

INTRODUCCION :

Tras la segunda guerra Mundial se desarrolla la tendencia que recomienda el tratamiento hospitalario de las enfermedades mentales; una de las razones de este auge fue, sin duda, la gran importancia concedida a la familia como causa de estas enfermedades , por consiguiente , alejar al enfermo de este ambiente nocivo le seria beneficioso.

En algunos centros no se nos permiten visita hasta pasados unos días, y es otra prueba de esta creencia en la mala influencia de la familia. Los Centros asistenciales pretendían, en teoría , crear un ambiente que por si solo fuera curativo, (la psicoterapia Institucional). La estructura física del edificio, la decoración y todo el personal, desde el conserje hasta el director debían contribuir a la atmósfera .En cierto modo, al igual que los numerosos sanatorios antituberculosos que habían por entonces, el enfermo mental tenia que respirar el aire pacifico y tranquilo de un mundo de una institución. La triste realidad era que la mayoría de los centros psiquiatricos se convirtieron en almacén de enfermos, donde el objetivo fundamental era la custodia y su alejamiento de la sociedad.

Al mismo tiempo en la década de los cincuenta la farmacología puso a disposición de la medicina neuroléptica, medicamentos que controlan los síntomas psicoticos más llamativos. Unos años más tarde empezó a disminuir el numero de ingresos en los centro Psiquiátricos y comenzó lentamente otro

denominado “desinstitucionalización” consistente en dar de alta a todos los enfermos. Actualmente vuelven a aumentar los reingresos pero, en estos momentos la carencia del componente económico, a nivel familiar e institucional, hace que albergue a esta población sea insuficiente, por lo que la ha disminuido la calidad de la atención.

Por otra parte la tasa de recaídas ha ido incrementándose afectada por diferentes factores ya sea intrapersonales o del entorno social del entorno. Surge la preocupación, y nos preguntamos ¿por qué recaen los pacientes? por lo que surge el estudio de estos factores para determinar la importancia de cada uno de estos para aportar resultados que servirán para la creación de servicios o programa en beneficio de la inserción de nuestros paciente a la sociedad y al funcionamiento en el círculo familiar ya que es de vital importancia conocerlos para evitar la rehospitalización, y asegurar la reinserción de esta población en la sociedad.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los frecuentes reingresos al hospital, nos hacen pensar que existen factores que intervienen, no sólo para evitar el control de la enfermedad del paciente, sino para facilitar sus constantes recaídas. Estos factores pueden estar presentes en el ambiente familiar sobre todo en la emoción expresada por el familiar más cercano al paciente, o sea, las actitudes y conductas de éste hacia el enfermo, puede deberse a que el paciente deja de tomar medicamentos cuando sale del hospital . Estos y otros factores que se estudiarán podrían ser predictivos para las rehospitalizaciones, Es por ello que se hace necesario la revisión de los factores, los cuales ,según varios estudios ,están asociados con un alto riesgo de recaídas.

El número de reingresos ha ido aumentando paulatinamente en los últimos años. Gillis y Col. determinaron una tasa de reingreso del 42% en los hospitales sudafricanos y Munk-Jorgens en un estudio nacional, cuantitativo, en Dinamarca, considerado el período 1979-1998, concluye que el número de reingresos aumentó aproximadamente un 65%, desde 1979 .El costo de las rehospitalizaciones también ha influido para que el tema se Instale en los ámbitos de la investigación. En 1988, en los Estados Unidos de Norteamérica,

un tercio de la asignación de los gastos para el tratamiento de las enfermedades mentales fue asignado para el tratamiento de la esquizofrenia. El costo superó al del tratamiento del conjunto de todas las neoplasias y el de las rehospitalizaciones de esquizofrénicos se calculó en 2.300 millones de dólares en 1995.

La esquizofrenia presenta mayor riesgo de rehospitalización (66% a los tres años, 80% a los seis años) que los trastornos esquizoafectivos y que los trastornos del estado de ánimo, Doering y col. arribaron a una conclusión diferente; mayor índice de reingreso para los pacientes esquizoafectivos. El tema de las rehospitalizaciones también fue considerado como parámetro para evaluar la calidad de la atención médica.

1.1 JUSTIFICACÒN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La mayoría de los trabajos sobre el tema, intentan determinar los factores predictivos de rehospitalización. La falta de adhesión al tratamiento, el mantenimiento de la medicación antipsicótica, el número de internaciones anteriores, la severidad de los síntomas, el diagnóstico psiquiátrico primario, y la duración de las internaciones son los factores predominantemente citados en los estudios sobre predicción de las rehospitalizaciones de pacientes psicóticos (Revista argentina Alcemeon Neuropsiquiátrica Año XII, vol 10, N°1, julio de 2001) La evolución, según estudios de la O.M.S, es más favorable en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados, probablemente

como consecuencia de influencias psicosociales más protectoras y menos exigentes que las que imperan en las culturas egocéntricas de los países desarrollados económicamente donde el abuso de sustancias se menciona en varios estudios como un importante predictor de recaída y rehospitalización.

Es interesante, evaluar predictores de reingreso porque , esto permitiría darle la capacidad del equipo terapéutico no sólo para predecir reingresos sino para tener un enfoque estratégico sobre el futuro, capaz de orientar permanentemente sobre las decisiones en la Institución, en la creación de programas destinados a disminuir el riesgo predictivo de esta población , programas de alta calidad con gran efectividad , eficacia accesibilidad y satisfacción de los usuarios y de medio familiar . Dichos programas que deben tener la participación activa de los usuarios , familia, comunidad y la acción del Estado , todo esto con la finalidad de que nuestros pacientes se inserten en la sociedad y formen parte de una familia funcional pudiéndose lograr , evitando en lo posible las recaídas .

1.2 OBJETIVO GENERAL:

Determinar las patologías más frecuentes que hacen que el paciente reingrese y su relación con los factores predictivos, en los Usuarios del Hospital

Psiquiátrico San Juan de Dios Mérida Año 2003 - 2004.

1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.-** Describir las variables socio-demográficas: edad, género, procedencia, Grado de escolaridad, estrato socio-económico, estado civil.
- 2.-** Determinar que patología que reingresa para los años 2003 y 2004
- 3.-** Determinar la influencia de los días de hospitalización anterior al reingreso y su medicación (Típicos o atípicos).
- 4-** Establecer la relación entre las Recaídas y la conciencia de la enfermedad mental del paciente
- 5-** Determinar la influencia comorbilidad del uso y abuso de sustancias y drogas en los usuarios que reingresa.
- 6.-** Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las rehospitalizaciones.
- 7-** Determinar la continuidad de las consultas posterior al egreso y las recaídas .
- 8.-** Establecer la relación del abandono del tratamiento y los reingresos

CAPITULO II

MARCO TEORICO

MARCO ORGANIZACIONAL

RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

SAN JUAN DE DIOS

Nació en Portugal, en la Villa de Montemayor el Nuevo, el año 1495. Después de una milicia llena de peligros, buscando un ideal más elevado, se entregó por completo al servicio de los enfermos. En 1539 fundó un Hospital en Granada (España) y vinculó a su obra un grupo de compañeros, los cuales constituyeron después la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Se destacó, sobre todo, por su caridad con los enfermos y necesitados, murió en la misma ciudad de Granada el 8 de marzo de 1550. Fue beatificado por Urbano VIII el año 1630 y canonizado por Alejandro VIII en 1690. El año 1886, León XIII lo constituyó Patrono de los Hospitales y de los Enfermeros(as) y Pío XI, en 1930, lo declaró también Patrono de los Enfermos de ambos sexos y de sus asociaciones.

NUESTRA IDENTIDAD

La Orden Hospitalaria que nace del Evangelio de la Misericordia, vivido en plenitud por San Juan de Dios fue aprobada por el Papa San Pío V, el 1 de Enero de 1572, a petición de los Hermanos y es conocida con el nombre de ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS. La Orden se identifica con

el nombre pues la razón de su existencia es vivir y manifestar el Carisma de la Hospitalidad al estilo de San Juan de Dios. Los miembros de la Orden están consagrados a Dios y se dedican al servicio de la Iglesia mediante la asistencia a los enfermos y necesitados, con preferencia por los más pobres. De este modo, manifiestan que Cristo, compasivo y misericordioso permanece vivo entre los hombres y colaboradores con EL en su obra de salvación.

La Orden Hospitalaria, desde sus orígenes, ha creado, por iniciativa propia, centros asistenciales con el fin de estar presente, en una forma testimonial y eficaz, en medio de las necesidades de salud y de marginación social.

Los Hermanos de San Juan de Dios buscan la colaboración y compartensu obra con otras personas, trabajadores, voluntarios y bienhechores, motivados por los mismos ideales. Actualmente la Orden Hospitalaria está presente en los cinco continentes, con un total de 231 Centros, repartidos en 45 países atendidos por 1450 hermanos y abarcando un extenso campo de actividades de asistencia médica y social.

PRINCIPIOS DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS:

- El enfermo o acogido es el centro de nuestra Institución.
- Nuestro modelo asistencial pretende compaginar armónicamente la ciencia, los avances de la técnica y la humanización, desde el respeto absoluto a la dignidad del hombre que exige una asistencia integral.
- Nuestros Centros se caracterizan por su competencia profesional, justicia social y solidaridad con todos los hombres privilegiando siempre a los más

necesitados.

- Nuestros Centros Asistenciales son y se definen como centros confesionales católicos, en los que se observan y defienden los principios evangélicos, la Doctrina Social de la Iglesia y las normas referentes a la defensa y promoción de los derechos humanos.
- En nuestros Centros trabajamos por lograr una buena asistencia técnica al tiempo de humanizarla , dando especial importancia a la “Carta de Derechos y Deberes del Enfermo”.
- Consideramos esencial en el proceso terapéutico la asistencia espiritual y religiosa, plenamente integrada en el mismo, y respetando otros credos y planteamientos de la vida distintos a los nuestros.
- La ética en el ejercicio de la asistencia dimana de los principios de la Deontología Católica.
- Las relaciones entre los miembros que componen la Institución, están fundamentalmente en el derecho laboral. No obstante, y respetando siempre éste punto de partida, deseamos ofrecer a nuestro colaboradores la creación de una alianza con cuantos se sienten inspirados por el espíritu de San Juan de Dios.
- La Orden Hospitalaria está siempre abierta a la colaboración con organismos, tanto eclesiales como de la propia sociedad, en el campo de sus misión, con el fin de ofrecer atención preferencial a los sectores de la población más abandonados.
- La propiedad de los centros por parte de la Orden Hospitalaria solamente

- tiene sentido en la medida en que ello esté en función de la misión misma.

PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE MÉRIDA

¿QUIÉNES SOMOS?

Somo un Centro de Rehabilitación Integral en Salud Mental y de Atención al Adulto Mayor fundamentado en la gestión carismática de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, de servicio público, carácter privado y sin fines de lucro, gerenciado por los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios. Como hospital de especialidades coopera con la Red de Salud Mental Comunitaria del Estado Mérida y colabora con la Docencia de Pre y Post-Grado de la Universidad de Los Andes.

Esta Ubicado en la Urbanización J.J. Osuna Rodríguez, Los Curos; Avenida San Juan de Dios, Sector Campo Claro. Mérida- Estado Mérida.

Los beneficiarios de este centro son, en primera línea, usuarios del Estado Mérida y sus adyacencias, en segunda usuarios de distintas zonas del país; como también procedentes de otros países, como Colombia, Trinidad y Tobago, Brasil, entre otros. Estos son atendidos sin distinción de credo, raza, color y/o condición social.

El Hospital San Juan de Dios tiene una capacidad instalada de doscientas cincuenta camas (250), distribuidas de la siguiente manera: 20 camas en la Unidad de Emergencias, 100 camas en la Unidad de Hospitalización de pacientes Psicóticos, 100 camas en la Unidad de Hospitalización de pacientes no Psicóticos y 30 camas para la Unidad de Atención al Adulto Mayor.

MISIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Brindar una mejor calidad de vida a personas con trastornos mentales y de comportamiento y a los adultos mayores con psicopatologías afines, mediante un plan de rehabilitación Psicosocial Integral.

VISIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Crear un modelo preventivo-asistencial, donde coexistan el humanismo cristiano de “San Juan de Dios” y los avances científicos y tecnológicos en el campo de la Salud Mental y en la Atención del Adulto Mayor.

OBJETIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Establecer programas de prevención primaria, secundaria y terciaria que garanticen una mejor calidad de vida a los individuos con problemas de salud mental y atención al adulto mayor; a fin de reducir gradualmente la incidencia y prevalencia de trastornos mentales y de comportamiento.

- Adecuar ambientes en los cuales se brinde atención espiritual, humana, científica y social acorde con los principios Juandedianos; esto es, marcado por un profundo humanismo en el que se transforme los gestos de curación en gestos de evangelización.
- Conseguir la participación de la comunidad y las familias en los grupos de voluntariados, en función de erradicar o modificar las causas de la necesidad y de la marginación social.
- Atender a los más necesitados, motivando la comunicación cristiana de bienes entre los distintos estratos socioeconómicos.

SERVICIO ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

El servicio asistencial integral en salud mental y al adulto mayor proviene directamente de los principios de la fe, yace en el amor universal a Dios y a la dignidad del hombre. Esto se pone de manifiesto que el servicio de atención integral es un derecho y un deber frente a la enfermedad mental, razón por la cual nuestra acción terapéutica y pastoral descansa sobre cuatro pilares: Utilización de las potencialidades humanas de cada minusválido mental, enseñar al enfermo los modos de desarrollar sus habilidades y el sentido de autodeterminación; que permita cambiar el ambiente de vida y construirlo a su medida. Para la consecución y consolidación del servicio asistencial se ha desarrollado el siguiente plan estructural estratégico de atención:

CONSULTA EXTERNA:

Es un programa coordinado por la Unidad de Consulta Externa jerárquicamente dependiendo de la Dirección Médica. Está definido como un servicio de atención ambulatoria pre-hospitalaria y post-hospitalaria dirigida a prestar atención a todos los grupos etarios desde la infancia hasta la senectud. La Atención fundamentalmente está orientada a varones y hembras de cualquier edad, en patología Psiquiátrica, Neurología y Médica.

En aras de una verdadera atención integral se cuenta con diversidad de ínter consultas en otras especialidades; como: medicina interna, traumatología, neumonología pediatria, ginecología, psicología clínica, gastroenterología y gerontología, nutrición, odontología.

En el apoyo del diagnostico asistencial se cuenta con Laboratorio

Bioclínico y Toxicológico, Laboratorio de Neurofisiología Clínica y Radiología.

ATENCIÓN DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Este programa está coordinado por la Unidad de Emergencias dependiendo jerárquicamente de la Dirección Médica. Definido como un servicio de atención al paciente en su fase aguda de manera inmediata, con cuidados especializados médicos, psiquiátricos y asistenciales. La emergencia cuenta con una unidad de choque, una unidad de tratamiento Intensivo psiquiátrico (UTIP), una unidad de recuperación y observación (URO); además de personal especializado: Psiquiatras, Internistas y enfermeros(as) entrenadas en medicina crítica.

El ingreso de un paciente por esta vía se inicia con un proceso de triaje (1 hora en promedio). Al llegar a este Centro de Salud Mental con una patología psiquiátrica, referido por otros especialistas de la red comunitaria de salud, por iniciativa propia o de sus familiares, son atendidos por el médico de familia conjuntamente con el médico Psiquiatra, (disponible las 24 horas del día). La valoración consiste en un examen mental, examen físico, en electrocardiograma y una valoración a la familia del Usuario. La Psiquiatra decide su ingreso a la emergencia.

HOSPITALIZACIÓN

Este servicio está orientado a la asistencia y rehabilitación de los usuarios de distintas patologías psiquiátricas. El mismo comprende varios programas coordinados a través de la Unidad de Psicóticos, La Unidad de No Psicóticos y la Unidad de Atención al Adulto Mayor jerárquicamente

dependientes de la Dirección Médica. El promedio de Hospitalización es 30 días, a excepción de los adultos mayores; la Unidad de Psicóticos, La Unidad de No Psicóticos se orienta a personas con Trastornos Mentales y de Comportamiento, varones y hembras, desde los 13 años de edad, que no presenten discapacidades físicas que les impida valerse por sí mismos y que hayan mejorado su fase aguda. La Unidad de Atención al Adulto Mayor se orienta a pacientes mayores de 65 años de edad, con psicopatologías como el alzheimer y/o demencia senil.

MODALIDADES DE HOSPITALIZACIÓN: Hospitalización Parcial: La hospitalización parcial es una alternativa a la hospitalización completa,

MODALIDADES DE HOSPITALIZACIÓN: Hospitalización Parcial: La hospitalización parcial es una alternativa a la hospitalización completa, cuenta con los siguientes programas.

- **HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA:** Dirigida a pacientes de larga evolución, refractarios a tratamiento, pero susceptible a rehabilitación reincorporación familiar, tratamientos rehabilitadores, psicoterapéuticos o psicofarmacológicos.
- **CENTRO DIURNO:** Es un programa de Semi-internado (8:00a.m. a 5:00p.m.), intermedia entre la hospitalización completa y el ambiente sociofamiliar con un objetivo rehabilitador, en función de Reducir el fenómeno de dependencia, regresión y pasividad del hospital total, además de permitir al paciente-usuario permanecer en su ambiente social, manteniendo los vínculos con la familia y la comunidad; lo cual se

- traduce en modificar positivamente la visión catastrófica de la enfermedad mental tanto en el paciente como en su familia.

UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:

Esta unidad constituye el pilar fundamental en la asistencia a todos los usuarios de este centro; por lo cual depende jerárquicamente de la Dirección médica como unidad de apoyo. Esta coordinación tiene como finalidad habilitar al paciente para participar en las decisiones del tratamiento y vivir en la comunidad con la mejor calidad de vida posible, además de incorporar a la familia al proceso Psicoeducativo en la comprensión de la enfermedad mental. Este programa hace canaliza que el tratamiento sea continuo y por tiempo indefinido, lo cual permite el control de síntomas, prevenir o reducir las recaídas y optimizar un desempeño en roles sociales, vocacionales, educativos y familiares, con la menor necesidad de apoyo. Para el logro de este fin se desarrollan las siguientes actividades: Terapia Ocupacional, Manualidades, Musicoterapia, Actividad Física: Ejercicio para la salud y Deportes., Jardinería, Vivero, Recreativas, Grupos Psicoeducativos de Familiares, Grupos de Aptitudes Sociales, Asambleas de Pacientes, Pintura. Terapia espiritual (pastoral de salud y el capellán).

2.2 MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Los derechos de los pacientes psiquiátricos que tienen que ser reconocidos como personas, implica una reestructuración no sólo de la Atención médica psiquiátrica, sino de todo un paradigma médico, biologicista, reduccionista. La defensa y protección eficaz de los Derechos Humanos es la

fundamental para concebir una organización de la atención médica psiquiátrica de nuevo tipo y una planificación de las políticas publicas en la materia, que aborde las soluciones a la problemática estructural.

La Salud Integral, que lleva en sí misma el concepto de Salud Mental, como un derecho social fundamental, es una manifestación del derecho a la vida en condiciones de dignidad, indispensable e interdependiente para el disfrute y goce del resto de los derechos sociales, económicos y culturales. La Atención Psiquiátrica Hospitalaria, con una "visión manicomial", no puede lograr la resocialización e integración del individuo a la familia y a la comunidad. Por ello insistimos en reafirmar la necesidad de la estructuración de una Asistencia ambulatoria integral, integradora, interactiva, permanente. Ello podría fortalecer, realmente, la prevención, como la meta de la Medicina Psiquiátrica. Entre los factores predictivos de conducta violenta en los esquizofrénicos, obviamente está el antecedente de agresiones previas y el abuso de drogas.

Esta última comorbilidad aumenta sustancialmente el nivel de violencia. Hay autores que diferencian la violencia como categoría intrínseca de este mal, de la violencia inducida por los fenómenos psicóticos. Esta posición deriva de la constatación de que el 46% de los actos criminales se comenten por ideas delirantes o alucinaciones. Son pacientes que se tornan violentos porque se

sienten amenazados por fuerzas ajenas a su control Marcela Jara V. y Sergio Ferrer *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2005; 43(3): 188-200.

ABANDONO DEL TRATAMIENTO :

Las muchas las comunicaciones y ponencias presentadas en distintos Congresos coinciden en asegurar que uno de los principales problemas que se da entre la población con Trastornos Mentales es el abandono del tratamiento, por lo que cada vez cobra más interés este hecho directamente relacionado con la prevención de recaídas, haciéndose patente centrar la atención asistencial en la psicoeducación farmacológica de este colectivo. El abandono del tratamiento farmacológico hace que el proceso de mejoría se estanque o, lo que es peor, que involucre con las consiguientes descompensaciones y nuevos ingresos, repitiéndose toda una serie de procesos sanitarios, apareciendo el fenómeno de la “puerta giratoria”, tan frecuente en este colectivo. El incumplimiento pasa a ser, por lo tanto, un problema importante de ámbito comunitario que se suele acompañar de un alto costo económico, siendo preciso detectar qué pacientes no lo cumplen y el por qué de su proceder .

ADHERENCIA

Mion Junios (1994), define la adherencia (término anglosajón) al tratamiento como la medida del grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente

y la prescripción del profesional de salud, que incluye medidas farmacológicas o no. Este mismo autor hace referencia a la importancia del conocimiento del tratamiento por parte de quien padece la enfermedad. Diferentes autores amplían este concepto y lo definen como el grado en el cual la “conducta” de una persona coincide con las recomendaciones médicos/sanitarias, en relación a los fármacos o tratamiento prescrito, incluyendo además toda una serie de hábitos higiénico-sanitarios, como pueden ser no tomar café, alcohol u otros tóxicos, no fumar o hacerlo con moderación, entre otros. Hay quienes van más allá e incluyen la puntual asistencia a visitas concertadas a Centros de Salud Mental,, Centros de Día, terapias de grupo, a la participación en programas educativos, etc. Existe una diferencia significativa entre “adherencia” y “cumplimiento”. El segundo término implica conseguir que el paciente siga las instrucciones del médico. El Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2003 aclara que la diferencia principal es que la adherencia requiere del consentimiento del paciente en cuanto a las recomendaciones, por lo que es necesario que los pacientes colaboren activamente con los profesionales de la salud en sus propios cuidados.

La falta de conocimiento, o lo que es lo mismo, el déficit de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, no es culpa del paciente, en el caso de que debiéramos buscar culpables: Nosotros como colectivo asistencial nos hemos formado durante años y hemos adquirido conocimientos sobre los tratamientos, sus efectos secundarios, sobre la necesidad de no abandonarlos,

diversas situaciones que se dan en el transcurso de la enfermedad, de métodos que sirven de complemento al tratamiento farmacológico (relajación, técnicas de respiración, control del stress, hábitos de salud, etc.), pero ellos en su mayoría no han tenido esta formación. Lo que sucede en numerosas ocasiones es que se suele subestimar la importancia de la contribución del paciente a su terapia, olvidando sistemáticamente la necesidad de que estos sean educados.

FACTORES RELACIONADOS CON EL INCUMPLIMIENTO :

Existen diferentes causas y factores relacionados con el incumplimiento de la prescripción, las más frecuentes están relacionadas con el paciente y el fármaco.

Relacionadas con el paciente

- Negación de la enfermedad: es difícil que alguien que piense que no está enfermo acepte medicación.
- La edad es un factor de incumplimiento, observándose un mayor riesgo o negativa a tomar el fármaco en los pacientes más jóvenes.
- Cuando existe una dificultad para comprender el tratamiento por analfabetismo, deficiencias sensoriales.
- Cuando se desconfía del tratamiento y de los profesionales implicados en el mismo (equipo asistencial)
- Creencias: a veces refieren motivos personales para no seguir las

- indicaciones, resistiéndose a pensar que el tratamiento como factor externo les va a ayudar
- Repercuten en el mismo, tanto la personalidad del paciente, su necesidad de dependencia, como su capacidad de soportar la ansiedad que genera el propio tratamiento.
- Características personales
- Mejoría de su patología: Otro factor relevante a tener en cuenta es la situación de mejoría que da lugar al incumplimiento, puesto que es posible que la recaída no aparezca sino meses después de interrumpir el tratamiento.
- Voluntariedad hacia el tratamiento.

Relacionados con el fármaco

- Efectos secundarios reales o imaginarios
- Medicamentos de mal sabor, incómodos de ingerir
- Si interfieren en los hábitos del paciente (no poder tomar licor etc.)

A veces infravaloramos una molesta sequedad de boca, un leve mareo, una ligera acatisia o un estreñimiento de varios días de evolución, que para el paciente puede ser lo suficiente molesto como para no querer el tratamiento. Por eso hemos de estar atentos a este tipo de quejas. González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., Armengol, J., Azcon, MA. Revista de Enfermería

noviembre 2205. Ya que la mayoría de los pacientes recuperados regresan a vivir con sus familias, las nuevas intervenciones psicológicas se han de tratar de mejorar la interacción entre el paciente y los miembros de la familia evitando así posibles recaídas. Esto implica difundir información acerca del trastorno entre las familias e esquizofrénicos y enseñar a éstas y al esquizofrénico cómo modificar sus patrones de comunicación.

Para esto se identifican las interacciones estresantes y se realiza un entrenamiento en métodos de comunicación alternativos. Se enfatiza habilidades específicas, tales como escuchar, hacer peticiones claras, enfocar el reforzamiento positivo y reducir las críticas. (Sue,D.1996)
<http://www.apsique.com/tikiindex.php?page=AnorRolpsic>

Los trastornos mentales y cerebrales afectan a los adultos, los ancianos, los niños y los adolescentes: Aproximadamente uno de cada cinco jóvenes (hasta los 15 años de edad) sufren trastornos, ya sean moderados o intensos. No obstante, gran número de esos niños y adolescentes no reciben aún atención por la sencilla razón de que no hay servicios disponibles. La mayor parte de la atención se ha destinado tradicionalmente a los adultos y se ha desatendido la intervención en la infancia. Unos 17 millones de jóvenes de 5 a 17 años de edad de América Latina y el Caribe padecen trastornos mentales de suficiente gravedad como para requerir tratamiento. Un estudio ha mostrado que el 10% de los escolares de la ciudad de Alejandría (Egipto) sufren depresión. Se comprobó también que el 17% de los alumnos del último curso .

Los trastornos mentales y cerebrales son motivo de preocupación en los países tanto desarrollados como en desarrollo. No hay persona de nación o población alguna que no corra riesgo de sufrir un trastorno mental. En un estudio de la OMS efectuado en 27 países en desarrollo y desarrollados no se halló ninguna población libre de esquizofrenia. El abuso del alcohol es otro trastorno que no respeta fronteras. Así, por ejemplo, en Rusia mueren 35 000 personas de alcoholismo cada año. La epilepsia, si bien es más frecuente en los países en desarrollo, se encuentra en todas las capas sociales. En una reciente encuesta realizada en una población rural del Pakistán se llegó a la conclusión de que el 44% de los adultos sufrían trastornos depresivos. <http://personales.ya.com/laemental/oms.html> Día Mundial de la salud del año 2001

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO SEGÚN EL CDI 10

En la actualidad existen manuales internacionales para establecer diagnósticos. Estos presentan diversas y precisas definiciones para muchas categorías diagnósticas. Un ejemplo de esto es el DSM IV, el CID 10 los cuales contiene más de 200 categorías diagnósticas y posee la ventaja de establecer un criterio amplio, divulgado y consensuado de cada trastorno, que permite el entendimiento entre los especialistas de un mismo fenómeno como tal, distinguiéndole de otro. Pero también tiene desventajas. Szans (1961) afirma que describir a un individuo como desviado genera un estigma que perdura por

toda su vida (es decir, interioriza la categorización dentro de la cual fue definido por los demás).A continuación definiremos algunas de ellas :

CLASIFICACION DE LAS PATOLOGIAS

1.- Demencia vascular mixta cortical y subcortical. F.01.3 El componente mixto cortical o subcortical, de las demencias vasculares, pueden sospecharse por las características clínicas, resultados de las pruebas complementarias (incluyendo imageneologia)

2.- Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico F.06.2. Trastorno en que las ideas delirantes persistentes o recurrentes dominan el cuadro clínico. Las ideas delirantes pueden acompañarse de alucinaciones. Pueden presentarse algunos rasgos sugestivos de esquizofrenia, tales como alucinaciones extrañas o trastorno del pensamiento.

3.- Trastorno del humor (afectivo) orgánico F06.3 (según CDI 10).Trastorno caracterizado por el cambio del humor y la afectividad, generalmente acompañado por en el nivel global de la actividad – depresivo, hipomaniaco, maniaco o bipolar, pero que se desencadena como consecuencia de un trastorno orgánico.

4.- Trastorno orgánico de la personalidad F.07.0 (según CDI 10) Trastorno que se caracteriza por una alteración significativa del patrón habitual del comportamiento que mostraba el sujeto premorbidamente, y que implica la expresión emocional de necesidades o impulsos. También puede formar parte del cuadro clínico un deterioro de las funciones cognoscitivas y del

pensamiento y alteraciones de la sexualidad. .

5- Trastorno mentales orgánicos o sintomáticos sin especificación F.09. Esta categoría debe utilizarse sólo para codificar trastorno mentales con una etiología orgánica conocida

6.-Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol.F.10
Esta sección incluye una amplia variedad de trastorno , que difieren en gravedad y forma clínica , pero que son atribuibles al uso de alcohol .

Síndrome de abstinencia . F.10.3

Síndrome de dependencia . F10.2

Intoxicación patológica : intoxicación por alcohol F.10.7..

7.-Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas .F.19.3: Categoría debe utilizarse cuando se sabe que dos o más sustancias están implicadas , pero es posible valorar cual de ellas está implicada.

8.- Esquizofrenia paranoide F.20.0 (según CDI 10)En la esquizofrenia paranoide las ideas delirantes a menudo paranoide, suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo, y de otras alteraciones perceptivas, Las alteraciones del afecto, la volición y el discurso y los síntomas catatónicos están ausentes o relativamente inadvertidos.

9-Trastorno esquizoafectivo de tipo afectivo: F.25.0 :(según CDI_10)

Trastorno en el que los síntomas de la esquizofrenia y manía son ambos tan prominentes, que el episodio de la enfermedad no justifica el dx de esquizofrenia

ni de episodio maniaco. Esta categoría debe utilizarse tanto para un único episodio como para el recurrentes el que la mayoría de los episodios sean esquizoafectivos de tipo maniaco

10.-Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto: F .25.2: En esta categoría están agrupados Esquizofrenia Clínica, Psicosis mixta esquizofrenica y afectiva.

11-Trastorno bipolar; episodio actual maniaco; F. 31.1El paciente está actualmente maniaco sin síntomas psicóticos y ha padecido , al menos , otro episodio afectivo en el pasado (hipomanía, maniaco, depresivo o trastorno del humor (afectivo) mixto .

12.- Trastorno bipolar; episodio actual maniaco con síntomas psicóticos: F31.2 (según CDI 10) El paciente está actualmente maniaco con síntomas psicóticos y ha padecido, al menos , otro episodio afectivo en el pasado:hipomanía, maniaco, depresivo o trastorno del humor (afectivo) mixto.

13.-Trastorno obsesivo- compulsivo con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas F42.1. (según CDI 10)Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar, que casi siempre causan malestar al sujeto: Algunas veces las ideas son consideraciones indecisas y sin término de alternativas que se acompañan de incapacidad para tomar decisiones triviales, pero necesarias en la vida día a día. La relación entre rumiaciones obsesivas y depresión es especialmente próxima, y el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo sólo es preferible hacerlo si las rumiaciones aparecen o persisten en ausencia de episodios depresivos.

LA FAMILIA

La familia, como grupo social, debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual³ y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. Concebir a la familia como sistema, implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.

A la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no

criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

MEDICAMENTOS ANTIPSICOTICOS

A partir del año 1990, se han lanzado una serie de medicamentos antipsicóticos nuevos llamados medicamentos "antipsicóticos atípicos". El primero de ellos, clozapina (Clozaril®), ha demostrado ser más eficaz que los otros antipsicóticos, aunque tiene la posibilidad de efectos secundarios graves, principalmente una enfermedad llamada agranulocitosis (pérdida de los glóbulos blancos que combaten las infecciones), que requiere análisis de sangre cada una o dos semanas para monitorear los glóbulos del paciente. Los nuevos medicamentos antipsicóticos, tales como risperidona (Risperdal®), olanzapina (Zyprexa®), ziprasidone (Geodon®) y aripiprazole (Abilify®), son más seguros que los medicamentos antiguos o la clozapina y también se toleran más fácil. Sin embargo, parece que no son tan efectivos como la clozapina. Actualmente están en desarrollo varios medicamentos antipsicóticos nuevos. Los medicamentos antipsicóticos generalmente son muy eficaces en el tratamiento de algunos síntomas de la esquizofrenia, especialmente las alucinaciones y los delirios. Desdichadamente, estos medicamentos posiblemente no ayuden con

otros síntomas, tales como la falta de motivación y de expresividad emocional. Más aún, los antipsicóticos antiguos (llamados "neurolepticos"), o Típicos como por ejemplo haloperidol (Haldol®) o clorpromazina (Thorazine®), pueden producir efectos secundarios como una disminución de la motivación y de la expresividad emocional. Las nuevas medicinas, entre ellas olanzapina (Zyprexa®), quetiapina (Seroquel®), risperidona (Risperdal®), ziprasidona (Geodon®) y aripiprazole (Abilify).

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACION: La presente investigación es de carácter no experimental y ex post facto, pues las variables no han sido objeto de manipulación y los hechos fueron observados tal como acontecieron, estudio descriptivo.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La Población en estudio corresponde a individuos del género masculino y femenino; en edades de 15 años y más, pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios del Estado Mérida.

De un universo de 1014 pacientes que acudieron a la Institución, sólo 150 usuarios reingresaron para el año 2003 y 140 para el 2004 , según la información proporcionada por el servicio de Estadística del Hospital en estudios se procedió a determinar el tamaño de la muestra de un 7 % por el programa computarizado Epi Info .

Para este estudio se seleccionó un nivel de confianza del 99 % de donde se obtuvo un número de usuarios de 9 pertenecientes a rehospitalizaciones del año 2003 y 10 pacientes del año 2004.

3.3 FUENTE Y RECOLECCION DE INFORMACION

La información se obtuvo de las encuestas y de diagnósticos de egreso de las

Historias Clínicas de los pacientes comprendidos en los dos períodos antes mencionados (garantía de diagnóstico de certeza). tomó como referencia el primer diagnóstico o el principal y la comorbilidad en estudio. Debido a los constantes cambios que se suceden en el uso diagnóstico, y a fin de tener un lenguaje común, se realizó una homologación de las diferentes entidades nosológicas y su nomenclatura clásica con el DSM IV y el CID10.

A continuación se pueden observar los distintos diagnósticos homologados en una categoría diagnóstica existente en el DSM IV o en CID 10 y tal como fueron hallados en las historias clínicas (h.c.)

3.3 VARIABLES:

a.- Variables Socio- Demográficas : Procedencia, edad, género, estado civil, grado de escolaridad, estrato socio-económico .

Procedencia: Lugar de donde proceden los sujetos de estudio .

Edad: Número de años de vida cumplidos por una persona, contados a partir de la fecha de nacimiento hasta la fecha de selección de la muestra, se consideró el rango de 15-35 años, 35 y más.

Sexo: Es el conjunto de características que posee la persona, las cuales permiten, identificarse como masculino y femenino.

Grado de Escolaridad: Nivel de escolaridad alcanzado en una institución formal .

Estrato Socio-económico : Ubicación de las personas de la muestra en los estratos considerados por el Método de Graffar Modificado por Hernán Mández Castellano (Huerta , 1999), el cual considera cuatro variables , profesión del jefe de la familia , nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso y condiciones de la vivienda.

b.- Medición de la influencia de los días de hospitalización y medicación en los paciente que reingresan. Los días de hospitalización anterior y si egresan con antipsicóticos típicos o atípicos.

c.- Conciencia de la enfermedad : Conciencia sobre la enfermedad en el paciente de estudio, durante la crisis y durante la recuperación

d.- Medición de existencia de Comorbilidad de uso y abuso de sustancia y otras drogas .

Consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas : Determinar el consumo de sustancia en el paciente , la edad de inicio , y el consumo después de la última hospitalización .)

e.- Medición del abandono del tratamiento luego de la hospitalización :

Aquellas personas que egresan y abandonan el tratamiento.

f.- Medición de la continuidad de la consulta externa posterior al egreso

APGAR: Instrumento diseñado por Gabriel Smilkstein, el cual consiste en un

cuestionario de cinco preguntas que miden cualitativamente la satisfacción de los diferentes miembros del grupo familiar en cada uno de los componentes de la función familiar (adaptación , participación , crecimiento, afecto. Cada pregunta tiene una puntuación según la escala de Likert :Siempre (4 puntos) , casi siempre (3 puntos) , algunas veces (2 puntos) , casi nunca (1 punto) y nunca (0 puntos).La suma permite clasificar a la familias en :

Muy buena funcionalidad familiar : 18-20 puntos

Disfuncionalidad Leve : 14-17 puntos

Disfuncionalidad Moderada : 10-13 puntos

Disfuncionalidad Severa: < 9 puntos

CAPITULO IV

RESULTADOS

Tabla 1

Distribución por patología, según reingreso del Hospital San Juan de Dios. Valores Absolutos y porcentuales. Mérida Venezuela 2003-2004

	AÑO 2003		AÑO 2004	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentajes
Trastorno Afectivo Orgánico	25	16,6	11	7,8
Esquizofrenia	17	11,3	12	8,5
Trastorno Bipolar fase maníaca con síntomas psicóticos	16	10,6	17	12,1,
Otras	92	61,3	100	28,4

Fuente Historia Clínicas del Departamento de Estadísticas

En relación a las patologías más frecuentes encontradas en el hospital San Juan de Dios, se ve que en el año 2003 el trastorno Afectivo Orgánico ocupa el primer lugar con un 16,6 %, segundo lugar la Esquizofrenia Paranoide con un 11,3 %, en el año 2004 el primer lugar lo ocupa Trastorno Bipolar , fase maniaca con síntomas Psicóticos con un 12,1 % el segundo es la Esquizofrenia con un 8,57 % .

Tabla 2
Distribución por procedencia, según reingresos
Hospital San Juan de Dios. Valores Absolutos
y porcentajes Mérida -Venezuela
2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
URBANA	14	73,7	73,7	73,7
RURAL	5	26,3	26,3	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente: Historia Clínicas del Departamento de Estadísticas

En relación a la muestra (19 paciente) de los 290 usuarios que reingresaron el 73,7 % proceden del área Urbana y el 26,3 % del área Rural .

Tabla 3
Distribución de acuerdo al sexo, según reingresos
Hospital San Juan de Dios. Valores Absolutos y porcentajes
Mérida -Venezuela
2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	9	47,4	47,4	47,4
Femenino	10	52,6	52,6	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente : Historia Clínicas del Departamento de Estadísticas

Se observa también que el 52,6 % eran mujeres y un 47,4 % hombres. Esta investigación mostró que la realidad de la patología psiquiátrica afecta a ambos género, en porcentajes similares. Un estudio realizado por Zulma Urrego. Hospital del Sur Colombia, sobre la consulta externa pacientes crónicos; mostró que de los de los 116 pacientes atendidos el porcentajes entre hombres y mujeres es similar (52.6% mujeres ; 47.4% hombres).

Tabla 4.
Distribución por estado civil, según reingresos
Hospital San Juan de Dios. Valores Absolutos y porcentajes
Mérida - Venezuela
2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	9	47,4	47,4	47,4
Casado	6	31,6	31,6	78,9
Unido	1	5,3	5,3	84,2
Separado	2	10,5	10,5	94,7
Divorciado	1	5,3	5,3	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente : Historia Clínica del Departamento de Estadísticas

En relación al Estado Civil, el mayor porcentaje lo ocupa la categoría soltero con un 47,7 % y el segundo lugar por los casados en un 31,6 % . Se cree que debido a la enfermedad, implica dificultad en las relaciones interpersonales y tendencia marcada al aislamiento, estas personas prefieren quedarse solteros o si se casan, debido a la incapacidad de afrontar las responsabilidades y obligaciones propias del matrimonio, se presentan con mayor frecuencia separaciones y divorcios.

Tabla 5.
Distribución por grado de instrucción, según reingresos
Hospital San Juan de Dios. Valores Absolutos y porcentaje
Mérida Venezuela.
2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	3	15,8	15,8	15,8
Primaria	7	36,8	36,8	52,6
Secundaria	6	31,6	31,6	84,2
Universitario	2	10,5	10,5	94,7
Tecnico	1	5,3	5,3	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente: Historia Clínica del Departamento de Estadísticas

Es observable que el 36,8 % mayor porcentaje de la población solo tenía la primaria y el 31,6 % la Secundaria ; hay que hacer notar que al hacerse más crónica la enfermedad se hace mas difícil alcanzar un mayor grado de instrucción .

Tabla 6
Distribución por estrato socio-económico según reingresos
Hospital San Juan de Dios. Valores Absolutos y porcentajes
Mérida -Venezuela
2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
III	3	15,8	15,8	15,8
IV	16	84,2	84,2	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente : Departamento de trabajo Social

Además el 84,2 % de los que reingresan pertenece al estrato social IV, en segundo lugar el 15,8 % estrato III. La mayoría de nuestros pacientes pertenecen a estratos bajos, además hay que señalar que existe discriminación en la cobertura sanitaria de las enfermedades mentales. En muchos países incluyendo Venezuela, las enfermedades mentales no son cubiertas por los seguros sanitarios y muchas personas no se pueden permitir los costos económicos de su tratamiento.

Tabla 7
Distribución por días de hospitalización anterior,
según reingreso Hospital San Juan de Dios .
Valores absolutos y porcentajes de
Mérida -Venezuela .2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
15 - 30	9	47,4	47,4	47,4
30 - 45	6	31,6	31,6	78,9
45	4	21,1	21,1	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente : Historia Clinica del Departamento de estadísticas

El 47,4% de los pacientes permanecen de 15 a 30 hospitalizado en su ingreso anterior y el 31,6 % de 30 a 45 días.

Tabla 8
Distribución por medicación de egreso anterior,
Según Reingresos .Hospital San Juan de Dios.
Valores absolutos y porcentajes de
Mérida Venezuela .
2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Atípicos	9	47,4	47,4	47,4
Típicos	10	52,6	52,6	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente : Historia Clínica del Departamento de estadísticas

El mayor porcentaje de la muestra en estudio recibe medicamentos antipsicóticos Típicos representando el 52,6 % con una diferencia de aproximadamente , el 4 % de los que reciben Atípicos .No hay indicios claros que los antipsicóticos nuevos , difieran apreciablemente en cuanto a eficacia de los viejos .No se ha hemos determinado metódicamente si el uso de ciertos antipsicóticos (típicos versus atípicos) ha influido en el reingreso de pacientes antes del año.

Tabla 9
Distribución de acuerdo a conciencia de enfermedad
durante la crisis, Según reingreso Hospital San Juan de Dios.
Valores Absolutos y Porcentajes
Mérida -Venezuela
2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	3	15,8	15,8	15,8
NO	16	84,2	84,2	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente : Encuesta

En el 84,4 % de los casos estudiados el paciente no tiene conciencia de su enfermedad durante la crisis, y mas de la mitad de los usuarios tampoco adquieren conciencia después de la crisis, como existen pocos estudios sobre este predictores se hace difícil hacer comparaciones.

Tabla 10
Distribución de acuerdo a conciencia de enfermedad
durante la recuperación, Según reingreso Hospital San Juan
de Dios. Valores absolutos y porcentajes.
Mérida -Venezuela
2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	10	52,6	52,6	52,6
Algunas Veces	5	26,3	26,3	78,9
Casi Siempre	2	10,5	10,5	89,5
Siempre	2	10,5	10,5	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente : Encuesta

El 52,6% nunca tienen conciencia de su enfermedad y el 26,3 % algunas veces la tienen durante su recuperación.

Tabla 11
Distribución por uso de sustancias y otras drogas,
Según Reingreso. Hospital San Juan de Dios. Valores
absolutos y porcentajes
Mérida -Venezuela .
2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	9	47,4	47,4	47,4
NO	10	52,6	52,6	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente : Encuesta

Con respecto al Uso y abuso de otras drogas, el 52,6 % asume que no consumo sustancias , El abuso de drogas precede al comienzo de la psicopatología, actuando así como causa o precipitante. Se ha visto en diferentes estudios que los pacientes esquizofrénicos con abuso de drogas presentan un comienzo de la enfermedad a edad más temprana y un peor funcionamiento premórbido; porque la droga actúa como desencadenante o como un factor de riesgo más. El abuso de estimulantes está asociado con la primera hospitalización a edad más temprana pero no con mayor número de hospitalizaciones. Se ha demostrado que el uso de cannabis es un factor de

riesgo en desarrollode la esquizofrenia, como también que el riesgo de padecerla entre aquellosque consumen cannabis es seis veces mayor que entre los no consumidores. Es significativamente frecuente entre los pacientes esquizofrénicos el comprobar que el consumo de drogas es mayor en los hombres que en las mujeres y en particular, de alcohol y cannabis.

Tabla 12
**Distribución por inicio del consumo de alcohol, reingreso.
Hospital San Juan de Dios. Valores absolutos y porcentajes
Mérida –Venezuela .
2003-2004**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
menor de 15	2	10,5	10,5	10,5
15 - 35	7	36,8	36,8	47,4
Niega consumo alcohólico	10	52,6	52,6	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente : Encuesta

Y al preguntarle sobre el inicio de consumo de alcohol, un poco más del 50% niegan el consumo del mismo , y un 36% aceptan que el inicio el consumo de alcohol entre los 15 a 35 años.

Tabla 13
Distribución por consumo de drogas después de egresar ,
Según Reingreso. Hospital San Juan de Dios.
Valores Absolutos y porcentajes
2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	7	36,8	36,8	36,8
NO	2	10,5	10,5	47,4
No respondio	10	52,6	52,6	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente : Encuesta

El 52,6 % no responde, sobre el consume alcohol después del egreso y el 36,8% acepta su consumo.

Tabla 14
Distribución por abandono de tratamiento después
de egresar, según reingreso. Hospital San Juan de Dios.
Valores absolutos y porcentajes
Mérida –Venezuela
2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	16	84,2	84,2	84,2
NO	3	15,8	15,8	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente : Encuesta

El 84 % de los pacientes abandonan el tratamiento posterior al egreso y sólo el 15, % no lo abandona, siendo el abandono un factor predictivo importante para la recaída e hospitalizaciones de esta población.

Tabla 15
Distribución de acuerdo a continuidad en la consulta externa
según ,porcentajes de reingreso. Hospital San
Juan de Dios. Merida Edo Merida .
2003-2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	11	57,9	57,9	57,9
NO	8	42,1	42,1	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Fuente : Encuesta

En este estudio el porcentaje de continuidad en la consulta posterior al egreso representa un 57,9 % , importante resultado pues el abandono de la consulta es del 42,1 % .Existen estudios no muy recientes que aportan datos sobre institutos de Venezuela que se realizaron, en una población de 920 pacientes que consultaron al tiraje de un Servicio de Consulta Externa del Hospital Centro de Salud Mental del Este El Peñón, Estado Miranda, entre el 01-02-1985 y el 31-01-86, donde se encontró una deserción absoluta de 22 %.

CONCLUSIONES

Los factores predictivos abordados en el estudio de los pacientes que reingresan en el hospital san Juan de Dios del Estado Mérida , reflejan que de los 290 usuarios las tres cuartas partes proceden del área Urbana ,con porcentajes similar para ambos géneros, El estado civil predominantes de estos es el soltero , La mayor proporción de los que reingresan han terminado la primaria, mas de las 3/4 partes de la población en estudio pertenece al estrato social IV, el $\frac{1}{4}$ parte se encuentra estrato III.

Un poco más de la mitad , el 52,6% de los pacientes ,recibe tratamiento con medicamentos típicos; los días de hospitalización anterior a la recaída oscilan entre 15 a 30 día ; el 80% de los pacientes no tienen conciencia de enfermedad durante la crisis ,y la mitad no la tienen durante la recuperación .

El 52,6% manifestaron no consumo de drogas, y el 47,6 aceptaron el consumo , el 53% negó el consumo de alcohol después de egresar de la hospitalización, solo el 36,8% acepto dicho consumo . La Disfuncionalidad Familiar moderada prevalece en un 42 % de los usuarios estudiados. En este estudio se evidencio que el abandono de tratamiento de los usuarios representó el 84%, y el 52% admitieron que tienen continuidad en la consulta.

RECOMENDACIONES

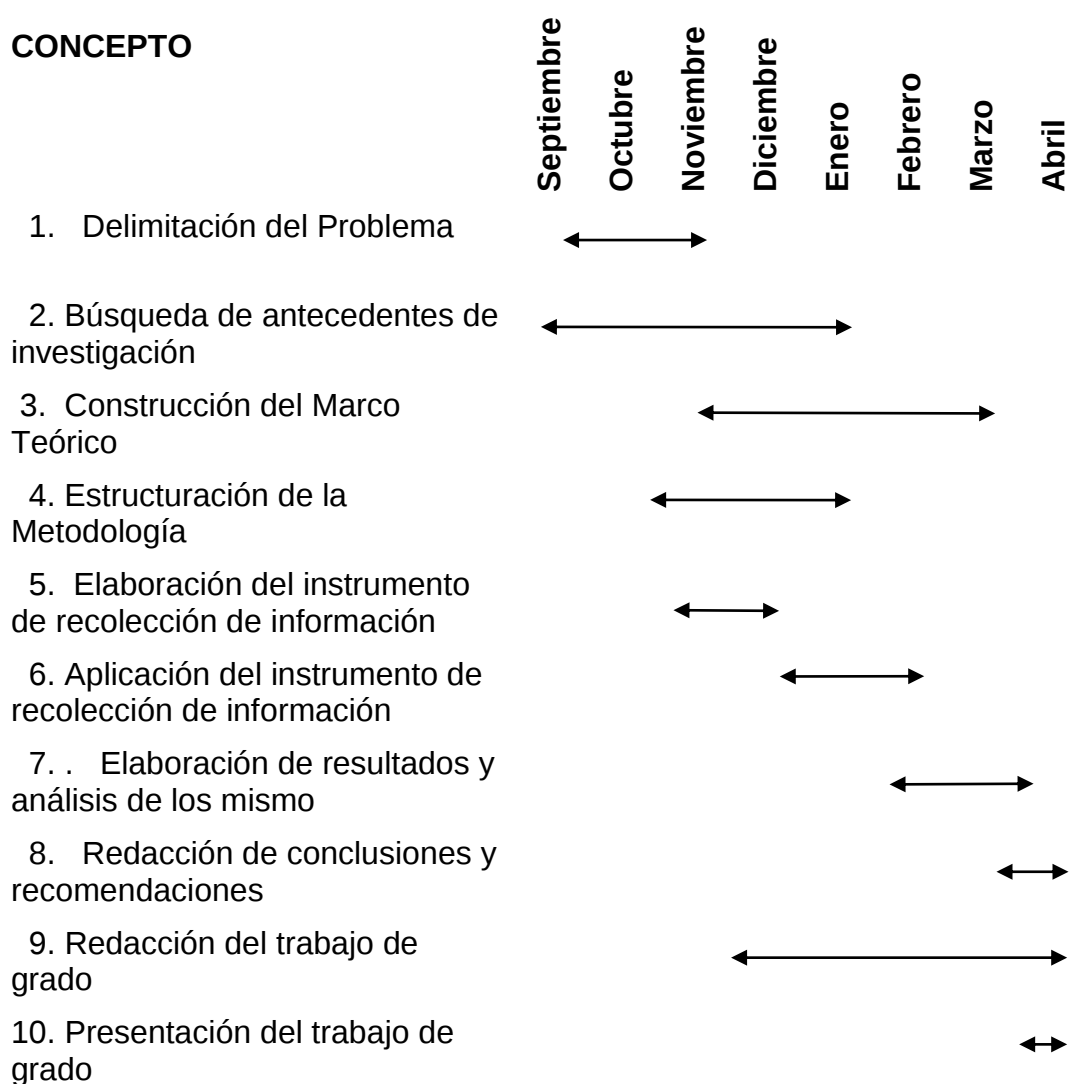
- 1.- Ofertar educación continua y permanente a los equipos de salud y familiares para la capacitación a la evitación de rehospitalizaciones .
- 2.- Realizar programas dirigidos a los pacientes para la concientización de la enfermedad mental a fin de evitar su recaída .
- 3 .- Trabajar activamente con el equipo multidisciplinario de salud con el fin de motivar a la familia durante todo el proceso de tratamiento, para que participen y se involucren en el mismo . Educar a los familiares para el reconocimiento de las diferentes situaciones de riesgo.
- 4.- Facilitar estrategias para la resolución de posibles situaciones conflictivas en la dinámica familiar (dispensación de medicación, ingresos hospitalarios, incapacidades, incorporación de normas y límites, etc.)
- 5.- Apoyar proyectos de Creación de Fundaciones y Cooperativas en Beneficio de la Rehabilitación de los pacientes .
- 6.-Solicitar la intervención gubernamental y no gubernamental para el apoyo financiero, con el fin de darle una cobertura sanitaria psiquiátrica del cien por ciento a nuestros usuarios, y garantizarle el cumplimiento terapéutico y psicofarmacológico .

CAPITULO V

CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACTIVIDADES

Septiembre 2005 - Abril 2006

CONCEPTO



PRESUPUESTO

Bolívares

Resma de papel	18 500
(Encuestas)	
Lápices	4. 000
Impresión de encuestas	60. 000
Llamadas Telefónicas	40.000
Tintas de Impresión	80 .000
Papelería general	20. 000
Encuadernación	60 .000
Otros	80. 000
Total	362. 500

BIBLIOGRAFIA

Doherty y Bair 1996. Terapia Familiar y Medicina Familiar. Editado por convenio con la Guilford Press. Nueva Cork.

González, J., Cuixart , Manteca, H., Carbonell, M., Armengol, J. 2005. Revista de Enfermería nº 7, noviembre

Irigoyen A, Añadid H. 1985 Fundamentos de la Medicina de Familia Medicina Familiar Mexicana. 5ta ed. internacional. Mexico. Jhonson P, Jhonson H. 1999. Cultura and Familialinfluences that maintain the negativo alcohol . Suplemento 13: 79-83.

Marcela Jara V. y Sergio Ferrer *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2005; 43(3): 188-200.

<http://www.apsique.com>.1996. Tómodo el 10/01/06.

<http://www.enfervalencia.org>. Tomado el 01/05/06

<http://personales.ya.com/laemental/oms.html> 2001. Tomado el 18/03/06

<http://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia> .2000.Tomado el 14/04/06

<http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono>.Tomado el 15/04/06.