

Moreira, Ariel Reynaldo & López, Melany Tamara

“Las estrategias de enfermería que favorecen la adhesión al tratamiento del paciente con trastornos mentales severos”

2022

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución – no comercial – compartir igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Moreira, A. R. & López, M. T. (2022). *Las estrategias de enfermería que favorecen la adhesión al tratamiento del paciente con trastornos mentales severos* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



Instituto de Ciencias de la Salud

Universidad Nacional ARTURO JAURETCHE

Universidad Nacional Arturo Jauretche

Instituto de ciencias de la salud

Licenciatura en enfermería

“Las estrategias de enfermería que favorecen la adhesión al tratamiento del paciente con trastornos mentales severos”.

Tipo de trabajo: Proyecto de investigación

Alumnos: Enfermero Moreira Ariel, Enfermera López Melany

Director del trabajo: Licenciada Martha Barboza

Fecha de entrega: Julio 2022

Índice

| | |
|---------------------------------|--------|
| Introducción | |
| Pág. 2-5 | |
| Pregunta de investigación | Pág. 6 |
| Objetivos | |
| Pág. 6 | |
| Marco teórico | |
| Pág. 7-24 | |
| Metodología | |
| Pág. 25-27 | |
| Contexto de análisis | Pág. |
| 28-29 | |
| Resultados | |
| Pág. 30-40 | |
| Conclusiones | |
| Pág. 41-42 | |
| Bibliografía | |
| Pág. 43-44 | |
| Anexo | Pág. |
| 45-47 | |

Introducción:

Mediante este trabajo hemos realizado una investigación en una institución de salud mental de la zona sur de la provincia de Buenos Aires, reconociendo los criterios y cuidados de los profesionales de enfermería en relación a la adhesión al tratamiento de pacientes con trastornos mentales severos, a fin de explorar aspectos como por ejemplo: las relaciones intrafamiliares, sociales, comunitarias e historial de internaciones pasadas. Prestando especial atención a los criterios, cuidados y vínculos enfermeros/pacientes.

Comprenderemos la adhesión al tratamiento como “el contexto en el cual el comportamiento de un paciente coincide con las recomendaciones relacionadas con su salud”, esta definición toma al paciente como un ser autónomo, que influye en su propio estado de salud y puede opinar respecto a su diagnóstico y preferencias del tratamiento. Así como lo define el artículo 7 de la Ley de Salud Mental 26.657:

El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, los siguientes derechos: a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; h) Derecho a que en el

caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión; i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales; k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados; p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.

Sin embargo, se estima que tan solo aproximadamente el 50% de los pacientes crónicos en países desarrollados siguen todas las pautas y medidas prescritas, es decir, tienen una buena adhesión terapéutica. Por otro lado, en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo este porcentaje es mucho menor, ya que, la falta de recursos socio sanitarios y de políticas que avalen la importancia de un seguimiento terapéutico supone la mayor desventaja a superar. Ya que es, un área donde hay que poner especial cuidado en seguir el tratamiento adecuado es en la salud mental, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el número de personas con depresión o ansiedad, las enfermedades mentales más comunes del mundo, aumentó de 416 millones a 615 millones entre 1990 y 2013, esta cifra podría seguir aumentando debido a las múltiples emergencias humanitarias a nivel global, que generan depresión y ansiedad en 1 de cada 5 personas. Debido a la complejidad de los trastornos mentales y a los estigmas que pesan sobre ellos, pueden ser difíciles de diagnosticar y de tratar adecuadamente, de acuerdo al National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Salud Mental), en Estados Unidos, solo la mitad de los pacientes con enfermedades mentales recibe un tratamiento adecuado. Por ejemplo, una encuesta realizada telefónicamente en Francia encontró que el 15% de ellos admitió finalizar su tratamiento antes de lo indicado y el 22% redujo la dosis prescrita.

Por último, definiremos, según la OMS, la adhesión al tratamiento como el grado en el que un paciente sigue las instrucciones terapéuticas aportadas por un proveedor de cuidados/personal sanitario, este concepto se puso sobre la mesa en 2001. Sin embargo,

desde el siglo XX, han sido muchos los autores que han intentado describir y clasificar la adhesión terapéutica, podemos destacar los siguientes autores en orden cronológico:

- ★ **1976:** El autor Haynes (Médico, epidemiólogo clínico, investigador y académico canadiense), se dedicó al estudio de las variables que pueden influir en la adhesión al régimen terapéutico. En su trabajo, identifica y describe más de 200 variables, entre ellas menciona la complejidad del tratamiento, la duración, las creencias del paciente, el apoyo social y familiar... Este estudio marcó el punto de partida sobre los factores que condicionan el cumplimiento.

- ★ **1986:** Milklowith (Profesor de psiquiatría en la División de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Instituto Semel de UCLA y miembro principal de investigación clínica en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Oxford, Estados Unidos), focaliza su atención de estudio en la historia clínica del paciente, de donde obtiene variables cuasicuantitativas que marcan el grado de adhesión del paciente:
 - Nunca dejó de seguir el tratamiento --- raramente dejó de seguirlo --- a veces dejó de seguirlo --- a menudo dejó de seguirlo --- abandono del tratamiento.

- ★ **1989:** Mc Evoy basa sus investigaciones en niveles de importancia, centrando su estudio en aspectos relacionados con la psicología y las actitudes de los pacientes. De esta forma identificamos varias actitudes relacionadas con el cumplimiento del tratamiento farmacológico:
 - Actitud activa --- El paciente lleva un buen control de la medicación.
 - Actitud pasiva --- Hay que animar al paciente para que mantenga un buen control del tratamiento.
 - Actitud de resistencia --- El paciente evita la medicación.
 - Actitud de rechazo abierto --- El paciente rechaza la medicación pero se la administra de forma involuntaria.

El proceso de adhesión terapéutica viene definido por la iniciación del tratamiento (con la toma de la primera dosis), la ejecución (entendida como el grado en el que la pauta real de un paciente se ajusta a lo prescrito por el profesional) y la discontinuación (cuando se empiezan a omitir las dosis antes de la finalización del tratamiento). Por esto mismo, en función del periodo de seguimiento de tratamiento, podemos identificar varios tipos de incumplimiento:

- Incumplimiento parcial/espórádico: Sigue las pautas prescritas con pequeñas excepciones. La causa más frecuente es el olvido de la toma de medicación.

- Descanso farmacológico/vacaciones terapéuticas: Los pacientes dejan de tomar la medicación coincidiendo en fines de semana, festivos o vacaciones. Estos pacientes retoman la medicación si reaparecen los síntomas asociados.
- Cumplimiento de bata blanca: Se encuentra presente principalmente en pacientes con trastornos mentales. Los pacientes se administran la medicación únicamente los días previos a su consulta con el médico.
- Incumplimiento absoluto: Es habitual en pacientes con patologías crónicas, y supone la suspensión del tratamiento.

El interés por el tema de estudio se basa en nuestra experiencia profesional a partir del trabajo con personas diagnosticadas con trastornos mentales severos. Se observa que las estrategias de los profesionales de enfermería no solo se basan en la toma de medicación, sino en otros aspectos relacionados con los cuidados (como la higiene personal, la alimentación) además, se vinculan con la percepción de dichos pacientes sobre su situación de salud y enfermedad. Esto deriva en el conocimiento del cuidado personal que deben tener los pacientes de manera ambulatoria, es decir, la educación del paciente para su alta. Por lo cual, también es de suma importancia, el trabajo del equipo interdisciplinario, ya que trabajando en conjunto, el profesional de enfermería es el que está en contacto más frecuente con el paciente, puede observar sus evoluciones o cambios tanto desde el tratamiento farmacológico, el comportamiento personal, brindar información al equipo interdisciplinario (compuesto por: psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico clínico, entre otros).

Es por ellos que hemos formulado la siguiente pregunta de investigación y objetivos:

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las estrategias de enfermería que favorecen la adhesión al tratamiento de pacientes con trastornos mentales severos internados en una institución de zona sur de la provincia de Buenos Aires en el periodo de abril-junio del 2022?

Objetivos

Objetivo general:

Conocer las estrategias de enfermería que favorecen la adhesión al tratamiento de pacientes con trastornos mentales severos en una institución psiquiátrica de zona sur de la provincia de Bs As, en el periodo abril-junio del 2022.

Objetivos específicos:

- **Caracterizar** al equipo de enfermería, tanto en el ámbito de intervención e institucional como de infraestructura donde llevan a cabo sus funciones.
- **Identificar** las estrategias de enfermería prestando especial atención a los cuidados e identificar el vínculo del enfermero-paciente, en cuanto a la relación, cooperación y percepción de los pacientes.
- **Reconocer** los factores que influyen u obstaculizan, como así también, los factores que facilitan en la adhesión al tratamiento de los pacientes con trastornos mentales severos.

Marco teórico

En primer lugar diremos que, según la OMS, los trastornos mentales se caracterizan por alteraciones en el pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Es por ello, que la adhesión al definirse como un comportamiento, se ve afectada en gran medida en este tipo de patologías. Por esto mismo decimos, que una buena adhesión al tratamiento favorece el manejo de su vida cotidiana y a su vez previene complicaciones, predisponiendo a un pronóstico favorable. En la actualidad, la falta de adhesión al tratamiento en pacientes de salud mental supone uno de los mayores problemas a resolver como profesionales de enfermería, por esto mismo, el contacto directo con el paciente propio de nuestra profesión nos proporciona una posición privilegiada a la hora de conocer de forma individual las percepciones y opiniones de los usuarios respecto a su enfermedad y régimen terapéutico, de esta forma, afrontar el problema de la falta de adhesión de forma individualizada y teniendo en cuenta las peculiaridades de cada caso.

Una de las actividades propias de la profesión de enfermería es la administración de medicamentos, además de la administración de tratamientos médicos, la incorporación del tratamiento del paciente a las actividades de la vida diaria e incentivar su participación en actividades terapéuticas.

Fundamentalmente, el personal de enfermería prepara y manipula los medicamentos, revisa las técnicas, los procedimientos, las normas de seguridad y controla las respuestas del paciente a la medicación, a fin de lograr un actuar con seguridad, facilitar la mejoría y proteger al paciente de posibles riesgos de error.

En el área de salud mental, la historia de los tratamientos biológicos parte de la idea que se tenía frente a la enfermedad mental, una sustancia que calme la angustia, la depresión, la culpa, el insomnio, la locura, el delirio, o la alucinación, algo que frene la farmacodependencia y la demencia. Gracias a los actuales tratamientos farmacológicos se ha logrado un avance en cuanto al abordaje de estas enfermedades, existe un alto

porcentaje de pacientes que no cumplen con el tratamiento, con las consecuentes recaídas y nuevas hospitalizaciones. Como las diversas investigaciones realizadas por la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental en la población general de Argentina revelan que entre el 4% y el 26% de la población adulta padece algún trastorno mental en algún año determinado, y sólo entre el 1% y el 15% reciben tratamiento durante ese mismo período. Como sería esperable, la utilización de servicios es mayor en los casos de trastornos más severos y, sin embargo, las necesidades insatisfechas continúan siendo un desafío para la salud pública, incluso entre los casos con mayor severidad. Tan amplia variación en las tasas cruzadas a nivel nacional requiere comprender las necesidades insatisfechas y de tratamiento en diferentes regiones, con políticas de salud pública y recursos únicos, como así también, determinadas actitudes culturales hacia los trastornos mentales y la búsqueda de ayuda.

Por otro lado, en la Guía de intervención mhGAP versión 2.0 del año 2017, define una evaluación para la detección de MNS (Trastornos Mentales, Neurológicos y por el Consumo de Sustancias), que se basa en: *"a) Examen físico: Realice un examen físico específico guiado por la información encontrada durante la evaluación; b) Examen del estado mental: observa la apariencia y el comportamiento de la persona, su estado de ánimo y afectivo, el contenido de sus pensamientos y alguna posible alteración de la percepción y la cognición y hágale preguntas sobre todo esto; c) Diagnóstico diferencial: considere el diagnóstico diferencial y descarte afecciones que se manifiestan con síntomas similares a los ahora observados; d) Pruebas de laboratorio básicas: Solicite pruebas de laboratorio cuando estén indicadas y sean factibles, especialmente para descartar causas físicas; e) Determine el trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancia: Identifique el trastorno MNS, determine si existen síntomas de otros trastornos MNS prioritarios y siga el algoritmo de manejo y los protocolos de tratamiento apropiados."*

En dicho sentido, resultan muy importantes las acciones de la enfermera profesional en salud mental, desde las más sencillas, que implican el conocimiento y manejo de los distintos grupos de psicofármacos hasta la intervención sobre las necesidades del paciente, a fin de determinar, cuáles son los factores que inciden en la adhesión en cada paciente en particular, cuáles son los factores sociales e institucionales que influyen y cuáles son los factores personales de la enfermera profesional que pueden limitar la construcción de una relación empática y de confianza para establecer una verdadera acción terapéutica, y qué estrategias se deben seguir para mejorar la adherencia al tratamiento.

El trastorno mental es una alteración de tipo emocional y/o del comportamiento en que se ven afectados aspectos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición. Lo cual supone una dificultad para las personas en la adaptación al entorno en que viven. Dicho término conlleva un alto número de dolencias, desde trastornos como ansiedad, depresión y otros de mayor gravedad, como los trastornos mentales severos que

se caracterizan por alteraciones en el pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás, según la Organización Mundial de la Salud.

Este tipo de patologías en Argentina según un informe sobre las prácticas de salud mental dentro de los dispositivos de APS (Atención Primaria de la Salud) , se evidenció que los trastornos mentales severos fueron el tercer diagnóstico más frecuente entre la población adulta en el periodo 2006-2007, con una prevalencia del 11% , y en adolescentes la prevalencia oscila entre el 11% al 26,6% (*Según el Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales en su 5ta versión DSM V, 2017*). La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como afirma la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y por esto es necesario precisar un enfoque multidisciplinar (*Roldan Ruiz Raquel, 2015-2019*).

La falta de conciencia de enfermedad, la tendencia a relacionar los síntomas con otra causa ajena al trastorno mental y los efectos que provocan algunos fármacos, son los principales factores de no aceptación al tratamiento en los pacientes, esto suele ocurrir en pacientes con esquizofrenia. En todos estos casos el incumplimiento del tratamiento supone un peligro de recaída de la enfermedad, como también un empeoramiento de la enfermedad y una peor relación enfermero-paciente. Por ello es importante estudiar el rol de los profesionales de enfermería en la adhesión del tratamiento del paciente de salud mental y a partir de allí poder diseñar estrategias específicas que permitan ayudar al paciente, reduciendo así recaídas de los mismos.

Los beneficios de llevar una buena adhesión al tratamiento terapéutico abarca desde la disminución de efectos secundarios y alivio de síntomas, hasta el aumento de la capacidad para mantener el cuidado personal, además, recuperar un rol productivo en la sociedad en patologías que no sean incapacitantes.

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar que da la OMS , "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Por otro lado, empezaremos a describir definiciones de salud mental, como así también, ciertas patologías vinculadas a ellas, para entender las problemáticas de la falta de adhesión al tratamiento por parte de los pacientes.

Paciente / Usuario:

La atención a la salud mental ha sido objeto de múltiples iniciativas para mejorarla, con la particularidad de colocar la calidad al centro. Los enfoques, calificados de innovadores y

vanguardistas, proponen cambios de forma, su interés por modificar la noción “paciente” no busca ubicar al sujeto al centro de la atención. Lo modifica por lo anacrónico que resulta con el discurso de tipo empresarial. Así “usuario” introduce la idea de alguien con capacidad de decisión. El Dr. Priego hace unas precisiones sobre estos términos: paciente, necesitado de cuidados (pasivo-vulnerable); usuario simple vocablo preferencia del argot directivo y cliente término vinculado al mercantilismo. No considera que se nombra desde una asimetría relacional, uno nombra al otro y prescribe formas específicas de ser y hacer. El Sistema de Salud pasa de un término a otro sin involucrar al sujeto, simplemente cambió paciente por usuario confiriéndole la cualidad de elegir.

El intercambio de términos no favorece la atención, ni impulsa al personal de salud a reflexionar y proponer formas de atención más humanas. Aun empleando la nueva terminología que supone reposicionar al usuario, los problemas de fondo permanecen como la falta de recursos o inobservancia del marco normativo por parte del personal de salud.

Métodos de Valoración de la Adhesión Terapéutica:

El hecho de que el fenómeno de la adherencia sea múltiple y complejo es responsable de la dificultad existente para disponer de un sistema de evaluación idóneo. En la actualidad, no existe un método único que sea considerado de referencia para medir la adherencia por lo que se deben utilizar varios de ellos, con el fin de paliar las insuficiencias que todos poseen. La práctica clínica psiquiátrica precisa de métodos de evaluación de la adherencia al tratamiento que sean sencillos y que no consuman grandes esfuerzos o tiempo para poder incorporarlos a la rutina diaria. Por esto mismo, los métodos disponibles para medir la adherencia al tratamiento psiquiátrico se clasifican en métodos objetivos (directos e indirectos) y métodos subjetivos (indirectos).

- **Métodos objetivos:** Los métodos objetivos directos se basan en la determinación del psicofármaco prescrito, de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en fluidos biológicos como la sangre, orina, saliva o, incluso, en el pelo. Se asume que su presencia en ellos expresa que el medicamento se ha tomado, aunque esto no es totalmente cierto ya que pueden dar por buen cumplidor al incumplidor de bata blanca, es decir, a aquellos pacientes que toman adecuadamente su medicación prescrita únicamente los días previos a la cita con sus médicos. Las diferencias individuales en el metabolismo y en la vida media hacen que en la mayoría de los psicofármacos las determinaciones plasmáticas sólo sean útiles para determinar si el tratamiento se ha tomado o no, pero no para establecer si las dosis han sido las indicadas. Los métodos objetivos indirectos valoran la adherencia a través de las circunstancias que se relacionan con la toma de la medicación y con el grado de control de la enfermedad, los más empleados son: Recuento de comprimidos (es un método sencillo, aplicable a cualquier paciente y población, que no requiere de equipamiento alguno o de personal cualificado entrenado), el método se basa en

determinar cuantas pastillas faltan en el envase y se compara con el número de comprimidos que debería haber en función de la pauta prescrita y el tiempo transcurrido desde el inicio del envase, suministrando un porcentaje estimado de adherencia. Por ende, el paciente debe llevar consigo sus envases de tratamiento a la consulta, el paciente puede estar polimedcado y tener que manejar múltiples envases, y algunos pacientes pueden tirar parte de su tratamiento para parecer adherentes, para evitar algunos de estos inconvenientes se pueden contar los comprimidos en el domicilio del paciente en una visita no anunciada y aleatoria que a la vez permitirá valorar su entorno. Tecnología de monitorización: existen distintos tipos de dispositivos electrónicos que analizan el momento en el que el paciente abre y cierra su pastillero, estiman el tiempo específico de dosis, identifican los patrones de uso de los medicamentos prescritos y calculan las tasas de adherencia. Algunos dispositivos contienen un chip electrónico en la tapa del envase que registra la fecha y hora cada vez que se abre la botella e incluso transmiten datos a través de la línea telefónica o internet. Bases de datos de las farmacias: una estrategia que puede suministrar una buena aproximación sobre la adherencia en el estudio de grandes grupos de población es la utilización de las bases de datos de las farmacias, analizando la periodicidad con la que el paciente retira sus medicamentos prescritos. Sin embargo, aunque el paciente retire sus medicamentos no se tiene la certeza de que el paciente cumpla el tratamiento en la dosis y modo adecuados, el uso generalizado de la receta electrónica facilita el seguimiento de la adherencia al quedar registrado, y disponible para el profesional, cuando ha sido dispensado cada medicamento.

- **Métodos subjetivos:** Los métodos subjetivos indirectos, suelen valorar la conducta de los pacientes así como sus conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento. Aunque son menos fiables que los métodos directos, son más sencillos y económicos, por lo que resultan extremadamente útiles en la práctica clínica psiquiátrica, además, sirven para investigar y valorar el grado de adherencia en condiciones reales de la práctica clínica habitual, por lo que contribuyen al conocimiento de la efectividad terapéutica. La información que utilizan suele provenir del propio enfermo, de un familiar o del profesional de la salud a cargo del paciente lo que hace que, en general, sobreestiman la adherencia al tratamiento. Aunque se ha argumentado que ni los pacientes ni sus médicos responsables son capaces de identificar correctamente la adherencia (Velligan et al., 2007), lo cierto es que tanto los pacientes como las historias clínicas proporcionan una estimación razonable de la adherencia a la medicación en el campo de la psiquiatría clínica (Cassidy, Rabinovitch, Schimtz, Joober y Malla, 2010) y son menos costosos y más aceptables que otras técnicas invasivas. En la actualidad, las formas más comunes de evaluar la adherencia a los fármacos psiquiátricos, tanto en la investigación como en la práctica clínica, son el autoinforme y el informe del médico a cargo del paciente (Velligan et al., 2006). La

revisión de la literatura científica relativa a la adherencia pone de manifiesto que las creencias y actitudes de los pacientes psiquiátricos hacia su enfermedad y tratamiento predicen mejor su adherencia al tratamiento que cualquier otra variable socio-demográfica o clínica (Brown et al., 2005; Chakraborty, Avasthi, Kumar y Grover, 2009; Hansen y Kessing, 2007; Jónsdóttir et al., 2009; Russell y 28 C. De las Cuevas, E.J. Sanz Kazantzis, 2008).

Historia de Salud Mental y de la Enfermería en Salud Mental:

En primer lugar, diremos que la enfermería en salud mental se inició a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se establecieron programas de formación dirigidos al profesional de enfermería que proporcionaba una alternativa a los profesionales interesados en el cuidado de los enfermos. También aumentó la sensibilidad social hacia los problemas relacionados con la enfermedad mental, aunque se reconocía la necesidad de contar con profesionales de enfermería con la formación adecuada, se consideraba que el cuidado de “los locos” no era un trabajo adecuado para las mujeres. Linda Richards (1841-1930) fue una pionera al convertirse en la primera enfermera cualificada de América, varios años después viajó a Inglaterra para completar su formación en el Hospital St. Thomas de Londres, el hospital fundado en 1860 por Florence Nightingale. En 1882 fundó el Boston City Hospital Training School for Nurses, especializado en formar profesionales de enfermería dedicados al cuidado de los enfermos mentales.

Antiguamente, el hombre primitivo y las civilizaciones antiguas contemplaron la enfermedad como algo mágico o mitológico, la creencia más generalizada fue la de que el trastorno se debía a una posesión demoníaca como castigo de los dioses al incumplimiento de sus mandamientos, pero en otras ocasiones se consideró que el paciente estaba poseído por espíritus sagrados y que, por esta razón, los dioses podían ser honrados a través de él. Por esto mismo, el planteamiento terapéutico, según dominase una u otra creencia. En el primer caso se intentaba aplacar a los dioses con plegarias y se realizaban encantamientos; pero si esto resultaba insuficiente se torturaba a la persona afectada y se la sometía a privaciones, con el fin de convertirla en un mal receptor de dichos espíritus o para conseguir expulsarlos de su cuerpo. En algunas sociedades se llegó incluso a utilizar la técnica de la trepanación cerebral (Se define como la perforación del cráneo con un instrumento quirúrgico para un fin curativo), para que, a través del orificio practicado pudieran escapar los demonios. En la segunda actitud, en cambio, se derivaron incluso posturas positivas a la comprensión de la enfermedad.

Hasta el siglo V a. C. no encontraremos avances que consigan superar las supersticiones y la medicina de los templos. Es entonces, cuando Hipócrates (460-317 a. C.) expresa la noción

recogida en el Corpus Hipocraticum de que sólo había una causa biológica de las enfermedades y que los tipos temperamentales estaban basados en una mezcla de los humores corporales. Más tarde, en la Roma antigua, se aprecia una actitud humanística: Asclepiades (124-40 a. C.) consideró que las anomalías mentales eran el resultado de los trastornos emocionales. Mientras que, Areteo (30-90 d. C.) estableció la noción de que el trastorno mental era una exageración cuantitativa del proceso normal. En cambio, Sorano (93-138 d. C.) realizó descripciones precisas de estas enfermedades, y Galeno (130-200 d. C.) consideró que los trastornos mentales tenían un origen cerebral.

Con el inicio de la Edad Media desaparece esta incipiente actitud científica ante la enfermedad mental, que pasa a ser considerada de nuevo como posesión diabólica: la superstición, la demonología y el exorcismo vuelven a ser esgrimidos en toda su amplitud, en alguno países de Europa, los clérigos se encargaban del cuidados de los enfermos. Sin embargo, también durante esta época se aprecian nuevos intentos de tratar más humanísticamente al enfermo mental, así se crean los primeros nosocomios, llamados "hospitales de inocentes y orates" o "casas de locos". La amplia labor realizada en Valencia por fray Gelabert Jofre cristalizó en la fundación del primer nosocomio del mundo en 1409, el llamado "Hospital de Ignoscents, folls e orats" (inocentes, locos y orates). Muy pronto el ejemplo cundió en los diversos reinos peninsulares, como Zaragoza (1425), Sevilla (1436), Toledo (1483) y Valladolid (1489): un capítulo brillante del pasado de la tradición hospitalaria peninsular. En Londres, el Bethlem Hospital es utilizado desde 1547 para el tratamiento de los enfermos mentales. Pero es Johann Weyer (1515-1588) quien realizará una gran crítica de la demonología, no sólo ataca las argumentaciones sobrenaturales, sino que describe diversos cuadros psiquiátricos y reconoce la importancia que sobre ellos tienen las vivencias de la infancia y el ambiente. Aún tendrían que transcurrir dos siglos para que el francés P. Pinel (1745-1826) sentará las bases para el establecimiento de una psiquiatría científica al transformar el asilo parisino de Bicêtre, donde los enfermos permanecían encadenados, en un auténtico hospital psiquiátrico en el que el enfermo era estudiado a través de una observación clínica rigurosa (método experimental). Su discípulo y sucesor Esquirol (1772-1840) continuó las reformas sobre los cuidados hospitalarios del enfermo mental y fundó la escuela psiquiátrica más importante del siglo XIX, en la que figuraban Baillager, Bayle, Fabret, Moreau, Guislain, entre otros. Pero fue especialmente E. Kraepelin (1856-1928) quien, entre otras cosas, desarrolló un sistema de clasificación descriptiva sistematizada de los trastornos psiquiátricos, que fue ampliamente aceptado. Su libro Tratado de Psiquiatría, aparecido en 1883, influye aún (después de ocho ediciones) en el pensamiento contemporáneo. En su intento de comprender la enfermedad mental a través de la psiquiatría comparada, el pensamiento de Kraepelin constituye uno de los pilares sobre los que se basa la psiquiatría actual. Otro de estos pilares es la concepción dinámica del enfermar psíquico, iniciada por S. Freud (1856-1939) con el desarrollo de su teoría psicoanalítica. Este psiquiatra austríaco y sus principales discípulos, C. G. Jung (1875-1961), A. Adler (1870-1937), H. S. Sullivan (1892-1949), junto con los representantes de la

fenomenología psiquiátrica, como Jaspers, V. Gebsattel, etc., constituyen un progreso de excepcional importancia para el conjunto de la psiquiatría. Estas últimas tendencias históricas han prolongado su acción en el curso de este siglo, cuyos progresos técnicos, sobre todo en el campo de la farmacología y la bioquímica, han aportado nuevas terapéuticas somáticas. Ello, unido al rápido desarrollo de las nuevas ciencias, como la psicología, la sociología o la antropología, ha hecho que el antiguo aislamiento de la psiquiatría, tanto en la práctica hospitalaria como en el tratamiento extrahospitalario, haya disminuido para ceder el paso a una mayor colaboración y comunicación con el resto de la medicina y otras especialidades, al igual que con la sociedad. El centro de interés de la psicopatología es el hecho psiquiátrico entendido en un sentido amplio, donde no sólo el síntoma es objeto de estudio sino que sus horizontes son más ambiciosos. Su cuerpo de doctrina integra los conocimientos procedentes de la relación dialéctica sujeto-objeto: personalidad, conducta patológica, estructura familiar, perimundo social, etc. Desde esta amplia perspectiva, donde se acoge todo el saber que se extiende desde lo más orgánico-biológico a lo estrictamente psíquico, la psicopatología intenta extraer conclusiones válidas para estructurarse como ciencia. La psiquiatría es la ciencia de las manifestaciones, de la etiología y de la patogenia de las enfermedades mentales, de su prevención, de su tratamiento y de la organización de la asistencia médica. Por lo que, se divide en psiquiatría general (psicopatología general), que estudia las leyes fundamentales de la aparición y del desarrollo de los trastornos de la actividad psíquica comunes a numerosas enfermedades mentales, las cuestiones generales de la etiología y de la patogenia, la naturaleza de los procesos psicopatológicos típicos, sus causas, los principios de clasificación, los problemas de la rehabilitación y los métodos de investigación, y por otro lado la nosología psiquiátrica, que estudia las enfermedades mentales por separado (Cols., 1968). Parece evidente que la psiquiatría ha estado hasta la actualidad incluida en la medicina, ya que su objeto es el hombre enfermo psíquicamente, pero ocupando un apartado peculiar de ella puesto que es, a la vez, una ciencia natural y humana, en función de la génesis heterogénea del hecho psíquico morboso, cuyas relaciones de causalidad hay que buscarlas dentro de una amplia gama de variables biopsicosociales. De lo anteriormente expuesto se desprende que la psiquiatría tiene estrecha relación con la patología médica general, la neurología, la psicología y la sociología. Todas ellas se diferencian claramente de la psiquiatría, pero todas, a su vez, mantienen importantes conexiones con el cuerpo doctrinal de la misma, compuesto por modelos psicopatológicos de muy diversa naturaleza. De esta forma, a partir de los conocimientos que proceden de estas ciencias, la psiquiatría va acrisolándose como rama del saber científico.

En la actualidad, según Matheney (directora de currículo del departamento de enfermería en City College) y otros colaboradores (1971) la enfermería psiquiátrica sería la atención brindada a pacientes buscando el tratamiento y la rehabilitación de trastornos psiquiátricos. En esa tarea, la función del profesional de enfermería no difiere en esencia de la que desarrolla en otros campos clínicos, si bien la única diferencia es su orientación primaria, dirigida a las relaciones interpersonales entre enfermero y paciente, y grupos de pacientes.

El campo de la salud e higiene mentales tiene como finalidad la prevención primaria y secundaria de la enfermedad mental. La prevención primaria entraña buscar ante todo la salud mental, y la secundaria, el diagnóstico y el tratamiento temprano de la enfermedad mental. Por esto mismo, la enfermería psiquiátrica es un proceso de relación humana que pone en conexión a dos personas, una de ellas el profesional de enfermería y la otra el paciente, y su relación es la suma de sus acciones mutuas, el motivo principal de su relación es ayudar al paciente a encontrar una mayor satisfacción de sus necesidades básicas y formas más eficaces de comportamiento para lograr dicha satisfacción, en otras palabras ayudar al paciente a obtener más éxito en la vida. Además es responsabilidad del profesional de enfermería establecer, mantener y concluir tal relación, ya sea o no terapéutica, útil o aun saludable puede medirse muy sencillamente por la sensación de bienestar que experimenta el paciente como resultado de ella. La asistencia de enfermería psiquiátrica eficaz requiere que el profesional logre los conocimientos, la comprensión y la destreza necesarios para poder observar, analizar y responder terapéuticamente a las necesidades del paciente. Debe dedicar un esfuerzo continuo a mejorar su conciencia de sí mismo, sus percepciones del mundo que le rodea y las relaciones sensitivas con otras personas. No es algo que le llegue de forma natural o automática; requiere mucho trabajo, práctica, evaluación sobre la marcha y continuo aprendizaje. Exige valor, humildad y fuerza para tolerar el fracaso y la frustración inevitables que acompañan al servicio prestado a otras personas. Al mismo tiempo, requiere suficientes fuentes de satisfacción para mantener su estado de salud y su sentido de seguridad. Pero el conocimiento de que ha ayudado a hacer más tolerable, cómoda o venturosa la vida de otra persona hace que su esfuerzo sea valioso.

Por esta razón, desde hace años se viene reconociendo que los cuidados son las funciones propias y específicas del profesional de enfermería, ya que, una vez efectuada la valoración del paciente, dicho profesional debe llevar a cabo estas atenciones específicas a niveles físico y psicológico. Por lo cual, estos cuidados se asemejan a los de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas, pero en relación con el paciente con trastornos mentales severos. Como se denominan a continuación:

A) **Seguridad:** Mantener al enfermo mental en un entorno seguro resulta totalmente prioritario. De forma genérica, pueden señalarse objetivos amplios, como la prevención de accidentes, contaminaciones, etc. La detección de ideas y prevención de conductas autolesivas constituyen el aspecto más específicamente psiquiátrico de este apartado. El profesional de enfermería, además de atender de forma prioritaria las situaciones inherentes al estado particular del enfermo, debe prevenir cualquier tipo de riesgo (ventanas, utensilios cortantes, cristales, etc.), como así también, especial atención debe prestar a la administración de medicamentos procurando que el paciente los ingiera en su presencia, evitando así que pueda acumularlos con intención de mal uso, otra misión importante es la custodia rigurosa del depósito de psicofármacos.

B) **Respiración:** Aunque pocos enfermos mentales presentan alteraciones respiratorias, al ser ésta una función vital, merece atención y cuidados urgentes en los casos en que se encuentre alterada.

C) **Ingesta de alimentos:** De forma genérica, corresponde al profesional de enfermería informar al enfermo sobre la frecuencia y horario de su dieta (como por ejemplo con los antidepresivos donde se restringen ciertos alimentos), resulta importante que el profesional de enfermería vigile la aparición de vómitos, ingestiones a deshora, prestando máxima atención a la alimentación de los niños y a la hidratación de los enfermos.

D) **Eliminación:** Esta función puede estar alterada tanto a nivel urinario como fecal en los enfermos psíquicos (A raíz del estado de sedación del paciente), por lo que el profesional de enfermería habrá de prestar ayuda a los que no la controlan. A veces puede ser posible, sobre todo en niños, la reeducación de pacientes incontinentes (control de líquidos, gimnasia de esfínter, etc.).

E) **Actividades generales y ejercicio:** Algunos enfermos mentales presentan dificultades en su movilización, el profesional de enfermería, tras la valoración psicopatológica, además de estructurar el ambiente de forma que el paciente goce de la mayor independencia, habrá de ayudar a aquellos que presenten una movilidad reducida, colaborando si es preciso en la rehabilitación de la deficiencia.

F) **Comunicación:** A nivel asistencial, y especialmente en el medio hospitalario, la comunicación además de ser un medio constituye un fin en sí mismo. Sin un buen nivel de comunicación, la relación con el enfermo se verá gravemente distorsionada. El profesional de enfermería, a este nivel y de forma genérica, deberá identificarse ante el paciente, dando a conocer no sólo su nombre sino también el de otros compañeros de distintos turnos. También presentará a los enfermos entre sí. El elemento que más puede favorecer una buena comunicación es la disponibilidad. Al paciente hay que escucharlo atentamente y no sólo oírlo. Con esta actitud, se ayudará a que exprese sus sentimientos de la forma más constructiva.

G) **Ocupación y actividades de tiempo libre:** Muchos enfermos mentales presentan formas negativas de aislamiento por timidez, resentimiento, etc. Puede aceptarse que la mayor parte de las actividades suelen ser beneficiosas. Por estas razones, el profesional de enfermería debe estructurar el tiempo de los pacientes de forma adecuada, evitando en ellos el aburrimiento, la soledad y propiciando el desarrollo de hábitos saludables, como la lectura, la música, etc. En caso necesario, habrá de improvisar o colaborar en servicios de terapia ocupacional.

H) **Educación sexual:** También resultan frecuentes los trastornos genéricos de la función sexual, así como las alteraciones de la menstruación de la mujer. Pueden ser beneficiosas en estos enfermos acciones educativo-sanitarias que incluyan información y modificación de

actitudes en relación a las funciones de reproducción, anticoncepción, enfermedades venéreas, etc.

I) **Sueño:** Muchas enfermedades mentales se cursan con insomnio. A nivel hospitalario, el ambiente de estas instituciones también lo favorece. En este terreno, el profesional de enfermería puede llevar a cabo una educación sobre el uso de hipnóticos, facilitar la continuidad en los hábitos propios del paciente y asegurar el ambiente más cómodo posible. Cualquier alteración del sueño ha de ser vigilada y anotada, ya que su descripción puede resultar valiosa en el diagnóstico de algunas enfermedades (ataques de pánico, depresiones, etc.).

J) **Aspectos legales:** En la sistematización de cuidados, parece oportuno incluir esta función, ya que los ingresos y tratamientos judiciales son frecuentes a nivel psiquiátrico. La asistencia en esta especialidad también suele estar relacionada con otros aspectos civiles, tales como incapacidades, separaciones matrimoniales, adopción, custodia de hijos, etc. En cualquier caso penal, el profesional de enfermería debe valorar el riesgo del enfermo, asumiendo además las responsabilidades delegadas por otros miembros del equipo o por la autoridad judicial, no olvidando que esta autoridad puede demandar responsabilidades.

K) **Circunstancias que rodean a la muerte:** Cuando el profesional de enfermería tenga que afrontar enfermos mentales en fase terminal, habrá de prestar máxima atención a los aspectos físicos y psicológicos de esta situación, ayudando al paciente a morir con dignidad, evitando la soledad y el dolor innecesarios, propiciando la intimidad del enfermo con su familia, atendiendo el aspecto religioso y apoyando una elaboración adecuada del duelo.

No obstante, el profesional de enfermería, sea especialista o no, es un miembro por derecho propio del equipo psiquiátrico, por lo que a nivel terapéutico puede llevar a cabo muchas aportaciones y colaboraciones, como por ejemplo: la administración de psicofármacos, son antiguas y están bien definidas como actividades específicas de este profesional. Sin embargo, no deben terminar ahí las colaboraciones con el psiquiatra. A nivel terapéutico, también pueden extenderse al terreno de las psicoterapias, ya sean específicas, conociendo e informando sobre su evolución, ya sean inespecíficas, desarrollando una buena relación interdisciplinaria, con respecto a aportar todos los datos y sugerencias, colaborando en las actividades propias del psicólogo, asistente social, etc.

Trastornos mentales severos

Durante gran parte del pasado siglo se utilizó el término enfermo mental crónico para referirse a pacientes que sufrían una enfermedad mental persistente a lo largo de su vida, el concepto de cronicidad hace referencia a un proceso que progresa o persiste durante un periodo de tiempo prolongado, en general toda la vida. Para aproximarnos al concepto de cronicidad en psiquiatría, comenzaremos con una definición de crónico *“Aquella persona que sufre ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus*

capacidades funcionales en relación a aspectos de su vida diaria, y que además, dificultan el desarrollo o mantenimiento de su autosuficiencia económica” (Blanco y Pastor, 1997).

Según el DSM-IV (1994) se consideran crónicos a *“Aquellas personas que padecen esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos afectivos mayores recurrentes, incapacidades de larga duración, necesidad de dependencia extrema, alta sensibilidad al estrés y dificultades para afrontar las demandas de la vida diaria”*. Por esto mismo, el tratamiento que se ha dado a la cronicidad en salud mental es una discusión vigente en la comunidad científica, así como la conceptualización y la respuesta asistencial que se ofrece. En cualquier caso, se refiere a enfermos que no han logrado la rehabilitación a través del empleo continuado de los medios terapéuticos y esto se ve reflejado en las limitaciones que tanto los psicofármacos como la psicoterapia presentan en el tratamiento de las enfermedades mentales severos. Hoy en día, con la reforma psiquiátrica el concepto de cronicidad ha adquirido otro significado, ya que se trata de personas con una enfermedad mental severa y de larga duración, que con un tratamiento adecuado pueden vivir con aceptable calidad de vida en cualquier medio social normalizado.

Por otro lado, La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) en 1980 define a los enfermos mentales severos crónicos como *“Aquellas personas que padecen psicosis esquizofrénicas orgánicas o trastornos afectivos recurrentes, que generan incapacidades de larga duración, necesidad de dependencia extrema, alta sensibilidad al estrés y dificultades para afrontar las demandas de la vida diaria”*. Como resultado de sus trastornos mentales severos y de la incompetencia social para compensar sus dificultades, estos pacientes padecen aislamiento social, falta de habilidades para llevar a cabo la vida cotidiana, desempleo, pobreza, hospitalizaciones reiteradas, prisión o falta de vivienda.

Sin embargo, las necesidades y problemas de las personas con TMS (Trastornos mentales severos) de larga evolución son múltiples y variados, por un lado, comparten problemas y necesidades comunes a la población general, como la higiene personal, alimentación, seguridad, sexualidad, apoyo familiar, etc., y por otro lado, presentan problemas y necesidades específicos de los trastornos mentales y psicosociales.

Estrategias de Enfermería en la Adhesión al Tratamiento:

Las estrategias se definen como la mejora de los cuidados de los profesionales de enfermería en atención especializada, están centradas en el desarrollo de modelos organizativos y de práctica clínica enfocados en el paciente y el desarrollo e implementación de los diferentes instrumentos que garantizan la continuidad de los cuidados de los profesionales de enfermería. Por esto mismo, identificamos las diferentes estrategias de enfermería para la adecuada adhesión al tratamiento de los pacientes con trastornos mentales severos. Una de ellas, es la confianza la base de una relación terapéutica, por lo que el profesional de enfermería debe perfeccionar las cualidades que fortalezcan el desarrollo de la confianza; a

su vez, ésta se debe establecer para que progrese la relación personal de enfermería-paciente más allá de un nivel superficial de atender las necesidades inmediatas del paciente, es por ello que las estrategias deben ser:

- Informar y educar al paciente.
- Participación del paciente en grupos.
- Mejorar la comunicación enfermera-paciente.
- Reforzar el buen cumplimiento del tratamiento.
- Trabajar en las preocupaciones reales del paciente.
- Adoptar una actitud amistosa, no burocrática.
- Interactuar con otros profesionales sobre el problema del paciente.
- Llamar al paciente por su nombre y apellido.
- Pasar tiempo con el paciente.
- Dar tiempo suficiente para contestar las preguntas del paciente y sus preocupaciones.

Por otro lado, la relación personal de los profesionales de enfermería y paciente es la base sobre la cual se establece la enfermería psiquiátrica, es aquella en la cual ambos participantes deben reconocer que cada uno es único e importante; además es una relación en la que ocurre un aprendizaje mutuo. Peplau (1991) establece lo siguiente: *“Una enfermera hará aquello por un paciente o puede participar en una relación en la que se enfatice de tal forma que haga aquello con el paciente en la medida que compartan una agenda de trabajo que se complete para alcanzar una meta: la salud. Es probable que el proceso de enfermería sea educativo y terapéutico cuando la enfermera y el paciente puedan conocerse y respetarse mutuamente como personas diferentes, que comparten la solución de problemas”*. Por ende, las relaciones terapéuticas son metas orientadas, es decir, el profesional de enfermería y el paciente deciden juntos cuál será la meta de la relación, con frecuencia el objetivo es dirigir la promoción del aprendizaje y el crecimiento en un esfuerzo para provocar algún tipo de cambio en la vida del paciente.

Sin embargo se han identificado varias características que facilitan y desarrollan una relación interpersonal entre el profesional de enfermería y el paciente, que son las siguientes:

- **Confianza:** Para confiar en alguien, se debe tener seguridad en la presencia de la persona, fiabilidad, integridad, veracidad y deseo sincero de proporcionar la ayuda requerida. La confiabilidad se demuestra a través de intervenciones de enfermería que transmitan un sentido de calidez y preocupación hacia el paciente, estas

intervenciones se inician de manera simple y concreta, están dirigidas hacia actividades que señalen las necesidades básicas del paciente para su seguridad fisiológica y psicológica.

- **Respeto:** Mostrar respeto es creer en la dignidad y valía de una persona, sin tomar en cuenta el comportamiento inaceptable, lo que significa que la actitud no es de juicio y el respeto es incondicional sin depender del comportamiento del paciente para alcanzar ciertos estándares. El personal de enfermería, de hecho, puede no aprobar el estilo de vida del paciente o los patrones de comportamiento; sin embargo, con consideración positiva incondicional, el paciente es aceptado y respetado por la única razón de ser considerado un ser humano único y valioso.
- **Autenticidad:** El concepto de autenticidad se refiere a la capacidad del profesional de enfermería para ser abierto, honesto y “real” en las interacciones con el paciente. Ser “real” es estar consciente de que uno se experimenta interiormente y permite que esta cualidad sea visible en la relación terapéutica (Raskin y Rogers, 2005). Cuando se es genuino hay congruencia entre lo que se siente y lo expresado, por lo que el profesional de enfermería que presenta esta cualidad responde al paciente con la verdad y honestidad, y no con respuestas que pueda considerar más “profesionales” o las que sólo reflejan la “función de la enfermera”.
- **Empatía:** La empatía es un proceso en el cual un individuo es capaz de ver más allá del comportamiento y sentir realmente la experiencia interior de los demás en un momento dado (Travelbee, 1971). Con empatía, el personal de enfermería puede percibir con precisión y entender el significado e importancia de los pensamientos y sentimientos del paciente, y comunicar dicha percepción al mismo; esto se hace intentando traducir las palabras y comportamientos en sentimientos. Es muy común que el concepto de empatía se confunda con el de simpatía; la principal diferencia es que con empatía el profesional de enfermería puede “percibir o entender con precisión” lo que siente el paciente, animando a explorar estos sentimientos; en cambio, con simpatía el profesional de enfermería en realidad “comparte” lo que el paciente está sintiendo, y experimenta una necesidad de aliviar la angustia. La empatía se considera una de las características más importantes de una relación terapéutica, debido a que las percepciones empáticas exactas del profesional de enfermería ayudan al paciente a identificar sentimientos que pudieran estar reprimidos o negados.

Institución de Salud Mental:

Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente, las cárceles

sirven como ejemplo notorio, pero debe advertirse que el mismo carácter intrínseco de prisión tienen otras instituciones, cuyos miembros no han quebrantado ninguna ley.

Por otro lado, se llaman establecimientos sociales o instituciones en el sentido corriente de la palabra a sitios tales como, habitaciones, conjunto habitacional, edificios o plantas industriales donde se desarrolla regularmente determinada actividad. Toda institución absorbe parte del tiempo y el interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio, tienen en síntesis tendencias absorbentes. La tendencia absorbente o totalizadora es simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros y que suelen adquirir forma material, puertas cerradas, altos muros con alambres de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos.

El hecho clave de las instituciones totales, consiste en el manejo de las necesidades humanas, mediante la organización burocrática de conglomerados humanos. En las instituciones totales hay una división básica entre un gran grupo manejado, que adecuadamente se llama internos y un pequeño grupo personal supervisor. Los internos viven dentro de la institución y tienen limitado contacto con el mundo, más allá de sus cuatro paredes el personal cumple generalmente una jornada de aproximadamente 8 horas y está socialmente integrado con el mundo exterior. Cada grupo tiende a representarse al otro con rígidos estereotipos hostiles, el personal suele juzgar a los internos como crueles, taimados e indignos de confianza, los internos suelen considerar al personal petulante despótico y mezquino; el personal tiende a sentirse superior y justo mientras que los internos pasan a sentirse inferiores, débiles, censurables y culpables. Así como la conversación entre un grupo y otro se restringe, también se restringe el pase de información, especialmente en lo relativo a los planes del personal con respecto a los internos. Es característico mantenerlos en la ignorancia de las decisiones que se toman sobre su propio destino, dicha exclusión proporciona al personal una sólida base, para guardar las distancias y ejercer su dominio sobre los internos, por esto mismo, todas estas restricciones de contacto ayudan presumiblemente a mantener los estereotipos antagónicos. Es significativo que el edificio y el nombre de la institución lleguen a identificarse a los ojos del personal y también de los internos como algo perteneciente a aquel, de este modo, cuando cualquiera de ambos grupos se refiere a los fines e intereses de la institución, se refiere implícitamente a los fines e intereses del personal.

Sin embargo, decir que los internos de las instituciones tienen todo en su día programado, significa que también, se habrán planificado todas sus necesidades esenciales, cualquiera que sea el incentivo propuesto para el trabajo. Carece de significación estructural que tiene en el exterior, será inevitable que haya diferentes motivaciones para el trabajo y distintas actitudes hacia el, este es un ajuste básico que se requiere de los internos y de quienes deben inducirlos a trabajar. A veces se les exige tan poco trabajo a los internos, con frecuencia no habituados a los pequeños quehaceres, sufren crisis de aburrimiento, por tal motivo, el trabajo requerido puede efectuarse con extrema lentitud y a menudo se conecta

con un sistema de pagos mínimos, muchas veces ceremoniales, como la ración semanal de tabaco y los regalos de navidad, que inducen a algunos pacientes mentales a permanecer en sus puestos. Haya demasiado o poco trabajo, el individuo que tuvo un ritmo de trabajo afuera, tiende a desmoralizarse, por el sistema de trabajo de la institución total. Un ejemplo de desmoralización, es la práctica corriente de los hospitales psiquiátricos estatales de andar "mangoneando" o "trabajando alguno", de modo de conseguir unas monedas para gastar. El personal de la institución interpreta esto como síntoma de la patología mental, otro elemento incompatible de la institución totalizadora es la familia.

Sin embargo, actualmente los establecimientos de Salud Mental del ámbito público, privado, y de la seguridad social se basan en el Modelo Comunitario de Atención, el cual implica el trabajo y la conformación de una Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad, *"Los efectores conforman una red funcional por la cual transitan los/as usuarios/as según sus necesidades, también los profesionales se desplazan de un efector a otro asegurando la continuidad de la atención"* (OMS, 2009). La Red Integrada de Salud Mental con base en la Comunidad se integra a los servicios de salud general y se desarrolla en articulación intersectorial, este modelo se indica para los tres subsectores de la salud e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: Equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención; servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, atención de la urgencia las 24 hs., interconsulta e internación); centros de día comunitarios; diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyo. Se entiende por comunidad al espacio común y general de los intercambios sociales, en tanto que *"Sólo en la comunidad las personas pueden desarrollar libre y plenamente su personalidad"* (Declaración Universal de los DDHH, 1948). Las Pautas deben dar cumplimiento al artículo 27 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, el cual establece *"la prohibición de crear en todo el territorio nacional de nuevos neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados"* tales como colonias, asilos, comunidades terapéuticas, clínicas psiquiátricas. En caso de los existentes, se deben adaptar a los objetivos y principios de la mencionada ley y a la sustitución paulatina y definitiva de los mismos por una red de servicios con base en la comunidad. El desarrollo de la Red Integrada de Salud Mental sustituye, de manera progresiva, a las instituciones monovalentes que existen en la actualidad: la Red descrita no es complementaria a ellas, las instituciones monovalentes existentes al día de hoy se consideran en proceso de sustitución, en los términos del artículo 27 de la Ley Nacional mencionada y mismo artículo de su decreto reglamentario.

En cumplimiento con la Ley 26657 de salud mental, los establecimientos son recategorizados a dispositivos de diagnóstico, tratamiento, seguimiento ambulatorio y eventual internación por crisis. Se incluyen en esta tipología las siguientes modalidades (ESSIDT):

- 1) **Consultorio de Salud Mental:** Servicio ambulatorio para la atención en salud mental a cargo de uno o más profesionales de Salud Mental, con apoyo eventual de personal técnico y/o administrativo.
- 2) **Componente de Salud Mental en centro de salud:** Servicio ambulatorio para la promoción, prevención y tratamiento del padecimiento mental, compuesto por un equipo interdisciplinario de salud mental que se encuentre integrado en el establecimiento de salud. Además tiene fuerte presencia en la comunidad, incluyendo los domicilios, brinda atención a personas de todas las edades: niñas, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. La denominación “Centro de Salud” incluye: Centro de Salud, Centro de Atención Primaria de la Salud, Centro de Salud y Acción Comunitaria, Unidad Primaria de Atención, Centro de Integración Comunitaria, Centro asistencial, Posta sanitarias y otros similares de acuerdo a la jurisdicción.
- 3) **Centro de día comunitario:** El centro de día comunitario es uno de los efectores de la Red Integrada de Salud Mental con base en la Comunidad, dedicado a la promoción, prevención, tratamiento y principalmente la rehabilitación psicosocial. Tiene por objetivo la inclusión social plena (productiva, creativa, gratificante) de las personas con padecimiento mental, mediante el trabajo conjunto por el desarrollo de sus habilidades e intereses, la detección y desarrollo de los recursos socioambientales y el fortalecimiento de su autonomía. Gran parte de las personas con padecimiento mental que han sufrido procesos de cronificación tienen como consecuencia el aislamiento, deterioro, marginalización y estigma. El centro de día comunitario incluye entre sus objetivos evitar y/o desactivar los mencionados procesos, identificando las variables por las cuales se han producido e implementando las intervenciones pertinentes para revertirlos.
- 4) **Hospital de día comunitario:** El hospital de día comunitario es uno de los efectores de la Red Integrada de Salud Mental con base en la Comunidad, es un dispositivo ambulatorio y diurno de tratamiento, a tiempo parcial. Está destinado a personas con padecimiento mental que se encuentran antes, durante o luego de una situación de crisis, pero sin criterio de internación, ya que, permite evitar internaciones o facilitar el pasaje desde una internación a la vida cotidiana en los casos en los que resulte necesario. Es un dispositivo de carácter transitorio y breve que apunta a preservar el vínculo de la persona con la comunidad hasta tanto pueda continuar su tratamiento, en caso de ser necesario, en otros efectores de la Red Integrada de Salud Mental.
- 5) **Dispositivos de Inclusión Sociolaboral:** Dispositivos de inclusión laboral en tanto estructuras intermedias para la inclusión sociolaboral de las personas. Se trata de dispositivos de la Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad que implican necesariamente el trabajo intersectorial.

- 6) **Dispositivos de Inclusión Habitacional con distintos niveles de apoyo ESCIG:** Los dispositivos y recursos habitacionales son parte de una política integral cuyo objetivo es brindar respuestas socio-sanitarias para aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran realizando un tratamiento ambulatorio, o en condiciones de ser externadas de instituciones monovalentes de salud mental (públicas o privadas) y que no cuentan con otras posibilidades de acceso a una vivienda digna en la comunidad.

Por último, con lo mencionado anteriormente, describiremos la institución estudiada en este proyecto de investigación, el cual se caracteriza por ser una institución privada donde se admiten internos con obra social o bien judicializados, actualmente cuenta con 24 internos la gran mayoría masculinos, en tanto los internos femeninos utilizan la institución como centro de día. Sin embargo, el establecimiento se conforma con habitaciones separados por patologías, cuenta con un aula de recreación que utilizan las terapistas ocupacionales, como así también, un amplio terreno para las actividades al aire libre, cuenta con una cocina y dos comedores para separar a los internos según necesidades de atención en cuanto a la alimentación, con un office de enfermería donde se prepara la medicación y las historias clínicas de los usuarios. Por otro lado, dispone también de una oficina de administración, donde se realizan reuniones con el equipo interdisciplinario.

Metodología:

Diseño de investigación: El presente trabajo es cualitativo, dado que se analizarán las perspectivas y puntos de vistas de los participantes, tales como: emociones, experiencias, relaciones, entre otros aspectos subjetivos, tales como las estrategias de enfermería en la adhesión al tratamiento de pacientes con trastornos mentales severos (Patton, 2011). Define estos datos como descriptivos porque se detallan situaciones, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones.

Tipo de recolección de datos: La recolección de datos será observacional no estructurada, debido a que se utilizarán entrevistas de preguntas abiertas semi estructuradas con un grupo de enfermeros profesionales.

Tipo de muestra: Corresponde a no probabilísticas, teniendo en cuenta que no dependemos de una probabilidad, sino de las causas relacionadas a las estrategias de enfermería para la adhesión al tratamiento de pacientes con trastornos mentales severos. Es de tipo no probabilísticas o dirigidas, considerando que, cuya finalidad no es la generación en términos de probabilidad, pues la elección de los elementos depende de las razones relacionadas con las características de la investigación (*Ragin 2013, Saumure y Given 2008 y Palys 2008*). A su vez, es homogénea, ya que las unidades que se van a seleccionar poseen un mismo perfil, características o comparten rasgos similares.

Universo: Para la presente investigación se trabajará con los enfermeros que desempeñan sus funciones en una institución psiquiátrica, ubicada en la localidad de Florencia Varela, de zona sur de la provincia de Bs As.

Unidad de análisis: Cada enfermero que desempeñe sus funciones en una institución de Salud Mental, ubicada en la zona sur de la provincia de Bs As.

Muestra: Por lo cual, se tomará como muestra, a todo enfermero que desempeñe sus funciones en el área de Salud Mental, de una institución ubicada en la localidad de Florencia

Varela, de zona sur de la Provincia de Bs As, en su totalidad es decir los 20 profesionales que trabajan en dicha institución.

Criterios de inclusión: Todo profesional de enfermería que cuente con experiencia y desempeñe sus funciones en una institución de Salud Mental, ubicada en Florencio Varela.

Criterios de exclusión: Todo profesional de enfermería que no cuente con experiencia en el área o que no desee participar de la entrevistas o también aquellos que se encuentren de vacaciones, parte médico o licencia perteneciente a una institución de Salud Mental, ubicada en Florencio Varela.

Fuentes de datos: Será primaria dado que, la información se obtendrá a través de entrevistas de preguntas abiertas semiestructuradas realizadas virtualmente a los enfermeros profesionales que se desempeñen en la institución mencionada. Se utilizarán entrevistas de preguntas abiertas semi estructuradas.

Técnica y recolección de datos: La recolección de datos será mediante entrevistas de preguntas abiertas semi estructuradas. Se aplicará una guía con preguntas para la entrevista mediante un formulario electrónico, debido al contexto pandémico atravesado en la actualidad, además, con el consentimiento informado pertinente para tales entrevistas a los profesionales de enfermería.

Procesamiento y análisis de datos: Se procesa la información recolectada de manera virtual y en relación a esto se diseñará una estrategia metodológica en tres etapas a saber:

- **Etapla exploratoria:** Se llevará adelante el relevamiento institucional y la construcción de los instrumentos de trabajo a través de la planificación de la entrevista y del criterio de observación a tenerse en cuenta durante las mismas. Se formularán preguntas abiertas, debido al interés de recabar datos cualitativos, aunque también se realizarán algunas preguntas cerradas referidas específicamente a relevar datos o características del contexto.
- **Trabajo de campo:** Los componentes utilizados para el mismo serán la aplicación de las técnicas de entrevista. La modalidad utilizada será la de entrevista semiestructurada, la cual permite una mayor libertad a la iniciativa de expresión del entrevistado, por tratarse en su mayoría de preguntas abiertas que se realizan de manera virtual con los entrevistados. Esto propiciaría una mayor flexibilidad al entrevistador para adaptarse a las diferentes circunstancias concretas que caracterizan al trabajo de campo. Sin embargo, se dará importancia a brindar información clara y precisa sobre el tipo de estudio que se realizará, en el cual no se contempla la intención de efectuar evaluaciones de procesos personales. En relación al aspecto ético, previamente a la recolección de datos se dará a conocer a cada

profesional entrevistado, el objetivo y alcance del proyecto, respetando el deseo de participar o no del mismo.

- **Tratamiento de los Datos:** Se utilizará la técnica de Análisis Temático, esta consiste en *“descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación cuya presencia o frecuencia signifique alguna cosa para el objetivo analítico trazado”*, orientado a detectar las unidades de significación que definen el discurso, ya que cualitativamente la presencia de determinados temas denotan valores y modelos de referencia presentes. Se desarrollarán en tres pasos, el del pre-análisis, donde se determinará la forma de categorización y los conceptos teóricos más generales que orientan el análisis. Luego, se realizará la explotación del material, donde se elaborará la Matriz de Datos, seguida de la transformación de los datos obtenidos en bruto para llegar a la comprensión global del material. Por último, el análisis final de los resultados, realizando inferencias y proponiendo interpretaciones previstas en el cuadro teórico.

Recursos:

- Computadora con sistema de almacenamiento y programas para la redacción del mismo.
- Medios de comunicación en común con todos los sujetos de estudio, como por ejemplo, plataformas virtuales, celulares, tablets, etc.

Contexto de Análisis

En el primer objetivo específico nos propusimos lo siguiente *“Caracterizar al equipo de enfermería, contextualizar el ámbito de intervención tanto institucional como de infraestructura donde llevan a cabo sus funciones”*, donde la analizamos con las preguntas 1 a la 8 y de la 17 a la 18 de las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería que desempeñan sus funciones en la institución estudiada.

El objetivo de estas preguntas fueron el analizar y conocer tanto al equipo de profesionales como así también a la institución estudiada, con esto concluimos lo siguiente: El equipo de enfermería cuenta con 15 profesionales que en su mayoría son mujeres, la gran parte cuenta con experiencia en el ámbito de salud mental y donde casi en su totalidad realizaron capacitaciones sobre salud mental, a su vez cuentan con un equipo interdisciplinario conformados por un médico clínico, psiquiatra, trabajadora social, terapeuta ocupacional, nutricionista, coordinación, enfermería, psicología, etc., por otro lado, el equipo de enfermería se dividen en 4 turnos que serían turno mañana, tarde, noche y sadofe. En cuanto a la institución nos manifestaron que es un lugar amplio con varios espacios como por ejemplo, los dormitorios individuales y separados por patología y autonomía, un lugar de recreación como una pequeña aula, un predio enorme donde realizan actividades físicas como de recreación también, el comedor y la cocina. Por último, estos profesionales nos manifestaron que cuentan con un agradable ambiente laboral donde pueden desenvolverse fácilmente como así también el poder crecer como profesional. Por otro lado, con las últimas preguntas quisimos conocer cómo era la admisión del paciente en dicha institución, donde la gran mayoría nos respondieron que la admisión en partes la realiza el personal administrativo, donde juntan la información más relevante del paciente como por ejemplo: qué tipo de obra social tiene, si es judicializado o no, si cuenta con familia o no, etc., otros nos respondieron que la admisión la realiza el profesional que se encuentre en ese momento en la institución, donde se realiza una entrevista con la familia y luego con el paciente solo,

pero en algunos otros casos se pacta la entrevista tanto con la familia y con el paciente en conjunto o se realiza la entrevista con varios profesionales en simultáneo.

En el segundo objetivo específico nombramos *“Identificar las estrategias de enfermería prestando especial atención a los cuidados e identificar el vínculo del enfermero-paciente, en cuanto a la relación, cooperación y percepción de los pacientes”*, por la cual la analizamos con las preguntas 9 a 12 de las entrevistas a los enfermeros de la institución, donde logramos evaluar que dichos enfermeros relacionan las estrategias como las acciones implementadas hacia los pacientes y que este está relacionado estrictamente con la toma de medicación diaria de los mismos, ya que en las entrevistas la gran mayoría nos respondieron que constantemente realizan una evaluación cefalo-caudal de los pacientes con respecto al tratamiento, el generar conversaciones, el verificar que hayan ingerido la medicación, explicar los beneficios del tratamiento, en cuanto a la relación enfermero-paciente, logramos analizar que en esta institución es en lo que más se abocan ya que para este grupo de enfermeros, la confianza hacia con el paciente es lo más primordial para la adhesión al tratamiento, y a esto lo generan a través de charlas, el tratar de escuchar y entender los problemas por lo que están pasando los pacientes en ese preciso momento, el generar un respeto mutuo entre el profesional y el paciente. Como así también, nos refirieron que gracias a todas estas acciones realizadas, la aptitud o la percepción del paciente cambia considerablemente y es en donde se ve reflejada también la adhesión del mismo.

Por último, en el tercer objetivo específico dijimos *“Reconocer los factores que influyen u obstaculizan, como así también, los factores que facilitan en la adhesión al tratamiento de los pacientes con trastornos mentales severos”*, el cuál lo analizamos con las preguntas 13-16 de las entrevistas realizadas, el cual concluimos que, la gran mayoría reconoce que los factores que obstaculizan la adherencia al tratamiento es la falta de medicación ya sea por faltante en la institución o por faltante de la familia que hace entrega de los mismos, a este último, lo toman como prioridad ya que para gran parte de los profesionales de enfermería la medicación es lo más importante en la adherencia y no lo vinculan con ninguna otra cosa, otros factores que remarcaron, es la falta de compromiso o la ausencia de las familias en cuanto a los avances o cambios en los pacientes, como así también, la falta de comprensión por parte de los pacientes y por último la inexperiencia del profesional de enfermería que recién ingresa a la institución. A su vez, los profesionales de enfermería remarcaron que los factores que facilitan la adhesión al tratamiento, es la confianza que se genera con el paciente a través de charlas, el mantener lo mayor posible las rutinas de los pacientes, él que se trabaje en equipo, ya sea, para remarcar los cambios en los pacientes, el cambio de los tratamientos, etc., como así también, que hayan profesionales de enfermería responsables y con experiencia para poder manejar estos tipos de pacientes. Por eso, cuando se les preguntó qué acciones implementaron, la gran mayoría respondieron, el buscar métodos para la administración de medicación, el explicar los beneficios del cumplimiento del tratamiento, el establecer rutinas y el educar en cuanto a la importancia de adquirir independencia para el manejo por fuera de la institución.

Por último, para evaluar estos factores, les preguntamos que si es acorde lo aprendido en la carrera de enfermería con la realidad, donde vimos diferentes respuestas, una parte nos dijeron que lo aprendido les sirvió para poder manejarse con estos tipos de pacientes pero que su experiencia lo adquirieron con el manejo diario de dichos pacientes, por otro lado, nos dijeron que lo estudiado es muy diferente a la realidad, ya que lo que se estudia en los libros no se asemeja con la realidad y por último, nos respondieron que lo estudiado en la carrera les sirvió para reconocer las diferentes patologías de los trastornos mentales severos, pero que la realidad lo van viendo con las actitudes de los diferentes pacientes que se encuentran en la institución.

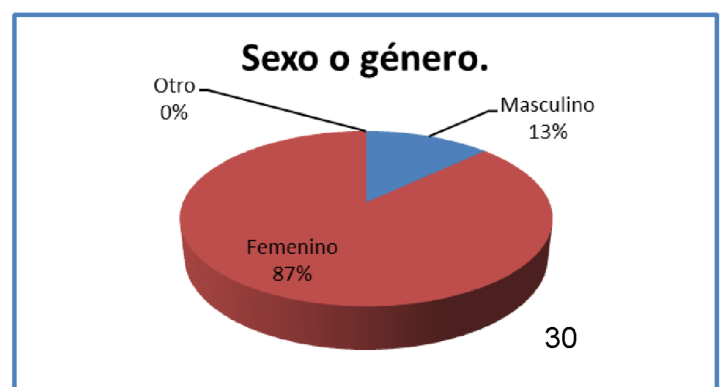
Resultados

En cuanto a resultados, pudimos observar que la mayor cantidad del personal que desempeña sus funciones es femenino, que casi en su totalidad desempeñan sus funciones desde hace aproximadamente cinco años, gran parte de los enfermeros no se encuentra pluriempleado, han recibido o han realizado algún tipo de capacitación en salud mental y que poseen experiencia en el área. Por otro lado, hemos percibido muy curiosamente, que no todos los profesionales de enfermería entrevistados, ven a la institución de igual manera, ya que, algunos la ven como un hogar o institución privada o como centro de día, cuando en realidad la institución, sí es una institución privada con centro de día para una minoría de los usuarios, además, la institución posee un equipo interdisciplinario muy completo.

A su vez, la adherencia al tratamiento es óptima, donde, los enfermeros al ser los profesionales que más tiempo del día pasan con los usuarios, poseen según lo visto una relación muy personal para con los sujetos de atención, por lo cual, una de sus principales estrategias para lograr una mejor adherencia se basa en la relación personal de enfermero/paciente, en cuanto a, obstáculos para la adherencia pudimos observar, que la mayoría coincide en que el faltante de medicación es el principal obstáculo, porque, en muchos casos los familiares son los que proveen a la institución de la medicación.

Gráfico N°1

| | | | |
|----------------|-----------|---|-----|
| Sexo o género. | Masculino | 2 | 13% |
|----------------|-----------|---|-----|

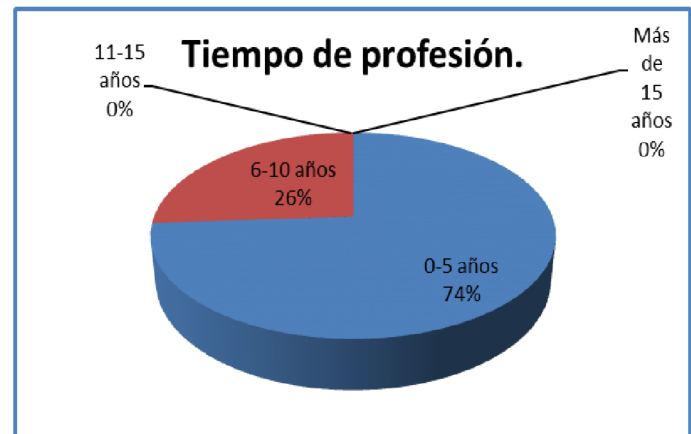


| | | | |
|--|----------|----|-----|
| | Femenino | 13 | 87% |
| | Otro | 0 | 0 |

Mediante el siguiente gráfico, podemos observar que en su mayoría los profesionales de enfermería son mujeres, aunque la relación femenino/masculino no es significativa.

Gráfico N°2

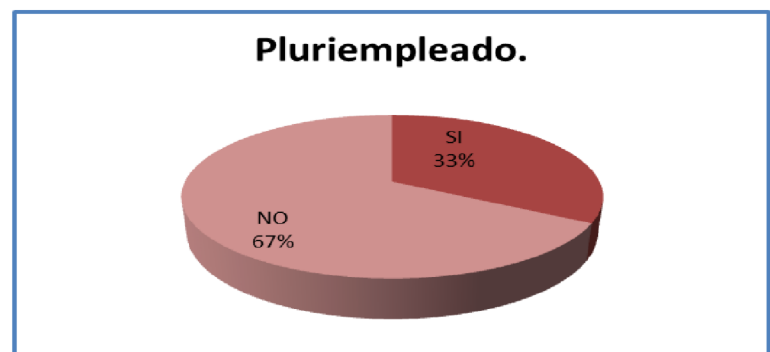
| | | | |
|----------------------|----------------|----|-----|
| Tiempo de profesión. | 0-5 años | 11 | 74% |
| | 6-10 años | 4 | 26% |
| | 11-15 años | 0 | 0% |
| | Más de 15 años | 0 | 0% |



En el siguiente gráfico, se observa que en un mayor porcentaje tienen experiencia de 0-5 años de profesión de enfermería, mientras que en su minoría poseen experiencia de 6-10 años de profesión.

Gráfico N°3

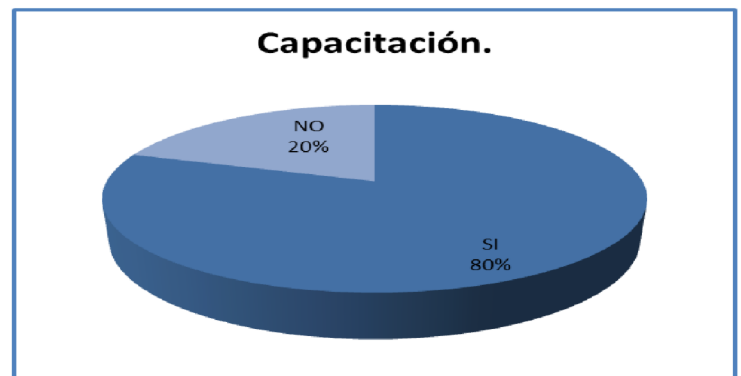
| | | | |
|---------------|----|----|-----|
| Pluriempleado | SI | 5 | 33% |
| | NO | 10 | 67% |



Podemos observar que la mayoría de los profesionales de enfermería no se encuentran pluriempleados.

Gráfico N°4

| | | | |
|---------------|----|----|-----|
| Capacitación. | SI | 12 | 80% |
| | NO | 3 | 20% |



En este gráfico observamos que el 80% de los profesionales de enfermería realizó alguna capacitación con respecto a salud mental.

Gráfico N°5

| | | | |
|----------------------|----|----|-----|
| Experiencia laboral. | SI | 14 | 94% |
| | NO | 1 | 6% |



En lo que respecta en este gráfico se observa que en su totalidad los profesionales de enfermería cuentan con experiencia en el rubro de salud mental.

Gráfico N°6

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------|----|-----|
| Descripción de la institución. | Hogar psiquiátrico | 8 | 17% |
| | Centro de día | 7 | 14% |
| | Privado / Obra social | 12 | 25% |

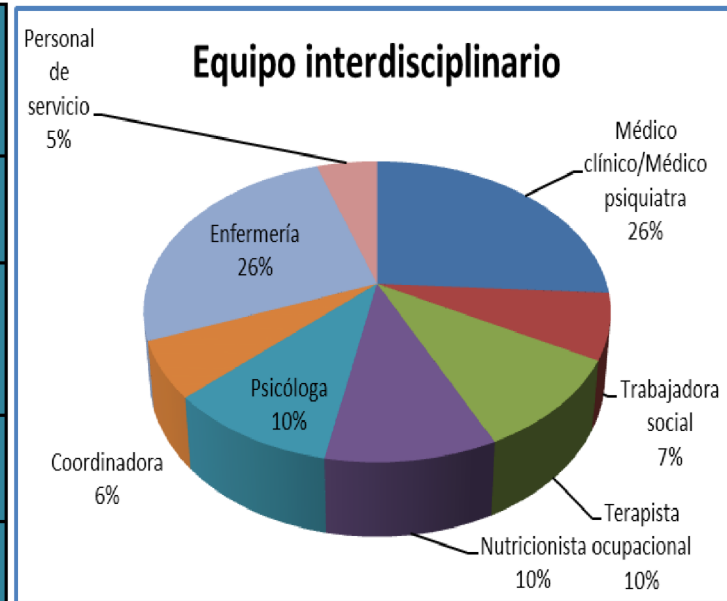


| | | | |
|--|-----------------------------|----|-----|
| | Dividido en varios sectores | 11 | 23% |
| | Ambiente agradable | 10 | 67% |

En el gráfico observamos que los profesionales de enfermería describen a la institución como un hogar psiquiátrico y en su minoría como un centro de día, otros lo describen como una institución privada que se manejan con ciertas obras sociales. Por otro lado, en su mayoría describen que la institución está dividida en varios sectores y que se maneja un ambiente agradable de trabajo.

Gráfico N°7

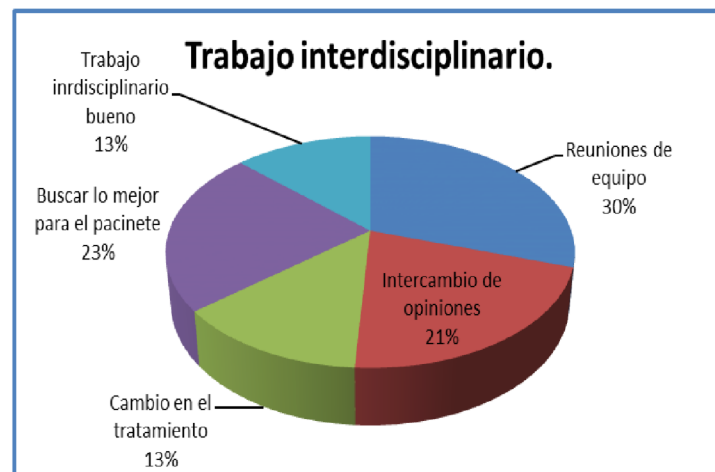
| | | | |
|----------------------------|------------------------------------|----|-----|
| Equipo interdisciplinario. | Médico clínico / Médico psiquiatra | 15 | 26% |
| | Trabajadora social | 11 | 7% |
| | Terapista ocupacional | 12 | 10% |
| | Nutricionista | 12 | 10% |
| | Psicóloga | 12 | 10% |
| | Coordinadora | 2 | 6% |
| | Enfermería | 15 | 26% |
| | Personal de servicio | 8 | 5% |



En lo que respecta al siguiente gráfico, el equipo de profesionales de enfermería describieron que el equipo interdisciplinario de la institución se encuentra bastante completa, los mismos están conformados por: Médico clínico, médico psiquiátrico, trabajadora social, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicóloga, coordinadora, enfermería y personal de servicio.

Gráfico N°8

| | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|----|-----|
| Trabajo interdisciplinario. | Reuniones de equipo | 12 | 30% |
| | Intercambio de opiniones | 8 | 21% |
| | Cambio en el tratamiento | 5 | 13% |
| | Buscar lo mejor para el paciente | 9 | 23% |
| | Trabajo interdisciplinario bueno | 5 | 13% |

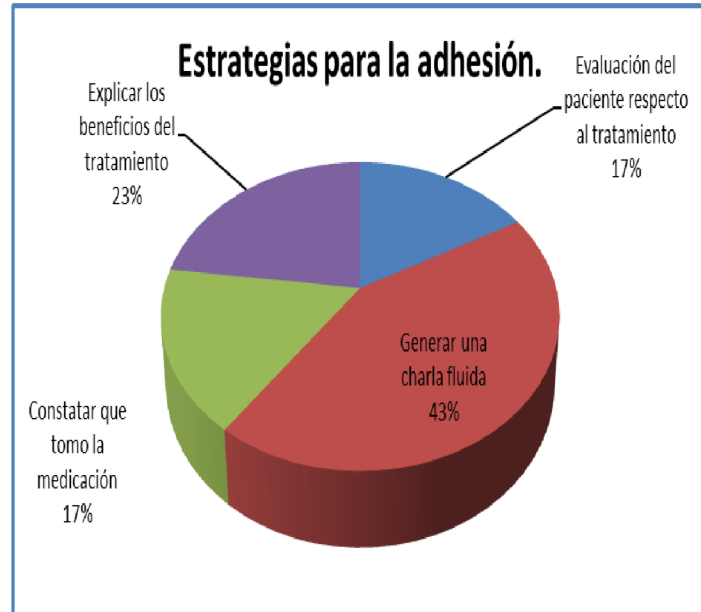


Por otro lado, en este gráfico evaluamos que el trabajo interdisciplinario de la institución se basan en su mayoría por reuniones de equipo donde realizan diferentes intercambios de opiniones, se evalúan los cambios en los tratamientos donde se busca lo mejor para el

paciente, por esto mismo, los profesionales de enfermería clasifican al trabajo interdisciplinario como bueno.

Gráfico N°9

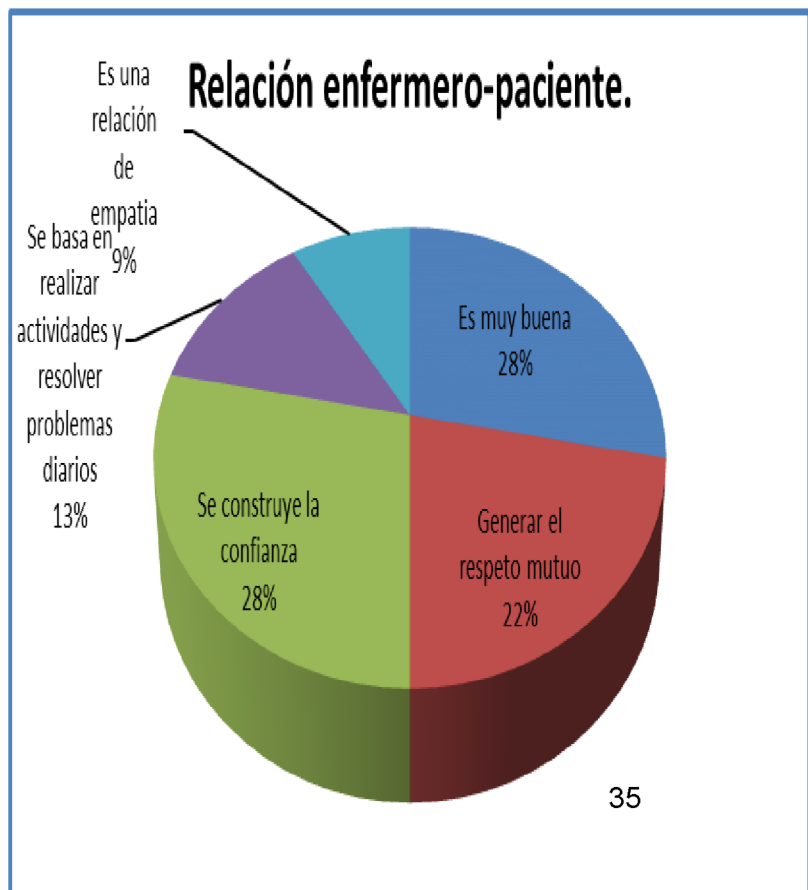
| | | | |
|-------------------------------|---|----|-----|
| Estrategias para la adhesión. | Evaluación del paciente respecto al tratamiento | 5 | 17% |
| | Generar una charla fluida. | 13 | 43% |
| | Constar que tomo la medicación. | 5 | 17% |
| | Explicar los beneficios del tratamiento. | 7 | 23% |



Con respecto a las estrategias para la adhesión al tratamiento, en el siguiente gráfico, evaluamos que el equipo de profesionales de enfermería toman a las estrategias por el lado de evaluar a los pacientes con respecto a los tratamientos, generando charlas fluidas con el paciente, constatar que tomo la medicación y explicar a los pacientes los beneficios del cumplimiento de los tratamientos.

Gráfico N°10

| | | | |
|------------------------------|--|---|-----|
| Relación enfermero-paciente. | Es muy buena | 9 | 28% |
| | Generar el respeto mutuo | 7 | 22% |
| | Se construye la confianza | 9 | 28% |
| | Se basa en realizar actividades y resolver | 4 | 13% |

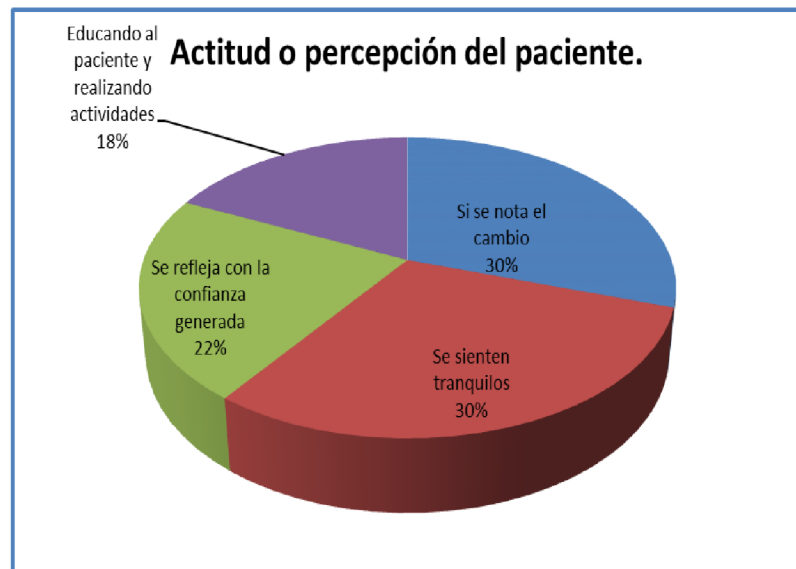


| | | | |
|--|----------------------------|---|----|
| | problemas diarios. | | |
| | Es una relación de empatía | 3 | 9% |

En el siguiente gráfico, podemos observar que la relación enfermero-paciente, se basa construyendo la confianza mutua y con respecto a esto se torna buena para la gran mayoría de los profesionales de enfermería, por otro lado, ciertos profesionales refieren que la relación se torna generando un respeto mutuo, el realizar actividades en conjunto y resolviendo los problemas que tengan a diario los pacientes y por último, la minoría refiere que la relación es en base a la empatía mutua.

Gráfico N°11

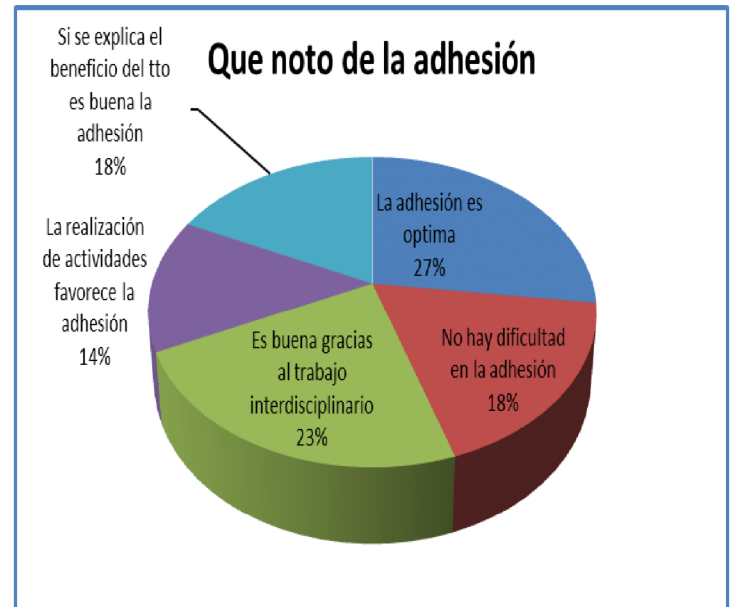
| | | | |
|------------------------------------|--|---|-----|
| Actitud o percepción del paciente. | Si se nota el cambio | 8 | 30% |
| | Se sienten tranquilos a través de las conversaciones diarias | 8 | 30% |
| | Se refleja con la confianza generada | 6 | 22% |
| | Educando al paciente en su manejo diario y realizando actividades independientes | 5 | 18% |



En cuanto a la pregunta de si noto algún cambio en la actitud o percepción del paciente, los profesionales de enfermería respondieron con el gráfico, lo siguiente: En su mayoría respondieron que notaron cambios significativos y que esto se basa en la tranquilidad que sienten los pacientes a través de las conversaciones, por otro lado, dijeron que se nota con la confianza generada y además educando al paciente con lo que respecta a su manejo diaria, a su independencia por fuera de la institución.

Gráfico N°12

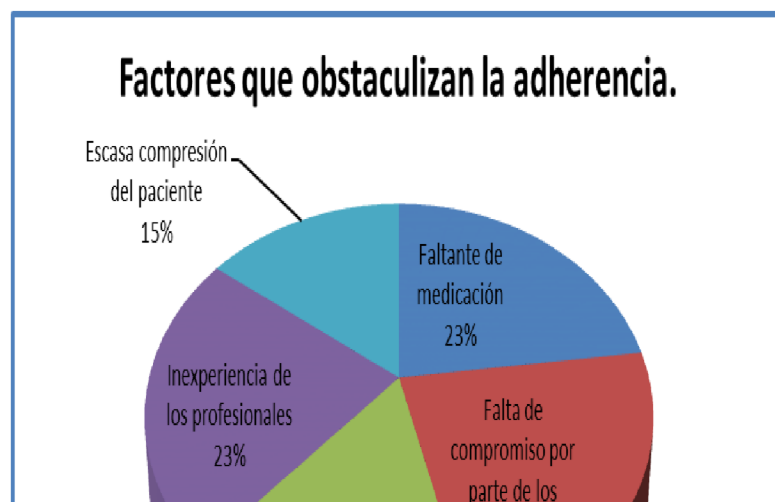
| | | | |
|--------------------------|---|---|-----|
| Que noto de la adhesión. | La adhesión es óptima | 6 | 27% |
| | No hay dificultad en cuanto a la adhesión al tratamiento | 4 | 18% |
| | Es buena gracias al trabajo interdisciplinario | 5 | 23% |
| | La realización de actividades favorece la adhesión al tratamiento | 3 | 14% |
| | Si se explica el beneficio del tratamiento es buena la adhesión. | 4 | 18% |



En el siguiente gráfico, evaluamos como notaron los profesionales de enfermería la adhesión al tratamiento de los pacientes de la institución estudiada y se refleja lo siguiente: Que la adhesión es óptima, que es buena gracias al trabajo interdisciplinario realizado, que no ven dificultad alguna con la adhesión, el realiza actividades en conjunto favorece la adhesión al tratamiento y por último, si se explica el beneficio del tratamiento es buena la adhesión al tratamiento.

Gráfico N°13

| | | | |
|--|------------------------|---|-----|
| Factores que obstaculizan la adherencia. | Faltante de medicación | 6 | 23% |
|--|------------------------|---|-----|

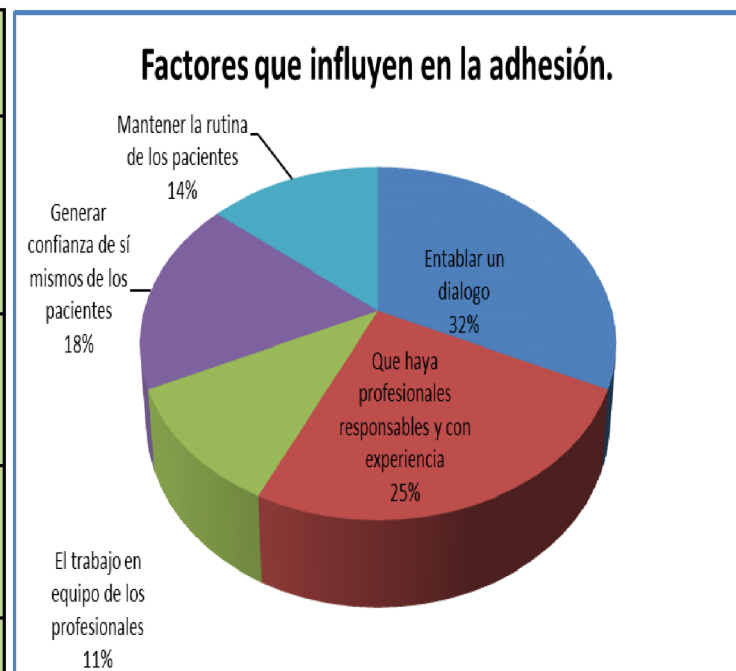


| | | | |
|--|---|---|-----|
| | Falta de compromiso por parte de las familias | 6 | 23% |
| | La ausencia de las familias | 4 | 16% |
| | Inexperiencia de los profesionales | 6 | 23% |
| | Escasa comprensión del paciente | 5 | 15% |

En este gráfico estudiamos los factores que obstaculizan la adherencia al tratamiento, donde se refleja que en un mayor porcentaje los factores son: El faltante de medicación, la falta de compromiso de las familias y la inexperiencia de los profesionales de enfermería, y en su minoría son las ausencias de las familias y la escasa comprensión del paciente.

Gráfico N°14

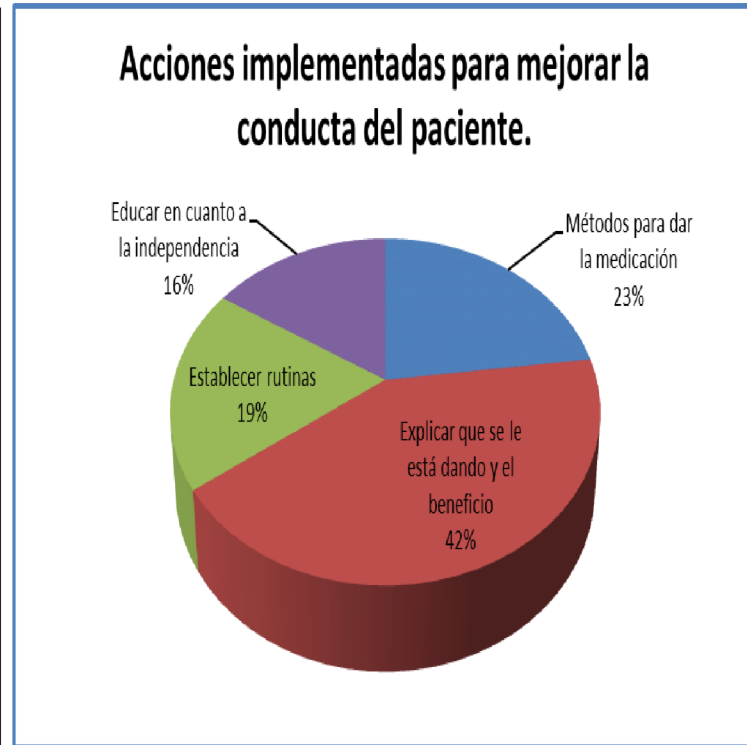
| | | | |
|---------------------------------------|---|---|-----|
| Factores que influyen en la adhesión. | Entablar un diálogo | 9 | 32% |
| | Que haya profesionales responsables y con experiencia | 7 | 25% |
| | El trabajo en equipo de los profesionales | 3 | 11% |
| | Generar confianza de sí mismos de los pacientes | 5 | 18% |
| | Mantener la rutina de los pacientes | 4 | 14% |



Aquí observamos el gráfico de factores que influyen en la adhesión, como el diálogo, la experiencia de los profesionales, trabajo en equipo, la confianza y el mantener la rutina de los pacientes.

Gráfico N°15

| | | | |
|---|--|----|-----|
| Acciones implementadas para mejorar la conducta del paciente. | Métodos para dar la medicación | 7 | 23% |
| | Explicar que se le está dando y el beneficio del mismo | 13 | 42% |
| | Establecer rutinas | 6 | 19% |
| | Educación en cuanto a la independencia por fuera de la institución | 5 | 16% |



Observamos acciones implementadas para mejorar la conducta del paciente: Estrategias para medicar, información sobre la medicación, establecer rutinas, educar sobre la independencia fuera de la institución.

Gráfico N°16

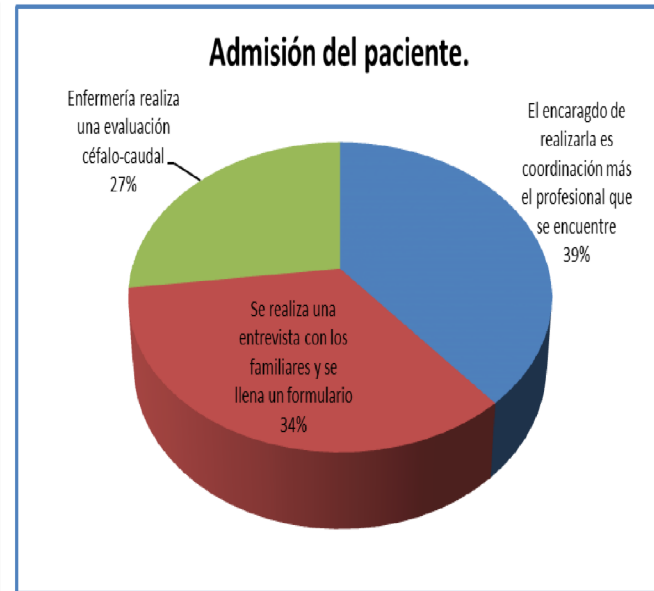
| | | | |
|--|--|----|-----|
| Lo aprendido en sus estudios es acorde a la realidad | Lo estudiado sirve para saber cómo manejarse con estos pacientes | 8 | 54% |
| | Se aprende más con la realidad diaria de los pacientes | 10 | 67% |
| | La realidad es diferente a lo aprendido en el estudio | 7 | 47% |



En este gráfico observamos acerca de los contenidos aprendidos en la formación profesional del enfermero si son acordes o no a la realidad. Donde la gran mayoría dijeron que se aprende más con la realidad diaria de los pacientes.

Gráfico N°17

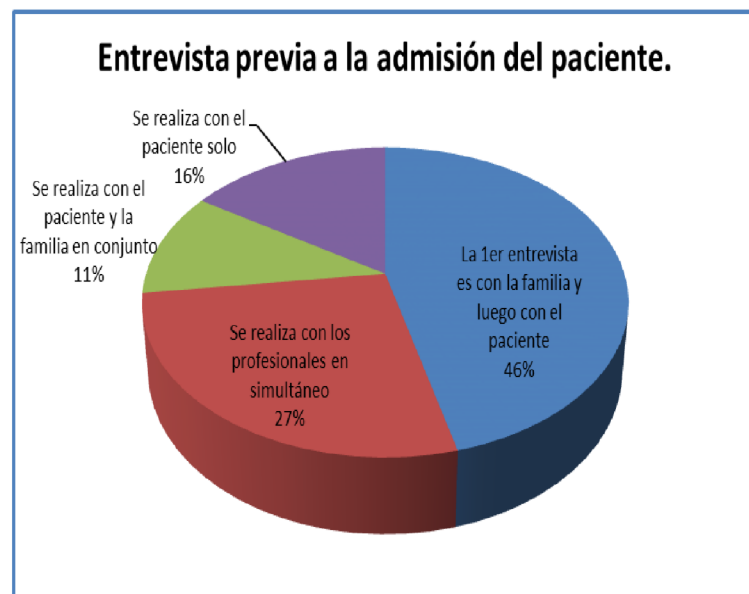
| | | | |
|------------------------|--|----|-----|
| Admisión del paciente. | El encargado de realiza la admisión es coordinación más el profesional que se encuentre en ese momento | 13 | 39% |
| | Se realiza una entrevista con los familiares y se llena un formulario | 11 | 34% |
| | Enfermería realiza una evaluación céfalo-caudal | 9 | 27% |



Aquí observamos acerca de la admisión del paciente: Quien es el encargado de la entrevista, como es la misma y si participa enfermería. En donde en su totalidad la mayoría respondió que el encargado de realizar la admisión del pacientes es coordinación de administración más el profesional que se encuentre en ese momento en la institución, por lo general es en el turno de la mañana.

Gráfico N°18

| | | | |
|--|---|----|-----|
| Entrevistas previa a la admisión del paciente. | La primer entrevista es con la familia y luego con el paciente | 12 | 46% |
| | Se realiza con los profesionales en simultáneo | 7 | 27% |
| | Se realiza la entrevista con el paciente y la familia en conjunto | 3 | 11% |



| | | | |
|--|---|---|-----|
| | Se realiza la entrevista con el paciente solo | 4 | 16% |
|--|---|---|-----|

En este gráfico observamos, como es la entrevista previa a la admisión, allí observamos que, si se realiza con familiares o con el paciente sólo, quienes realizan la misma que son los profesionales en simultáneo.

Conclusiones

Luego de este vasto recorrido, y mediante todo lo que nos ha dejado nuestra experiencia con los profesionales de enfermería que trabajan en dicha institución con pacientes con trastornos mentales severos, concluimos que cada acto de enfermería incluye tareas propias de dicha profesión, como por ejemplo, el medicar, higienizar, alimentar al paciente, y otra amplia gama de estrategias como el mirar al paciente desde otras dimensiones, además que trasciende su mero rol de sujeto de atención que necesita ayuda con sus rutinas diarias.

Por ende, dicha investigación nos sirvió para estudiar mejor al equipo de enfermería en este ámbito de intervención donde dicho equipo se caracteriza por desarrollarse o formarse a la par de los pacientes con trastornos mentales severos, ya que, utilizan como estrategias predominantes el comprender al paciente, el generar confianza y respeto mutuo, es decir, generar una relación de empatía donde les permiten así generar una mayor y efectiva adhesión al tratamiento de los mismos. Sin embargo, a través de esta investigación, nos dimos cuenta también que estos profesionales de enfermería toman como estrategia principal la toma de medicación de los pacientes, es decir, relacionaban la adhesión al

tratamiento con la administración de medicación, a parte de generar una relación enfermero-paciente. Por esto mismo, desde nuestro lugar donde hemos podido desempeñarnos con los colegas mencionados, pudimos intercambiar opiniones y brindarles nuestra experiencia con lo investigado para explicarles, que las estrategias en cuanto a la adhesión al tratamiento no solo se basa en la toma de medicación, sino que tomar al paciente como una persona y acercarnos más en cuanto a la percepción de los mismos, el indagar qué sienten o cuales son los problemas que los rodean, el poder educarlos para que el paciente pueda adquirir la independencia que perdió por su patología, el brindar información o ayudar para que la vida diaria del paciente mejore y para que de ese modo pueda ir incluyéndose a la sociedad, en una vida cotidiana e independiente.

Sin embargo, existen factores que pueden ser modificables, y otras no, por ejemplo, el tipo de institución es muy difícil de modificar ya que al ser privado se reserva el derecho de admisión de los sujetos de atención, pero sí, podemos cambiar el tipo de dinámica de ese ámbito, las dinámicas terapéuticas o las de organización del equipo de trabajo, entre otras cosas encontrar la manera de lograr un equipo estable de enfermeros, ya que eso nos permitirá generar mayor confianza del paciente, eso nos llevará a una mejor y mayor adherencia al tratamiento, que el personal pueda realizar capacitaciones permanentes y continuas, que puedan ir haciendo propias las estrategias para una posible alta del paciente donde esté acompañado de la mejor manera posible, por esto mismo, hay talleres que se realizan tanto para el paciente como para el familiar donde les brindan las herramientas necesarias para el momento del alta. Dentro de estos factores algunos influyen positivamente y otros no.

Por último, quisimos evidenciar mediante esta investigación fue visibilizar la importancia del rol de enfermería en cuanto a las estrategias mencionadas para la adhesión al tratamiento de dichos pacientes, el reconocer el trabajo del equipo interdisciplinario para el manejo de estos pacientes, como también, capacitar a dicho equipo, donde puedan comprender que la adhesión al tratamiento no solo se basa en la toma de medicación, sino que se basa en una diversidad de estrategias para lograr la adherencia y así poder mejorar la vida cotidiana del paciente para que pueda entre otras cosas recuperar calidad de vida y mayor participación social.

Bibliografía

Bobes García. J. Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica. Departamento de Medicina, área de psiquiatría. Universidad de Oviedo. Madrid, España.

Collado Fernández. C & Lucio Baptista. P (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. Mc Graw-Hill / Interamericana editores S.A. Santa Fe, Argentina.

Goffman. E. (2001). Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Artículo publicado.

Jara. P. (Octubre 2018). Solo la mitad de los pacientes toman bien sus medicinas. Artículo publicado. Estados Unidos.

Ministerio de Salud Presidencia de la Nación (2017). Salud Mental en el Primer Nivel de Atención. Programa de Capacitación. República Argentina.

Masson. E. (2010). Guías de Cuidados de Enfermería en Salud Mental. Trastorno Mental Grave de Larga Evolución. Volumen 2. España.

Organización Mundial de la Salud (2004). La falta de adherencia al tratamiento en el contexto de las enfermedades crónicas es considerada como un grave problema de salud. Artículo publicado. La Habana, Cuba.

Organización Panamericana de la Salud (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.

Pfizer (2004). La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. Diálogos Pfizer-Pacientes. Artículo publicado.

Revista Conamed (2017). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. Artículo publicado.

Rigol. A. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Capítulo 8. Artículo publicado.

Roldan Ruiz. R. (2015-2019). La adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos. Facultad de Enfermería Casa de Salud Valdecilla. Grado de Enfermería, promoción 85. Barcelona, España.

Secretaría de Gobierno de Salud (2019). Pautas para la Organización y Función de dispositivos de Salud Mental. Autoridades Nacionales. Argentina, Buenos Aires.

Stagnaro. J.C. (2018). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en población general de la República Argentina. Revista Argentina de Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina.

Townsend. M.C (2011). Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría. Cuarta Edición. Distrito Federal. México.

Wombie. D. (2011). Introducción a la Enfermería de la Salud Mental. Edición Española de la obra original en lengua inglesa. Segunda edición. Barcelona, España.

Anexo

Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Licenciatura en Enfermería.

Entrevista de preguntas abiertas semiestructuradas.

Del 01 al 30/06/2022.

1. ¿Sexo o genero?
 - A) Masculino
 - B) Femenino
 - C) Otro

2. ¿Hace cuanto tiempo ejerce en la profesión de enfermería?
 - A) 0-5 años

- B) 6-10 años
 - C) 11-15 años
 - D) Más de 15 años
3. ¿Se encuentra pluriempleado?
- A) SI
 - B) NO
4. ¿Realizó alguna capacitación en el ámbito de salud mental?
- A) SI
 - B) NO
5. ¿Cuenta con experiencia laboral en salud mental?
- A) SI
 - B) NO
6. Realice una breve descripción de la institución donde trabaja, tanto del ámbito laboral como de su infraestructura (Como por ejemplo: Como es el lugar, es una institución privada o pública, como es el ambiente laboral, etc.)
7. ¿Cómo está conformado el equipo interdisciplinario?
8. ¿Cómo es el trabajo interdisciplinario de la institución? Por ejemplo: cómo son las reuniones de equipo si las hubiera, como definen en conjunto el tratamiento del paciente, etc.
9. ¿Qué estrategias de enfermería realizó para cumplir con la adherencia al tratamiento de sus pacientes?
10. Describa su relación de enfermero-paciente.
11. En cuanto a dicha relación ¿Noto algún cambio de actitud o de percepción del paciente hacia su persona?
12. Desde que integra el equipo interdisciplinario de la institución ¿Que noto usted con respecto a la adhesión al tratamiento de sus pacientes?
13. Haga una breve reseña de los factores que cree usted que obstaculizan la adhesión al tratamiento de sus pacientes.
14. Con respecto a la pregunta anterior, nombre también los factores que cree usted que influyen en la adhesión al tratamiento de sus pacientes.
15. ¿Qué acciones implementó para mejorar la conducta de sus pacientes en cuanto a la adhesión al tratamiento?

16. ¿Cree usted que lo aprendido en sus estudios fue acorde a la realidad, con lo cual la adherencia lograda tuvo que ver más con su experiencia personal?
17. En la admisión del paciente a la institución ¿Quién es el encargado de realizar dicha admisión? ¿Se completa algún formulario? ¿Se realiza una entrevista previa?
18. Y si se realiza una entrevista previa ¿Es con el paciente solo o en conjunto con su grupo familiar? ¿Se realiza por cada profesional del equipo interdisciplinario o varios en simultáneo?

A continuación mostraremos dos organigramas de cómo está conformado el equipo de trabajo de la institución estudiada y de cómo se conforman los turnos de trabajo del grupo de enfermería.

