UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Orientación de Enfermería
Para detectar síntomas prodrómicos y evitar reingreso psiquiátrico temprano

Jeison Fabián Criollo Mayorga

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Maestría en Enfermería, Énfasis en Salud Mental

Bogotá, Colombia

2017

Orientación de Enfermería
Para detectar síntomas prodrómicos y evitar reingreso psiquiátrico temprano

Jeison Fabián Criollo Mayorga

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar el título de:

Magister en Enfermería

Director (a):

Magister María Orfa Ochoa Montoya

Línea de Investigación:

Enfermería de la Salud Mental

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Maestría en Enfermería, Profundización en Salud Mental

Bogotá, Colombia

2017

Agradecimientos

Primero y como más importante, me gustaría agradecer sinceramente a mi asesora de tesis, Prof. María Orfa Ochoa, su esfuerzo, dedicación y sobre todo paciencia.
Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales en mi formación.

A su manera ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con ella por todo lo recibido durante mi periodo académico.

A mi hija por ser la motivación, para cada paso y decisión tomada, y así conseguir que la vida nos depare un futuro mejor

A mi familia, por sus palabras de aliento y apoyo incondicional.

Resumen

A partir de una reflexión sobre los espacios académicos que tiene actualmente el problema de la puerta giratoria y el abordaje de la persona con trastorno mental desde la Enfermería, se logra desarrollar en el presente documento, un lineamiento teórico, histórico y práctico, en forma de orientación, dirigido al profesional de enfermería en salud mental, facilitando la detección temprana de síntomas prodrómicos psiquiátricos, teniendo en cuenta, los diferentes momentos en que se pueda exacerbar dicha sintomatología (prehospitalización, hospitalización y egreso) así como, sugerir un adecuado abordaje a cada uno de los actores participes en el tratamiento (Familia, Sociedad, Instituciones, Profesionales) previniendo el reingreso psiquiátrico institucional de la persona con trastorno mental.

Palabras clave: Enfermería, Salud mental, orientación de Enfermería en Salud mental, Puerta giratoria, síntomas prodrómicos, prevención, trastornos mentales, readmisión del paciente.

Abstract

Having in count the reflection about the different academic meetings that has the early revolving door problem and the psychiatric nursing approach, it is possible to develop this paper, a theorical, historical and practical lineament, in orientation form, addressed to mental health nursing professionals, facilitating the psychiatric prodromal symptom's early detection, having in count, the different moments when it could exacerbate this symptomatology (pre-hospitalization, hospitalization and discharge)) preventing patient's psychiatric reentry.

Keywords: Infirmary, mental health, Infirmary Guide about mental health, revolving door, prodromal symptom, prevention, mental Disorders, patient readmission.

Tabla de contenido

1. Introducción.....1

2. Marco de Referencia 11

3. Justificación 17

4. Definición del problema.....21

5. Objetivos.....23

6. Marco conceptual.....25
6.1 Teoría de relaciones interpersonales 25
6.2 Definiciones conceptuales..... 28
• Salud mental..... 30
• Atención primaria en salud 30

7. Marco de diseño.....37
a. Tipo de diseño 37
b. Metodología 38
c. Consideraciones éticas 40
a. Mecanismos de difusión:..... 41

8. Marco de análisis 43
a. Síntomas prodrómicos 43
b. Intervención en crisis en Enfermería 45
c. Orientación de la consulta terapéutica de Enfermería para el abordaje del reingreso de los pacientes psiquiátricos 47
d. Los factores de riesgo, predisponentes y detonantes del reingreso temprano 50
i. No adherencia farmacológica.....50
ii. Alta prematura 52
iii. Hábitos de salud inadecuados (sueño y alimentación) 53
iv. Escasa capacidad del paciente para afrontar situaciones de estrés 54
v. Conductas disruptivas o extrañas.....55
vi. Baja frecuencia de seguimiento en la unidad de salud mental o inasistencia a controles médicos. 56
vii. Falta de servicios de salud mental a domicilio.....57
viii. Clima familiar negativo.....57
e. La importancia de ejecutar acciones desde la Enfermería en salud mental para el abordaje del paciente psiquiátrico en su egreso y proyecto de vida 58
i. Educación perifarmacológica.....59
ii. Psicoeducación 64
iii. Manejo inicial de la depresión.....67
iv. Entrenamiento prevocacional / soporte vocacional.....72

9. Parte IV: Marco Legal 93

10. Conclusiones y recomendaciones.....103

11. Referencias.....107

12. Bibliografía 115

1. Introducción

Readmisión en salud mental, un reto para Enfermería desde la promoción y prevención

Indudablemente, la readmisión de las personas en salud mental, es un indicador de la calidad de la atención que se presta en una determinada institución (Durbin, Lin, Lane, & Teed, 2007); sin embargo, se deben tener en cuenta tres momentos, los cuales son la prehospitalización, la hospitalización y el egreso. La prehospitalización determina que los factores sociodemográficos no incidan de manera directa en el ingreso de una persona a una institución; no obstante, muestra que mayor estrés psicosocial, asociado a discriminación, estigma por la enfermedad mental y tener dificultades jurídicas, contribuyen al reingreso temprano a instituciones de salud mental (Durbin, Lin, Lane, & Teed, 2007).

La hospitalización en si misma determina el factor más consistente, dado que las personas que tienen más restricciones durante su estadía en un centro de salud mental (inmovilizaciones frecuentes por agitación psicomotora, comportamiento psicótico exhibicionista - agresivo y alto deterioro de sus funciones físicas y mentales) más pronto reingresan a las instituciones, sin importar el diagnóstico. También, se ha determinado una

asociación estrecha entre la readmisión y algunas de las condiciones y características de la institución donde se encuentre hospitalizado, entre ellas, el hacinamiento institucional, la falta de formación académica y/o capacitación del personal asistencial en el área de salud mental para la detección de síntomas prodrómicos y atención a la crisis propiamente dicha (Durbin, Lin, Lane, & Teed, 2007).

El egreso se establece también como un factor influyente, dado que se contempla el seguimiento y el manejo en clínicas ambulatorias u hospital día, condición que algunas personas con trastorno mental no pueden cumplir en tanto que no cuentan con una red de apoyo que acompañe e incentive a la persona a acudir a los controles. Asimismo, en ocasiones las instituciones no cuentan con servicio de seguimiento o visita domiciliaria para brindar asesoría y cuidado a la persona con trastorno mental y a su red de apoyo en su contexto social y cultural. Condición que no facilita la detección temprana de síntomas psiquiátricos que pueden conducir al reingreso temprano.

Por lo tanto, es importante incidir en todo momento en las personas con enfermedad mental, considerando referentes teóricos y metodológicos propios de la disciplina, por lo cual, se propone una orientación centrada en la promoción de la salud, aún en las instituciones psiquiátricas, desde una perspectiva contextual. Este modelo incorpora a la familia como actor

fundamental en este proceso de manejo del trastorno mental, con abordaje individual y grupal, y teniendo como fundamento la teoría de relaciones interpersonales de Peplau (Salazar & Martínez de Acosta, 2008). Gracias a esta, se hace hincapié en el proceso interpersonal, dado que la interacción es el centro del proceso entre el enfermero y la persona (en este caso particular denominado persona), en el que cada uno posee un campo de experticia y percepciones constituidas por sentimientos, pensamientos, deseos, presuposiciones, expectativas y actividades (Salazar & Martínez de Acosta, 2008).

También, es importante desde la academia realizar una revisión de los planes de estudios relacionados con la formación profesional del y la enfermera en salud mental (basado en la información disponible en las páginas web de cada una de las universidades consultadas durante el año 2016: Universidad Nacional de Colombia (UNAL)- Sede Bogotá, Universidad Pontificia Javeriana - Bogotá, Colombia; Universidad del Bosque - Bogotá, Colombia; Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao paulo – Brasil; Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile – Chile; Universidad Nacional de La Plata (UNLP) – Argentina), en tanto que las asignaturas que se ofertan actualmente en el pregrado, y están estrechamente relacionadas con la formación en salud mental, parecen ser escasas o

reducidas respecto a las necesidades de capacitación y formación profesional en esta área. Por ejemplo, la Facultad de Enfermería de la UNAL ofrece en su componente de fundamentación tres asignaturas especificas en salud mental y en su componente disciplinar ofrece una asignatura, mientras que la formación en otras áreas de desempeño profesional es dos veces este número; la Universidad Pontificia Javeriana no ofrece ninguna asignatura en salud mental en el componente de fundamentación, pero ofrece dos asignaturas de salud mental en el componente disciplinar; y la Universidad El Bosque ofrece 6 asignaturas en salud mental, las cuales se abordan desde el ciclo vital, por citar solo algunas universidades a nivel nacional, en las cuales se visualiza en su plan de estudios, una carga importante de contenidos en salud mental. En relación a algunas universidades latinoamericanas, como la escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo en Brasil, donde se ofertan 2 asignaturas en el área de salud mental a lo largo de su plan de estudios, cabe citar que su duración es de diez semestres. En esta misma condición, se encuentra la Universidad de Chile, respecto al programa de pregrado en Enfermería, cuyo número de asignaturas en salud mental es de dos en diez semestres. Del mismo modo, la UNLP, con una asignatura sobre salud mental en 10 semestres, evidencia que la formación en salud mental al interior de la academia es escasa, para que el profesional de Enfermería

responda a las demandas de cuidado que en esta área le asignan y esperan las instituciones psiquiátricas, condición que lleva a pensar que la hipótesis acerca de las deficiencias de formación en esta área son evidentes. Por lo tanto, resulta importante hacer un llamado a la academia a que reflexione acera de si los actuales y futuros profesionales en Enfermería están académicamente preparados o capacitados en ésta área, para dar respuesta a las demandas del país respecto a la enfermedad mental y en la posibilidad de incluir en el pensum un mayor número de asignaturas en el área de salud mental, proporcional a las ofertadas en otras áreas del conocimiento, teniendo en cuenta que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2020, la enfermedad Mental ocupará el primer lugar dentro de las enfermedades incapacitantes, y que la de mayor prevalencia será la depresión.

Más aún, actualmente "el profesional de Enfermería tiene la posibilidad de revitalizar el papel de cuidador y la independencia profesional" (Breda, Rosa, Pereira y Scatena, 2005), condición que lo obliga a tener conocimientos y formación sólida en el área. Al mismo tiempo, lo que se identifica actualmente es que los profesionales en Enfermería, posiblemente, no tengan un enfoque claro sobre las competencias para el cuidado del enfermo mental, "ausencia de conocimientos y competencias claras en salud mental" (Dias & Silva, 2010), lo que puede desencadenar que la atención sea dependiente, y

adicionalmente que los profesionales se sientan inseguros a la hora de cuidar a la persona diagnosticada con enfermedad mental. Se ha evidenciado que la mayoría de los enfermeros y enfermeras que laboran en este campo, lo hacen debido a que las instituciones le asignan el cuidado de la persona con trastorno mental, en ocasiones, sin tener en cuenta su formación o capacitación en dicha área del conocimiento, razón por la cual "los enfermeros no se sienten capacitados para asistir a enfermos mentales" (Ribeiro, Medeiros, Albuquerque & Fernandes, 2010). Con frecuencia, los enfermeros que se desempeñan en esta área limitan su quehacer a intervenciones de gestión y gerencia del cuidado a la persona con trastorno mental, administración de medicamentos, es decir, a labores que se arraigan desde la formación en el pregrado, negándose la posibilidad de interactuar con uno de los protagonistas: la red familiar o de apoyo, "lo cual se configura en una postura de sumisión y desvalorización de las demás actividades de Enfermería" (Furegato, Nievas, Silva & Costa 2005). Y cuando un profesional de Enfermería realiza actividades diferentes como la entrevista terapéutica, intervenciones familiares con diferentes enfoques, refieren "que sus actividades son completamente ajenas a las competencias de los y las enfermeras" (Dias & Silva, 2010); sin embargo, es evidente que "es tarea del equipo de Enfermería alejarse de la atención médico-centrado y hacerse cargo

de una postura terapéutica bajo un enfoque humano y profesional de autonomía" (Dias & Silva, 2010) para el enriquecimiento de la profesión.

Para lograr esa autonomía profesional en Enfermería, se hace necesario que desde la academia los planes de estudio contemplen la formación en el área de salud mental y psiquiatría durante el pregrado, para dar relevancia a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, enseñar haciendo el cuidado al enfermo mental y a sus cuidadores, empoderar a los profesionales en Enfermería en la toma de decisiones, reconocer la importancia de trabajar en equipo, participar en la formulación de políticas, programas y proyectos dirigidos a proteger a la población diagnosticada con enfermedad mental, resaltar la importancia de involucrar a los protagonistas en las diferentes momentos del proceso (pre hospitalización, hospitalización y egreso de la persona con trastorno mental) y hacer uso de habilidades durante la consulta terapéutica, como este documento que orienta como detectar síntomas prodrómico, que permitan prevenir el reingreso temprano. Además, incorporar la psicoeducación que facilita la orientación tanto para el profesional, como para la red de apoyo, elaborar planes de cuidado sobre la reinserción de la persona con trastorno mental al mundo familiar, social y laboral, entre otros. También, desde las instituciones psiquiátricas, se debe capacitar al personal o vincular personal capacitado en el área, para que de

esta manera mejore la calidad del cuidado a la persona con enfermedad mental.

Según Neves, Lucchese & Bottelet, (2010), debe definirse el papel del enfermero o de la enfermera a la hora de cuidar un enfermo mental, por medio de:

La construcción de proyectos terapéuticos centrados en el diálogo y el encuentro con otros profesionales y con los pares de otros servicios de salud, en un contexto que tenga en cuenta los elementos de conocimiento, desarrollo y desempeño profesional de quienes están involucrados en el tratamiento y la atención, así como sus expectativas, deseos, experiencias y sufrimientos frente al proceso llevado con las personas con trastorno mental (Neves, Lucchese & Bottelet, 2010)

Lo anterior permite realizar un cuidado verdaderamente integral y holístico, pero se debe tener en cuenta también “la constitución de saberes/ haceres sincronizados con la atención psicosocial y las competencias profesionales” (Neves, Lucchese & Bottelet, 2010).

Este cambio debe verse cristalizado desde la academia por medio del abordaje de la relación terapéutica en sus propuestas de enseñanza, configurándose como una posibilidad de rescatarse la Enfermería en cuanto profesión que se preocupa por el ser humano en su complejidad. En donde el

saber hacer pre canonizado es orientado hacia el respeto de las limitaciones, potencialidades, necesidades y relaciones interpersonales de los pacientes" (Prado, de Pinho, Saeki, & Souza, 2005), todo esto se realiza con el fin de "dotar a los enfermeros y enfermeras del futuro con las herramientas preventivas y de intervención" (Souza, Villar & Corradi-Webster, 2013)

De esta manera, se podrían suplir algunas necesidades de formación en salud mental que se tienen en el país.

Desde la academia y durante la práctica se debe invitar a profundizar sobre la formación en Enfermería en salud mental, para mejorar la calidad del cuidado en esta área del conocimiento: "se necesitan estrategias para trabajar los significados e imaginarios presentes en la comprensión de estos profesionales de la salud mental con el fin de capacitarlos para una atención carente de prejuicios" (Pagliarini, 2012), dado que "los profesionales no están preparados para lidiar con el contenido relacionado con las emociones y las necesidades subjetivas en el cuidado diario" (Breda y otros, 2005).

La salud mental se aborda también desde la práctica como promoción y prevención, así como lo menciona Verhaeghe (2010): "la atención dirigida a la implementación de actividades de promoción de la salud en la atención de salud mental" para el ámbito de la atención primaria en salud. Desde la clínica, se observa que algunas de las intervenciones que se realizan en un

grupo de usuarios, muchas veces funcionan también para otro tipo de individuos, así como lo menciona Furegato, Nievas, Silva & Costa (2005) “la intervención en depresión desde salud mental funciona también con las personas que no han sido diagnosticadas con depresión”, por medio de “acciones orientadas a promover el bienestar psicológico de los pacientes mediante el uso de la comunicación terapéutica y grupos terapéuticos” (Dias & Silva, 2010).

Desde el campo de la investigación, se invita a profundizar en este conocimiento para el mejoramiento del cuidado de Enfermería, a “investigar más a profundidad el sufrimiento humano y no solo la enfermedad” (Prado, de Pinho, Saeki & Souza, 2005), a realizar“ más investigaciones para ampliar el conocimiento de cómo la actividad física beneficia la salud mental” (Verhaeghe, 2010), y desarrollar “estudios adicionales para profundizar la comprensión de la salud mental en promoción y prevención” (Wagner, 2012)

2. Marco de Referencia

Área temática: Reingreso temprano o *puerta giratoria* en psiquiatría.

Área problema:

Se evidencia que la tendencia en el mundo es trascender de la hospitalización, como modelo tradicional a un modelo centrado en el ambiente; sin embargo, se observa que en Colombia se está cambiando el modelo de hospitalizaciones largas por múltiples hospitalizaciones breves, esto se traduce en altos niveles de ocupación hospitalaria (Moss, Li, Tobin, Weinstein, Harimoto & Lanctôt, 2014), lo que implica una inversión financiera más alta con una baja terapéutica en su tratamiento (Juven-Wetzler, Bar-Ziv, Cwikel-Hamzany, Abudy, Peri & Zohar, 2012). Pese a que el término *puerta giratoria* no se define con claridad, existen algunas aproximaciones, las cuales se refieren a dos o más reingresos en un año o cuatro ingresos en dos años; no obstante, se evidencia la necesidad de estrechar esta franja, según lo menciona Wetzler y otros (2012) “varios estudios consideran este margen demasiado alto, y

proponen una menor frecuencia, es decir reingresos de 3 a 4 meses". Por lo tanto, para la presente investigación, se considerará reingreso temprano a cualquier reingreso hospitalario en un tiempo de 3 meses o menor a su alta clínica.

También, se debe hacer hincapié en el hecho de que el periodo crítico del persona que sufre trastorno psiquiátrico se presenta en los primeros 30 días posteriores a su alta clínica (Durbin, Lin, Lane, & Teed, 2007), y que es en esta etapa donde se deben intensificar los esfuerzos hacia la prevención del reingreso y el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento tanto de la persona con trastorno mental como de su familia a través de la psicoeducación, donde se revelen las necesidades del mismo y del cuidador como persona, en qué consiste la enfermedad, cómo prevenir que sobrevengan los síntomas psiquiátricos prodrómicos y qué hacer ante su presencia inminente, qué son y cómo hacer uso de los mecanismos de afrontamiento, cómo y cuándo hacer uso de la contención mecánica, la importancia del uso de la medicación o adherencia al tratamiento, los controles y seguimiento, durante las fases de prehospitalización, hospitalización y egreso.

Se ha evidenciado que, en el entorno investigativo, unas de las causas más frecuentes de los reingresos de las personas con trastorno

psiquiátrico, en lo que al entorno prehospitalario se refiere, tiene que ver con la atención y el apoyo que presta la familia a su familiar enfermo. Se ha encontrado que no es suficiente en términos de la resolución de su crisis, es por tal razón que se reconoce la importancia de fortalecer las redes de apoyo y de cuidadores a través de la psicoeducación, empoderando y fortaleciendo sus habilidades de cuidado, su observación, su relación, su interacción con la persona con trastorno mental y con otras personas y la atención hacia sí mismo y hacia quien se cuida, haciendo énfasis que las emociones y sentimientos en estas personas son fluctuantes sin aparentes motivos.

Cabe resaltar que las persona con trastorno mental y sus familias al no tener un adecuado manejo y conocimiento del esquema farmacológico para el tratamiento de la enfermedad, adicionan o retiran dosis medicamentosas sin consultar con los profesionales tratantes. Es así, como en repetidas ocasiones se evidencian niveles subterapéuticos de los fármacos que la persona con trastorno mental está consumiendo, así como, sobredosis de medicamentos, dado que las personas refieren que así manejan las crisis o los momentos de euforia o psicosis de sus familiares.

En cuanto al periodo intrahospitalario, se observa en algunos casos el abandono a la persona con trastorno mental de parte del familiar, dado que las personas perciben y algunos refieren que no son visitados lo suficiente. Esto desencadena en una actitud negativa frente a la hospitalización y el tratamiento, puesto que uno de ellos expresa que es por estar allí hospitalizados que sus familiares no les prestan igual atención a la que reciben cuando están en casa. A esto se suma, que la familia, en el momento del encuentro con las personas con trastorno mental durante la visita, muchas veces percibe deterioro en la condición de salud de su familiar o no evidencian la mejoría que esperan, por lo cual se tornan irritables frente al equipo de salud que está a cargo del tratamiento y cuidado de su familiar, o afirman que es la medicación la responsable de ese estado de confusión, letargia, lenguaje lentificado y falta de concentración, así que aconsejan a la persona con trastorno mental dejar de consumir el medicamento, fragmentando y dificultando la terapéutica que se piensa llevar a cabo.

Durante el período de egreso, se evidencia que las personas que han tenido mayores restricciones, tales como aislamiento, suspensión de visitas, inmovilizaciones frecuentes por agitación psicomotora, el no poder hacer llamadas durante su estadía en la institución, se le dificulta la

reincorporación a su entorno social. Dado que se modifican las rutinas establecidas en el hospital, muchas veces necesitan quien les direccione sus actividades diarias, al menos en los primeros días de egreso; no tienen un esquema claro de acción frente a su vida fuera de la institución, esta puede ser una de las causantes para que duden si podrán cumplir las expectativas propias y de otros frente a la reincorporación a sus actividades laborales, académicas y sociales, en tanto que perciben un estigma social, frente a su psicopatología.

Por último, se observa que no se incorpora a la persona con trastorno mental y su familia en las intervenciones que realiza el equipo de salud. Este elemento es importante, dado que, así como la persona con trastorno mental asiste a hospital día, para que la transición hospital – comunidad no sea traumática. La familia también necesita y requiere preparación para acoger y reincorporar a su familiar y entender los cambios comportamentales y actitudinales que presenta, dado que sus respuestas están acompañadas de sentimientos de inseguridad, duda, incertidumbre, temor, ansiedad y preocupación frente a realizar la actividad de cuidado.

3. Justificación

El reingreso temprano y reincidente en personas con enfermedad mental a instituciones psiquiátricas impacta en el sistema de salud, en tanto que se estima que la tasa de reingreso para los individuos que son usuarios habituales de los servicios de hospitalización psiquiátrica es de aproximadamente 40% a 50% en el plazo de 1 año del alta hospitalaria (Phyllis & Kirkpatrick, 2002).

Como lo explican Ordoñez & Peña (2015) según Rodríguez, Kohn y Aguilar (2010):

Este fenómeno genera repercusiones importantes en el sistema de salud, aún más teniendo en cuenta que las enfermedades mentales y neurológicas causan una carga de morbilidad significativa en todo el mundo, y solo los trastornos mentales representan el 13% de la carga global de enfermedad (Ordoñez & Peña, 2015)

Dicha situación impacta económicamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, situación que se evidencia en un estudio realizado por Ordoñez & Peña (2015):

En un estudio realizado en el año 2013 en la Clínica Nuestra Señora de la Paz de Bogotá – Colombia, en el que se analizaron 311 eventos de hospitalización se estableció que 49,5 % cumplía con criterios para rehospitalización temprana o *puerta giratoria* y hace referencia a la hospitalización que ocurre en los tres meses siguientes al egreso (Ordoñez & Peña, 2015)

En este estudio, se evidenció que la tendencia en el mundo es trascender de la hospitalización, como modelo tradicional a un modelo centrado en el ambiente; sin embargo, en Colombia se está cambiando el modelo de hospitalizaciones largas por múltiples hospitalizaciones breves, produciendo altos niveles de ocupación hospitalaria (Moss, y otros, 2014), e impactando negativamente la calidad de vida de la persona, deteriorando sus relaciones interpersonales debido a los temores e inseguridades que se generan. Adicionalmente, una persona, al retomar sus actividades cotidianas, le puede generar cambios bruscos e inesperados que en ocasiones potencian los temores e inseguridades, condicionando el alcance de sus metas y por ende su proyecto de vida, lo que afecta en sus años de vida saludables y productivos.

El término *puerta giratoria* describe una subpoblación de personas con trastorno mentales crónicamente enfermos con readmisiones en

unidades psiquiátricas. La revisión de literatura indica que las personas con trastorno mental con mayor riesgo del fenómeno de puerta giratoria son los más jóvenes, solteros, con un diagnóstico de una enfermedad psicótica y alto número de ingresos previos. Son más propensos las personas con redes de apoyo débiles o ausentes, los niveles más bajos de educación y entornos sociales difíciles; al mismo tiempo, la no adherencia a los medicamentos prescritos contribuye significativamente al aumento de las tasas de recaída, sin embargo, el predictor más consistente es el número de hospitalizaciones anteriores. (Garrido & Saraiva, 2012).

En términos generales, la orientación debe basarse en las políticas de salud mental actualmente vigentes en el país, que procuren la des-institucionalización y busquen disminuir/prevenir el reingreso temprano de las personas con trastorno mental, abordando los factores de riesgo, fortaleciendo sus redes de apoyo, replanteando su proyecto de vida, evitar y reducir el miedo a la vida extrahospitalaria utilizando entre otros medios la psicoeducación no solo a la persona con trastorno mental sino haciéndola extensiva a su red de apoyo y de esta manera contribuir a una mejor calidad de vida en esta población.

El propósito fundamental de la realización de estas pautas es abordar el fenómeno de puerta giratoria en psiquiatría, que orienten las intervenciones de enfermería para disminuir el reingreso temprano, incluyendo los siguientes aspectos:

- Orientación de la consulta terapéutica de Enfermería para el abordaje del reingreso de las personas con trastorno mental.
- Los factores de riesgo, predisponentes y detonantes del reingreso temprano.
- La importancia de ejecutar acciones desde Enfermería en salud mental para el abordaje de personas con trastorno mental en su egreso y proyecto de vida.
- Descripción de las intervenciones en salud mental desde Enfermería que demuestran ser efectivas según la literatura.
- Proposición de estrategias para su cumplimiento.
- Proponer y potenciar la creación de centros de reincorporación a sus contextos familiar y social para las personas diagnosticadas con enfermedad mental.

4. Definición del problema

La inexistencia de pautas que orienten al enfermero(a) en salud mental durante la consulta terapéutica en la detección de síntomas prodrómicos, contribuye con el reingreso temprano de la persona con trastorno mental.

5. Objetivos

General: Determinar pautas que orienten la intervención del enfermero(a) durante la consulta terapéutica en salud mental, la detección de síntomas prodrómicos para prevenir el reingreso temprano de la persona con trastorno mental.

6. Marco conceptual

6.1 Teoría de relaciones interpersonales

Según Salazar & Martínez de Acosta (2008), la teoría de Peplau se basa en varios modelos de intervención terapéutica, como el de Harry Stack Sullivan, de los escritos de Abraham Maslow, Sigmund Freud y de los estudios de Erich Fromm y Frieda Fromm-Reichman, quienes dieron con las personas con trastorno mental.

Allí se define al paciente como un ser humano, como una persona o como cliente. Se define la Enfermería como un proceso interpersonal terapéutico. Este funciona cooperativamente con diversos procesos humanos que hacen posible la salud para individuos y comunidades.

La Enfermería es un instrumento educativo cuyo objetivo es asistir al paciente para que esté consciente y solucione los problemas que interfieren en su vida diaria.

De acuerdo con ella, el paciente y el enfermero o enfermera contribuyen y participan en la promoción de la interacción que se

descubre entre ellos. Ambos son concebidos como seres humanos, cada uno con un campo de experticia y percepciones constituidas por sentimientos, pensamientos, deseos, presuposiciones, expectativas y actividades. La interacción de estos es el centro del proceso de Enfermería. Esta relación se caracteriza por ser una comunicación de carácter lingüístico y terapéutico. Para Salazar & Martínez de Acosta (2008), la comunicación humana, las actitudes profesionales y la información son los elementos centrales del cuidado puesto que los enfermeros son profesionales, con un conocimiento especializado y una competencia que se traduce en servicios que los pacientes requieren porque tienen problemas o inquietudes para los cuales la enfermera puede proporcionar intervenciones adecuadas, y es fructífera cuando el método de comunicación significa que se está trabajando en la situación.

- El proceso interpersonal

Aborda tres fases que se sobreponen: la de orientación, la de trabajo y la de terminación. La fase de trabajo está formada por dos sub-fases: identificación y explotación.

Fase de orientación:

El enfermero(a) se identifica y declara su propósito para el paciente, se inicia el conocimiento de este como persona y obtiene información de él sobre su condición de salud, y le ayuda al paciente a reconocer y entender los problemas de salud para comprender qué tipo de servicio profesional requerirá.

Fase de trabajo:

En la sub-fase de identificación el paciente aprende a hacer uso de la relación enfermero-paciente y en la sub-fase de explotación el paciente hace un uso total de los servicios profesionales disponibles. Esta última, se enfoca en las reacciones del paciente a la enfermedad y se trabaja hacia el entendimiento de su *self* que es el sí mismo, la razón, la conciencia y es producto de sus experiencias, su crianza, su entorno, sus expectativas y esto contribuye a la comprensión de su estado de salud. El trabajo de la enfermera es amplio y en él emplea una variedad de roles, por ejemplo, madre sustituta, consejera y líder, persona adulta, entre otros.

Fase de terminación:

El enfermero le ayuda y facilita al paciente organizar sus actividades para que sea más productivo en su vida social.

Cada fase se caracteriza porque los roles o funciones se sobreponen con relación a los problemas de salud, y el enfermero y el paciente aprenden a resolver cooperativamente las dificultades. En esta fase tanto el paciente como el enfermero asumen el rol de personas adultas. Los beneficios dependen del éxito progresivo de todas las fases.

6.2Definiciones conceptuales

- Consulta terapéutica de Enfermería

Según María Victoria Antón (1989) la consulta terapéutica es

la entrevista entre el usuario, enfermo o sano y el profesional de Enfermería, que tiene como objeto proveer cuidados, administrar medicamentos, realizar pruebas y/o impartir educación sanitaria, todo ello para prevenir la enfermedad, promover la salud, recuperarla cuando fuera posible y ayudarle a rehabilitarse y/o convivir saludablemente con su enfermedad.

Otro de los componentes esenciales de este concepto es la relación terapéutica, el cual, según Vidal, Adamuz y Feliu (2009), se podría

definir como una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad. Por lo tanto, es considerada como un proceso, método o instrumento, por medio del cual son transmitidos los significados entre personas y grupos (Vidal, Adamuz, & Feliu, 2009).

Atendiendo las definiciones citadas anteriormente, para el presente estudio se define **consulta terapéutica de Enfermería** como el encuentro y la interacción con fines terapéuticos que se gesta entre un individuo o colectivo con el enfermero(a), mediado por la comunicación, en el cual el paciente o la comunidad expresa sus vivencias, sentimientos y significados respecto a su enfermedad, los cuales se construyen, se deconstruyen y se reconstruyen para lograr que el sujeto enfrente y resuelva su situación de salud mental.

- Beneficios de la consulta terapéutica de Enfermería:
    - La valoración se realiza basándose en respuestas y necesidades humanas, no en signos y síntomas.
    - La atención es integrada.
    - Promueve la independencia profesional.

- Incentiva e involucra en la participación a la red de apoyo y rescata el papel protagónico de la familia en el cuidado a la persona.

- Salud mental (Congreso de Colombia, 2013)

Según el art 3° de la ley 1616 del 2013 (Ley 1616, 2013), la salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (Ley 1616 de 2013).

- Atención primaria en salud (Congreso De Colombia, 2011)

Según el artículo 12° de la ley 1438 del 2011 es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Síntomas prodrómicos

Por definición, pródromo se refiere al malestar que precede a una enfermedad (RAE, 2016), es por tanto la manifestación de síntomas, los cuales se asocian a un estado mental de riesgo, en el presente documento se establecen los síntomas más frecuentes que, según la literatura refieren las personas con enfermedad mental y los profesionales, los cuales sirven como insumo para la detección temprana , la intervención de enfermería y la posterior reducción del reingreso temprano en psiquiatría.

- Inhibitorios

El termino inhibitorio hace referencia a inhibir, “impedir o reprimir el ejercicio de facultades o hábitos” (Real academia española (RAE), 2017) Se usa en el presente documento como asociación a un grupo de síntomas prodrómicos que “reducen”, “limitan” a las personas de desarrollar libremente sus capacidades cognitivas, sociales, personales, entre otras

- Excitatorio

El termino excitatorio hace referencia a excitar “provocar, producir o intensificar una actividad en respuesta a algo o alguien” (Real academia española (RAE), 2017) se usa en el presente documento como asociación

a un grupo de síntomas prodrómicos que “estimulan de forma intensa” conductas, pensamientos, actitudes lo cual impide que las personas se desarrollen libremente y lo que se reconoce y acepta como normal en su medio social.

- Teoría de relaciones interpersonales – Peplau (Marriner & Raile, 2011)

Es una teoría de Enfermería formulada por Hildegard Peplau, que consiste en la descripción de la importancia de la relación enfermero(a) – paciente como un proceso interpersonal, significativo y terapéutico. También, se identifican las cuatro fases que componen esta relación que son orientación, identificación, explotación y resolución. De la misma manera en que se forja esta relación, también el enfermero o enfermera, transita por seis roles durante esa relación, que son: extraño, persona de recursos, profesor, líder, sustituto y asesor.

- Puerta giratoria

Algunos estudios, definen como puerta giratoria a los pacientes que están siendo admitidos al menos una vez en 6 meses, en promedio, durante un período de uno a dos años (Juven-Wetzler y otros, 2012); sin embargo, existen otros autores que proponen diferentes relaciones tiempo – frecuencia de hospitalización. Por ejemplo, al menos dos

hospitalizaciones en el último año, (Weiden & Glazer, 1997) o tres o más admisiones en los últimos dieciocho meses, como explican Kumar, Robinson & Sinha (2002) y Botha y otros (2010). También existen otros investigadores que proponen la referencia de dos años al mencionar al menos cuatro hospitalizaciones en este periodo de tiempo.

Sin embargo, existen autores que proponen que para ser considerados dentro de la puerta giratoria deben tener tres o más admisiones psiquiátricas en un periodo de 30 meses (Durbin, Lin, Lane, & Teed, 2007).

Teniendo en cuenta estos tiempos para el presente estudio, se considera como puerta giratoria, un período menor de reingreso de la persona a la institución psiquiátrica de tres meses posteriores a su egreso.

Este fenómeno está vinculado con el hecho de que no existe una buena adherencia a la atención ambulatoria posterior al egreso de una hospitalización aguda (Boyer, McAlpine, Pottick, & Olfson, 2000). Por tanto, se observa una vez más la importancia de contar con un esquema de intervención de Enfermería que contemple un plan de egreso para los pacientes incorporando su proyección frente a la vida extrainstitucional, el apoyo familiar y de las redes de apoyo, manejo adecuado de las crisis y

los periodos intercríticos, empoderamiento de su situación de salud y en la medida de lo posible con asistencia a programas ambulatorios.

Es de vital importancia que la persona se empodere respecto a su situación de salud, puesto que de ello depende la adherencia a las terapéuticas que se estén aplicando en el paciente, tanto farmacológicas, como de cuidado psicoterapéutico, para que de esta manera el paciente identifique la importancia de asistir a los controles periódicos, dado que existen investigaciones que sugieren que la utilización de atención continua después de la hospitalización conduce a mejores resultados del tratamiento, especialmente con una menor probabilidad de rehospitalización.

Se ha demostrado que las estrategias más exitosas consisten en incorporar la dimensión interpersonal en el paciente en relación con el equipo terapéutico (Juven-Wetzler y otros, 2012). Esto mejoraría indudablemente el estado de salud del paciente, teniendo en cuenta que no se suspende su relación social y su desenvolvimiento en su comunidad, pudiendo desempeñarse en todos sus roles y dimensiones individuales y colectivas. Para esto es importante contar con el buen funcionamiento de las redes de apoyo, ya que son el soporte estructural del que necesita ayuda.

7. Marco de diseño

a. Tipo de diseño

Es un estudio descriptivo, cualitativo de diseño narrativo según la división de estudios narrativos de Mertens (Mertens, 2005) sobre el fenómeno de la puerta giratoria en psiquiatría y fundamentado en la revisión de literatura actualizada y disponible para la realización de una orientación de uso de Enfermería en salud mental, durante la consulta terapéutica, que facilite detectar síntomas prodrómicos y prevenir el reingreso temprano institucional del paciente psiquiátrico, motivo por el cual no involucra población a estudiar.

Se realizó una revisión bibliográfica nacional e internacional de los artículos publicados sobre el tema de reingreso en psiquiatría y puerta giratoria en las bases de datos Biblioteca virtual en Salud, Medline, OVID, Pubmed, Scielo, Scopus, EBSCO, además de una búsqueda en la legislación colombiana, documentos del Instituto Nacional de Salud,

b. Metodología

La metodología para la recolección de información se basó en la búsqueda de literatura actualizada sobre el fenómeno de puerta giratoria en psiquiatría y conceptualización en Enfermería en salud mental e intervenciones, epidemiología en salud mental y psiquiatría, disponible en los últimos 6 años, al igual que se consultaron bases de datos de revistas indexadas, los criterios de inclusión tenidos en cuenta para la selección de artículos fueron los siguientes:

- Artículos publicados después del 2011 hasta 2016
- Artículos de revistas indexadas
- Palabras de búsqueda: “Revolving door - puerta giratoria”, “Nursing - Enfermería”, “Mental Health – Salud Mental”, “Psychiatric – psiquiatria”, “Readmission – Re admisión - reingreso”.
- Descriptores DeCS y MeSH: Salud mental – Mental Health, Trastornos mentales – Mental Disorders, Enfermería – Nursing, Readmisión del paciente -Patient readmission

Posterior a esto, se realizó el análisis de los artículos que cumplían con los criterios de inclusión, para fortalecer el área temática de interés. De cada pieza investigativa se extrajeron los contenidos relacionados con

el fenómeno de puerta giratoria, así como las intervenciones realizadas y el papel de Enfermería en ellas, evidenciando la importancia del fenómeno y participación de éste profesional en el mismo, con acciones que dan cuenta del impacto en el bienestar de las personas y sus redes de apoyo.

La estructura de este documento se fundamentó en la *Guía de atención en salud mental en emergencias y desastres del Ministerio de Salud y Protección social del 2009*, además de seguir con el método científico para la realización de investigaciones cualitativas de diseño narrativo.

Limitaciones del estudio:

Tiempo: el fenómeno de puerta giratoria solo se aborda desde la documentación encontrada en los últimos 6 años.

Espacio: el estudio no delimita fronteras en cuanto a la aparición del fenómeno, sin embargo, se centra en las condiciones políticas, académicas y económicas de la sociedad colombiana.

Recursos: El estudio se limitó al acceso de los artículos de revisión completa y libre según se ofertaban desde las bases de datos adquiridas por la Universidad Nacional de Colombia.

De información: El estudio se limita a la documentación encontrada en bases de datos de revistas indexadas, los archivos de acceso público sobre normatividad en salud mental, no se aborda población, por lo cual su información, en este punto de la investigación es teórica.

Se espera con la realización de este trabajo, mejorar la calidad de atención prestada a las personas con enfermedad mental, afianzando el papel de Enfermería en salud mental y en el impacto que tienen sus intervenciones tanto en el individuo como en el colectivo familiar y social, buscando que las acciones ejecutadas en el medio intrahospitalario trasciendan en el bienestar del usuario al no reingresar a una institución psiquiátrica y así explotar todas sus potencialidades en su medio social con todo lo que este significa.

diferentes espacios educativos, y así potenciar el interés de Enfermería por la salud mental y los productos investigativos en esta área del conocimiento.

c. Consideraciones éticas

Se parte de los principios de bioética, ya que todas las intervenciones están encaminadas al bienestar de la persona, buscando

fortalecer sus habilidades personales, individuales y colectivas que mantengan al sujeto en su contexto social, y logre resolver situaciones difíciles sin que se acuda a la hospitalización y en caso de ser necesaria su estancia hospitalaria sea breve.

Se parte del principio de justicia y equidad, en tanto que las intervenciones van dirigidas a jóvenes, adultos jóvenes y mayores. Las intervenciones no son rígidas, son dinámicas como lo es el proceso salud – enfermedad y son laxas conforme la variedad de personas y personalidades que se pueden encontrar.

Honestidad y respeto a la propiedad intelectual, en cuanto a la procedencia de la información, con la correspondiente cita cuando las ideas o escritos han sido postulados por otra persona o entidad.

En cuanto a la propiedad intelectual se realizaron las citas correspondientes, a la vez se realizó por parte de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, la revisión de plagio bajo el aplicativo “Turnitin”.

a. Mecanismos de difusión:

De cara a la socialización de los resultados de la investigación se plantean los siguientes mecanismos de difusión:

Se socializará mediante sustentación pública en las fechas y horarios que disponga la Universidad Nacional De Colombia y la Facultad de Enfermería.

Publicación de un artículo en revista indexada, socialización en foros o seminarios a los que haya lugar.

8. Marco de análisis

a. Síntomas prodrómicos

Al mirar retrospectivamente la sintomatología prodrómica, se evidencia que estos cambios de comportamiento o síntomas en general se pueden ver claramente con semanas y hasta meses antes de detonarse la crisis y manifestarse clínicamente, por tal razón en la medida en la que se identifique esta sintomatología es posible tratar a la persona y su familia de forma precoz.

Los síntomas prodrómicos son de desarrollo lento y gradual, por momentos imperceptibles para el grupo familiar, es por eso que el profesional de enfermería debe estar atento a esta sintomatología durante los encuentros con el paciente en la consulta externa- prehospitalización y durante el curso de la hospitalización, así mismo, enseñar a través de la psicoeducación a la familia a identificarlos precozmente y así realizar prevenir el reingreso de la persona a una clínica psiquiátrica.

Para facilidad del enfermero(a) durante la intervención a continuación se listan y clasifican algunos de los síntomas prodrómicos a fin de poderlos detectar tempranamente y evitar el reingreso

Clasificación de Síntomas prodrómicos (Elaboración propia)

Grupos	**Inhibitorios**	**Excitatorios**
Apariencia	Deterioro de autocuidado	Deterioro de autocuidado
Actitud, afecto	Disminución de apetito	Aumento de apetito
	Anhedonia	
	Dificultad relaciones (suspicacia)	dificultad en relaciones (paranoia, delirio de referencia)
	Depresión, hipotimia	
	Aislamiento social	
Lenguaje	Mutismo	Taquilalia
Comportamiento y actividad psicomotora	Clinofilia	Insomnio
	Deterioro de la actividad	discontrol de impulsos (auto y heteroagresion)

	Fatiga	aumento de consumo de alcohol y SPA
	Debilidad	Conductas de riesgo (gastos excesivos, hipersexualidad, conductas desafiantes, agresivas)
	Vértigo	Vértigo
		conductas obsesivas
Pensamiento, atención	Disprosexia	Hiperprosexia,
	Bloqueo de pensamiento (bradipsiquia)	Taquipsiquia
		ideas delirantes
Percepción		Sensación de cambio corporal, Alucinaciones

b. Intervención en crisis en Enfermería

La intervención en crisis busca establecer de manera temprana la relación con la persona en situación de estrés, utilizando de esta manera la fase de orientación de la teoría de relaciones interpersonales propuesta por Hildegard Peplau, que trata de identificar la causa del problema,

(identificación) y ayudarle a considerar soluciones razonables y practicarlas (aprovechamiento).

Para detectar síntomas prodrómicos de agudización de la enfermedad mental, el profesional de Enfermería debe estar atento al lenguaje, tanto verbal como el no verbal que utiliza el paciente, para poder así establecer una buena comunicación con el sujeto de cuidado, y evitar la contratransferencia, si se tomaran, actitudes negativas. Para lograr esta comunicación efectiva se deben tener en cuenta el respeto por la privacidad del paciente, garantizando un ambiente de confiabilidad y descanso y lo más importante, ayuda real para la solución de su problema y establecer objetivamente, la causa que generó la última crisis y discutirlo (Ministerio de Salud y Protección social, 2009).

Cabe anotar que no existe la menor duda de que cuando un integrante del núcleo familiar se enferma, su familia también va a verse comprometida, en la medida en que la familia también cae en un proceso de crisis, apoyada en la situación actual del paciente (Calderón, 2003). Por esto, es muy importante incorporar, involucrar y reconocer a la familia como protagonista en el cuidado de su ser querido, en cuanto a la identificación y reacción ante la crisis, motivándola a participar en su cuidado y facilitar la recuperación del sujeto, teniendo en cuenta que su

participación contribuye de manera importante en la resolución de la culpa, que siente y refiere el paciente al hacer sufrir a su familia.

c. Orientación de la consulta terapéutica de Enfermería para el abordaje del reingreso de los pacientes psiquiátricos

El abordaje metodológico de esta orientación está basado en dos pilares fundamentales: las *relaciones interpersonales*, tomando como referente teórico los postulados de Peplau en su teoría de las relaciones interpersonales y la *psicoeducación*, dado que ha demostrado ser una variante estructural en el modo de entender la enfermedad mental y de aproximarse a los problemas que esta genera.

La orientación propone tres protagonistas en la consulta terapéutica que realiza enfermería:

- El paciente: quien es directamente quien vive y convive con la enfermedad mental, experimenta la sintomatología, reingresa a las instituciones psiquiátricas y quien es sujeto de la mayoría de acciones de cuidado por parte del personal de salud.
- La familia, que convive con el sujeto que padece la enfermedad mental, se molesta y sufre, a la vez que experimenta y

soporta los cambios de temperamento y comportamiento de su familiar; desempeña un papel protagónico durante las crisis y en la resolución de las mismas, en ocasiones precipitan o co-ayudan en la detonación de los síntomas o a veces contribuyen en la contención de los mismos

- El enfermero(a) como canalizador de las necesidades del individuo y la familia, como orientador, identificador y lector de las habilidades con las que cuenta la familia para el afrontamiento de las dificultades y el aprovechamiento de nuevas estrategias de afrontamiento, como vínculo entre los diferentes actores de la dinámica familiar, como puente de comunicación entre los miembros de la familia y las instituciones de salud, como docente en cuanto es el enfermero(a) quien re-educa a las personas en su autocuidado, su prospección frente a la vida extrahospitalaria, en el manejo de las crisis, en la detección de signos y síntomas de alarma y como soporte inmediato en crisis que se generen durante la hospitalización.

Esta orientación comprende tres momentos para la intervención en detección de síntomas prodrómicos y evitar el reingreso temprano. El

primero es la prehospitalización, donde se deben validar o descartar la presencia o ausencia de los factores de riesgo, los factores detonantes, los episodios críticos y el rebosamiento de los mecanismos de afrontamiento.

El segundo es la hospitalización propiamente dicha, en la que el paciente experimenta limitación de la libertad, pausa en su desarrollo personal en el ámbito social, restricción de su rol social, contención de crisis farmacológica y/o mecánicamente, letargia en sus procesos cognitivos debido a la farmacoterapia.

Por último, el egreso debe estar preparado para ejecutar el proyecto de vida de la mano con la enfermedad mental, donde se expone nuevamente a los factores de riesgo psicosociales, tales como estigma social, sobreprotección familiar, temor a recaídas, temor a cambios de comportamiento, rechazo, entre otros.

Para la ejecución en la práctica profesional, se encaminan todas las intervenciones al entorno intrahospitalario, entendiendo que es allí, donde por efectos del sistema de salud colombiano se despliegan la mayoría de las intervenciones. Sin embargo, esta orientación se encamina a trascender las instituciones hospitalarias e impactar la calidad de vida del usuario fuera del hospital.

d. Los factores de riesgo, predisponentes y detonantes del reingreso temprano

Como parte de la incorporación de un modelo explicativo en torno a los reingresos de los pacientes con enfermedad mental, se usa el modelo de vulnerabilidad al estrés patente en Zubing & Spring (1977) y en Kavanagh (1992). En ambos modelos, especialmente en el segundo se establecen unos factores de riesgo y factores protectores, que precipitan o protegen a las personas de tener una crisis o mejoran la capacidad de las personas para adaptarse y afrontarla. En torno a este modelo se explican a continuación los factores de riesgo que, según la literatura, han demostrado ser los más influyentes en los reingresos psiquiátricos.

i. No adherencia farmacológica

Una de las grandes dificultades en el manejo de la enfermedad es la adherencia al tratamiento, puesto que, si no es buena, se relaciona directamente con una evolución negativa del cuadro clínico.

Puede decirse que la adherencia farmacológica es la medida en la cual el paciente toma la medicación tal cual le fue prescrita por su medico (Gómez & Restrepo, 2012).

Se ha observado que, según el punto de vista de los familiares, estos le atribuyen a la falta de adherencia farmacológica y la resistencia al tratamiento farmacológico el 58% de las razones por las cuales su familiar reingresa (Navarro & Díaz, 2007). Es claro que el tratamiento farmacológico en muchas patologías debe tener unos niveles terapéuticos de concentración del fármaco en sangre, ya que, si estos niveles se ven alterados según el punto de vista biológico, la persona es más vulnerable de presentar nuevamente sintomatología psiquiátrica o agudización de su enfermedad de base. No obstante, en la adherencia farmacológica y en la resistencia farmacológica influyen muchos otros factores además de la efectividad del fármaco en sí mismo, o de la resistencia que el paciente pueda presentar. Lo anterior se asocia al consumo del medicamento mientras se está hospitalizado, pasando por la creación del hábito del consumo del medicamento, la observación de los familiares en cuanto a los efectos terapéuticos y adversos, los controles con el médico en los que se evalúan los efectos del medicamento y se hacen ajustes de ser requeridos, la negación de la enfermedad, mala relación con el equipo de salud, sentirse mal por tener que tomar un medicamento psiquiátrico, pobre red de apoyo, suministro a tiempo de los medicamentos, estigma, entre otros. Si bien las familias acuden a este factor por su influencia en

la reaparición de crisis, evaden la responsabilidad que tienen en el mismo, probablemente como estrategia de afrontamiento familiar al eludir su papel en el desarrollo del trastorno, evitando así, sentimientos de culpa y esfuerzo psicológico de aprender actitudes y hábitos nuevos, así como modificar hábitos y comportamientos en la convivencia con el paciente (Navarro & Díaz, 2007).

ii. Alta prematura

Según Navarro & Díaz (2007), en cuanto a las variables de la causa de reingreso, el 65% está totalmente de acuerdo en que el escaso tiempo de hospitalización del último ingreso o alta prematura es uno de los factores más influyentes, debido a que es un factor que puede llevar a múltiples interpretaciones. Por un lado, está la hospitalización corta, en tanto que las familias pueden percibir que el paciente aún no se encuentra en condiciones óptimas para su egreso, ya que pueden observar que persisten conductas disruptivas o extrañas. A su vez, la familia percibe estrés ante la inminencia de hacer frente a su responsabilidad como familia para acoger al paciente con su enfermedad y ayudarle a sobrellevarla. En este orden de ideas, una vez más, las familias dirigen la responsabilidad a terceros (equipo de salud) frente al cuidado de su familiar y el afrontamiento de la enfermedad.

La otra interpretación está dada por la hospitalización prolongada, ya que como se ha mencionado anteriormente, en las instituciones psiquiátricas es muy común la <anulación> del paciente en cuanto a su autonomía, lo que hace cada vez más difícil que asuma nuevamente sus roles sociales y se predisponga a reingresar, ya que puede considerar el entorno hospitalario como una “zona de confort”, donde no deben tomar decisiones y donde está todo al alcance de la mano. Pero a la vez, este entorno representa una fuerte interrupción en la vida de los pacientes y sus familias, en el funcionamiento social y ocupacional, en el incremento del estigma y en los sentimientos de desesperanza e incertidumbre.

iii. Hábitos de salud inadecuados (sueño y alimentación)

Según Navarro y Díaz (2007) el 80% de las familias que tienen personas con trastornos mentales están totalmente de acuerdo en que cambios en el sueño y la alimentación determinan las razones para reingresar a una institución psiquiátrica (Navarro & Díaz, 2007). Frente a esta problemática, está ampliamente demostrado que la alteración en la duración, continuidad y profundidad del sueño constituye un factor de riesgo para la agudización de trastornos mentales. Las alteraciones en el sueño se observan en la mayoría de los pacientes con trastornos mentales

(Benca, Obermeyer, Thisted, & Gillin, 1992); los trastornos psiquiátricos más relacionados con las alteraciones en el sueño son los trastornos del afecto, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias y esquizofrenia. La agudización de estos trastornos se da por los cambios derivados del *discontrol* del ciclo circadiano, en tanto ocurren dos sucesos, el primero dado por el insomnio, el cual es la alteración del sueño más común en psiquiatría (Coleman, Roffwarg, Kennedy, Guilleminault, Cinque, Cohn, … Dement, 1982), donde la privación del sueño provoca exacerbación de la sintomatología psiquiátrica, dada por pánico, aumento de alucinaciones, ansiedad y agresividad; y el segundo suceso, dado por somnolencia, en pacientes con trastornos depresivos o esquizofrenia en sus sintomatología negativa, ya que en estos pacientes se observa clinofilia, aislamiento y mutismo, lo que se interpreta como una agudización de su trastorno mental y un factor predictor de reingreso (Medina, Sanchez, Conejo, Fraguas, & Arango, 2007).

iv. Escasa capacidad del paciente para afrontar situaciones de estrés

La capacidad del paciente para enfrentar situaciones de estrés está directamente relacionada con la agudización de cuadros de enfermedad

mental. Situaciones estresantes como pérdida de relaciones interpersonales, pérdida de actividad laboral, cambios en el espacio físico y social (viajes), discusiones, etc. En este sentido, de acuerdo a la patología, el usuario que experimenta síntomas diferentes (por mencionar algunas en la esquizofrenia), aumentará la actividad psicótica, el aislamiento, la agresividad; en la manía, se aumentará la actividad física, la ansiedad, el insomnio y en la depresión se producirá aislamiento, mutismo, llanto fácil. Estos cambios se consideran dentro de los criterios de hospitalización, por lo cual es un factor predictor de reingreso a la institución psiquiátrica.

v. Conductas disruptivas o extrañas

Las conductas disruptivas o extrañas son posiblemente la razón por la cual la mayor parte de los pacientes reingresan. Según Navarro & Díaz (2007), el 64% de los familiares están de acuerdo en que es un factor influyente en el reingreso del paciente a la clínica psiquiátrica, ya que los períodos críticos del paciente, donde se manifiesta un cambio de conducta, no son adecuadamente manejados por la familia y generan altos niveles de estrés familiar. Por tal razón, la primera acción que tiene

la familia al respecto es acudir al servicio de salud mental, por lo general de urgencias.

vi. Baja frecuencia de seguimiento en la unidad de salud mental o inasistencia a controles médicos.

Sin duda alguna, los controles que se realizan posteriores a la alta clínica determinan de manera importante el compromiso que tiene el paciente y su familia en el cuidado de la persona que padece el trastorno mental, puesto que estos son usados para evaluar periódicamente las respuestas que se han tenido frente a las terapéuticas utilizadas, y a la vez cómo estas pueden ser mejor adaptadas a cada paciente, su familia y su entorno, para dirigir los esfuerzos terapéuticos en el sentido que más beneficie a la persona.

Sin embargo, muchos de los pacientes abandonan estos controles, ya sea porque sienten mejoría clínica y no los ven necesarios, porque no cuentan con una red de apoyo que dinamice los procesos médicos en el egreso, por el desinterés o la subestimación frente a las terapias psicosociales o por simple factores económicos o de lejanía del centro de salud. Siempre y cuando no se permita la observación periódica en los

períodos intercríticos, se dificulta actuar adecuadamente, con eficacia y oportunidad, contribuyendo al reingreso temprano.

vii. Falta de servicios de salud mental a domicilio

Según un estudio del año 2007 (Navarro & Díaz, 2007), el 50% de las familias con paciente psiquiátrico opinan que la escasez de servicios de salud mental domiciliarios es una variable influyente en lo que a re hospitalizaciones se refiere, en tanto que la implementación de la atención en el domicilio para las urgencias psiquiátricas reduce hasta en un 50% los reingresos en un hospital (Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998).

viii. Clima familiar negativo

Las familias otorgan mayor importancia a factores biológicos a la hora de explicar la enfermedad mental, ya que las familias han tenido mayor contacto con técnicas y tratamiento biológico, lo que determina actitudes de atribución externa hacia la causalidad del ingreso (Navarro & Díaz, 2007). La consecuencia negativa de este hecho es que se refuerza la percepción de incontrolabilidad de la enfermedad, dado que también suponen que las alteraciones en los hábitos de vida y el

afrontamiento al estrés (que no son factores biológicos) se derivan directamente de la enfermedad, por lo cual no realizan mayores esfuerzos en reaprender nuevas habilidades para mejorar sus estilos de vida y sus mecanismos de afrontamiento.

e. La importancia de ejecutar acciones desde la Enfermería en salud mental para el abordaje del paciente psiquiátrico en su egreso y proyecto de vida

Dada la naturaleza multifactorial de fenómeno de puerta giratoria en psiquiatría, la orientación propone algunas estrategias de intervención susceptibles de realizarse por el personal de Enfermería, durante su encuentro con los pacientes y en la consulta terapéutica de Enfermería. El grupo de intervenciones propuestas responden a estrategias de cuidado integral, en tanto que se asume el principio holístico de Enfermería, en tanto que las personas y sus familias son una unidad o un sistema indivisible. Y pese a que algunas intervenciones están encaminadas a uno u otro protagonista, sin duda, al final se busca que se beneficie la familia y el paciente como un todo, e indirectamente se beneficie el sistema de salud al reducirse los gastos económicos generados por el reingreso del paciente psiquiátrico.

La Toma de decisiones debe incorporarse no solo en lo relacionado con los aspectos clínicos de la enfermedad sino en los aspectos sociales, económicos, laborales, personales, entre otros.

i. Educación perifarmacológica

Se entiende que el tratamiento farmacológico es una alianza terapéutica o contrato establecido entre el equipo de salud y el paciente, con el objetivo mutuo de conseguir el resultado preventivo o terapéutico deseado. Las personas que se adhieren son consideradas parte activa de un plan consensuado de mutuo acuerdo, en el que los pacientes tienen un papel al aceptar la importancia de llevar a cabo determinadas acciones (Gómez & Restrepo, 2012).

Durante la orientación se evidencia en la práctica clínica, cuando el paciente y su entorno familiar no están adecuadamente informados sobre los efectos adversos derivados de la terapia psicofarmacológica, lo que puede producir el abandono del tratamiento farmacológico, y a su vez un aumento en el riesgo de reingreso temprano. Es así como se ha evidenciado un incremento del 70% de riesgo de recaída o reingreso de los pacientes a los que se les ha retirado la medicación, después de estar sintomatológicamente estables durante un período de un año; mientras

que aquellos que continúan con la medicación tienen un riesgo mucho menor, entre el 10 y 15% (Navarro & Díaz , 2007, según Kavanagh, 1992). Teniendo en cuenta lo anterior se propone lo siguiente:

- *Insight*

Insight trata sobre promover en el paciente y la familia la comprensión de la enfermedad, a través de estrategias como abordar al paciente y su familia en el curso de la hospitalización, indagar sobre el conocimiento que tienen de la enfermedad, identificar temores, dudas, inquietudes y mitos sobre la enfermedad y el enfermo, entre otras. En otras palabras, despejar dudas y preguntas cuantas veces sea necesario, siguiendo la teoría de Hildegard Peplau, potenciar las fortalezas y explorar nuevas oportunidades de afrontar la enfermedad, para que, de esta manera, el paciente y su familia reconozcan la enfermedad. Es importante que la relación terapéutica no se enfoque en que se <es un enfermo mental> sino en que se <padece una enfermedad mental>, en tanto que la etiqueta de enfermo mental dificulta el asumir sus demás roles sociales y contribuye al estigma social y al auto – estigma. En la medida que el paciente y la familia reconozcan que se padece una enfermedad mental, pueden convertirla en algo tangible y en esa medida

manejable, tratable, susceptible de control, y por lo tanto la enfermedad no los tiene a ellos, sino ellos tienen la enfermedad y pueden controlarla.

Del mismo modo, las intervenciones grupales, para personas con la misma patología, han demostrado ser efectivas en el mejoramiento del *Insight*, en tanto que facilita el reconocimiento de la enfermedad, promueve la introspección y la posterior expresión de sentimientos, emociones y sensaciones al tener la enfermedad. En tanto que los sentimientos son algo impropio e impersonal, resulta enriquecedor en la medida en que se conocen otros puntos de vista sobre la misma problemática y diferentes manejos a la misma.

- Adherencia farmacológica

Es fundamental que el profesional de Enfermería en el momento de la administración de medicamentos en el entorno intrahospitalario adopte su rol de educador e informe a los pacientes sobre las razones por la cuales se les administra el medicamento. Para ello se debe tener en cuenta aspectos antes, durante y después de la administración de la medicación:

- Antes:
  - Dar a conocer el nombre del medicamento
  - Indicar al paciente el porqué de la administración del medicamento. De esta manera, el paciente entenderá la importancia que tiene éste en el tratamiento de su enfermedad y en la reducción de los síntomas.
  - Informar al paciente los efectos adversos del medicamento, especialmente en psiquiatría los medicamentos tienen múltiples efectos adversos debido a su mecanismo de acción y de gran severidad para la calidad de vida del paciente en términos de velocidad del pensamiento y de movimiento. Sin embargo, no se puede desconocer la utilidad en episodios críticos o agudos y en el manejo de condiciones crónicas de salud mental. Por tal razón, el paciente debe interiorizar que los molestos efectos adversos son el costo de reducir la sintomatología psiquiátrica que en general resulta incapacitante.

- Durante:
    - Aunque en el entorno del hospital psiquiátrico la práctica de revisar que el paciente haya consumido el medicamento es muy común, en este escrito se establece que la adherencia farmacológica no es un aspecto en el que los enfermeros deban adoptar una conducta policiva, sino que se asuma una postura conciliadora, terapéutica, proactiva y dejar de lado el conductismo agresivo que ha marcado la hospitalización psiquiátrica en los últimos años en Colombia.
- Después:
    - Estar atentos a los efectos adversos que se puedan presentar y reducir los riesgos asociados, de la misma manera se debe educar a la familia para que aprenda a reducir estos riesgos en el hogar y a entender las molestias asociadas al consumo de medicamentos psiquiátricos.
    - Acompañar al paciente durante el pico de eventos adversos de los psicofármacos, ya que en muchas

ocasiones pueden conllevar cambios del estado de ánimo, educar a la familia para que también acompañen al paciente y no adopten una conducta expectante, sino una actitud integrada para reducir en algo el malestar tanto físico como psicológico.

ii. Psicoeducación

Se ha demostrado que existen algunas intervenciones psicosociales que han demostrado ser útiles en la mejoría funcional del paciente y en la reducción de rehospitalizaciones psiquiátricas. Entre ellas se encuentra la intervención familiar de tipo psicoeducativo (Kingdon & Turkington, 2005)[1], en tanto que reduce el estrés familiar y las emociones negativas expresadas en torno al trastorno mental.

De acuerdo a lo anterior, se debe clasificar los temas a tratar en la psicoeducación:

- Criterios de ingreso a una institución psiquiátrica

Es fundamental que las familias tengan presente que, si bien deben dar un manejo temprano a los síntomas de sus familiares, deben estar

[1] También presente en National Institute of clinical Excellence (NICE), 2009 y en Navarro & Díaz, 2007.

atentos a la presencia de síntomas prodrómicos que son los responsables de la agudización de la enfermedad mental. También, deben conocer y reconocer cuándo su familiar requiere verdaderamente ser hospitalizado en una institución psiquiátrica. Las condiciones son las siguientes (Gómez & Restrepo, 2012):

- Alto grado de agitación psicomotora.
- Riesgo de auto y heteroagresión, en especial, ideación suicida u homicida.
- Alucinaciones de comando.
- Alucinaciones frecuentes asociadas con gran ansiedad.
- Incapacidad de cuidarse a sí mismo.
- Ideas delirantes con gran respaldo afectivo o trastorno del curso de pensamiento de gravedad.
- Difícil manejo en casa, después de haber agotado los recursos familiares.
- Factores psicosociales adversos, en especial pobre red de apoyo social.
- Historia previa de difícil manejo o mala respuesta al tratamiento.
- Afectación del estado nutricional.

- Conductas de riesgo, como gastos excesivos que pongan en riesgo el patrimonio personal.
- Impulsividad marcada, con otros, consigo mismo o con sustancias.
- Insomnio grave.
- Pobre o ninguna respuesta al tratamiento ambulatorio.
- Complicaciones médicas que requieran el concurso intrahospitalario de otras especialidades.

Cabe aclarar que el objetivo es el tratamiento ambulatorio en su contexto, y que el tratamiento intrahospitalario está reservado para la minoría de los pacientes.

- Características para egreso de una institución psiquiátrica

Es fundamental que la familia conozca los criterios a tener en cuenta para el egreso del paciente de la institución, ya que el alta prematura está considerada como uno de los factores de riesgo para el reingreso en psiquiatría. Estos factores son (Gómez & Restrepo, 2012):

- Mejoramiento del estado mental con una buena introspección.

- Recuperación de los motivos de hospitalización o de los nuevos hallados durante la hospitalización y que requieren de esta.
- Posibilidad de cuidarse por sí mismo o por un tercero responsable, sin incurrir en riesgos para el paciente o terceros.
- No inducir empeoramiento de la enfermedad por un alta temprana.
- Mejoramiento de la red de apoyo, si lo requiere.

iii. Manejo inicial de la depresión

La orientación está dirigida al manejo inicial de la depresión, abordando la distimia leve o inicial, y a la vez educar a las familias a ser más receptivas en cuanto a signos y síntomas de agudización. Además, informar sobre cuando acudir a la institución psiquiátrica en casos de depresión mayor, ya sea leve, o moderada a grave con algún grado de incapacidad.

- Actividad social

La interacción social puede desempeñar un papel importante en el desarrollo de una depresión y la capacidad de recuperarse de ella, ya que

se ha observado, en la práctica clínica, que el aislamiento social está asociado a un mal pronóstico y a la cronicidad de la depresión.

Si bien, no hay evidencia de la calidad en cuanto a la eficiencia de los grupos de autoayuda o el *befriending*, la evidencia no es suficiente para que un profesional recomiende esta terapéutica. A su vez, sí es importante que la familia y el paciente se incorporen a actividades que requieran interacción constante con la sociedad, en tanto que esta les permite, y en ocasiones, espera y exige diversas formas de comportamiento y actuación ante determinadas situaciones de diversa índole, haciendo que el sujeto vea la necesidad de hacer uso de sus propios recursos o mecanismos de defensa o afrontamiento. Puede que en ocasiones tome como referente el actuar del otro ante una situación similar (en caso de que la depresión sea atribuida a un hecho especifico), y en este caso el acompañamiento familiar es fundamental, ya que provee al paciente una sensación de seguridad y apoyo al enfrentarse a una situación de difícil manejo y que puede superar los mecanismos de afrontamiento individuales. Asimismo, la presencia de la familia ayuda a comprender la dinámica de la enfermedad, esto se derivará en una mejor acogida al usuario cuando se presenten agudizaciones leves del estado de depresión.

- Actividad motora

Existen estudios (Márquez, 1995) que confirman que la actividad motora estimula la secreción de neurotransmisores, los cuales <motivan> a las personas a seguir en actividad, producen una sensación agradable y de bienestar. En este punto, es importante realizar actividades de esparcimiento que le sean de agrado al usuario, en tanto que además de estimular los neurotransmisores, también se disipan posibles ideas de minusvalía, así como alcanzar logros en la actividad seleccionada genera aumento de la autoestima y de los sentimientos de valor personal.

- La familia

El acompañamiento de la familia en estas actividades tiene varias ventajas, ya que se fortalece el vínculo familia – usuario. En este sentido, el usuario siente que no está solo en el tránsito de la enfermedad, y el acompañamiento permanente ayuda a que la familia pueda observar de primera mano cambios en el estado de ánimo. El reconocimiento a los logros y los refuerzos positivos hacen que el paciente se motive a continuar en sus actividades, se plantee nuevos retos. Si la meta es muy grande, se debe fragmentarla en pequeños <pasos a seguir>, lo que producirá victorias más frecuentes, y en caso de no lograr alguna, un

fracaso leve que puede ser manejado para fortalecer los mecanismos de afrontamiento.

- Sueño

Se ha mencionado anteriormente que las alteraciones en el ciclo sueño – vigilia preceden las agudizaciones de los síntomas y por ende la enfermedad mental. En el caso de la depresión, se produce clinofilia, aislamiento y mutismo.

Una de las intervenciones en este punto va de la mano con la actividad motora: la estimulación del núcleo supraquiasmático, el cual funciona como reloj biológico. Esta regulación está dada por la luz solar, por lo cual se reduce el estado de adinamia entrando en contacto con la luz solar la mayor parte del día. Esto dificultará, al menos fisiológicamente, que se den los estados de clinofilia.

- Cuando acudir a la institución psiquiátrica

En términos de psicoeducación familiar, se les debe indicar que los cambios en el estado de ánimo son normales en las personas, es tan válida la tristeza como la felicidad y que cada una de ellas, en la mayoría

de los casos está dada por factores extrínsecos que modifican la actitud y el ánimo de las personas.

Sin embargo, si se acentúa y persiste uno de ellos por al menos una semana o casi todos los días pese a las actividades ya realizadas, es importante estar atentos, y en ese caso se debería asistir a control hospitalario, siempre y cuando se presenten algunas de las siguientes condiciones (García-Herrera, Nogueras, Muñoz & Morales, 2011):

- Marcada disminución del interés o del placer en la mayoría de las actividades.
- Pérdida de peso.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor, observado por otros, no solo la percepción subjetiva de lentitud.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimientos de minusvalía, inutilidad o culpa excesiva; pueden ser delirantes, no solo auto reproches por estar enfermo.
- Disminución de la capacidad de concentrarse o indecisión casi todos los días.
- Pensamientos relacionados con la muerte.

iv. Entrenamiento pre vocacional / soporte vocacional

La orientación esta soportada en una revisión sistemática realizada por Health Technology Assessment (Marshall, Crowther, Almaraz-Serrano, Creed, Sledge, Kluiter, ...Tyrer, 2001) en Estados Unidos, el cual es un programa que busca que la investigación de alta calidad relacionada con los costos, la efectividad, el abordaje y el impacto de las tecnologías en salud sea aplicado en el cuidado de las personas.

El *Soporte vocacional* puede funcionar como una herramienta para que las personas con trastornos mentales que han estado hospitalizadas en una institución psiquiátrica puedan retomar sus actividades cotidianas en su medio social. Esta intervención de Enfermería consiste en:

- Preparación

Ofrecer un periodo de preparación antes de retomar su empleo, buscando por medio de la relación de Enfermería explorar las razones por las cuales escogió esta actividad, conocimiento y experiencia que tiene sobre su área laboral, la importancia de su rol como profesional tanto para sí mismo, como para su familia, la entidad en la que labora y la

sociedad en general. De esta manera, se aplica y mantiene el modelo de relaciones interpersonales, identificando los mecanismos de interacción de las personas con su medio laboral, sus relaciones con los compañeros de trabajo y con sus clientes (en caso de que los tuviera), para que así, conozcan si existen dificultades en términos de afrontamiento y tolerancia al estrés que provoca retomar su labor.

- El cambio

Debido a que la relación enfermero - paciente es dinámica, en constante cambio, no se busca que el paciente adopte una suerte de estado inmodificable de su condición de salud y de ánimo, sino que, en la medida en que se reconozcan las fortalezas y debilidades como persona, se asuman mecanismos de enfrentamiento saludables frente a esa nueva situación, que es la de retomar su rol social y dejar de lado su rol como paciente. En este sentido, la orientación tiene dos posibilidades:

a. Buscar el cambio por decisión de cambiar el presente

Teniendo en cuenta que ni el enfermero ni el paciente tienen claridad sobre qué dirección tomarán las decisiones, es de vital importancia no perder de vista el objetivo, el cual es el de cambiar la condición actual y asumir de nuevo su rol fuera de la clínica; la decisión

debe generarse en el paciente, y de esta manera fortalecer y generar refuerzos positivos sobre las decisiones de cambio que asume el paciente, ya que por pequeñas que sean en la medida que se refuercen la seguirán otros cambios menores. Esto afirma en el paciente la capacidad de toma de decisiones, lo que lleva a una bola de nieve, y finalmente, lo llevará a tomar decisiones más importantes de acuerdo a las posibilidades del sí mismo.

También se pueden explorar varias opciones de cambio, debido a que cada opción de decisión puede llevar consigo el fracaso de dicha decisión. Se debe instar al paciente a <tener más planes> para que de esta manera el paciente afronte saludablemente la frustración, pero así mismo pueda emprender nuevos proyectos.

b. Afrontar el cambio debido a la inminencia de la salida de la institución psiquiátrica

Teniendo en cuenta que, a las personas con trastorno psiquiátrico, que se encuentran en cuidado intrahospitalario, se les <anula>, en términos de autonomía, su poder de decisión, su independencia, entre otros, es de esperar que algunas de estas personas se adapten fácilmente a este entorno sobreprotector y policivo, a la vez que ofrezcan resistencia a adaptarse nuevamente al entorno extrahospitalario.

Identificación de síntomas en fase prehospitalaria

El enfermero/a debe centrar la atención en la presencia de síntomas prodrómicos en él paciente, a través de la observación, indagación de la historia personal y familiar, análisis del motivo de consulta, exploración de factores de riesgo y entrevista, habilidades que facilitan evaluar la complejidad de los síntomas y definir la pertinencia de la hospitalización o el manejo extrahospitalario, según sea el grado de disfuncionalidad personal y social que el paciente y/o la familia o acudiente refieran.

Así mismo se hace necesario intervenir con la familia y/o acudiente:

- En caso de hospitalización ampliar información acerca de factores precipitantes de la crisis, normatividad institucional, participación activa en actividades propias de la institución (visitas, reuniones, consulta grupal, terapia familiar, entre otras),
- En caso de manejo ambulatorio, brindar psicoeducación sobre acciones a realizar para controlar dichos síntomas y de esta manera evitar el reingreso, resaltar la importancia del seguimiento periódico por consulta externa, vigilar la presencia, la persistencia y aparición de nuevos síntomas, importancia de

adherencia farmacológica, el acompañamiento, entre otras; en el siguiente cuadro se enuncian algunos aspectos a observar en el paciente y su familia para lograr determinar la existencia de síntomas prodrómicos, cabe resaltar que el trabajo debe ser interdisciplinar, en este sentido direccionar al paciente y su familia a otras especialidades de ser necesario y documentar los hallazgos.

Aspectos a valorar en el paciente para determinar síntomas prodrómicos (elaboración propia)

SINTOMAS/ INDIVIDUO	ENFERMERO	PSICOEDUCACION	
		Familia	Paciente
Apariencia general	• Autocuidado: indicador de la independencia del paciente, valoración de vestimenta e higiene Alteraciones: Explorar en conjunto con la familia (cuando ocurrió el cambio, bajo qué circunstancias)	• Observación de alteraciones en el cuidado personal del paciente • Verificación de actividades básicas del paciente (cuidado personal) • Establecimiento de rutinas de autocuidado • Promover la auto responsabilidad	• Insight conductas que alteran el cuidado personal • Ejecución de actividades de autocuidado • Fortalecimiento de independencia
Actitud / afecto	• Postura: observar posibles alteraciones en alineación postural, lenguaje no verbal, indicador de estado de ánimo del paciente, se observa desde el primer contacto visual, se debe relacionar con relatos del paciente y su familia y/o acudiente • Relación con otros (familia): da cuenta sobre dinámicas familiares (apoyo y soporte	• Autoevaluación sobre el rol que el paciente desarrolla dentro de la familia • Verificación del nivel de motivación que se le da al paciente • Autoevaluación de dinámicas familiares • Disposición y disponibilidad de la familia respecto a sensaciones, detonantes de crisis, emociones, expectativas del paciente y grupo familiar	• Insight conductas que afectan su estado de ánimo, conductas de riesgo, voluntad de cambio • Autoevaluación de rol familiar y dinámicas familiares • Reconocimiento de figuras de autoridad y limites • Verbalización de emociones con el grupo familiar

	emocional, jerarquía familiar, rol dentro de la familia, interés y voluntad de cambio) • Relación con el espacio (contacto visual con el entrevistador, observación del entorno) • Afecto (objetivo): observación durante la entrevista para determinar qué estado prevalece en el paciente (intensidad, estabilidad, adaptación, expresiones faciales, coherencia) • Animo (subjetivo): Sentimientos referidos por el paciente, cual ha predominado en las últimas semanas (situaciones asociadas, catarsis, relacionar con relatos familiares)	• Autoevaluación sobre establecimiento de límites, normas familiares, dinámicas familiares • Autoevaluación autoridad, disposición de cambio.	
Lenguaje	Relación entre lo que se observa y los pensamientos del paciente, provee información sobre el proceso de pensamiento, se valora la pertinencia al tema, la velocidad, el volumen, ritmo, contenido: restricción en número de palabras, repetición de palabras, sustitución de sonidos	Relatar presencia de lenguaje soez, si se dirige a un miembro familiar, alteraciones en velocidad y contenido (Taquilalia, mutismo), situaciones asociadas	Verbalización de situaciones que desencadenan la presencia de alteraciones en el lenguaje
Comportamiento y actividad psicomotora	Se observa durante la entrevista, da cuenta del control del paciente, se relaciona con la actitud, el estado de ánimo, control de impulsos, se valora la cantidad de movimiento: Aumento (intencionalidad o no, voluntario o involuntario), disminución (letargia), se deben tener en cuenta las alteraciones físicas, alteraciones hábitos alimenticios, se relaciona con la actividad y ciclo sueño / vigilia.	• Vigilar la presencia de agitación psicomotora (auto y hetero agresión) • Agresión dirigida a objetos • Presencia de alteraciones en el sueño (duración, profundidad, terrores nocturnos, nicturia). • Verificar alteraciones alimenticias • Educación de manejo de crisis • Verificar signos de ansiedad: hiperquinesia, taquilalia, logorrea • Identificación circunstancias que alteran el sueño • Alabar comportamientos correctos y el esfuerzo para el autocontrol • Establecer límites en conductas disruptivas	• Disminución de la ansiedad, uso de empatía, escucha activa, • favorecer la expresión de sentimientos • Insight conductas disruptivas, conductas agresivas, determinar los detonantes • Reforzar mecanismos de defensa positivos • Evaluar alternativas de descarga emocional
Pensamiento y atención	Pensamientos manifestados durante la entrevista, orientan el juicio y raciocinio del paciente, se valora la velocidad, el curso, el contenido, la	• Indagar relatos y/o conductas extrañas por parte del paciente	• Indagar presencia de pensamientos intrusivos y/o extraños

	asociación entre ideas y la pertinencia de las mismas, persistencia de pensamientos (sobrevaloración de ideas, fobias, delirio de referencia), capacidad de decisión frente a escenarios hipotéticos y reales, racionalidad e irracionalidad Nivel de atención a la entrevista, da cuenta del nivel de voluntad de cambio, interés en el estado de salud, capacidad de concentración, nivel de comodidad con la entrevista (contacto visual con el entrevistador y con el entorno)	• Indagar coherencia en contenidos de pensamiento del paciente (lógica) • Indagar relaciones de confianza entre el grupo familiar • Promover un ambiente de seguridad • Ayudar al paciente a identificar situaciones que precipiten la ansiedad • Señalar pensamientos disfuncionales	• Indagar presencia de ideas paranoides, delirantes, fóbicas. • Indagar circunstancias desencadenantes de dichas ideas • Indagar nivel de atención y concentración en una actividad especifica • Indagar pensamiento predominante en las últimas semanas
Percepción	• Se basa en la interpretación de los estímulos sensoriales y si han existido alteraciones en las últimas semanas cual ha predominado (ilusiones, alucinaciones, despersonalización) • Memoria: capacidad de relatar sucesos anteriores, comenta las habilidades que se han usado como afrontamiento de situaciones similares, se relacionan con relatos familiares. • Orientación: tiempo, lugar, persona, dan cuenta del estado de conciencia del paciente, se observa durante la entrevista. • Juicio y capacidad de decisión, orienta los mecanismos de afrontamiento ante situaciones de estrés, se evalúa pertinencia, utilización de recursos disponibles (red de apoyo, económicos, etc.), evaluación de consecuencias, relacionar con relatos familiares Insight: capacidad del paciente y familia de reconocer que su comportamiento contribuye a determinada situación que desarrolla un proceso crítico, se evalúa la causa y el significado de la situación, se debe facilitar la asociación libre	• Indagar presencia de alteraciones en la percepción, circunstancias asociadas • Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo • Utilizar el contacto de manera terapéutica • Fomentar la capacidad de decisión del paciente • Acompañar durante la toma de decisiones	• Indagar presencia de alteraciones en la percepción • Indagar si existe una alteración sensorial predominante • Proporcionar estimulación ambiental con la realidad a través de contacto con distintas personas • Incorporarse en actividades concretas “aquí y ahora” • Centrarlo en el exterior (de sí mismo) • Relatar mecanismos de afrontamiento usados anteriormente • Tomar decisiones en espacios hipotéticos, considerando consecuencias, uso de recursos disponibles

Fase Hospitalaria

En esta fase se ejecuta, gran parte de las intervenciones por parte del equipo de salud, en tanto que es donde se tiene mayor contacto con el paciente, la sintomatología se hace evidente y se pueden reforzar o disminuir conductas

Intervenciones de enfermería en la fase hospitalaria (elaboración propia)

SINTOMAS/ INDIVIDUO	PACIENTE		FAMILIA		ENFERMERO	
	Inhibitorios	Excitatorios	Inhibitorios	Excitatorios	Inhibitorios	Excitatorios
Apariencia general	• Ejecución de actividades de autocuidado • Insight respecto a conductas que alteran su cuidado personal. • Delegar y comprometer al paciente en su propio autocuidado		• Promover la auto responsabilidad • Participación en actividades de autocuidado		• Asistencia de cuidado en actividades básicas • Promoción de independencia del paciente • Empoderamiento del paciente • Ejecución de refuerzos ante conductas positivas	
Actitud / afecto	• Incentivar expresión de	• Incentivar la búsqueda de	• Permanecer con el paciente y proporcionar seguridad en los momentos de mayor ansiedad.		Proporcionar al paciente y familia la oportunidad de incorporarse a	• Proporcionar una actitud de seguridad,

	sentimientos • Favorecer el llanto como medio para l disminuir la carga emocional • Explorar que desencadena emociones negativas	familiares o personal de salud cuando se produzcan deseos o ideas de exaltación y/ minusvalía. • Participación en actividades grupales	• Determinar el grado de apoyo familiar • Participación en actividades institucionales, visitas, terapia grupal, familiar, etc. • En la medida de lo posible estar físicamente disponible como elemento de ayuda		actividades de grupo	amabilidad y tranquilidad • Relacionarse periódicamente con el paciente, transmitiendo atención, para dar la oportunidad de verbalizar emociones • Incorporar técnicas de relación para reducir la ansiedad
Lenguaje	• Ejecución de diferentes formas de comunicación. • Brindar estímulos que favorezcan	• Proporcionar refuerzos positivos cuando se module el lenguaje	• Incentivar la participación en actividades propias del paciente, aumento de confianza y fortalecimi	• Revisión de esquemas de comunicación dentro del hogar. • Orientar la modulació	• Promover la expresión de sentimientos a través de otras formas de comunicación	• Conductismo dirigido hacia la modulación del lenguaje • Actividades de descarga emocional

	la verbalización		ento de vínculo familiar	n del lenguaje	(dibujos, moldeamiento de figuras) • Observación de lenguaje no verbal	
Comporta-miento y actividad psicomotora	• Ejecución de rutinas establecidas por familia y equipo de salud. • Adherencia farmacológica • Reducir la actividad física durante la noche • Autocontrol de actividad motora • Identificación de factores detonantes de discontrol de impulsos • Identificación de consecuencias de consumo de alcohol y SPA • Participación en actividades alternativas al consumo de SPA • Reconocimiento de conductas de riesgo y sus consecuencias		• Ejecutar rutinas de periodos de sueño – vigilia • Evaluación de profundidad, continuidad y duración • Verificar la existencia de alteraciones en el sueño (terrores nocturnos, nicturia, sonambulismo, insomnio, clinofilia • Identificación de signos previos a la activación del discontrol de impulsos • Educación sobre contención verbal y física • Observación periódica que facilite el reconocimiento de modificaciones en la conducta. • Identificación de signos y síntomas de abstinencia • Acompañamiento para disminuir conductas de riesgo		• Direccionamiento de rutinas sueño – vigilia • Educación perifarmacológica • Verificación de efectos terapéuticos de los medicamentos • Favorecer un ambiente adecuado para el descanso • Controlar conductas que puedan poner en riesgo la integridad del paciente y/o terceros, ya sea brindando contención verbal, física o farmacológica • Prevención en el consumo excesivo de alcohol y SPA • Identificación de signos y síntomas de abstinencia e intervenir en los mismos • Orientación de conductas de riesgo y sus consecuencias	

Pensamiento y atención	• Identificación de objetivos realistas, su rol y estructura lógica para la consecución de los mismos • Evaluar alternativas sobre solución de problemas • Restructuración cognitiva, enseñar al paciente a modificar su auto concepto de forma lógica	• Orientar al paciente en alternativas adecuadas en la solución de problemas • Identificación en alteraciones en el pensamiento	• Restructuración cognitiva • Confrontación en actividades que tienen contacto con la realidad • Especificar las consecuencias de tomar decisiones en un estado de estrés severo • Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” de esta manera controlar la impulsividad
Percepción	• Verbalizar alucinaciones • Ejecución de actividades que tengan contacto con la realidad • Identificación de detonantes de alucinaciones	• Ayudar a los miembros de la familia a poner en practica estrategias de normalización de la ida familiar • Ayudar a la familiar a utiliza los mecanismos de apoyo existentes • Evitar discutir sobre la validez de las alucinaciones • Proporcionar un ambiente seguro y de confianza • Explicación de intención de ayuda	• Llevar registro de conductas que indican alucinaciones • Proporcionar un entorno seguro • Establecer un nivel de observación/supervisión adecuada para la adecuada contención del paciente • Evitar discutir sobre la validez de las alucinaciones • Incorporar en actividades basadas en la realidad (pintar, leer, escuchar música)

Fase Egreso

En esta fase se evalúan las acciones e intervenciones que se han ejecutado en el paciente y la familia, a la vez se realiza el seguimiento, en tanto que se debe propender el establecimiento de hábitos que incluyan al equipo de salud, como parte de las redes de soporte, en el siguiente cuadro se registran las intervenciones de enfermería en cuanto al seguimiento y verificación del proceso llevado con el usuario.

Intervenciones de enfermería para el seguimiento y verificación (elaboración propia)

PACIENTE	FAMILIA	ENFERMERO
Identificar conductas compulsivas perjudiciales Mantener el control sin supervisión Mantener el compromiso de no autolesionarse.	Controlar deambulación improductiva Reforzar el comportamiento positivo, si procede	Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad. -Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto - Identificar las habilidades sociales específicas que construirán el centro del ejercicio de desarrollo de la misma.

Identificar patrones de superación eficaces Verbalizar ideas de control de los impulsos, sensación de control, de auto aceptación. Utilizar estrategias para controlar el conflicto familiar Utilizar el sistema de apoyo familiar disponible	Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Capacidad para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia.	- Instruir al paciente en las distintas formas de actuar con asertividad - Establecer un contacto continuado con los familiares, según corresponda - Determinar los puntos fuertes y débiles de los recursos comunitarios y aconsejar los cambios cuando sean apropiados.

- Propuesta de orientación

Con base en la terapia sistémica breve, se puede considerar que el egreso de la clínica es sinónimo de crisis: significa indecisión e incertidumbre. El egreso es visto y reconocido como una experiencia perturbadora, a raíz de un cambio que no se quiere realizar, lo cual genera bloqueo e inhibición de diversos mecanismos de afrontamiento y potencialidades. Del mismo modo, se expresan otros mecanismos de defensa según las decisiones que en ese momento se tomen, y la respuesta a la crisis que manifiesten las personas.

Siguiendo esta metodología de terapia y de intervención en crisis, se busca entonces comprender que la crisis (el egreso de la institución psiquiátrica) es un fenómeno complejo. No es permanente, es transitorio y obliga a la persona hacer uso de sus capacidades, a comprender que es la plataforma de lanzamiento a experimentar el disfrute y goce de la vida, el desarrollo de sus potencialidades personales, familiares, profesionales y colectivas.

Es necesario realizar un <rito de pasaje> medio, por el cual se facilita que la persona se desapegue del contexto intrahospitalario y acoja

su contexto laboral. Para lograrlo, se deben tener presente las siguientes actividades.

c. Propuesta de estrategias para su cumplimiento

Dentro de los objetivos específicos de esta orientación se contempla mejorar la atención que se da a las personas con enfermedad mental y sus familias, reducir los costos económicos y sociales asociados a la hospitalización, entre otras. Por lo cual, se proponen las siguientes estrategias para su cumplimiento:

- Revisión de los planes de estudio de Enfermería en lo que a salud mental se refiere, con el ánimo de capacitar a los profesionales en enfermería en el cuidado a la persona con enfermedad mental que den respuesta a las necesidades de país en esta área
- Promoción de hábitos de vida saludables en lo que a salud mental se refiere.
- Incorporación en términos de operatividad de las políticas en salud mental, ya que, pese a que se contemplan en la legislación colombiana, no son ejecutadas por los entes encargados, ni el estado ejerce funciones de control frente a las

mismas; además, pese a que están en las agendas de los entes mundiales, el país no ejecuta las directrices que desde la OMS se dan para el mejoramiento de la salud mental de los colombianos.

- Intervenir en los factores de riesgo que causan los reingresos psiquiátricos.
- Reducción de barreras de acceso en lo que a salud mental se refiere.
- Generar estrategias educativas de tipo psicoeducativo para reducir el estigma asociado a la enfermedad mental, ya que no se puede desconocer que una tercera parte de las personas padezcan trastornos mentales, y que muchos más no consulten por temor al estigma social.

d. Capacitación para grupos de atención

Ya se ha mencionado la necesidad e importancia de capacitación para el personal asistencial en el área de salud mental, por lo que se hace de nuevo un llamado a la academia para reformular la pedagogía con la que actualmente se está educando en salud mental, la importancia de incluir la temática en el pensum del pregrado en la formación de diversos profesionales que den respuesta a las necesidades en salud mental en el

país. También, a las instituciones psiquiátricas para que mejoren los servicios de salud, reservarlos para los más graves y capacitar a sus colaboradores en mejores prácticas en salud mental, realzar el papel de la Enfermería, en tanto que cuenta con habilidades para la atención y cuidado intra y extrahospitalario para el paciente mental, condición que impulsa a sobrepasar el reduccionismo y avanzar e interactuar conjuntamente con otras áreas del conocimiento.

e. Aportes

i. Aporte para la Enfermería. El enfermero(a) dispondrá de unas pautas para orientar la consulta terapéutica que una vez aplicadas le faciliten detectar síntomas psiquiátricos prodrómicos, interviniendo oportunamente, buscando prevenir el reingreso temprano del paciente.

ii. Aportes para la academia. El enfermero hará uso de estas pautas orientadoras durante la consulta terapéutica que le faciliten detectar como detectar la presencia de síntomas prodrómicos, e

intervenir y prevenir el reingreso temprano o puerta giratoria del paciente psiquiátrico.

iii. Aportes para el paciente. Una vez el enfermero(a) aplique las pautas orientadoras de cómo detectar síntomas prodrómicos, debe intervenir, incentivar, potenciar y facilitar el desenvolvimiento de la persona al interior de su contexto familiar, social y laboral, previniendo el reingreso temprano y por demás dando respuesta a las dinámicas mundiales tendientes a la atención y cuidado psiquiátrico extrahospitalario. Empoderamiento tanto del paciente como de su familia al sentirse responsable y participante de su tratamiento y recuperación de su salud mental.

iv. Aportes para las Instituciones psiquiátricas. El enfermero participa en la reducción del sobrecupo institucional usando como habilidad la orientación durante la consulta terapéutica con intervenciones oportunas, que le permitan o faciliten al paciente la funcionabilidad y moldeamiento de su

comportamiento social al interior de su contexto, para prevenir el reingreso temprano. También, potenciar en el paciente y en su familia el compromiso y responsabilidad que tienen sobre su tratamiento y proceso de recuperación de la salud mental.

9. Parte IV: Marco Legal

La salud mental es un área que ha recibido relevancia social, cuya importancia, radica en el cuidado y mantenimiento de la armonía para el desarrollo social. La Ley de salud mental 1616 de 2013 la defiende como un <derecho>, en ella se establece la salud mental como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través de la interacción entre los seres humanos, desplegando sus diversas capacidades en la misma interacción y su comportamiento con el medio.

El establecimiento de la salud mental como derecho, obliga a las entidades prestadoras de servicios de salud a brindar y garantizar un servicio de salud mental integral e integrado, con personal de Enfermería capacitado, para cubrir las distintas necesidades del usuario en todos los niveles de atención, al tiempo que debe contribuir en el área de la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental. Debido a esto, debe propenderse, desde la institución psiquiátrica, por el mantenimiento de la salud de la persona en su medio social, a través de

una identificación temprana de los factores de riesgo y de los factores protectores, sumado a intervenciones de Enfermería que aborden al paciente y su familia holísticamente.

- Ley Estatutaria 1751 de 2015 del Congreso de la República de Colombia, 2015

Con la prevención del reingreso temprano, desde la hospitalización, se estaría cumpliendo con la Ley estatutaria 1751 de 2015 (Ley 1751, 2015), al establecer planes de cuidado que deben ser direccionados por el profesional y desarrollados en parte por el paciente, teniendo en cuenta su autocuidado, y de esta forma, aceptando uno de los deberes de las personas dentro del sistema general de seguridad social.

- Ley 266 de 1996 del Congreso de la República de Colombia, 1996

El profesional de Enfermería, en concordancia con la Ley 266 de 1996 (Ley 266, 1996), en la que se establece el objeto y los principios de la práctica profesional, debe garantizar la integralidad en los cuidados que brinda, orientados en todas las dimensiones de la persona, incluyendo la dimensión mental. De este modo, el personal de Enfermería debe tener las capacidades y conocimientos actualizados para

brindar cuidado y atención oportuna a la salud mental de las personas que estén bajo su cuidado. Este cuidado debe ser de calidad y con una continuidad que permita al sujeto de cuidado alcanzar el máximo de sus potencialidades y desarrollo a través de la relación establecida con el enfermero(a).

- Encuesta nacional de salud mental 2015 (Colciencias, Minsalud, & Javeriana, 2015)

La Encuesta nacional de salud mental del año 2015 fue un estudio que tuvo como objetivo brindar información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales y el acceso a los servicios, en población colombiana de siete años de edad en adelante, privilegiando su comprensión desde los determinantes sociales y la equidad. Dicho estudio arrojó unas prioridades de intervención de las cuales se nombran las relacionadas con la orientación: el fortalecimiento de la empatía y la convivencia en los entornos, la promoción de la participación en los grupos, el fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento ante eventos vitales estresantes, el énfasis sobre las capacidades para detección de problemas mentales en los entornos en niños, adolescentes y adultos, la relevancia acerca de las capacidades de

los profesionales de los servicios básicos para el diagnóstico, tratamiento y remisión de los trastornos mentales más prevalentes. Además, el fortalecimiento de las capacidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para gestionar conjuntamente los riesgos para salud mental y el entorno, la evaluación de la salud mental de las personas con enfermedad física, la generación de estrategias para disminuir las barreras actitudinales: estigma y auto estigma por problemas y trastornos mentales, junto con la implementación de las pautas que orienten las intervenciones en salud mental para los enfermeros y enfermeras. Estas fueron las áreas prioritarias establecidas en dicha encuesta, ya que se buscaba brindar habilidades en salud mental que estuvieran en la capacidad de replicar y de aplicar en su ámbito laboral y personal.

- Plan de acción sobre salud mental 2013–2020 (OMS, 2013)

Este plan de acción se elaboró por medio de consultas a la sociedad civil y a los representantes sanitarios de cada uno de los países miembros, con un enfoque integral y multisectorial, incorporando los sectores sanitario y social con especial enfoque en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación, estableciendo

acciones en salud mental a nivel nacional, regional e internacional. Como parte de los objetivos propuestos por el plan de acción, está el de poner en practica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental. En este sentido, la orientación de las intervenciones de salud mental para los enfermeros aplica para la consecución de este objetivo, ya que todas las estas buscan reincorporar y rehabilitar a la persona con trastorno mental para que pueda volver a asumir su rol social, a su vez, las intervenciones ayudan a que las personas fortalezcan sus mecanismos de afrontamiento ante situaciones difíciles, de cara al mejor manejo del trastorno mental.

- El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)

Este plan busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano” por medio de ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aspectos que por su magnitud o importancia se deben intervenir, con un enfoque diferencial, de derechos, por ciclo de vida, de género y étnico. Cada dimensión desarrolla un componente sectorial y trans sectorial que incorpora un conjunto de acciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Este plan comprende una dimensión llamada convivencia social y salud mental, el cual, mediante la proporción y la prevención en salud mental, busca la transformación de problemas prevalentes en esta área, buscando el adecuado desarrollo de capacidades. Asimismo, busca lograr el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas, abordar la gestión integral del riesgo en relación a la salud mental, por medio de la intervención de los factores de riesgo y mejorar la capacidad de respuesta institucional. La orientación aporta indudablemente al cumplimiento de esta dimensión, en tanto que se busca brindar una herramienta para que la atención en salud mental, desde la Enfermería, aborde holísticamente al ser humano, promoviendo así el desarrollo de sus potencialidades y las de sus familias.

El plan contempla como parte de sus objetivos la transformación de imaginarios sociales y culturales que generan entornos protectores en salud mental. Gran parte de los elementos que se incorporan en este documento como orientador buscan contribuir al cambio en los imaginarios sociales, por medio de las intervenciones de la Enfermería en su rol educativo, con lo cual se disminuirá el estigma que genera la enfermedad mental y la apatía e incertidumbre que tradicionalmente se ha visto desde los profesionales hacia la salud mental.

- Ley 1616 de 2013 de salud mental (Congreso de Colombia, 2013)

Esta ley tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud mental de todos los colombianos, por medio del sistema general de seguridad social en salud, priorizando a los niños, niñas y adolescentes en cuanto a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y la atención integral e integrada. Esta Ley tiene en cuenta al talento humano en salud mental, dado que se busca el mejoramiento continuo y protección especial a las personas prestadoras del servicio de salud mental. En este sentido, la propuesta de educación abarca estos dos aspectos (el del paciente y el del profesional), pues este documento facilita la orientación de las intervenciones de Enfermería en tanto que propende por el mejoramiento continuo del talento humano, y junto con los contenidos educativos, también se mejora la salud mental de los trabajadores, contribuyendo así a la protección especial al talento humano. También, apoyándose en contenidos relacionados a la promoción de la salud mental y a la prevención de la enfermedad mental, se aborda el tema de la atención primaria desde la hospitalización del paciente.

Además, se debe tener en cuenta que según la Ley 1616 de 2013, la atención integral e integrada en salud mental, se debe responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción y la prevención, entre otras cosas de inclusión social. Precisamente a partir de estas definiciones, anteriormente mencionadas, se reconoce la importancia de generar estrategias para que las personas con trastorno mental puedan desenvolverse de la mejor manera en sus círculos sociales, y de esta manera afectar positivamente los determinantes en salud mental.

- Ley 1438 del 2011 reforma del sistema general de seguridad social en salud (Congreso de Colombia, 2011)

La Ley 1438 del 2011 es una reforma del sistema general de salud. En el capítulo segundo hace referencia a las redes integradas de salud, dentro de las cuales se observa la de la salud mental, con el fin de garantizar el derecho pleno del ejercicio de salud mental y la satisfacción de las necesidades en lo que a salud mental se refiere. También, se aborda la posibilidad de integrarla dentro del plan de beneficios. Por esta razón, en el documento se aborda este aspecto, ya que se busca integrar la salud mental en todos los momentos del proceso (prehospitalización,

hospitalización y egreso) como eje transversal para la atención centrada en el paciente.

- Constitución Política De Colombia 1991 (Const., 1991)

En lo referente a la salud, la Constitución plantea en su artículo 49 (Const., 1991), que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado que busca garantizar, para todas las personas, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. En este sentido, la orientación contribuye al complimiento de este artículo a razón de que, con la educación en salud mental, se promueve la salud desde el entorno hospitalario.

10. Conclusiones y recomendaciones.

La readmisión temprana en psiquiatría, es un indicador de la calidad en la atención en salud, si bien existen factores externos, como alteraciones sociodemográficas en el paciente, no inciden de manera directa en la readmisión del paciente, ya que esta está dada principalmente en la hospitalización en tanto que en este espacio las personas tienen mayor restricción y menor autonomía en cuando a sus actividades.

Las intervenciones realizadas por el equipo de salud deben considerar el contexto en el que se desarrolla el paciente en tanto que no se pueden dividir sus esferas de desarrollo humano, por lo cual es muy útil un modelo que considere al ser humano en toda su complejidad

Es importante fortalecer desde la academia los planes de estudio relacionados con la formación en salud mental, puesto que se observa

con preocupación la falta de seguridad de los profesionales en cuando a sus intervenciones y competencias en salud mental, así mismo fortalecer las habilidades propias de nuestro que hacer como enfermeros las cuales son en una importante medida relacionales, tanto con el paciente y su familia como con el resto del equipo de salud, esto contribuiría de manera importante a la independencia profesional.

Se establece que, si se aumentara la atención en salud mental desde la promoción y la prevención, se derivaría en hospitalizaciones más cortas, periodos inter- críticos mayores, disminución de costos tanto económicos como sociales, desarrollo de las potencialidades humanas e independencia profesional, por lo cual se invita a la participación en programas políticas y proyectos encaminados a la protección del enfermo mental.

Se debe recordar que la atención en salud mental desde enfermería se desarrolla en todos los campos que esta se desenvuelve, por lo cual es importante la enseñanza rigurosa de la relación terapéutica, entendiendo que es una habilidad fundamental en la atención que se quiera desarrollar desde salud mental.

Se invita a investigar más a profundidad el sufrimiento humano y no solo la enfermedad como tal, en tanto que al comprender mejor las vivencias humanas se puede brindar un cuidado que llene las expectativas de las personas y que se derive en un impacto positivo en la calidad de vida tanto de enfermeros como de pacientes y familias.

11. Referencias

Antón, M. V. (1989). *Enfermería y atención primaria en salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de comunidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Constitución Política de Colombia [Const.] (1991) 2da ed. Legis.

Benca, R., Obermeyer, W., Thisted, R., & Gillin, J. (1992). Arch Gen Psychiatry. *Sleep ans psychiatric disorders. A meta-analysis*, 49(6), 651-668.

Botha, U., Koen, L., Joska, J., Parker, J., Horn, N., Hering, L. & Oosthuizen, P. (2010). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. *The revolving door phenomenon in psychiatry: conparing low frequency and high frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country*, 45(4), 461-468.

Boyer, C., McAlpine, D., Pottick, K., & Olfson, M. (2000). The American Journal of Psychiatry. *Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatient psychiatric care*, 157(10), 1592-1598. doi: http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1592

Breda, Z., Rosa, W., Pereira, M. & Scatena, M. (2005). Revista Latino-Americana de Enfermagem. *Dos estrategias y desafios comunes: la rehabilitación psicosocial y la salud de la familia*, 13(3), 450 - 452. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000300021&script=sci_abstract&tlng=es

Calderón, M. (2003). Enfermería en Costa Rica. *Intervención en crisis a cargo de las y los profesionales en Enfermería*, 25(1), 39-44.

Recuperado de:
http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n1/8.pdf

Chung, W., Edgar-Smith, S., Palmer, R., Bartholomew, E., & Delambo, D. (2008). Child and Adolescent Social Work Journal. *Psychiatric rehospitalization of children and adolescents: Implications for social work intervention*. 25(6), 483-496. doi:10.1007/s10560-008-0147-8

Coleman , R., Roffwarg, H., Kennedy, S., Guilleminault, C., Cinque, J., Cohn, M. … Dement, W. (1982). JAMA. *Sleep-wake disorders based on a polysomnographic diagnosis. A national cooperative study*, 247(7), 997-1003.

Congreso de Colombia. (21 de enero de 2013). Por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. [Ley N° 1616]. DO: 48.680.

Congreso De Colombia. (19 de enero de 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposciones. [Ley N° 1438]. DO: 47.957.

Congreso de Colombia. (25 de enero de 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. [Ley N° 266]. DO: 42.710.

Congreso de la republica de Colombia. (16 de febrero de 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.[Ley N°1751]. DO: 49.427.

Dias, C. & Silva, A. (2010). Revista da Escola de Enfermagem da USP. *El perfil y la actuación profesional del enfermero/a en el centro de atención psicosocial*, 44(2), 464-470. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200032

Durbin, J., Lin, E., Lane, C., & Teed, M. (2007). Journal of behavioral health services and research. *Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care?*, 34(2), 137-150.

García-Herrera B, Nogueras, J., Muñoz, F., & Morales, J. (2011). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria*. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga.: España. Edita: Grupo para el estudio de la depresión en Atención Primaria (GAEDAP). DSGN Comunicación.

Garrido, P. & Saraiva, C. (2012). European Psychiatry. *Understanding the revolving door syndrom*, 27(1), *27*, 1. doi: https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74768-5

Gómez, C. & Restrepo, M. (2012). Revista de libros y revistas. *Guías de manejo en psiquiatría*, 36(4), 780-782. Recuperado de: http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-36/4/Revista%20de%20libros.pdf

Juven-Wetzler, A., Bar-Ziv, D., Cwikel-Hamzany, S., Abudy, A., Peri, N. & Zohar, J. (2012). European Psychiatry. *A pilot study of the "Continuation of Care" model in "revolving-door" patients*, 27(4), 229 - 233. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.05.003.

Kavanagh, D. (1992). *Schizophrenia*. En: Peter Wilson, ed.: *Principles and Practice of Relapse Prevention.* (157-190). New York: The Guilford Press.

Kingdon, D., & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia.* New York: The guilford press.

Kumar, S., Robinson, E. & Sinha, V. (2002). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. *What leads to frequent re-hospitalisation when community care is no well developed?*, 37(9), 435-440. doi:10.1007/s00127-002-0570-7

Márquez, S. (1995). Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología. B*eneficios psicologicos de la actividad fisica*, 48(1-2), 185-206. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2378944

Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiter, H., . . . Tyrer, P. (2001). Health Technol Assess. *Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care*, 5(21), 1-75.

Medina, O., Sánchez, N., Conejo, J., Fraguas, D., & Arango, C. (2007). Revista Colombiana de Psiquiatría. *Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiatricos.*36(4), 701-717. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n4/v36n4a09.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2009). *Guias para manejo de urgencias.*3ª ed. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20I.pdf.

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf

Ministerio de Salud y Protección social, Colciencias & Pontificia Universidad Javeriana.. (2015). *Encuesta Nacional De Salud Mental 2015.* Bogotá: Minsalud. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf

Montgomery, P. & Kirkpatrick, H. (2002). Archives of Psychiatric Nursing. *Understanding Those Who Seek Frequent Psychiatric Hospitalizations*, 16(1), 16-24.

Moss, J., Li, A., Tobin, J., Weinstein, I., Harimoto, T. & Lanctôt, K. (2014). Comprehensive Psychiatry. *Predictors of Readmission to a Psychiatry Inpatient Unit*. 55(3), 426-430. doi: 10.1016/j.comppsych.2013.11.019.

Mueser, K., Bond, G., Drake , R., & Resnick, S. (1998). *Schizophr Bull*. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case managment, 24(1), 37-74.

National Institute of clinical Excellence (NICE). (2009). *Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care* . Leicester: British Psychological Society. Recuperado de: https://www.nice.org.uk/guidance/cg82/documents/schizophrenia-update-draft-nice-guideline-for-consultation2

Navarro, D. & Díaz, S. (2007). Psiquiatria.com. *Opinión de los profesionales y los familiares sobre las causas de reingresos psiquiátricos en pacientes con trastorno mental severo*, 11(3). Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/44/34/45/44344500604738547437257477821603140972

Neves, H., Lucchese, R. & Bottelet, D. (2010).Revista Brasileira de Enfermagem. *Salud mental en atencion primaria: constitucion de competencias necesarias*, 63(4), 666-670. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019592025

OMS. (2013). P*lan de accion sobre salud mental 2013-2020.* OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

Ordoñez, I., & Peña, D. (2015). F*recuencia y caracteristicas de pacientes con reingreso temprano en el hospital mental universitario de risaralda en los años 2011 a 2013.* (Tesis de Especialización, Universidad Tecnológica de Pereira). Recuperado de:

http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/6084/61689O65.pdf?sequence=1

Prado, L., de Pinho, L., Saeki, T. & Souza, M. (2005). Revista da Escola de Enfermagen da USP. *Relación terapéutica enseñanza de Enfermeréa psiquiatría y salud mental: actualidades en el Estado de Sao Paulo*, 39(3), 317-324. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300010

Ribeiro, L., Medeiros, S., Albuquerque, J. & Fernandes, S. (2010). Revista da Escola de Enfermagem da USP. *Salud mental y enfermeria en la estrategia de salud de la familia: ¿Como están actuando los enfermeros?*, 44(2), 376-382. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200019&script=sci_arttext&tlng=en

Salazar, A. & Martinez de Acosta, C. (2008) Revista Avances en Enfermería. *Un sobrevuelo por algunas teorías donde la inteacción enfermera-paciente es el nuicleo del cuidado*, 26(2). Recuperado de: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12945/13664.

Souza, J., Villar, M. & Corradi-Webster, C. (2013). Online Brazilian Journal of Nursing. *Las intervenciones breves y herramientas para la atencion de enfermeria: estudio descriptivo exploratorio*, 12(1), 21-32. Recuperado de: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3504/pdf_1

Verhaeghe, H. (2010). Revista da Escola de Enfermagen da USP. Promoción de la salud en la atención de la salud mental: percepciones de los pacientes y las enfermeras en salud mental. 320-325.

Vidal, R., Adamuz, J. & Feliu, P. (2009). Enfermería Global. *Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera*, 8(3). Recuperado

de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021

Wagner, M., Wetzel, Ch. & Shneider, F. (2012). Online Brazilian Journal of Nursing. *Users expectations with regard to mental health actions: a phenomenological study*, 11(3), 668-682. Recuperado de: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3908/html_2

Weiden, P. & Glazer, W. (1997). Psychiatric Quaterly. *Assessment and treatment selection for "revolving door" inpatients with schizophrenia*, 68(4), 377-392.

Zubing, J, & Spring, B. (1977). Journal of Abnormal Psychology. *Vulnerability: A new view of Schizophrenia*, 86(2), 103-126.

12. Bibliografía

Burns, B., Philips, S., Wagner, H., Barth, R., Kolko, D., Campbell, Y. & Landsverk, J. (2004). Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey*, 43(8), 960-970.

Byrne, S., Hooke, G., & Page, A. (2010). Journal of Affective Disorders. *Readmission: A useful indicator of the quality of inpatient psychiatric care*, 126(1-2) 206-213. Doi: 10.1016/j.jad.2010.02.135.

Demyttenaere , K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, K., Lepine, J. … Chatterji, S.(2004). JAMA. *Prevalence, severity,and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*, 291(21), 2581 -2590.

El Tiempo. (20 de septiembre de 2015). Violencia y pobreza detonan los trastornos mentales. *El Tiempo*, pág. Recuperado de: http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16380784

Fernández, L. (2010). *Modelo de intervención en crisis. En busca de la resiliencia personal.* España: Grupo luria. Recuperado de: https://orientacascales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf

Furegato, A., Nievas, A., Silva, E., & Costa JR, M. (2005). Revista da Escola de Enfermagen da USP. *Puntos de vista y conocimientos de los signos indicativos de depresión entre estudiantes de*

enfermeria, 39(4), 401-408. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000400005.

García, A. & Rodríguez, J. (2005). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Factores personales en la relación terapéutica*, 25(96), 29-36. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n96/v25n4a03.pdf

Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. & Uribe, M. (2002) Revista Colombiana de Psiquiatría. Fundamentos de Psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. 31(1), 73-74. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80631102

James, S., Charlemagne, S., Gilman, A., Alemi, Q., Smith, R., Tharayil, P., & Freeman, K. (2010). Administration and Policy In Mental Health. *Post-discharge services and psychiatric rehospitalization among children and youth*, 37(5), 433- 445. doi: 10.1007/s10488-009-0263-6.

Jaramillo, L., Sánchez, R., & Herazo, M. (2011). Revista Colombiana de Psiquiatría. *Factores relacionados con el número de rehospitalizaciones en pacientes psiquiátricos*, 40, 409-419. doi: 10.1016/S0034-7450(14)60136-0.

Lana, F., Sánchez-Gil, C., Ferrer, L., López-Patón, N., Litvan, L., Marcos, S. … Pérez, V. (2014). Revista de Psiquiatría y Salud mental. E*fectividad de un programa terapeutico integrado para trastornos graves de la personalidad. seguimiento pragmatico de 36 meses*, 8(1), 3-10. Recuperado de: www.elsevier.es%2Fes-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-S1888989114001062-S300&usg=AFQjCNFz1y9rAvo6Dh5K3i5FZKULzQOF1g

Leon, S., Stoner, A., & Dickson, D. (2015).Adm Policy Mental Health. *Does the Hospital Predict Readmission? A Multi-level Survival Analysis Approach*, 43(4), 514-523. doi: 10.1007/s10488-015-0654-9.

Lyons, J., Howard, K., O´Manohey, M. & Lish, J. (1997). *The Measure and Management of Clinical Outcomes in Mental Health*. New York: Wiley.

Marriner, A. & Raile, M. (2011). *Modelos y teorías en Enfermería.* 8ª ed. España: Elsevier.

Ministerio de la Protección Social (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental.* Colombia: Minsalud. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf

Oliveira, R., Fenili, M., Zampieri, M. & Martins, C. (2006). Enfermería Global. *Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de Enfermería utilizando los sentidos*, 5(1). Recuperado de: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/450

Pinilla, M. (2004). Manejo de enfermeria en urgencias psiquiatricas. *Guia para manejo en urgencias*, 1474-1483.

Posada, J. (2013). Revista Biomédica. *La salud mental en Colombia*,.33(4), 497 - 498. Recuperado de: http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2214/2317

Rodríguez, J., Kohn, R. & Aguilar, S. (2012). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*, 30(3), 353. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/120/12025369002.pdf

Rojas, M. (2007). *Atención de enfermeria a pacientes con afecciones psiquiatricas.* La habana: Ciencias médicas.

Servicio Aragonés de Salud (2003). *Guia de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón.* Comunidad Autónoma de Aragón: Graficas Lema, S.L. Recuperado de: http://www.aeesme.org/wp-

content/uploads/2014/11/Guia-de-cuidados-enfermeros-en-salud-mental-Aragon.pdf

Torres, Y. & Montoya, I. (1997). *Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias Psicoactivas.* Bogota: Ministerio de Salud.

Urrego, D. & Cocoma , J. (1999). Salud Mental. *Por la salud mental*, 1(1), 58-67. Recuperado de: www.revistas.unal.edu.co%2Findex.php%2Frevsaludpublica%2Farticle%2Fdownload%2F18940%2F19862&usg=AFQjCNErCZ6ObP7gZtfIjfIsld7ao_mMvQ&bvm=bv.150729734,d.eWE

Waidman, M., Costa, B. & Paiano, M. (2012). Revista da Escola de Enfermagem da USP. *Percepciones y actuacion del Agente comunitario de salud en salud mental*, 46(5), 1170-1177. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500019.