría Esencial, obteniéndose grandes acuerdos entre los jueces. Todos los ítems obtuvieron una buena validez de contenido, ya que más del 50% se aceptaron. Para determinar la validez de contenido, a través del juicio de expertos, se utilizó la fórmula de Lawshe, quien establece un valor mínimo de razón de validez de 0.62 con diez expertos, para asegurar que sea improbable que el acuerdo se deba al azar.



<i>ítem</i>	Esencial	Útil pero no necesario	No necesario	CVR	Acceptable
1	10			1	•
2	10			1	•
3	10			1	•
4	10			1	•
5	10			1	•
6	10			1	•
7	10			1	•
8	10			1	•
9	9	1		0.8	•
10	10			1	•
11	10			1	•
12	10			1	•
13	10			1	•
14	10			1	•
15	10			1	•
16	10			1	•
17	10			1	•
18	10			1	•

IVC=.98

Figura 1. Cálculo de CVR y CVI

Se obtuvo un IVC (Índice de Validez de Contenido) de .98 y en esta etapa no hubo necesidad de eliminar ítems.

Obsérvese que no se rechaza ningún ítem, inclusive el ítem 9 es aceptado debido a que su puntaje supera el mínimo establecido por Lawshe (1975), ya que todos muestran un consenso unánime.



La figura 2 muestra los valores promedio de CVR del banco de ítems:

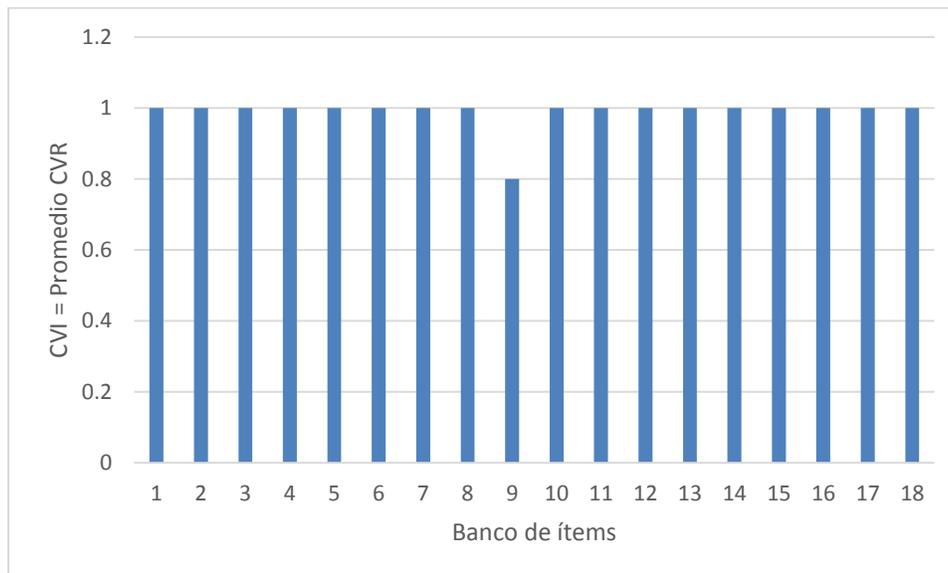


Figura 2. Índice de Validez de contenido de la prueba "Escala de factores de riesgo para el reingreso hospitalario de pacientes psiquiátricos".

Se arrojaron valores mayores a .58 en el valor promedio de CVR, por lo cual se puede afirmar que la escala tiene una validez de contenido aceptable, de acuerdo con los especialistas que participaron en el panel de expertos.



## ANEXO 2

### ESCALA DE FACTORES DE RIESGO PARA EL REINGRESO A HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Ingesta de sustancias adictivas:**

Alcohol ( ) Drogas Ilegales ( ) Tabaco ( )

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ **No. De ingresos:** \_\_\_\_\_.

**Medicamentos que toma:** \_\_\_\_\_.

*A continuación se le presentarán una serie de oraciones con 5 opciones de respuesta cada una. Marque con una X la opción que más se acerque a su situación personal. Los datos anotados en este cuestionario son totalmente confidenciales.*

1.- Tomo mis medicamentos en las dosis y los horarios que me indicó el médico

**Siempre** ( ) **Casi siempre** ( ) **A veces** ( ) **Casi Nunca** ( ) **Nunca** ( )

2.- Entiendo que tengo una enfermedad mental que requiere atención psiquiátrica

**Siempre** ( ) **Casi siempre** ( ) **A veces** ( ) **Casi Nunca** ( ) **Nunca** ( )

3.- Cuando estoy fuera del hospital hago ejercicio, visito lugares nuevos, asisto a cursos y talleres, tengo un trabajo y soy responsable de mi persona.

**Siempre** ( ) **Casi siempre** ( ) **A veces** ( ) **Casi Nunca** ( ) **Nunca** ( )

4.- Mi familia me apoya económicamente cuando lo necesito

**Siempre** ( ) **Casi siempre** ( ) **A veces** ( ) **Casi Nunca** ( ) **Nunca** ( )

5.- Estar hospitalizado de 15 a 30 días son suficientes para que logre estabilizarme y pueda continuar con mis actividades cotidianas.

**Siempre** ( ) **Casi siempre** ( ) **A veces** ( ) **Casi Nunca** ( ) **Nunca** ( )

6.- Me alejé de mis amigos cuando supe que tenía una enfermedad mental porque pensé que me rechazarían

**Siempre** ( ) **Casi siempre** ( ) **A veces** ( ) **Casi Nunca** ( ) **Nunca** ( )



7.- Asisto a las consultas programadas por mi psiquiatra

**Siempre** ( )    **Casi siempre** ( )    **A veces** ( )    **Casi Nunca** ( )    **Nunca** ( )

8.- Aceptar la hospitalización es una forma de colaborar en la recuperación de mi salud mental

**Siempre** ( )    **Casi siempre** ( )    **A veces** ( )    **Casi Nunca** ( )    **Nunca** ( )

9.- Mi familia es la responsable de mantenerme y comprarme los medicamentos porque tengo una enfermedad mental

**Siempre** ( )    **Casi siempre** ( )    **A veces** ( )    **Casi Nunca** ( )    **Nunca** ( )

10.- Platico con mi familia, intercambiamos ideas, nos respetamos, nos damos consejos y nos ayudamos cuando algún miembro lo necesita

**Siempre** ( )    **Casi siempre** ( )    **A veces** ( )    **Casi Nunca** ( )    **Nunca** ( )

11.- Considero que estar hospitalizado de 15 a 30 días es adecuado cuando tengo una recaída o una crisis

**Siempre** ( )    **Casi siempre** ( )    **A veces** ( )    **Casi Nunca** ( )    **Nunca** ( )

12.- Mis conocidos, familiares y amigos se han alejado de mí por tener una enfermedad mental

**Siempre** ( )    **Casi siempre** ( )    **A veces** ( )    **Casi Nunca** ( )    **Nunca** ( )

13.- Puedo comprar los medicamentos y tomarlos como me los recetan

**Siempre** ( )    **Casi siempre** ( )    **A veces** ( )    **Casi Nunca** ( )    **Nunca** ( )

14.- Entiendo y acepto que necesito tomar medicamentos para controlar mi enfermedad mental

**Siempre** ( )    **Casi siempre** ( )    **A veces** ( )    **Casi Nunca** ( )    **Nunca** ( )

15.- Colaboro en los quehaceres del hogar, como cocinar, limpiar, escombrar o hacer las compras

**Siempre** ( )    **Casi siempre** ( )    **A veces** ( )    **Casi Nunca** ( )    **Nunca** ( )

16.- Tengo amigos en los que confío y no se alejaron de mi por tener una enfermedad mental

**Siempre** ( )    **Casi siempre** ( )    **A veces** ( )    **Casi Nunca** ( )    **Nunca** ( )



---

17.- Considero que estar más de 30 días en hospitalización ayuda a tener una mejor recuperación de mi enfermedad mental

**Siempre** ( )    **Casi siempre** ( )    **A veces** ( )    **Casi Nunca** ( )    **Nunca** ( )

18.- He sido despedido de un trabajo o no logro conseguir un trabajo por tener una enfermedad mental

**Siempre** ( )    **Casi siempre** ( )    **A veces** ( )    **Casi Nunca** ( )    **Nunca** ( )

**Comentarios:**

---

---

---

**Muchas gracias por su cooperación.**