



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

Desempeño del referente que acompaña al usuario psicótico en el interior del país

Integrantes:

Costa, Alejandra
Deus, Elías
Fernández, Jorge
Machín, Mauro
Vaz, Ángela

Docentes:

Prof. Agdo. Mg. Álvaro Díaz
Prof. Ayte. Lic. José Medina
Prof. Lic. Enf. Mariela Gras

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

Montevideo, 2013

El desempeño del referente que acompaña al usuario psicótico en una ciudad del Interior del País, usando como Modelo de enfermería la teoría de Sor Callista Roy.

Índice

- Resumen	4
- Introducción	5
- Metodología y procedimientos básico	7
- Marco teórico	9
- Presentación de Datos	18
- Análisis	35
- Conclusión	37
- Sugerencias	38
- Glosario	39
- Bibliografía	40
- Anexos	41

Resumen

El Trabajo Final de Investigación pretende conocer el desempeño del referente terapéutico y detectar si la tarea que realiza es efectiva, tanto en la atención, contención, tratamiento, rehabilitación y reinserción del usuario psicótico, evitando de esa manera la descompensación y los posibles reingresos hospitalarios.

La investigación se llevó a cabo en el periodo correspondiente al mes de agosto –setiembre de 2013, con los referentes que acompañan al usuario con diagnóstico psicótico, en la ciudad del interior del país. La fuente de datos es el referente y la historia clínica de los usuarios. El tipo de instrumento utilizado son encuestas elaboradas por el grupo de estudiantes.

De la muestra de 38 usuarios se logro realizar 22 encuestas a los referentes terapéuticos, debido a que 6, no se encontraban en el lugar en el momento de la visita (en más de una oportunidad) y 10 de ellos no contaban con un referente terapéutico.

En esta Investigación, se lograron los objetivos planteados, conocer el desempeño del referente que acompaña al usuario psicótico en el interior del país, siendo este satisfactorio ya que el mayor porcentaje colabora a tener al usuario en el medio, cumpliendo con el tratamiento farmacológico administrándolo en tiempo y forma, conociendo los signos y síntomas de alarma, estando en contacto la mayor parte del tiempo posible y estimularlo cumpliendo con el control médico.

Esto se contrapone en cuanto al conocimiento de la medicación administrada, desconocen el efecto real de las mismas y sus reacciones adversas, a su vez desconocen la importancia de la realización de actividades lúdicas, aumentando el aislamiento social, y a consecuencia no estimulan dichas actividades debido a los posibles conflictos que desencadena discutir con el mismo.

Introducción

El Trabajo Final de Investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, cursando el trabajo final de investigación de la Licenciatura en Enfermería perteneciendo a la Cátedra de Enfermería en Salud Mental.

La investigación se llevo a cabo los días correspondientes al mes de agosto-setiembre de 2013 con los referentes que acompañan a el usuario con diagnostico psicótico en una Ciudad del Interior del País.

Esta inquietud surgió a partir de que el grupo visualizo en un Hospital Psiquiátrico referente en la ciudad de Montevideo, una gran cantidad de reingresos de usuarios. Lo que a nuestro entender es un problema muy importante, ya que esto genera una disminución de la calidad de vida del usuario y la familia, así mismo produce un agravio de la patología establecida, uso de recursos de la Institución que podrían ser destinados a otros usuarios, y el gasto que implica comenzar nuevamente un proceso de rehabilitación, dejando como perdidos todos aquellos usados anteriormente.

También se pudo apreciar que un gran porcentaje de usuarios no presentaba acompañamiento familiar en el momento de su internación.

Dicha institución no puede cubrir el 100 % de las familias de usuarios psicóticos realizándoles la visita domiciliaria, donde se obtiene un acercamiento más íntimo y oportuno en su lugar de residencia.

En la Ciudad del Interior del País, un centro referente de la zona, realiza la visita domiciliaria y el usuario es derivado al Primer Nivel de Atención en el mismo contexto de atención, obteniendo un cuidado integral entorno-familia-usuario, donde enfermería logra agudizar la observación y visualizar al mismo en su cotidianidad.

Teniendo en cuenta estas dos situaciones, la gran inquietud que se presentó en la interna del equipo, fue conocer cómo incide la familia en el abordaje terapéutico, rehabilitación y evolución del usuario psicótico, y si la misma se encuentra capacitada para brindar cuidados a un usuario portador de dicha patología, donde juegan sentimientos, principios y valores que muchas veces son contraproducentes al objetivo del tratamiento.

Considerando importante que el referente y familiar esté informado en cuanto al comportamiento del usuario, la ausencia de conciencia mórbida, se decidió realizar la presente investigación, interviniendo en el núcleo familiar y valorando todos aquellos aspectos que nos brindan la información necesaria para actuar oportunamente, apuntando a la prevención de los reingresos.

A esto le sumamos que no se encontró estudios hechos en Uruguay para conocer el desarrollo y el rol del referente en usuarios con psicosis y eso despierta aun más la inquietud del grupo para conocer dicha situación.

Se quiere conocer la modalidad del servicio y la eficacia de solución.

¿Que se quiere decir con esto? Conocer como se desempeña el referente terapéutico y detectar si la tarea que realiza es efectiva, tanto en la atención, contención, tratamiento, rehabilitación y reinserción del usuario psicótico, evitando de esa manera la descompensación y los posibles reingresos hospitalarios.

No se encontraron estudios estadísticos realizados sobre el tema, en nuestro País, si en el exterior los cuales hacen referencia a la mejoría en la calidad de vida del usuario, agudizando los síntomas y disminuyendo los reingresos hospitalarios.

Estos estudios afirman que el tratamiento es adecuado y los reingresos disminuyen donde el usuario cuenta con la presencia del referente terapéutico. En otros países existen capacitaciones especializadas para familiares y referentes, para poder afrontar mejor la patología y evitar así re hospitalizaciones.

Los estudios demuestran interés y compromiso por parte del referente en el cumplimiento de su rol, y esto se ve reflejado en la evolución favorable del usuario, la cual revela menor índice de hospitalizaciones, adherencia al tratamiento, mejor relacionamiento interpersonal.

De esta manera, la atención brindada por el servicio de salud, se ve favorecida en la calidad de atención, ya que entre el usuario y el equipo de salud existe una persona la cual está capacitada teniendo las condiciones de recibir tanto las explicaciones medicas como así también conocer lo signos y síntomas de alerta del usuario. Por lo cual estos afirman la importancia de poseer y contar con un referente del usuario.

En lo que respecta al nuestro estudio y muestra, en el Interior del País, en un Centro Psiquiátrico de Referencia, realizan la visita domiciliaria, la cual la accesibilidad en dicho centro es posible. Pudiendo abordar al referente sin dificultad.

Por lo tanto el objetivo es identificar el conocimiento de rol del referente en el tratamiento del usuario psicótico en su hogar de residencia, usando el Modelo de enfermería de Sor Callista Roy y los objetivos específicos son caracterizar socio demográficamente a la población, identificar al referente terapéutico que lo acompaña en su rehabilitación e inserción social, identificar los conocimientos del referente terapéutico, identificar el nivel sociocultural que posee el referente terapéutico y conocer el ambiente familiar e impacto de la enfermedad sobre esta.

Diseño metodológico

Estudio cualitativo de corte transversal.

Dicha investigación se llevó a cabo en un Centro Psiquiátrico de Referencia en una Ciudad del Interior, a través de la visita domiciliaria coordinada en conjunto con el equipo interdisciplinario, donde el universo son todos los referentes del usuario psicótico que se atiende en dicho centro, que viven en esa ciudad, la muestra está constituida por los referentes de los usuarios mayores de 15 años, con diagnóstico psicótico, que residen en la zona en un radio no mayor a 5 kilómetros de distancia.

La unidad de análisis es el referente terapéutico que acompaña al usuario psicótico, la fuente de datos es el referente y historia clínica de los usuarios. El tipo de instrumento utilizado son encuestas elaboradas por el grupo de estudiantes.

Las variables a utilizar con el referente son; número de integrantes de la familia, parentesco familiar, edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, conocimiento de la patología y tratamiento, signos y síntomas de alarma, horas de contacto con el usuario, horas fuera del hogar, administración de medicamentos, efectos adversos, consultas médicas, internaciones.

Criterios de inclusión a la muestra:

- Usuarios de ambos sexo.
- Mayores de 15 años.
- Que viven en su hogar.
- Que tienen familia.
- Con diagnóstico de psicosis.
- Que acepten ser encuestados.

Criterios de exclusión a la muestra:

- Residentes que viven a más de 5km del centro Psiquiátrico.
- Que se encuentren descompensados.
- Usuarios que no cuenten con referente terapéutico.

Marco teórico:

Proceso Salud – Enfermedad

Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en el que el hombre se encuentra. En este proceso, el hombre tiene distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en la que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurada por el estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y el equipo de salud, promoviendo la autogestión de grupos.

Salud Mental

“La salud mental es la actitud de vida y la aptitud para afrontar y adaptarse a las repetidas situaciones estresantes, adversas y también satisfactorias o gratificantes de la vida, de un modo aceptable”.

“Estado de relativo equilibrio en integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración progredientes; con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social”.¹

¹ Garay M., Tuzzo R., Díaz A., Emergencias Emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención, 2° tomo, Montevideo, FEFMUR 2006. *Facultad de Enfermería.UDELAR.*
Vicente Galli, 1986

Enfermería

Es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de las personas, familias y comunidad. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.

Enfermería en Salud Mental

“Consideramos el cuidado de la salud mental como el conjunto de actividades basadas en un campo variado de conocimientos culturales y científicos, destinadas a promover, proteger y restablecer la salud mental de las personas y grupos humanos”.

“Toda actividad llevada a cabo por enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería participantes de equipos interdisciplinarios con la responsabilidad de realizar el cuidado de personas, familias y grupos de la comunidad que:

Se encuentren en riesgo de enfermar, ya sea por la etapa del ciclo vital, como por las condiciones de vida

Se encuentren en situación de crisis, siendo necesario, no sólo prevenir el desarrollo de la enfermedad mental, sino también que se resuelva la crisis, partiendo de la situación traumática hacia el logro de la superación

Se encuentren enfermos y los esfuerzos en recuperación y rehabilitación contribuyan al logro de su más plena participación en la vida familiar y comunitaria, disminuyendo los factores de cronicidad.”²

² Facultad de Enfermería.UDELAR

Meliá S., *Enfermería en Salud Mental*, Montevideo, FEFMUR, 2005

Rol de Enfermería en Salud Mental

Es la conducta que permite desde la enfermería llevar a cabo tareas específicas, para colaborar en el desarrollo de una calidad de vida, fomentando la prevención de descompensaciones y favorecer una reinserción en la comunidad.

Las acciones principales son las de establecer una relación terapéutica con el paciente y familia, valoración integral de los sistemas para elaborar un plan de cuidados particular para cada usuario. Lograr adherencia al tratamiento, orientar al paciente y familia.

Atender las necesidades propias de la salud mental como lo son: seguridad, comunicación, realización de actividades lúdicas, capacidad de realizarse y adquirir conocimientos.

Redes de Soporte Social

Es una organización participativa de la población, grupos y modos de intervención social e institucional que posibilita respuestas novedosas a problemas y necesidades., potenciando los recursos existentes, toda red debe estar conectada con otra red.

Referente

Mención a persona que hace referencia o refleja relación a algo, el termino es utilizado para nombrar a quien sobresale y es por lo tanto, un exponente dentro de un determinado ámbito.³

Adherencia al tratamiento

Actualmente se prefiere el término «adherencia», definido como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente, Por tanto, resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas

³ *Definición de/referente/
Información fármaco terapéutica de la Comarca*

Promoción de la Salud

Es la suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

- Promover en la vida cotidiana
- Dirigir las acciones hacia las causalidades básicas de la pérdida de la salud
- Utilizar herramientas como educación, información, desarrollo y organización comunitaria, defensa de la salud y legislación
- Dependerá especialmente de la participación de la población
- Los profesionales de la salud, especialmente los que trabajen en atención primaria, tiene un papel muy importante en el desarrollo de la promoción de la salud y que se cumplan sus objetivos.

Niveles de Prevención

La prevención consiste en métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de enfermedades, sus consecuencias o secuelas así como la eliminación de los factores de riesgo presentes en el ambiente.

- *Prevención primaria:* Son todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos. Consiste en promover la salud y protección específica.
- *Prevención secundaria:* Son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en la población, reduciendo la evolución y la duración de la misma. Consiste en la detección precoz y tratamiento oportuno.
- *Prevención terciaria:* Son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas de una población, reduciendo la invalidez consecutivas a la enfermedad.⁴

⁴ OPS-OMS

Visita domiciliaria:

“La visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas.”

Familia:

La ONU ha definido la familia como “grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos”...“una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable, y que viven en un mismo hogar”...“una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo, pero que responde a la clase social a la que pertenece, esto significa que la participación de sus miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social”...Borsotti señala que: “ sólo es posible dar cuenta de las condiciones de existencia y de transformación de una unidad familiar cuando se especifica el marco social en que existe dicha unidad y se establecen las conexiones de sentido entre familia y sociedad. Por último, la concepción sistémica de la institución familiar la contempla como un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en donde cada uno de sus integrantes interactúan como micro grupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad”.⁵

"La familia como un sistema abierto consiste en individuos y subsistemas que interactúan con la comunidad, sociedad y el sistema de cuidados de salud en su intento de mantener la homeostasis y salud de sus miembros."

“La familia es un contexto social de dos o más personas caracterizadas por el mutuo vínculo, cuidado, compromiso de largo plazo y responsabilidad de proveer el crecimiento personal, relaciones de apoyo, salud para sus

⁵ Roca y Úbeda

miembros y la unidad y el mantenimiento de la organización del sistema durante el constante cambio individual, familiar y social”

Psicosis:

Tradicionalmente se define a la psicosis como una pérdida del sentido o del juicio de la realidad, con una alteración en la actividad mental, caracterizándose por la existencia de alucinaciones y delirios.

Según la OMS, “la psicosis es un trastorno mental en el cual el deterioro de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad”.

No debe aplicarse el término psicosis a las distorsiones mínimas de la realidad que alteren el juicio de la misma, como lo que sucede en las personas depresivas que se subestiman.

Algunos autores distinguen las psicosis orgánicas y las psicosis funcionales. Las orgánicas son aquellas que se producen secundariamente a una enfermedad orgánica de base, como sucede en las demencias y las psicosis por sustancias tóxicas. En las psicosis funcionales, no se conocen con exactitud las causas desencadenantes del cuadro, involucrándose factores genéticos, sociales y hereditarios.

Cuando un miembro de la familia enferma, se altera la vida normal y por lo tanto la convivencia entre los integrantes también se ve alterada, por esto es importante la información y la comprensión de la enfermedad que el individuo padece, así, a nuestro entender, se lograra mantener el equilibrio familiar y sobreponerse al proceso salud-enfermedad que se está atravesando.

No se niega que la situación desborda a la familia, generalmente no se quiere aceptar el hecho, expresando mensajes verbales y no verbales plagados de angustia, de dolor, aparecen reproches mutuos entre los familiares, ya no consiguen dormir adecuadamente, se deja de hacer la normal actividad social, y en general hay un deterioro en la vida normal y un deterioro de la familia como unidad. Esta situación provoca unas series de crisis que hay que afrontar de una manera práctica, ya que de otra forma está condenada la familia a precipitarse en un caos generalizado y lo más importante, no poder

cuidar a este integrante de la familia que lo necesita, no lograr que esta parte de la familia mantenga una adecuada calidad de vida.

Lo más importante es reconocer los síntomas de la enfermedad y saber cómo actuar en las diferentes situaciones que se nos pueden presentar.

- *“Tener la máxima información posible de la enfermedad y no quedarse nunca con ninguna duda, ni de la enfermedad ni de los tratamientos aplicados.*
- *Sintonizar con el médico lo más posible, es decir, colaborar a que entre usuario y familia exista un ambiente cordial.*
- *Evitar el aislamiento, participar en reuniones, grupos de excursiones y cuantos acontecimientos sean cotidianos; "la soledad solo aumenta la angustia y no conduce a nada positivo".*
- *Fijarse objetivos modestos con el usuario, vale más que apruebe una asignatura o escriba una página, a que no haga nada. Evitar el enfrentamiento directo con el usuario (salvo caso de gravedad), y para ello, si es preciso, recurrir a terceras personas.*
- *Nunca eludir con el paciente el diálogo sobre aquello que le preocupa, manifestándole en todo momento, con veracidad qué es lo que padece aunque parezca que no lo entiende.”⁶*

Esto así escrito, algo tan simple o tan cotidiano para un profesional de la salud que se encuentra desarrollando actividades, ¿es conocido por los familiares de los usuarios que presentan esta enfermedad? Miremos el primer párrafo, habla de tener la mayor cantidad información sobre la enfermedad del usuario, del tratamiento, de la medicación; ¿es ésta la realidad de las familias que tienen a su cuidado un usuario con estas características? ¿Realmente poseen la información necesaria para llevar a cabo los cuidados que el usuario necesita? ¿Ayudan al usuario enfermo, colaboran en su tratamiento y ayudan a mejorar su calidad de vida?

⁶ Martha Craft
www.latinsalud.com

Modelo de enfermería

Sor Callista Roy

Define a la enfermería en términos generales como "un sistema de conocimiento teórico que ordena un proceso de análisis y actividad relacionado con la asistencia de la persona enferma o potencialmente enferma"

Roy diferencia la enfermería como ciencia de la enfermería disciplina profesional.

La ciencia "es un sistema de conocimiento en desarrollo acerca de las personas, que observa, clasifica y relaciona los procesos por medio de los cuales las personas afectan positivamente su estado de salud".

La disciplina profesional es "el cuerpo de conocimiento científico acerca de la enfermería, utilizado con el propósito de proporcionar un servicio esencial a la gente, es decir, de promover la capacidad de afectar positivamente la salud".

Una persona es un "ser bio-psico-social en constante interacción con un entorno cambiante".

Roy definió a la persona, el receptor de la asistencia de enfermería, como un sistema vivo, complejo, adaptativo, con procesos internos (el subsistema cognitivo y el regulador) que actúan para mantener la adaptación en los cuatro modos de adaptación (necesidades fisiológicas, auto concepto, rol e interdependencia).

La persona, como sistema vivo, es "una totalidad constituida por partes o subsistemas que funcionan como una unidad con algún objetivo"

Salud

Es "un estado y un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total. La pérdida de la integración representa la pérdida de la salud"

Roy extrae esta definición a partir del razonamiento de que la adaptación es un proceso que promueve la integridad fisiológica, psicológica y social, y que esta integridad lleva implícito un estado intacto que conduce a la totalidad o a la unidad.

Entorno

El entorno está constituido por "todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y comportamiento de las personas o de los grupos".

El entorno es la información que entra en la persona como sistema adaptativo que conlleva factores internos y externos. Cualquier modificación del entorno exige aumentar la energía para adaptarse a la situación.⁷

⁷ <http://www.enfermero.cl> – enfermeras teóricas

Presentación de Datos:

Tabla N° 1: Distribución de la población según Grado Parentesco:

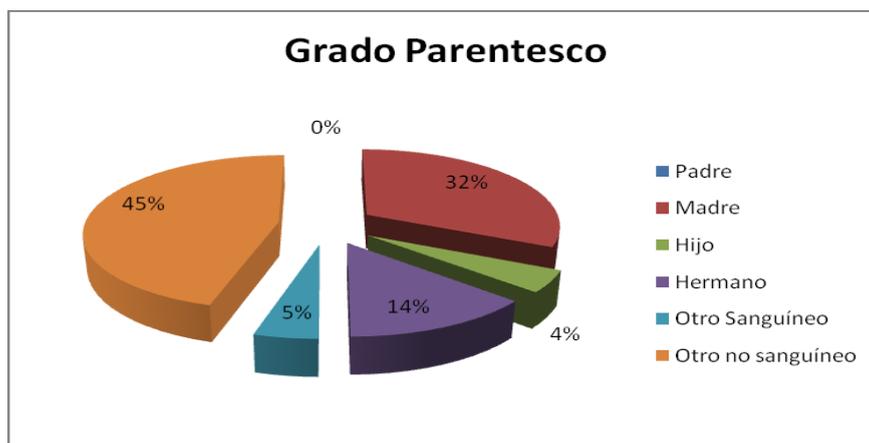
Referente-Usuario

Grado Parentesco	FA	FR	FR%
Padre	0		
Madre	7	0,32	32
Hijo	1	0,04	4
Hermano	3	0,14	14
Otro Sanguíneo	1	0,05	5
Otro no sanguíneo	10	0,45	45
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Gráfico N° 1: Distribución de la población según Grado Parentesco:

Referente-Usuario



Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 2: Distribución de la población según Sexo del Referente.

Sexo del referente	FA	FR	FR%
Masculino	2	0,09	9
Femenino	20	0,91	91
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Grafico N° 2: Distribución de la población según Sexo del referente.



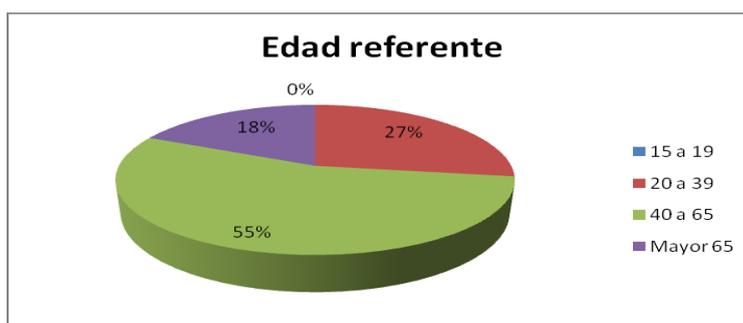
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 3: Distribución de la población según Edad del Referente:

<u>Edad referente</u>	<u>FA</u>	<u>FR</u>	<u>FR%</u>
15 a 19	0		
20 a 39	6	0,28	28
40 a 65	12	0,54	54
Mayor 65	4	0,18	18
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Grafica N°3: Distribución de la población según Edad del Referente:



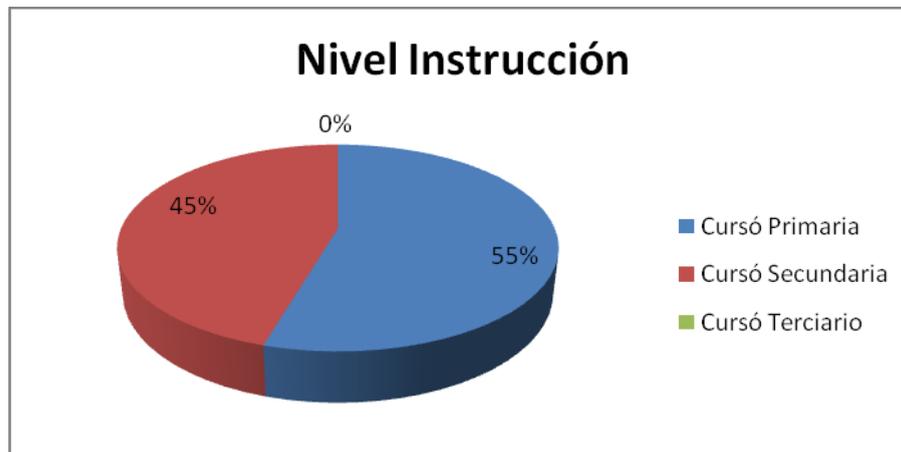
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N°4: Distribución de la población según Nivel de Instrucción del Referente.

<u>Nivel Instrucción</u>	FA	FR	FR%
Cursó Primaria	12	0,54	54
Cursó Secundaria	10	0,46	46
Cursó Terciario	0	0	0
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Grafica N° 4: Distribución de la población según Nivel de Instrucción del Referente.



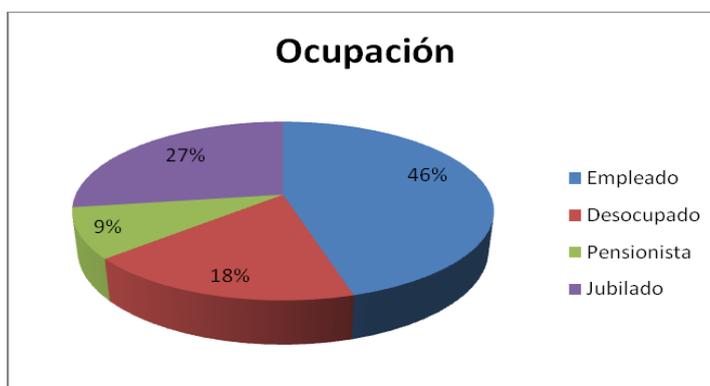
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N°5: Distribución de la población según Ocupación del Referente.

<u>Ocupación</u>	FA	FR	FR%
Empleado	10	0,45	45
Desocupado	4	0,18	18
Pensionista	2	0,09	9
Jubilado	6	0,28	28
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N°5: Distribución de la población según Ocupación del Referente.



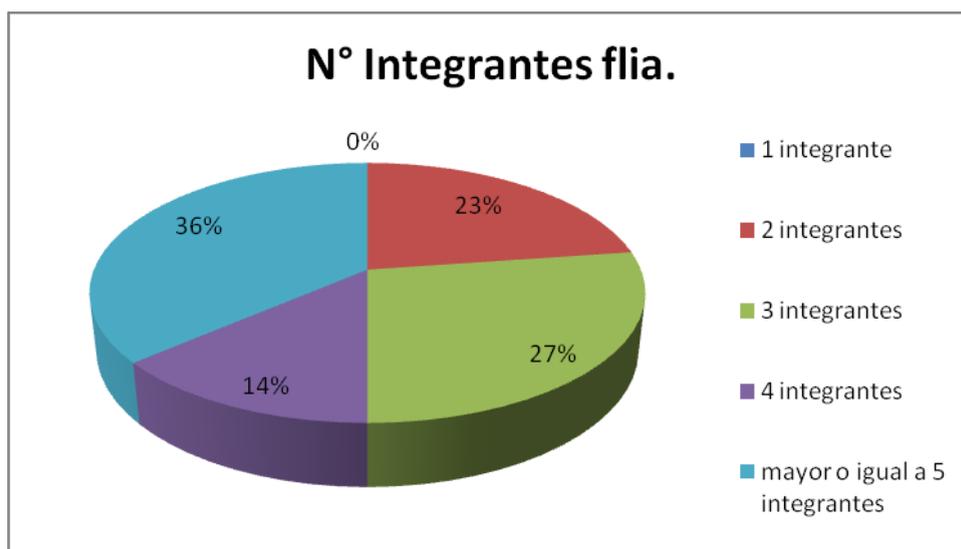
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 6: Distribución de la población según N° Integrantes Familia.

<u>N integrantes flia</u>	FA	FR	FR%
1 integrante	0	0	0
2 integrantes	5	0,23	23
3 integrantes	6	0,27	27
4 integrantes	3	0,14	14
mayor o igual a 5 integrantes	8	0,36	36
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Grafica N° 6: Distribución de la población según N° Integrantes Familia.



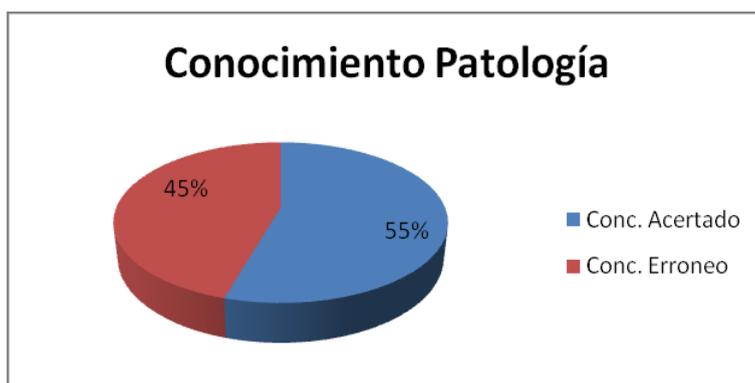
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 7: Distribución de la población según Conocimiento de Patología del Referente.

<u>Conocimiento</u>			
<u>Patología</u>	FA	FR	FR%
Conc. Acertado	12	0,55	55
Conc. Erróneo	10	0,45	45
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Gráfica N° 7: Distribución de la población según Conocimiento de Patología del Referente.



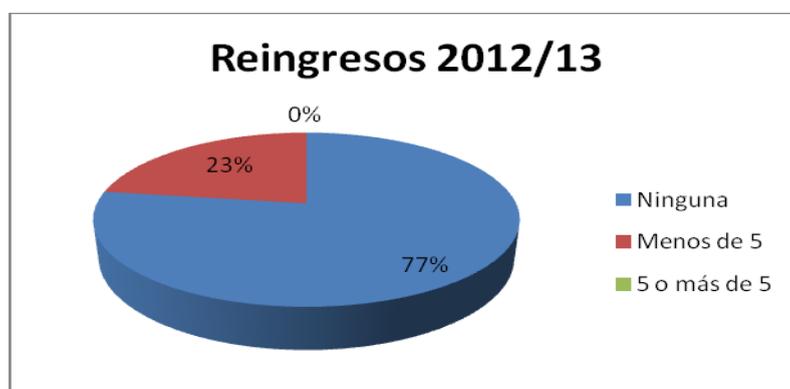
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 8: Distribución de la población según Reingresos 2012/2013.

Reingreso 2012/2013	FA	FR	FR%
Ninguna	17	0,77	77
Menos de 5	5	0,23	23
5 o más de 5	0	0	0
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Gráfica N° 8: Distribución de la población según Reingresos 2012/2013.



Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 9: Distribución de la población según Conocimiento de Signos y Síntomas que tiene el Referente.

<u>Conocimiento S y S</u>	FA	FR	FR%
Conc. Acertado	20	0,91	91
Conc. Erróneo	2	0,9	9
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Gráfica N° 9: Distribución de la población según Conocimiento de Signos y Síntomas que tiene el Referente.



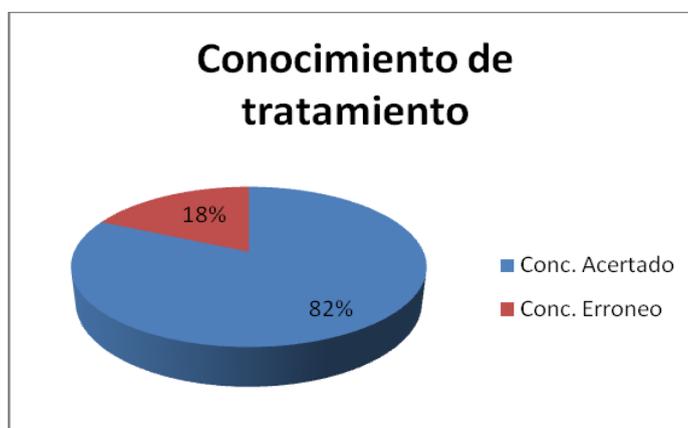
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 10: Distribución de la población según Conocimiento del Tratamiento del Referente.

Conocimiento TTO	FA	FR	FR%
Conc. Acertado	18	0,82	82
Conc. Erróneo	4	0,18	18
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Gráfica N° 10: Distribución de la población según Conocimiento del Tratamiento.



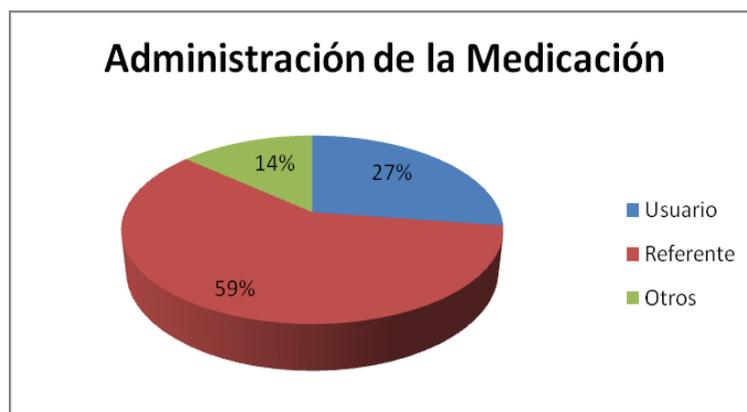
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 11: Distribución de la población según quien Administra la Medicación.

<u>Administrador medicación</u>	FA	FR	FR%
Usuario	6	0,28	28
Referente	13	0,58	58
Otros	3	0,14	14
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Gráfica N°11: Distribución de la población según quién administra la Medicación



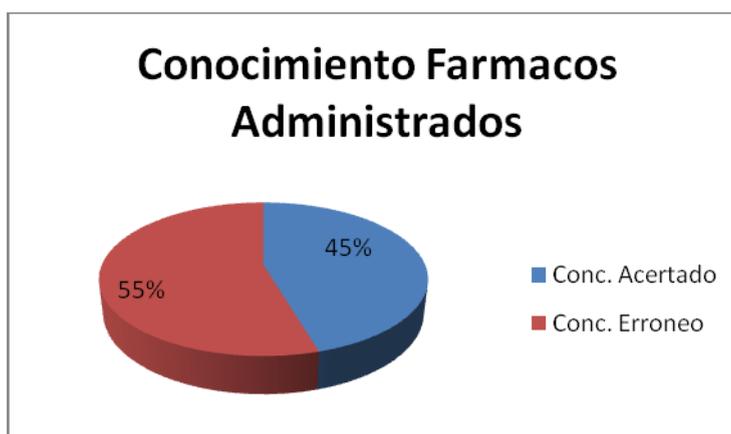
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 12: Distribución de la población según conocimiento de fármacos que administra el Referente.

Conoce	Fármacos			
Administra		FA	FR	FR%
Conc. Acertado		10	0,45	45
Conc. Erróneo		12	0,55	55
Totales		22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Gráfica N° 12: Distribución de la población según conocimiento de fármacos que administra el Referente.



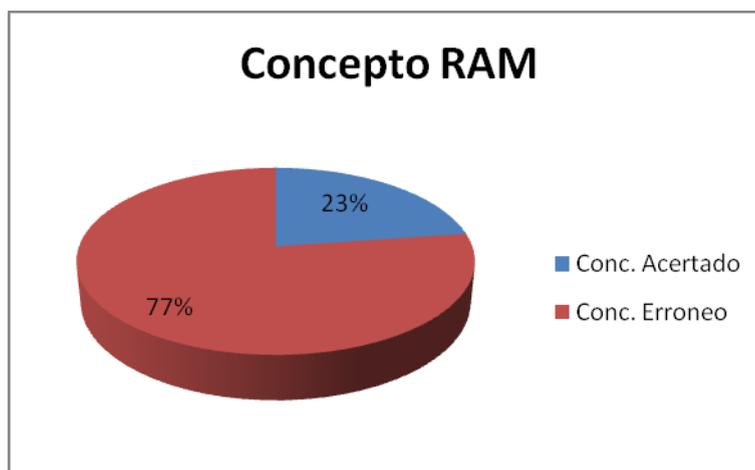
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 13: Distribución de la población según concepto de Reacciones Adversas Medicamentosas del Referente.

Concepto RAM	FA	FR	FR%
Conc. Acertado	5	0,23	23
Conc. Erróneo	17	0,77	77
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Gráfica N° 13: Distribución de la población según concepto de Reacciones Adversas Medicamentosas del Referente.



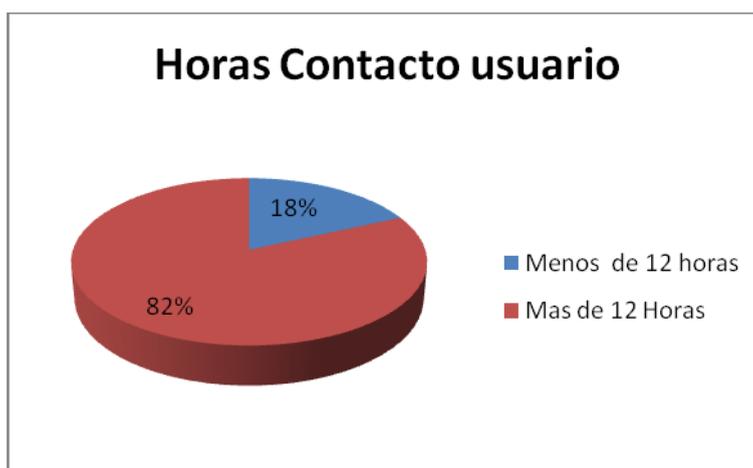
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 14: Distribución de la población según Horas de contacto Usuario-Referente.

<u>Horas</u> <u>Contacto</u>	FA	FR	FR%
<u>usuario</u>			
Menos de 12 horas	4	0,18	18
Mas de 12 Horas	18	0,82	82
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Gráfica N°14: Distribución de la población según Horas de contacto Usuario-Referente.



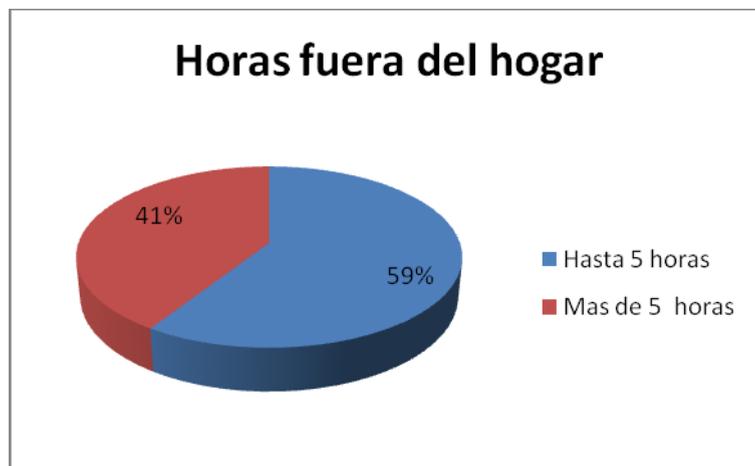
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 15: Distribución de la población según Horas fuera del hogar del Referente.

Horas Fuera del Hogar	FA	FR	FR%
Hasta 5 horas	13	0,59	59
Mas de 5 horas	9	0,41	41
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Gráfica N° 15: Distribución de la población según Horas fuera del hogar del Referente.



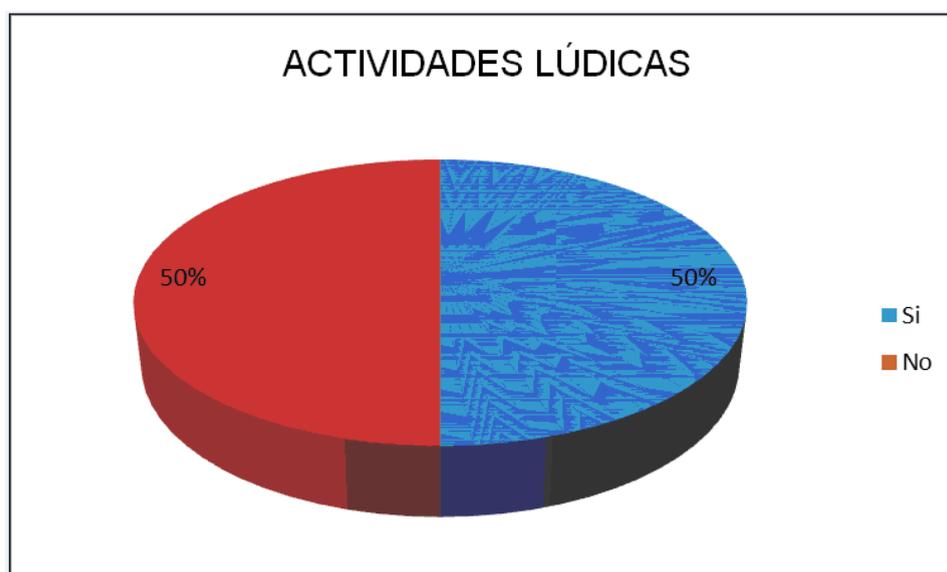
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 16: Distribución de la población según Actividades Lúdicas del Usuario.

Actividades Lúdicas	FA	FR	FR%
Si	11	0,5	50
No	11	0,5	50
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Grafica N° 16: Distribución de la población según actividades lúdicas



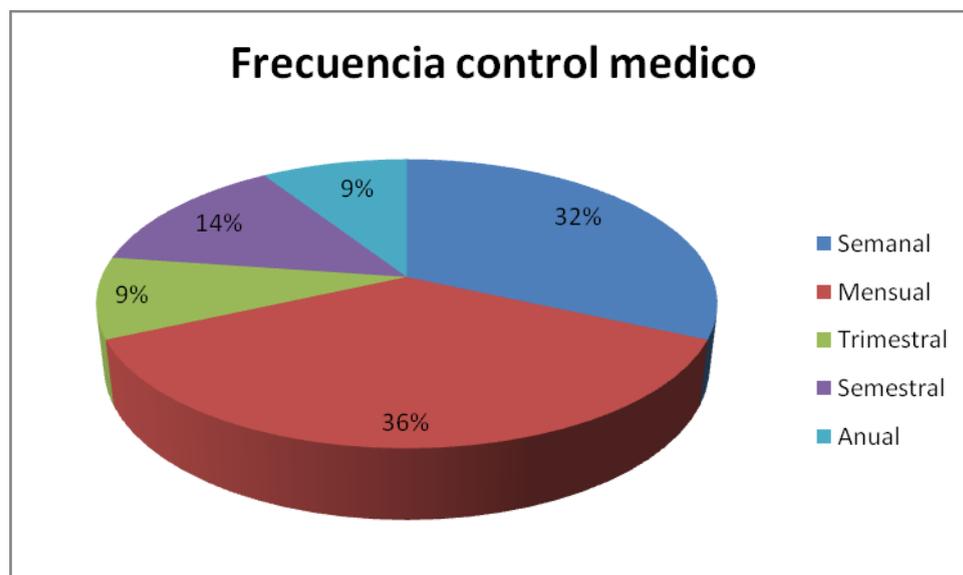
Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Tabla N° 17: Distribución de la población según frecuencia Control Médico

Control Medico	FA	FR	FR%
Si	22	1	100
No	0	0	0
Semanal	7	0,32	32
Mensual	8	0,36	36
Trimestral	2	0,09	9
Semestral	3	0,14	14
Anual	2	0,09	9
Totales	22	1	100

Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Grafica N° 17: Distribución de la población según frecuencia Control Médico.



Fuente: Datos recabados del día 19/8/2013 al 6/9/2013.

Análisis

A través de esta investigación pretendemos evaluar el rol del referente terapéutico, de usuarios con psicosis que concurren al Centro Psiquiátrico referente de la Ciudad del Interior del País, ya que en la práctica se observo un alto porcentaje de reingresos de estos usuarios en el Hospital Psiquiátrico referente de Montevideo; lo que genera una disminución en su calidad de vida tanto del usuario como de su familia, sin nombrar los altos costos que conlleva una internación. Para esto seleccionamos variables que nos permiten evaluar el desempeño del referente terapéutico a través de encuestas realizadas a los mismos, ya que cada usuario posee un referente terapéutico individual.

Se contó con una muestra de 38 usuarios, la cual está constituida por todos aquellos usuarios que concurren al Centro Psiquiátrico referente de la Ciudad del Interior del País y que residen en un radio igual o menor a cinco kilómetros de dicho centro.

De la muestra de 38 usuarios se le logro realizar encuesta a 22 de sus referentes terapéuticos, debido a que 6 no se encontraban en el lugar en el momento de la visita (y 10 de ellos no contaban con un referente. A estos 10 se le realizo la encuesta porque el grupo lo considero importante para conocer sus situaciones, pero no tiene validez para la investigación realizada (ver anexos). La visita se realizo en conjunto con la enfermera encargada de administrar la medicación de depósito en el domicilio particular de cada usuario (ver anexos). Mientras que la enfermera desarrollaba su función, los diferentes estudiantes realizamos la encuesta, y a su vez visualizábamos el entorno y el contexto donde estos usuarios residen.

De los usuarios que tienen un referente, la relación que los vincula es el de pareja, amistad o vecinos en un 45% de los casos, un 32% corresponde a madres, el 14% a un hermano, un 5% a otro familiar y en menor porcentaje a hijos con un 4% que cumple con esta función.

Existe una ausencia total por parte de los padres.

Si bien las familias de estos son numerosas; están constituidos el 36% con más de 5 integrantes, seguido por el 27% con 3 integrantes, notamos que el acompañante terapéutico en el 91% de los casos es de sexo femenino.

En cuanto a la edad de las mismas predomina con 54% el rango de edad entre 40 y 65 años, seguido por edades entre 20 y 39 con 28% y el 18% a mayores de 65 años.

Esta población curso primaria el 54% y el 46% secundaria, no habiendo analfabetos ni estudios terciarios.

El 45% son empleados, estando hasta 5 horas fuera del domicilio y teniendo más de 12 horas en contacto con el usuario, aquí también hacemos referencia a los jubilados el 28% y pensionistas con el 9%, dada esa condición están más tiempo en sus domicilios.

Los referentes desocupados abarcan el 18%, los cuales varían las horas de contacto con el usuario más de 5 horas en su domicilio.

En lo que se refiere a la patología del usuario, ningún referente ha sido capacitado para cuidar a un usuario con psicosis.

Si bien estos no han tenido capacitación sobre la patología, el 55% tiene conocimiento acertado de la misma, el 82% conoce el tratamiento que se le está brindando al usuario, reconociendo en 91% los síntomas y signos de descompensación.

Manifiestan que lo que saben es por la educación que les ha brindado el psiquiatra y el equipo multidisciplinario de la sala, ya que estos usuarios concurren en su totalidad a los controles médicos

En cuanto a la administración de medicamentos, el 58% está a cargo del referente administrar la misma, habiendo un 28% de los usuarios que se auto medican, el 14% restante es administrado por el personal de salud.

Si bien reconocen lo anteriormente mencionado solo el 45% conoce el efecto real del fármaco que se administra, y el 23% identifica las reacciones adversas medicamentosas. Manifiestan que para ellas es "normal", que esos usuarios estén con tendencia al sueño.

Cabe destacar que el 77% de los usuarios no han tenido internación en el periodo de 2012-2013, habiendo solo 23% con una cantidad menor a 5 de internaciones en el periodo antes mencionado.

El 50% de los usuarios realiza actividades lúdicas, siendo estas, participación en talleres, paseos, tareas simple de la casa y mandados.

El otro 50% que no lo realiza, está las 24 horas dentro de su domicilio, el referente manifiesta, que el usuario no tiene ganas y que no lo va obligar, reduciendo así la posibilidad de reinserción a la sociedad y aumentando la cronicidad de su patología.

El dialogo fue fluido y espontáneo, aclarando que preferían que el usuario no estuviese presente cuando se realizara la encuesta.

Manifiestan que es una manera de protegerlos.

Conclusión

En esta Investigación, se lograron los objetivos planteados, conocer el desempeño del referente que acompaña al usuario psicótico en el Interior del País, siendo este satisfactorio ya que una las características principales del usuario psiquiátrico es el abandono del tratamiento y a consecuencia el reingreso a la sala.

Aparte de cumplir esa función, son los que están a cargo de sus hogares, los mismos tienen su rol establecido por ser el sostén familiar, (madre - esposa), con lo que respecta a la actitud de conservar la salud, ellos estimulan la consulta médica, la realización de actividades lúdicas, la cual no siempre tienen una respuesta positiva por parte del usuario.

Al desconocer las reacciones adversas de la medicación, no se ven preocupados por el usuario, ya que el mismo “duerme y no molesta” a su vez al momento de estimularlos a la realización de actividades, evitan discusiones con el mismo para prevenir conflictos que desencadenen la descompensación del usuario .

Podemos decir que se cuenta con referentes dispuesto a cuidar por la salud del usuario, donde prevalece la humanidad y las ganas de proteger a ese ser humano enfermo.

La carencia de conocimientos está presente, motivo por el cual no logramos garantizar el mantener al usuario psicótico en el medio, contribuyendo al logro de su más plena participación en la vida familiar y comunitaria, aumentando los factores de cronicidad. **Su gerencias:**

- 1- Establecer guías para familiares de usuarios psiquiátricos en cuanto a farmacología administrada, (acción de la droga, reacciones adversas y formas de administración, importancia de las mismas).
- 2- Establecer guías de valoración para el referente y así evitar probables crisis de descompensación.
- 3- Realizar talleres obligatorios para la familia en conjunto con el usuario, fomentando el auto cuidado y las relaciones interpersonales.
- 4- Continuar con la visita domiciliaria.
- 5- Establecer contacto directo con el equipo de salud, una guardia telefónica donde el referente pueda comunicarse frente a cualquier duda.
- 6- Elaborar una guía de observación para enfermería, la cual se utilice en el momento que desarrolla la para la visita domiciliaria, que abarque: usuario, familia, entorno, y haga parte de la Historia Clínica.
- 7-Elaborar folletos con información de la patología y destacar la importancia de las actividades lúdicas.

Glosario

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

UDELAR: Universidad de la Republica

FEFMUR: Fundación Editorial de la Facultad de Medicina de la Universidad De la República

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

ENSAME: Enfermería en salud mental

N: Numero

Flia: Familia

S y S: Signos y Síntomas

TTO: Tratamiento

RAM: Reacciones Adversas Medicamentosas

Bibliografía:

- Ana Celeste Araujo Pitia, Manoel Antonio Dos Santos, SMAD, revista electronica Salud Mental alcohol y drogas, (internet), Agosto 2006. Disponible en www.pepsic.bvsalud.org, consulta junio 2013.
- Diccionario Medico Espasa Calpe S.A, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, 2000.
- Hernandez Campieri, R. Fernandez, Collado C., Baptista Lucio, P, Metodologia de la Investigacion. (5ta edicion), Mexico DF, Mexico MC, Graw Hill, 2010.
- Joana Formes Vives, Enfermeria en Salud Mental y Psiquiatria; Valoracion en cuidados, Madrid: editorial Medica Panamericana, 2012.
- Luz Celia Fernandez Martin, clara Fombellida Velasco, Jesus Herrera Sanchez, Evaluacion de un programa de intervencion familiar en pacientes psicoticos con trastornos graves de la personalidad (internet), Revista de la asociacion española de la neuropsiquiatria abril 2005 pag 7-18, disponible en
- Margarita Garay, Rosario Tuzzo, Alvaro Diaz, Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. Montevideo UDELAR, 2006.
- Meliá S., Enfermería en Salud Mental, Montevideo, FEFMUR, 2005
- M. Alvez, M. Castro, S. Corujo, F. Pereira, Factores de riesgo relacionado al tratamiento farmacologico, rehabilitación psicosocial, y sosten familiar que inciden en el reingreso en el paciente esquizofrenico al hospital publico psiquiatrico, Facultad de Enfermeria, UDELAR, 2007.
- www.scielo.isciii.es, consulta junio 2013.
- www.who.org, consulta mayo 2013.
- www.biur.edu.uy, consulta febrero 2013.
- www.Definicion.de, consulta marzo 2013.
- www.latinsalud.com, consulta diciembre 2012.
- <http://www.osakidetza.euskadi.net>, consulta julio 2013.
- www.elespectador.com, consulta julio 2013.

ANEXOS

Entrevista al la Licenciada en Enfermería encargada del centro Psiquiátrico referente en la Ciudad del Interior del País.

- ¿De quien depende el equipo de trabajo?
- ¿Quien lo financia?
- ¿Como se llama el equipo?
- ¿Como se compone?
- ¿Como se integró?
- ¿Hace cuanto trabaja el equipo?
- ¿Cuales son sus objetivos?
- ¿Cuales son sus metas?
- ¿Posee algún lema?
- ¿Como es el funcionamiento?
- Funcionarios
- Días de labor
- Tipos de usuarios
- Requisitos de inclusión y exclusión
- ¿Tratamientos brindados en la visita domiciliaria?
- ¿El equipo recibe capacitación permanente?
- ¿Posee un espacio para exponer sus dificultades?
- ¿En caso de agresiones como se abordan

Acerca de la familia.

Queremos saber cómo ubicar al referente y sus cualidades.

¿Estará apto para contener el usuario?

- ¿Como se llega a la familia?
- ¿Como se coordinan las visitas domiciliarias?
- ¿Como se aborda el usuario en las visitas domiciliarias?
- ¿Existe un referente en la familia?
- ¿Como se selecciona?

- ¿En caso de negación de la visita por parte del usuario y/o familiar, como se aborda?
- ¿En caso de descompensación del usuario, quien interviene inmediatamente?

Respuestas: entrevista realizada el día lunes 20 de agosto de 2012.

El hospital en la calle Zagnoli esquina Maciel, el día lunes 20 de agosto a la hora 10:00, con un periodo de tiempo aproximadamente de 3 horas viajando desde la capital de la republica.

Dicha actividad se desarrollo en el tiempo que el grupo lo había propuesto, y los resultados fueron los esperado ya que se obtuvo una respuesta directa y muy amable por parte de la profesional.

Desarrollo de la entrevista:

El equipo de trabajo que realiza la visita comunitaria depende de ASSE.

En cuanto a lo que se refiere de gastos extras como ser gastos de nafta, boletos entre otros lo realiza el Poli patronato y otros, (cabe mencionar que la remuneración es muy baja, y muchas veces el personal usa sus insumos personales para la realización de dicha visita).

El equipo fue creado en el año 1987 con 9 usuarios derivados de Montevideo que necesitaban un seguimiento en su hogar debido al alto porcentaje de fugas y suicidios existentes en ese momento.

Los primeros funcionarios trabajaban como honorarios en la ciudad del Interior del País.

En el año 1989 los funcionarios fueron por más, creando un centro de rehabilitación psíquica y en el 93 abre sus puertas la sala para usuarios Psiquiátrico en fase aguda.

El equipo esta conformado por 3 psiquiatras, con guardias de 24 hrs., 2 auxiliares de enfermería en cada turno, un psicólogo, una Asistente Social y 1 licenciada en enfermería (esta ultima compone el equipo desde sus inicios).

Los horarios se dividen en 4 turnos de 6 horas cada 1 cuentan con dos auxiliares de enfermería por turno, ese seria el ideal ya que la Institución cuenta con un total de 12 camas, admitiendo a usuarios mayores a 15 años de edad.

El objetivo y lema del equipo es: **“Mantener al paciente en el medio”**.

Para esto, actualmente cuentan con un funcionario auxiliar de enfermería, quien realiza las visitas a 25 usuarios psicóticos aproximadamente, de lunes a viernes 6 hrs. por día.

En la visita se realiza valoración del usuario, la familia, el entorno, control de ingesta de medicación y administración de medicación de depósito, a su vez muchas veces participan vecinos del barrio que de una forma u otra ayudan al mantenimiento de la salud del usuario.

Toda la valoración realizada se registra en historia clínica personal de cada usuario en forma escrita, no cuentan con registro electrónico.

La captación de los usuarios se da por el ingreso del mismo en el hospital por múltiples causas, la cual ingresan por emergencia, siendo valorado por psiquiatra, este decide la internación o no al Centro Psiquiátrico, luego de captado se decide la visita domiciliaria dependiendo de cada caso.

Los criterios de inclusión para esta son, pacientes de alto riesgo, como lo son aquellos pacientes con múltiples reingresos, usuarios judiciales y aquellos donde hay ausencia familiar.

Las visitas son coordinadas en el centro Psiquiátrico con el familiar o referente del usuario Psiquiátrico el cual es valorado por psiquiatra o enfermeros. Las visitas se realizan para control y seguimiento, y administrar medicación de depósito, la cual se realiza cada 15, 21 y 28 días y se realiza con el consentimiento del referente, en el caso que el equipo considere que la visita es contraproducente para el usuario, no se lo vuelve a visitar.

Frente a múltiples adversidades y por el difícil contacto que presentan los usuarios, a lo largo del mes van surgiendo dudas, estrés y dificultades que son abordadas por el equipo multidisciplinario, generando un espacio de escucha entre el equipo y así hacer más liviana la labor de los involucrados.

El equipo considera que debe reunirse al menos 1 vez al mes para exponer experiencias y dificultades.

Este equipo recibe capacitación para tratar con este tipo de usuario ya que son muy complejos y se debe abordar al mismo en su totalidad.

En caso de descompensación del usuario en su hogar, interviene la seccional

policial de la zona, y este es llevado a la emergencia del hospital, para ser

valorado por médico de guardia y posteriormente médico psiquiatra si corresponde.

Entrevista Lic. En Enfermería del Hospital Psiquiátrico ubicado en la capital del país, para conocer el trabajo que desarrolla con familias de usuarios con psicosis.

- 1-¿Desde cuando funciona el equipo de trabajo?
- 2-¿Cómo se inicio?
- 3-¿A de quien depende el mismo?
- 4-¿Cómo se conforma? ¿Reciben algún tipo de capacitación?
- 5-¿A que usuarios está dirigido? ¿Cuántos usuarios usufructúan el mismo?
- 6-¿Cuáles son los objetivos que se plantea? ¿Cuales son las metas?
- 7-¿Cómo es la dinámica de trabajo? ¿Cómo se aborda al usuario? ¿Se trabaja en el domicilio del mismo?
- 8-¿Qué modelo de enfermería aplican en el abordaje de los usuarios? ¿Qué instrumentos de gestión utilizan? ¿Instrumentos de evaluación?
- 9-¿Hay alto índice de reingreso de usuarios? ¿Por qué cree ocurre esto?
- 10-¿Piensa que hay relación entre la conformación de la familia y el reingreso de los mismos?
- 11-¿La familia es tomada como una unidad, o se trabaja con un referente en particular? ¿Cómo se define esto?
- 12-¿Piensa que la familia en nuestro país está apta para contener este tipo de usuarios? ¿Por qué?

Respuestas

- 1- El equipo de trabajo funciona hace cuatro años, por iniciativa de la Dirección del Hospital en conjunto con el Departamento de Psicología.
- 2- Se tomo la iniciativa de este proyecto, creando el equipo porque consideramos que la psico-educación es uno de los pilares fundamentales en el tratamiento y rehabilitación de los usuarios que presentan esquizofrenia.
- 3-4- Actualmente el equipo trabaja de forma independiente y multidisciplinaria, debido a que es conformado por un integrante del departamento de Psiquiatría, uno del departamento de Psicología, uno de Servicio Social y uno

del Departamento de Enfermería; constantemente recibimos talleres de psicoeducación y nos vamos actualizando con las últimas tendencias de los diferentes tratamientos planteados.

5- El grupo que conformamos no esta dirigido a usuarios directamente, sino a todos aquellos familiares o referentes o aliados terapéuticos de los mismos que se quieran acercar para compartir sus vivencias o tratar de resolver los problemas que les representa tener un usuario de estas características a su cargo.

6-El objetivo del grupo es disminuir la re hospitalización, mas allá de mejorar la calidad de vida de los usuarios y de sus familiares logrando así una re inserción en la sociedad, la meta es la disminución de gastos para la institución.

7-Se captan a los familiares de los usuarios y se les informa de la existencia del grupo cuando éstos se encuentran internados en la institución, allí el equipo medico deriva a los usuarios y familiares hacia el equipo de trabajo interdisciplinario; otra forma de captación es con las actas de ingreso donde allí se llama a los familiares y se les explica la existencia del grupo de trabajo.

Se realizan ocho talleres, uno por semana los días jueves de 9 a 11 horas en el centro diurno del hospital, terminados estos, hay un taller mensual de mantenimiento para los familiares. En los talleres realizados trabajamos con un sistema de educación bidireccional, donde los familiares exponen sus vivencias diarias con el usuario y las diferentes situaciones que se les presentan, es allí donde el equipo aporta el conocimiento científico para lograr la mejor respuesta a estas situaciones diarias.

8- El equipo no utiliza ningún modelo de enfermería en particular, la metodología empleada es evaluar los conocimientos mediante un pre y un post Tes. de cada taller que desarrollamos.

9- Desde la formación del equipo de trabajo no hay un alto índice de reingresos de usuarios con esquizofrenia, las estadísticas fueron positivas con tan solo dos reingresos de un total de 75 familias abordadas, el trabajo estadístico fue presentado en el Congreso de Enfermería en Salud Mental.

10- Creemos que existe una relación directa entre el tipo de familia y el reingreso de los usuarios. Se nos hace mas fácil trabajar con familias conformadas, con roles definidos, donde no hay abuso de sustancias (drogas o

alcohol) y se nota una mayor disposición a la adherencia al tratamiento, aunque no tenemos un material documentado.

11- Generalmente se trabaja con sólo un familiar aunque se nos presentan casos particulares donde tal o cual no ha podido seguir asistiendo a los talleres, entonces se continúa trabajando con el referente interesado que asista.

12- La familia o referente terapéutico no se encuentra apto para encargarse de este tipo de usuarios, ya que hasta el momento del diagnóstico a transcurrido un largo período de tiempo y la familia por carecer de los conocimientos y la información necesaria cursa al inicio del proceso salud-enfermedad del usuario, un proceso de negación de la realidad que vive. Además consideramos hay una falla en el sistema sanitario.



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA

Recolección de Datos TFI

Familia N°

Referente terapéutico:

Si - No.

Parentesco familiar:

Padre - Madre - Hermanos - Otros sanguíneos

No sanguíneos.

Sexo del referente:

Femenino - Masculino.

Edad del referente:

Adolescente de 15 a 19 - Joven de 20 a 39

Adulto de 40 a 65 – A. mayor de 66

Nivel de instrucción:

Curso Primaria

Curso secundaria

Curso terciario.

Ocupación:

Empleado - Desocupado - Pensionista - Jubilado.

Numero de integrantes de la familia:

1 - 2 - 3 - 4 - mayor igual a 5

Conocimiento de la patología:

Noción acertada - Noción errónea.

Fecha de última internación:

Mes / Año

Reingresos en 2012 - 2013:

Menos de 5 internaciones

5 internaciones

Más de 5 internaciones

Fecha / / 2013



Conocimiento de signos y síntomas:

(Delirios, agresividad, alucinaciones, persecución, aislamiento)

Noción acertada - Noción errónea.

Conocimiento del tratamiento:

(Farmacológico, terapéutico, micro narcosis, act. lúdicas)

Noción acertada - Noción errónea.

Administración de la medicación

Usuario - Referente - Otros.

Conoce los fármacos que se le administra:

(Antidepresivos, ansiolíticos, neurolepticos, reg. del humor)

Noción acertada - Noción errónea.

Conocimiento de reacciones adversas:

(Insomnio, somnolencia, letargia, sequedad de boca)

Noción acertada - Noción errónea.

Horas de contacto con el paciente:

Menos de 12 horas - más de 12 horas.

Horas fuera de su casa:

Hasta 5 horas - Más de 5 horas.

Actividades lúdicas:

Si - No. Cuales?

Control medico

Si - No.

Semanal - Mensual

Estudiante Lic. en Enf.:

Análisis de encuestas a usuarios sin referente terapéutico:

Son 10 usuarios los que no tienen referente terapéutico.

Pertenecen a un 90% al sexo femenino, no habiendo menores de edad e igualándose con el 10%, entre las edades de 20 a 39 y mayor a 65 años.

Habiendo cursado primaria el 70% y secundaria el 30% restante.

El dialogo resulto espontaneo, con respuestas escuetas percibiendo entendimiento por parte de las usuarias, no habiendo por parte de las mismas ningún tipo de barreras en el momento de la realización de la encuesta.

El predominio del sexo femenino es notable, hacemos referencia a mujeres que tiene como forma de ingreso una pensión por discapacidad (70%), y el 30 % restante a mujeres desocupadas que cuentan con la ayuda de algún familiar, vecino u amigo.

Pero esa ayuda es básicamente monetaria, en lo que hace referencia al tratamiento de su patología están solas, concurriendo en un 100% a los controles médicos, 40% controles mensuales, 30% semanales, 20% anuales, y 10% trimestral (esta información fue recabada desde su Historia Clinica).

Esto se refleja en el número de internaciones, el 30% nunca estuvo institucionalizado y el 70% restante tuvo menos de 5 reingresos en el año 2012 hasta la fecha.

La gran mayoría concurren a los controles sin acompañantes, cuentan con una familia, pero que ningún integrante está presente en el tratamiento, rehabilitación e inserción del usuario en la sociedad.

Manifiestan que las personas que lo podrían acompañar, trabajan mucho...

La mitad de las usuarias manifiestan no conocer los conceptos básicos de su patología, como así tampoco los síntomas o signos que pueda llevarla una descompensación.

La otra mitad si las reconoce, utilizan frases como "cuando veo cosas raras tengo que ir al médico", manifiestan auto administrarse la medicación V/O si es que la tienen.

Reconocen la medicación por el "color de la píldora" o si este cambia, la enfermera deja sobre el mismo una etiqueta donde dice los horarios de toma.

Manifiestan de forma clara de que saben que tomar la medicación "les hace

bien”, pero un 80% desconoce las reacciones medicamentosas, lo toman como “normal”, tener la boca seca, estar estreñidas, sentirse con sueño, lo tienen incorporado como parte de su vida cotidiana, no lo asocian a la medicación.

En cuanto a la realización de actividades lúdicas, solo un 10% concurre a talleres para usuarios con patología psiquiátrica.

Las demás usuarias manifiestan no tener interés de salir de sus domicilios, aquí deducimos que al no tener un referente, la usuaria no tiene ningún tipo de estímulo.

Recordemos que una de las características de esta patología, es el aislamiento social, aquí se demuestra la tenacidad de la misma.

Que también se visualizo en los hogares de los mismos, domicilio precarios, en malas condiciones de higiene.