



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**FUNDAMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA EL
PACIENTE CON “INCUMPLIMIENTO” Y PROPUESTA DE PLAN
DE ALTA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Tesina

**que para obtener el nivel de Especialista en Salud Mental y
Psiquiatría**

Presenta

Lic. Enf. Luz María Martínez Hernández

Directora de tesina

MEyAS Clara E. Infante Granja

San Luis Potosí, México, abril de 2018



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**FUNDAMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA EL
PACIENTE CON “INCUMPLIMIENTO” Y PROPUESTA DE PLAN
DE ALTA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Tesina

**que para obtener el nivel de Especialista en Salud Mental y
Psiquiatría**

Presenta

Lic. Enf. Luz María Martínez Hernández

Directora de tesina

MEyAS Clara E. Infante Granja

Sinodales

**PhD Maribel Cruz Ortiz
Presidente**

Firma

**MCE. Erika A. Torres Hernández
Secretario**

Firma

**MEyAS Clara E. Infante Granja
Vocal**

Firma

San Luis Potosí, México, abril de 2018



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**FUNDAMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA EL
PACIENTE CON “INCUMPLIMIENTO” Y PROPUESTA DE PLAN
DE ALTA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Tesina

**que para obtener el nivel de Especialista en Salud Mental y
Psiquiatría**

Presenta

Lic. Enf. Luz María Martínez Hernández

Directora de tesina

MEyAS Clara E. Infante Granja

FIRMA

San Luis Potosí, México, abril de 2018

AGRADECIMIENTOS

El reconocimiento más grande es para mi familia que siempre estuvieron presentes para brindarme toda su ayuda, tiempo, paciencia y sobre todo su cariño. Con todo mi agradecimiento esta tesina se las dedico a todos ellos, mil gracias.

También quiero agradecer a la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña por las facilidades administrativas que me otorgaron para la realización de la especialidad, sin su apoyo no hubiera sido posible la realización de este logro profesional.

A mi asesora de tesina Clara Elena Infante Granja por su disposición y colaboración para la conclusión de este proyecto.

A la maestra María Mercedes Pérez B. por todo el apoyo emocional que me brindo en los momentos estresantes y difíciles que pase durante esta etapa.

A la PhD Martha Landeros López por todas las enseñanzas que me aporto, mil gracias por su apoyo durante toda la especialidad.

Índice

RESUMEN	I
SUMMARY	II
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	4
2.1 General	4
2.2 Específicos	4
III. JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
IV. METODOLOGIA	8
V. MARCO TEÓRICO	9
5.1 Factores de riesgo relacionados con el paciente	14
5.2 Factores psicológicos	14
5.3 Factores relacionados con la medicación	15
5.5 Factores sociales y del entorno	16
5.6 Rol de enfermería en el cumplimiento terapéutico	19
5.7 Proceso enfermero	19
5.8 Valoración	20
5.9 Diagnóstico enfermero	24
5.10 Planeación	27
5.11 Ejecución	28
5.11.1 Fundamentación de la intervención 5606	30
5.11.2 Fundamentación de la intervención 5616	32
5.11.3 Fundamentación de la intervención 7370	35
5.12 Evaluación	40
VI. CONCLUSIONES	41
VII. ANEXOS	42
VIII. BIBLIOGRAFÍA	43

RESUMEN

Los trastornos mentales representan aproximadamente el 12% del total de la carga global de las enfermedades y se estima que incrementará en las próximas décadas.

Las enfermedades mentales adquieren una mayor dimensión debido a que provocan discapacidades prolongadas, ya que el impacto es fuerte en adultos jóvenes, el sector más productivo de la población.

Los costos económicos y sociales de los trastornos mentales recaen en la sociedad, el gobierno, los pacientes, sus cuidadores y familias; los indicadores que provocan gastos elevados son el incumplimiento del tratamiento y la cronicidad del proceso de enfermedad, sin embargo, la calidad de vida, la evolución de la enfermedad y el pronóstico están muy vinculados al cumplimiento terapéutico.

El incumplimiento terapéutico en los trastornos mentales es una de las principales causas de recaídas que tienen estos pacientes ocasionándoles múltiples internamientos. Lograr el cumplimiento terapéutico tiene mayores probabilidades de lograrse cuando se tienen en consideración las características individuales del paciente, las de su entorno y la mejor forma de relacionarse y establecer una relación de colaboración para el aprendizaje.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, trastorno mental, paciente, enfermería, planificación del alta

SUMMARY

Mental disorders represent approximately 12% of the total global burden of diseases and are estimated to increase in the coming decades.

Mental illnesses acquire a greater dimension due to the fact that they cause prolonged disabilities, since the impact is strong in young adults, the most productive sector of the population.

The economic and social costs of mental disorders fall on society, government, patients, their caregivers and families; The indicators that because high expenses are the non-compliance of the treatment and the chronicity of the disease process, however, the quality of life, the evolution of the disease and the prognosis are very linked to therapeutic compliance.

The therapeutic noncompliance in mental disorders is one of the main causes of relapse that these patients have that occasion multiple hospitalizations. Achieving therapeutic compliance in the patient, based on the process of nursing care and the NNN taxonomy, providing psychoeducational care that helps the patient to have a better quality of life, the ability for personal care, the use of free time, the return or entry into an economically productive role and a better relationship with the family, likewise decreases relapse and prevents new hospitalizations.

Keywords: Adherence to treatment, mental disorder, patient , nursing, discharge planning,

I. INTRODUCCION

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹

A través del Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, la propia OMS refiere que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.¹

En concordancia con lo señalado por la OMS, algunos autores como Katz y colaboradores mencionan que la salud mental es una prioridad en los sistemas de salud, no sólo porque se considera una condición primordial para una buena calidad de vida sino también por la enorme carga económica que representa el peso de la enfermedad.

Los autores señalados mencionan que en términos epidemiológicos, la pérdida de la salud mental contribuye con la carga global de las enfermedades en alrededor de 12% y representa hasta 28% de los años vividos con discapacidad, constituyendo una de las tres principales causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años.²

La importancia de los factores contextuales es enfatizada también por Katz y colaboradores quienes señalan que la disfuncionalidad familiar, las carencias afectivas, la falta de redes de soporte social, la proliferación de estilos de vida nocivos y entornos no saludables, aunados a la pobreza y a la exclusión social, resultan en una mayor prevalencia, incidencia y magnitud

de problemas de salud mental, cada vez con más impacto en la esfera psicosocial, incluyendo el incremento en el consumo de drogas y la violencia.² Lo anterior puede contribuir a que algunas personas se sientan vulnerables, confundidas y preocupadas por su salud y su futuro favoreciendo un inadecuado apego terapéutico.

Si consideramos que el comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso, podemos entender porque el contexto y los apoyos sociales con los que cuenta un paciente pueden favorecer que cumpla o no con las prescripciones médicas. Dado lo anterior, aquellas personas que logran adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige, podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida.³

Los señalamientos anteriores implican que el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones requiere la realización de esfuerzos encaminados a garantizar el cumplimiento de las mismas.³

Los pacientes que abandonan el tratamiento no consiguen los resultados terapéuticos esperados, lo que se traduce en un aumento de la probabilidad de recaída y un nuevo uso de los servicios de salud mental con el consiguiente aumento de los costos salud pública. Por eso es necesario conocer más los factores que influyen para que los pacientes presenten incumplimiento terapéutico y complicaciones futuras en su salud.

Por lo que abordaremos algo de una planificación adecuada del alta, entendida como el desarrollo de un plan individualizado para el paciente antes de su salida del hospital, tiene el propósito de disminuir los costos y mejorar los resultados de los pacientes.

Los párrafos anteriores sirven para enfatizar que uno de los factores que afectan la calidad de vida de las personas con enfermedad mental de larga evolución es el incumplimiento terapéutico, es por eso que profundizaremos sobre este tema apoyándonos en diversas fuentes bibliográficas, teniendo como una de las más importantes el proceso de cuidado enfermero dado que constituye la herramienta central para el cuidado específico de enfermería, incorporando para este trabajo la triple taxonomía NANDA, NIC, NOC, ya que permite establecer planes integrados y extendidos que ayudan a sistematizar el cuidado brindado, no solo al individuo sino también a su familia y comunidad.

II. OBJETIVOS

2.1 General

Fundamentar el diagnóstico de enfermería de incumplimiento terapéutico en personas con trastorno mental y proponer un plan de alta en un hospital psiquiátrico.

2.2 Específicos

- a) Describir los factores de riesgo que contribuyen en el paciente con trastorno mental al incumplimiento terapéutico.
- b) Describir el proceso de enfermería como apoyo en los cuidados específicos para llevar a cabo el cumplimiento terapéutico.
- c) Mencionar las intervenciones de enfermería que tiene en un plan de alta en el cumplimiento terapéutico.

III.JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS define a salud mental como un estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y puede hacer una contribución a su comunidad.¹ Esa dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud de la OMS que figura en su constitución: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de o enfermedad".¹

La propia OMS en el plan de acción sobre salud mental 2013-2020, señala que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.¹

La OMS afirma también que la exposición a las adversidades en edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales. Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental.¹

Franch y colaboradores refieren que la falta de adherencia terapéutica imposibilita el establecimiento de un tratamiento eficaz, origina una evolución desfavorable de la enfermedad con mayor número de recaídas, rehospitalizaciones promoviendo así una peor calidad de vida y del funcionamiento global del paciente. Los autores señalan también que el concepto de cumplimiento terapéutico es amplio y no se limita únicamente a seguir determinadas indicaciones de pautas posológicas, sino que implica otros aspectos higiénico-sanitarios, como pueden ser el seguir correctamente

una dieta, realizar ejercicio regularmente, no fumar, no tomar o al menos no abusar del alcohol u otros tóxicos. ⁴

En México el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente realizó un estudio exploratorio en la consulta externa con pacientes que dejaron de asistir. El estudio reveló que la frecuencia de deserción en un periodo de tres meses en 1993 fue de 7% y las causas aparentes del abandono incluyeron: 1) falta de recursos para comprar el medicamento (15%); 2) asistencia a consulta médica en otro sitio (12%); y 3) no observar ninguna mejoría a corto plazo (11%). El diagnóstico que prevalecía en esos pacientes era relacionado con los trastornos afectivos. El estudio concluyó que las causas de deserción estaban relacionadas con el paciente mismo y no con la calidad de la atención que otorga el Instituto. ⁵

En San Luis Potosí, en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña durante el año de 2016 se ingresaron 698 pacientes con una enfermedad mental de estos 572 acudieron por atención médica por primera vez, y 126 por reingresos por incumplimiento terapéutico. Según los registros hospitalarios de la institución, no se cuenta con datos específicos de cuál es el factor que prevalece más en las recaídas que requieren hospitalización de estos pacientes con diagnósticos de esquizofrenia, y estados afectivos.

De acuerdo con la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), el diagnóstico de incumplimiento terapéutico se define como una conducta, (de una persona y/o un cuidador), que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona, familia y/o comunidad y un profesional sanitario.⁶

El incumplimiento terapéutico está asociado a un incremento en el número de recaídas y contribuye al fenómeno de la puerta giratoria que se caracteriza por un deterioro continuo. Una estrategia fundamental para intentar disminuir estos reingresos y la pérdida de las funciones que ello representa, es el fortalecimiento de la comprensión de la importancia de la

adherencia terapéutica, por esta razón resulta indispensable establecer planes de alta que respondan a las necesidades del paciente en su retorno al hogar.⁷ De acuerdo con López Tixtha, el plan de alta es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados a todos los niveles asistenciales, integrando al paciente y/o el cuidador como el eje principal del mismo.⁸

IV. METODOLOGIA

Se realizó una investigación documental de marzo de 2017 – abril 2018 sobre el incumplimiento terapéutico del paciente con trastorno mental, y la importancia del proceso cuidado enfermero para llevar a cabo las actividades de enfermería sobre este diagnóstico.

La información relacionada con los factores de riesgo que ocasionan incumplimiento terapéutico en las personas con trastornos mentales fue obtenida de libros especializados en el área tanto en versión física como electrónica, artículos de revista, así como documentación oficial que fue seleccionada de un periodo de 10 años (2008-2018).

Los descriptores usados para localizar la información electrónica fueron incumplimiento terapéutico, trastorno mental, enfermería psiquiátrica.

Una vez localizada la literatura se buscó información sobre los factores que contribuyen a que se presente abandono del tratamiento. Posteriormente se trabajó en la valoración de un paciente para generar un caso clínico del que se muestra la valoración focalizada en los patrones que presentaron afectación, enfatizando en aquellos datos que con mayor frecuencia se encuentran alterados en estos pacientes.

Con la asesoría de la Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez, quien elaboró la propuesta y la mascarilla para mostrar la integración de la triple taxonomía que integra los elementos del diagnóstico, los resultados y la actuación de Enfermería se creó el plan de cuidados.

V. MARCO TEÓRICO

Guillermo Calderón (2005), menciona en su trabajo sobre las enfermedades mentales en México, que, durante siglos, predominantemente en Europa, los enfermos mentales eran encadenados, exhibidos en jaulas o incinerados porque se les consideraba embrujados. No obstante, refiere que, en México, concretamente en la época prehispánica, hay testimonios fidedignos en el sentido de que los antiguos mexicanos ya identificaban diversas patologías, como la depresión y la epilepsia, entre otras.⁹

El mismo texto de Calderón refiere que al iniciarse la época colonial otro personaje, llamado fray Bernardino Álvarez, fundó el Hospital de San Hipólito, donde se atendía a enfermos mentales varones, el primero de su tipo en América y el quinto a nivel mundial. Años después, comenta que José Sáyago (carpintero), gestionó y logró que se construyera otro hospital, semejante al primero, pero dedicado a las mujeres en la misma situación, y así fue como nació el Hospital del Divino Salvador.⁹

Así mismo Calderón refiere que en el siglo XIX, al inicio de la Revolución, el general Porfirio Díaz mandó construir el Manicomio General de México, denominado por el pueblo como “Hospital de La Castañeda”, por estar ubicado en los terrenos de una hacienda que tenía ese nombre. Esta institución fue considerada en su momento un verdadero modelo de hospital de la especialidad que a mediados de la década de los cincuentas fue sustituido por seis hospitales ampliados y remodelados.⁹

No obstante, los avances científicos, la atención de las personas con enfermedad mental sigue enfrentando dificultades para la detección, el tratamiento y la canalización a servicios especializados. Además. A lo anterior se suma el importante estigma social que limita la búsqueda de atención y que potencia la frecuente aparición de recaídas.

De acuerdo a la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, en el año 2003 los trastornos neuropsiquiátricos ocuparon el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad y se preveía que el índice de enfermos incrementara debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores.¹⁰

La morbilidad prevista sobre las enfermedades mentales es alta incluso sin considerar el infra diagnóstico que se produce porque la población no solicita la ayuda que está disponible. Junto con razones derivadas del miedo al estigma o del desconocimiento de los beneficios de la atención médico-psiquiátrica y psicosocial están las diferencias en las necesidades sentidas por la población y el tipo de oferta que ofrecen los servicios de salud ya que mientras la población tiene una definición basada en problemas (laborales, con los hijos o la pareja, enfermedades o muertes en la familia, económicos, etc.), los servicios ofrecen atención basada en diagnósticos psiquiátricos.¹⁰

Las insuficiencias respecto a la oferta de los servicios de salud mental y las necesidades de atención de la población son recogidas por el atlas mundial de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en su edición 2014 señala que, a nivel mundial, el promedio de trabajadores de salud mental es de 10 por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, existen diferencias que van desde menos de 1 por cada 100.000 habitantes en países de ingresos bajos a más de 50 en países de ingresos altos.¹¹

La importancia de contar con personal capacitado es señalada en el mismo atlas de la OMS en el que se señala que poco más del 2% de los médicos y el 1.8% de las enfermeras y parteras recibieron al menos dos días de capacitación en salud mental en los dos años previos y que en los países de bajos ingresos la proporción de enfermeras y parteras con esta capacitación era aún mayor alcanzando hasta 6.7%. La importancia de las enfermeras

como participantes en la atención a la salud mental es reforzada por el mismo informe que señala que es este personal quien predominantemente constituye este sector ya que alcanza entre el 40 y 60% del total.¹¹

Un informe más específico es el atlas nurses in mental health publicado por la OMS en colaboración con el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Este informe recoge datos de 167 países y señala entre sus principales conclusiones la necesidad de reconocer a las enfermeras como recursos humanos esenciales para la salud mental e involucrarlas en el desarrollo de políticas, planes y programas, así como expandir sus funciones hacia la realización de evaluaciones clínicas, seguimiento psicosocial e intervenciones farmacológicas.¹²

Además de lo anterior, se añade la necesidad de asegurarse de que un número adecuado de enfermeras capacitadas están disponibles para proporcionar atención de salud mental y para ello se propone reforzar los planes curriculares de grado y pos grado con un componente de salud mental.¹²

Estudios como el de Xu y colaboradores señalan que las enfermeras brindan atención básica de enfermería psiquiátrica que incluye capacitación en habilidades sociales, habilidades para vivir, educación con respecto a la enfermedad, identificación de los síntomas para prevención de la recaída, manejo de agresión, entrenamiento de relajación y utilización de recursos de la comunidad.¹³

La participación de enfermería en la atención de los trastornos mentales se fortaleció con la definición de elementos que integran el metaparadigma enfermero tales como cuidado, persona, contexto y enfermería. Estos elementos están contenidos en los modelos y teorías de la enfermería que pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica enfermera.¹⁴

Algunas teorías y modelos que abordan ese metaparadigma son el modelo de necesidades humanas, la teoría psicodinámica de Peplau, la Teoría de enfermería humanística de Paterson y Zderad o el modelo de Joyce Travelbee. Con distintos matices estos modelos y teorías señalan la necesidad de comprender la situación que vive la persona, familia o grupo y a partir de esa comprensión establecer una relación de ayuda.¹⁴

Modelos particulares como el del autocuidado de Dorothea Orem enfatizan en la importancia de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano.¹⁴

Ese funcionamiento se produce desde la perspectiva de la teoría de la creencia racional cuando el paciente posee la información apropiada acerca de los riesgos de su salud y de los beneficios y consecuencias de su comportamiento se produce una modificación de sus acciones para preservar su salud. Esta teoría identifica cuatro dimensiones básicas como bases del comportamiento: 1) Probabilidad percibida de la amenaza, 2) Severidad percibida, que incluye una evaluación de las consecuencias sociales y de salud, 3) Beneficios percibidos o eficacia de un comportamiento particular de salud y 4) Barreras percibidas o impedimentos para conseguir dicho comportamiento. Dado lo anterior, el no cumplimiento resulta del conocimiento insuficiente de los beneficios y el riesgo que conlleva no adherirse a las recomendaciones prescritas.¹⁵

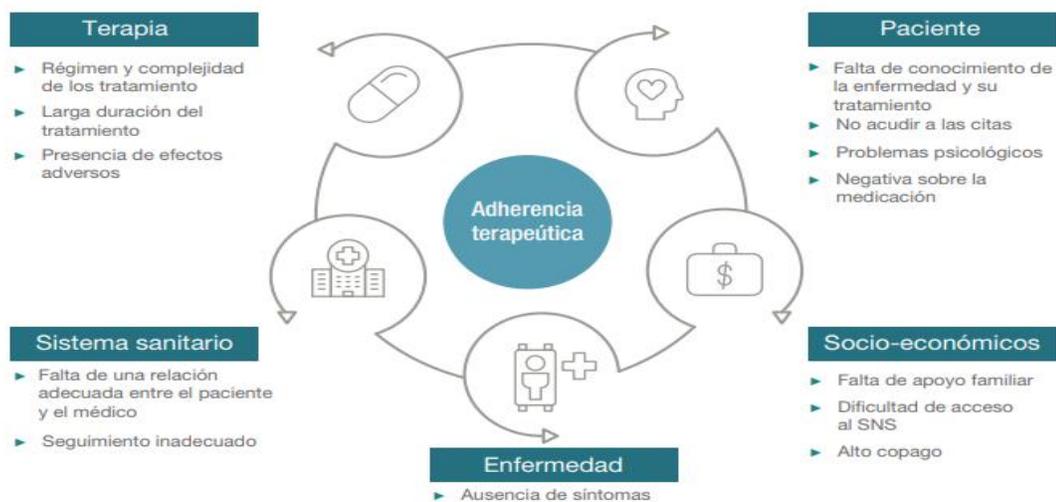
El cumplimiento terapéutico implica una serie de tareas que requieren: saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer. Como señala Martín Alfonso, lo anterior implica a) Aceptación convenida del tratamiento con el médico con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantice el cumplimiento; b) Cumplimiento del tratamiento en la medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta; c) Participación activa en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento y d)

Participación en las acciones para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.¹⁶

La Organización Mundial de la Salud en su publicación de 2003 *Adherence to long-term therapies: Evidence for action* modifica la definición que se había circunscrito a la relación médico-paciente y la extiende a proveedor de atención, refiriéndose con ello a médico, enfermera u otro profesional de la salud. La OMS abunda además en que esta relación tiene como eje central la calidad como una cuestión importante para la adherencia al tratamiento que no es solo a los fármacos sino a cuestiones más amplias que pueden incluir seguir una dieta o los cambios en el estilo de vida.¹⁷

En contrapartida a lo anterior, la no adherencia terapéutica sería la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas de forma voluntaria o inadvertida que no solo están relacionados con los pacientes (sus recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones o las expectativas), sino también con factores sociales y económicos, del equipo de atención, de la propia terapia, o con las características propias de la enfermedad como se muestra en la figura 1.¹⁷

Figura 1 Factores más relevantes en la falta de adherencia terapéutica



Fuente: Plan de adherencia al tratamiento. Farmaindustria. Madrid, 2016¹⁸

5.1 Factores de riesgo relacionados con el paciente

Sajatovic y colaboradores han señalado que existen variables sociodemográficas tales como edad, género, estado civil, raza y nivel de educación que tienen mayor consistencia en la relación con la no adherencia en pacientes con trastornos afectivos que en pacientes con otros trastornos psiquiátricos.¹⁹ Así, por ejemplo, los pacientes con trastorno bipolar que tienen mayor riesgo de no adherencia son los más jóvenes, solteros, del género masculino y/o con menor nivel educativo.²⁰

La motivación del paciente se ha relacionado con severidad de los síntomas psiquiátricos que, a su vez, influyen en el funcionamiento cognitivo, insight, orientación futura y confianza, experiencias previas con la medicación, especialmente la psiquiátrica, antecedentes personales de enfermedad mental, creencias personales – creencias sobre la salud/enfermedad, aceptación de la enfermedad, comprensión de la enfermedad, aspectos relacionados con la medicación, necesidad percibida de la medicación, eficacia percibida de la medicación, aspectos sobre el estigma, objetivos del tratamiento y personalidad.²¹

5.2 Factores psicológicos

El motivo más común es la escasa conciencia de enfermedad, entendida más como un síntoma del propio trastorno que como una “negación” de la enfermedad por parte del paciente, un pobre insight y una baja adherencia al tratamiento son características comunes a las personas con esquizofrenia, que además están relacionados con peores resultados, un pobre insight está asociado con bajo cumplimiento de la medicación y adherencia al tratamiento, la falta de insight puede conducir a un escaso cumplimiento debido a que las personas no son conscientes de su propio estado y de que éste podría, además, ser correctamente tratado, por tanto, interrumpen el tratamiento.²¹

5.3 Factores relacionados con la medicación

Los pacientes refieren efectos adversos del tratamiento como causa importante para su incumplimiento, así como que las creencias del paciente sobre la medicación son la variable más potente relacionada con el cumplimiento, puede creerse que la medicación es adictiva y se acumula en el cuerpo pudiendo producir efectos a largo plazo.²¹

El control sobre la medicación y la observación de la actitud del paciente cuando toma el medicamento indica en cierta medida el grado de “aceptación” sobre el tratamiento, que influirá en su adherencia al tratamiento una vez que el paciente sea dado de alta. No obstante, lo señalado, el cumplimiento con el consumo también se relaciona con los efectos secundarios reales o imaginarios que producen estos medicamentos tales como mal sabor, necesidad de modificación en los hábitos del paciente (no poder tomar alcohol, sequedad de boca, mareo leve, acatisia o estreñimiento que para el paciente puede ser lo suficiente molesto como para no querer el tratamiento.²¹

5.4 Los factores paciente-enfermera

La relación paciente/enfermera que compone un sistema interpersonal es muy importante en el tratamiento de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento, dado que cuando esta es óptima, los pacientes adoptan una actitud diferente ante los tratamientos terapéuticos y por ello es un factor importante que normalmente no es tenido demasiado en cuenta en la evaluación del cuidado.²¹

La adherencia terapéutica mejora en relación con la confianza transmitida, así como con la demostración de un cuidado. Asimismo, influyen otros factores personales, como el ser vistos como atentos, amigables, accesibles, interesados en su bienestar y en cuáles son sus preocupaciones y lo que implica en esta relación la comunicación no verbal, el contacto ocular, la

sonrisa, la adopción de posturas abiertas, gestos, actitudes, entonación, entre otros, explican que esta relación/comunicación fluya en ambos sentidos y produzca cambios, tanto en el conocimiento como en la actitud o en la conducta del receptor, esta información debe ser suministrada de una forma fácil para el enfermo y ha de ser de interés para el paciente, quien ha de estar preparado para poder asimilarla y comprender que recibirá más ventajas que inconvenientes.²¹

5.5 Factores sociales y del entorno

La calidad de la alianza terapéutica es un factor básico en la adherencia, personal de salud y pacientes desarrollan una relación que está basada en la comunicación e incluye información, afecto y aprendizaje social, la alianza terapéutica es importante para el éxito tanto en los tratamientos psicofarmacológicos como psicoterapéuticos para que sea óptima debe basarse en la confianza mutua, respeto, honestidad, sinceridad y sentirse cómodos con la relación por parte de ambos, todo lo cual, evidentemente, lleva tiempo, pacientes con baja adherencia, frecuentemente, provocan respuestas de contratransferencia negativa en los profesionales y provocar rechazo o actitudes defensivas en estos, pueden llegar a argumentar que el paciente es “resistente” o que “no quiere mejorar”.²¹

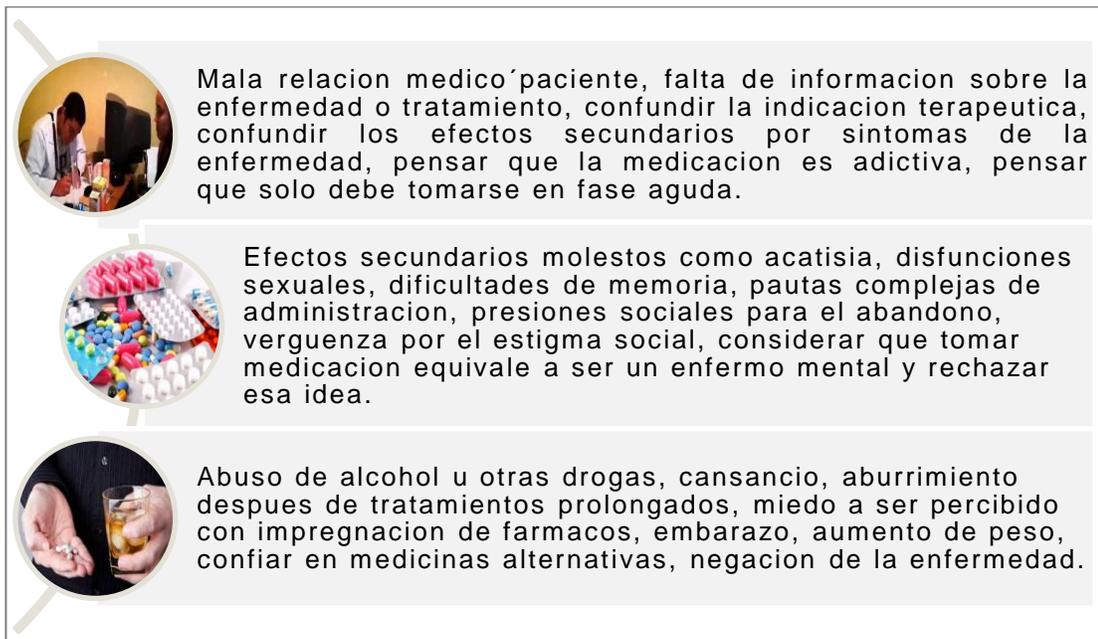
Estas respuestas son contraproducentes y sólo sirven para erosionar la alianza terapéutica, en este sentido, el incumplimiento podría contemplarse como un fracaso de la relación más que como un fracaso del paciente.

Franch y colaboradores, mencionan otros factores relacionados al incumplimiento en el paciente con trastorno mental, señalan que existen más de 200 variables relacionadas con la adherencia, entre las que se encuentran: factores asociados a índices bajos de medicamentos debido a diagnóstico psiquiátrico, complejidad, duración, cantidad de cambio derivado del régimen o programa terapéutico, inadecuada supervisión por parte de los profesionales, insatisfacción del paciente, creencias e inestabilidad familiar.⁴

Otros autores refieren que el incumplimiento puede ocasionar: molestias o efectos secundarios propios del tratamiento, un costo elevado, decisiones basadas en juicios de valores personales, creencias religiosas, culturales, alteración en rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento ineficaz, entre otras.²²

Salinas y Nava mencionan que los enfermos con padecimientos crónicos siempre recaen por conflictos al interior de su familia; por circunstancias socioeconómicas que impiden acceder al elevado costo de los medicamentos, o bien, por rechazo al medicamento. Estas circunstancias implican que los pacientes no sigan las instrucciones del personal de salud, lo cual los lleva a recaer en su padecimiento.²³

R. Cirici – en la Revista de Psiquiatría refiere también algunas variables en el incumplimiento como²⁴:



Mala relación médico-paciente, falta de información sobre la enfermedad o tratamiento, confundir la indicación terapéutica, confundir los efectos secundarios por síntomas de la enfermedad, pensar que la medicación es adictiva, pensar que solo debe tomarse en fase aguda.

Efectos secundarios molestos como acatisia, disfunciones sexuales, dificultades de memoria, pautas complejas de administración, presiones sociales para el abandono, vergüenza por el estigma social, considerar que tomar medicación equivale a ser un enfermo mental y rechazar esa idea.

Abuso de alcohol u otras drogas, cansancio, aburrimiento después de tratamientos prolongados, miedo a ser percibido con impregnación de fármacos, embarazo, aumento de peso, confiar en medicinas alternativas, negación de la enfermedad.

Cirici remarca la crucial importancia de la información que se ofrezca a los pacientes incluya conocimientos sobre la enfermedad e información, tanto de los beneficios como de los inconvenientes, de la toma de la medicación. Muchos profesionales, cuando se encuentran en la situación de ofrecer

información sobre la enfermedad, tienen grandes dificultades para hacerlo y comunican el diagnóstico o el tratamiento sólo parcialmente. Ella menciona que así, se llega a la paradoja de intentar convencer a un enfermo que se tome una medicación sin decirle qué enfermedad sufre, refiere con el fin de no asustar a los pacientes, también es habitual que se obvien los posibles efectos perjudiciales de la medicación o incluso se recomiende explícitamente no leerse el prospecto.²⁴

Sánchez R., con otros colaboradores en Bogotá, plantean otro factor que aumenta el incumplimiento es la hospitalización temprana en psiquiatría, también llamada rehospitización a corto plazo o referida como pacientes de la puerta giratoria, se ha definido como aquella que se presenta dentro de los tres primeros meses después del egreso hospitalario. Se calcula que esta situación se presenta, aproximadamente, en una tercera parte de los pacientes con curso crónico de la enfermedad. Menciona que es importante considerar que los reingresos hospitalarios sean un indicador de la gravedad de la enfermedad y que este fenómeno se constituya en una variable intermediaria; sin embargo, no encontraron estudios que permitan dicho patrón de casualidad.²⁵

Por su parte, García señala que los pacientes con enfermedades mentales y sus familiares deben ser conscientes de la importancia del cumplimiento terapéutico, ya que la falta de conciencia de enfermedad empeora en gran medida la calidad de vida del paciente y de los que los rodean. Además, el incumplimiento al tratamiento acarrea consecuencias graves, como el incremento en el número de ingresos hospitalarios, recaídas, un aumento de la tasa de suicidios un alto grado de deterioro y un empeoramiento de la evolución general del estado de salud y del pronóstico de la enfermedad.²⁶

Es importante describir el involucramiento de la familia cumplimiento terapéutico como lo refieren Petrakis y Laxton quienes destacan la importancia de la intervención temprana con los miembros de la familia

durante la psicosis del primer episodio dado que además de los desafíos presentados por el paciente es importante considerar las demandas de los miembros de la familia ya que el estrés experimentado afecta el físico, lo social y emocional, el bienestar de estos cuidadores, que a menudo contribuyen a la enfermedad mental o física la salud para los propios cuidadores a largo plazo.²⁷

Los mismos autores señalan que la falta de intervención con las familias ha sido asociada con experimentar varios factores estresantes emocionales, incluido el estigma, temores con respecto al futuro de la persona que ellos apoyan, una sensación de pérdida en la relación que tienen con su familiar, y sentimientos de dolor y culpa. Además, los síntomas y conductas desafiantes que el paciente a su familia puede dar lugar a una gran variedad de reacciones en los miembros de la familia incluyendo ansiedad profunda.²⁷

5.6 Rol de enfermería en el cumplimiento terapéutico

Las enfermeras otorgan gran importancia al problema del incumplimiento farmacológico, dedicándole tiempo y esfuerzos. Las dificultades que perciben son: el deficiente registro de los apartados de la receta, la escasa revalidación de la prescripción por los médicos; la ausencia de protocolos de registro de la actividad, y la insuficiente formación en farmacología por parte de las enfermeras. Esas dificultades restan efectividad a las intervenciones que realizan. Se necesita formación para un mejor manejo de este problema y la participación de los profesionales, pacientes y familiares para poner en práctica estrategias que optimicen los resultados.²⁸

5.7 Proceso enfermero

El proceso de cuidado enfermero (PCE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. Es uno de los más

importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran.²⁹

Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.

5.8 Valoración

El primer paso del proceso de cuidado es la valoración que consiste en recolectar la información sobre el enfermo y su estado de salud, así como de la familia y comunidad. Existen muchas formas y metodologías para realizar esta recogida de datos, una de las más conocidas es la conocida como patrones funcionales. El concepto de patrón funcional de salud puede definirse como un constructo teórico que sirve para describir un estado de salud. Los patrones funcionales de salud describen una serie de 11 áreas relativas a la salud y tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad, (ver tabla 1).³⁰

Tabla 1 Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

PATRÓN	Características
1.-PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD	Conducta indicativa de falta de adhesión, no asistencia a las visitas concertadas, Incapacidad para asumir la responsabilidad de realizar prácticas básicas de salud
2.-NUTRICIONAL METABÓLICO	No llevan la dieta indicada, hay ingesta de bebidas alcohólicas, existe sobrepeso, náusea, alteraciones en los niveles de glicemia, mucosas orales deshidratadas.
3.-ELIMINACION	Dificultad para evacuar
4.-ACTIVIDAD-EJERCICIO	Adinamia, alteraciones en su presión arterial, cambios en la marcha, inestabilidad postural al realizar actividades comunes.
5.-SUEÑO-REPOSO	Puede haber insomnio, hipersomnía, enlentecimiento en la reacción.
6.- COGNITIVO-PERCEPTIVO	Falta de progresos, alteraciones en la memoria, alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias, gustativas, Desorientación en tiempo, espacio y persona, dificultad para expresar los pensamientos verbalmente, pronunciación poca clara, dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual, negativa para hablar de forma voluntaria.
7.-AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO	Conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud inconformidad con su imagen corporal,
8.-ROL-RELACIONES	Aislacionismo social, ausencia en el rol, apoyo social insuficiente
9.-SEXUALIDAD-REPRODUCCION	Disminución del deseo sexual
10.- AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA DEL ESTRÉS	Desarrollo de complicaciones relacionadas, exacerbación de los síntomas, ansiedad, estrategias de afrontamiento ineficaz
11.-VALORES Y CREENCIAS	Existen ideas místicas religiosas,

Para el trabajo de la presente tesina se decidió trabajar con una valoración en formato de caso clínico que se presenta a continuación:

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

NOMBRE: J.B.M.M. EDAD: 37 años SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL: Soltero OCUPACION: Inactivo

ALERGIAS: Ninguna FECHA DE INGRESO: 15/02/2018

SOMATOMETRIA Y SIGNOS VITALES

PESO INGRESO: 54,1 kg PESO AL 04/04/2018: 62 kg TALLA: 1.57 mts.

IMC: 25.2 GLICEMIA. 70mg/dl T/A 120/60 FC: 82x' FR: 18x'
T° 36.0 °C

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que egreso en el mes de enero del año en curso y reingresa dos semanas después por recaída. En el hogar se refiere con sintomatología psicótica, hipomanía, irritabilidad, negativa a la toma de medicamentos, insomnio total, consumo de alcohol, hiporexia, vagabundeo y abandono temporal del hogar durante más de una semana regresando al domicilio en muy malas condiciones generales, por lo que es llevado a valoración por su madre.

APARIENCIA GENERAL

Paciente masculino con edad aparentemente igual a la real, tez morena, estatura media, complexión delgada, integro, con tatuajes en ambos brazos y uno en antebrazo izquierdo, higiene y aliño adecuado, actitud cooperadora para la entrevista.

VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES

1.- Percepción y manejo de la salud

Paciente con aceptación de su enfermedad, pero sin consciencia de la misma, desde los 20 años con consumo de sustancias con patrón de

dependencia, con alcoholismo positivo de 1-2 cervezas diarias, tabaquismo de 10 cigarrillos al día en promedio, más el uso de cannabis y cocaína.

Niega ser hipertenso o diabético y cursar con epilepsia de más de 10 años de evolución. Cuenta con madre aparentemente sana y padre fallecido, hermano con consumo de alcohol en patrón de abuso, primo materno con retraso mental, primo materno con depresión. Refiere aceptación del tratamiento farmacológico, pero dificultades para su adquisición: **“Si me tomo mis pastillas cuando las tengo, pero luego se me acaban las que me dan en el centro de salud, y a veces no hay dinero para comprarlas las que faltan”**.

6.- Cognitivo-perceptual

Se encuentra consiente, orientado en tiempo, lugar y persona, parcialmente en circunstancia. Sin alteraciones en la memoria anterógrada y retrograda, su atención es central, lenguaje normal en velocidad y contenido, coherente y congruente. Acepta alteraciones sensoriales auditivas y visuales en los momentos de recaída, **“veo sombras de hombres, mujeres y niños oigo que me hablan, pero no les entiendo y me provocan miedo”**. Se observa con ligera ansiedad y acaticia. En su estado afectivo se encuentra eutímico.

7.- Autopercepcion-autoconcepto

Expresa ideas de desesperanza por la soledad que vive manifestando: **“me gustaría tener una pareja, pienso que así no recaería muy seguido por que ella estaría conmigo apoyándome porque vivo con mi mamá, pero no es lo mismo”**.

10.- Tolerancia al estrés

La mayor parte del tiempo se siente desmotivado, encerrado en la casa, ***“solo salgo a la huerta a caminar y a fumar con los amigos”***.

5.9 Diagnóstico enfermero

Para la NANDA, el diagnóstico de enfermería es un “juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud o procesos de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la elección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por lo que es responsable”. Se trata entonces de la identificación de un problema de salud, susceptible de prevenirse, mejorarse o resolverse con el cuidado de enfermería.⁶

Para el trabajo de la presente tesina se decidió trabajar con la etiqueta incumplimiento que se muestra en la tabla 2 en la cual también se muestra el diagnóstico derivado de la valoración planteada en el apartado anterior.

Tabla 1 Elementos del Diagnóstico de Enfermería para la etiqueta incumplimiento

DIAGNOSTICO	CÓDIGO NANDA 00079	ETIQUETA INCUMPLIMIENTO	Conducta de una persona y/o cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o comunidad) y un profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es total o parcialmente de no adherencia y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente ineficaces
	DOMINIO 1	PROMOCIÓN DE LA SALUD	Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias utilizadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función
	CLASE 2	GESTIÓN DE LA SALUD	Identificación, control, relación e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar
	DIAGNOSTICO	<i>Incumplimiento r/c creencias de salud incongruentes con el plan de tratamiento m/p conducta indicativa de falta de adhesión, desarrollo de complicaciones, falta de progreso</i>	

Para fundamentar este diagnóstico nos basaremos en las dimensiones de que consta el Modelo de Creencias de Salud, la susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermarse, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro de contraer una enfermedad. La dimensión susceptibilidad se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo.³¹

Aunque la aceptación de la susceptibilidad personal respecto a una enfermedad, que, además, se percibe como grave, se consideran en este modelo como capaces de desencadenar por sí mismas conducta de salud, no definen por sí solas el curso particular que dicha conducta puede tomar el curso de acción específico dependería, entonces, de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como la dimensión de los beneficios percibidos, asustado y se sienta amenazado por un trastorno de salud concreto, no seguirá las recomendaciones de su médico al menos que las perciba como eficaces para enfrentar ese trastorno, asumiendo que las creencias del sujeto respecto a los cursos de acción de que dispone están influidas por las normas e incluso presiones del grupo social al que pertenece.³¹

De acuerdo a Moreno, lo anterior permite que se les clarifiquen las ideas a los pacientes para favorecer un cumplimiento terapéutico y citando a Ausbel, señala que el aprendizaje significativo ocurre cuando una nueva información "se conecta" con un concepto relevante preexistente en la estructura cognitiva. Lo anterior implica que, las nuevas ideas, conceptos y proposiciones pueden ser aprendidos significativamente en la medida en que otras ideas, conceptos o proposiciones relevantes estén adecuadamente claras y disponibles en la estructura cognitiva del individuo y que funcionen como un punto de "anclaje" a las primeras.³¹

Así pues, la característica más importante del aprendizaje significativo es que, produce una interacción entre los conocimientos más relevantes de la estructura cognitiva y las nuevas informaciones (no es una simple asociación), de tal modo que éstas adquieren un significado y son integradas a la estructura cognitiva de manera no arbitraria y sustancial, favoreciendo la diferenciación, evolución y estabilidad de los subsensores pre-existentes y consecuentemente de toda la estructura cognitiva.³¹

5.10 Planeación

Es la tercera etapa del proceso que da inicio después de formular los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes. Durante esta etapa se elaboran planes de cuidados que integran: El problema de salud (diagnóstico de enfermería o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería independiente e interdependiente y evolución.⁶

En este caso el resultado propuesto corresponde a Conocimiento: fomento de la salud que se muestra en la tabla siguiente:

RESULTADOS	CODIGO NOC 1823	CONOCIMIENTO FOMENTO DE LA SALUD	DEFINICIÓN	Grado de conocimiento transmitido sobre la información necesaria para conseguir y mantener una salud óptima						
	DOMINIO: 4	CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD								
	CLASE: S	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD								
	CODIGO	INDICADOR		ESCALA DE EVALUACIÓN					PUNTUACIÓN DIANA	
				NINGUN CONOCIMIENTO 1	CONOCIMIENTO ESCASO 2	CONOCIMIENTO MODERADO 3	CONOCIMIENTO SUSTANCIAL 4	CONOCIMIENTO EXTENSO 5	MA	AA
	182308	Conductas que promuevan la salud		1					1	5
	182309	Estrategias para controlar al estrés		1					1	5
	182316	Control seguro de medicamentos		1					1	5
	182322	Efectos adversos sobre la salud del consumo de alcohol		1					1	5
	182324	Efectos adversos sobre la salud del consumo de drogas		1					1	5
PUNTUACIÓN GLOBAL								5	25	

Tabla 2 Elementos de los resultados esperados para el diagnóstico incumplimiento

5.11 Ejecución

Es la fase de las acciones en el proceso de enfermería. Durante esta etapa se identifica la respuesta del paciente y de la familia a las atenciones de enfermería. Se debe conceder prioridad a la ayuda que se presta al paciente para que adquiera independencia y confianza en atender sus propias necesidades. Las recomendaciones al salir del hospital son parte importante de las intervenciones de enfermería. Algunos individuos requieren de mayor información que otros y la respuesta a los diferentes métodos educativos es distinta. Es facultad de la enfermera (o) identificar las necesidades de cada persona y proporcionar la información adecuada para llenar estos vacíos de conocimientos significativos.⁶

Para este caso se eligieron dos actuaciones NIC, la primera de ellas aparece en la siguiente tabla:

Tabla 3 Elementos de la actuación 5606 a realizar para el diagnóstico incumplimiento

ACTUACIÓN	CODIGO NIC 5606	ENSEÑANZA INDIVIDUAL	DEFINICIÓN	Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente
	CAMPO: 3	CONDUCTUAL		Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilos de vida
	CLASE: S	EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES		Intervenciones para facilitar el aprendizaje
	ACTIVIDADES			
	1	Establecer una relación de confianza, (saludarlo de mano y por su nombre, utilizar un tono de voz medio, sonreír, hablar de manera clara y respetosa, brindar escucha activa, mostrar interés por su estado de salud, preguntar por su estado de ánimo, preguntar por su interacción con sus visitas familiares cuando las reciba, interacción con demás usuarios y con personal)		
2	Establecer la credibilidad del educador, (Dar información real, aclarar sus dudas que esté a nuestro alcance, satisfacer sus demandas en lo posible siempre que sean razonables, establecer coordinación con otros departamentos como trabajo social para aclarar algunas dudas, ayudarlo a establecer			

	metas reales, cumplir con los acuerdos que se realicen con el usuario)
3	Valorar el nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos del paciente, (Se pregunta sobre qué piensa de estar internado, si conoce su diagnóstico, evolución de la enfermedad, signos y síntomas de recaída, que motivos provocaron su hospitalización)
4	Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (se refuerza constantemente con el paciente a base de preguntas de que piensa de la información que se le brinda por parte del personal de salud para su autocuidado, se aclaran dudas, que plan de vida tiene para su egreso, se brinda orientación sobre grupos de apoyo, se orienta sobre REAP, coordinación interinstitucional, sobre otros recursos para la obtención de medicamentos, instituciones formales de apoyo para la rehabilitación de las adicciones como temazcalli, AA)
5	Determinar la motivación del paciente para asimilar la información específica (Se le recuerdan sus fortalezas, sus logros anteriores, el bienestar de estar en casa con sus seres queridos, el realizar actividades que le den satisfacción, se refuerza la autoestima, se le motiva a conocer sus habilidades, se le orienta sobre actividades ocupacionales que pueda realizar)
6	Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender (Se puede dar algún premio alcanzable como alguna manualidad recreativa que le guste a él, proporcionarle trípticos con información de la enfermedad, se le asiste y apoya en taller para conocer habilidades y se establece coordinación con talleres ocupacionales)
7	Reforzar la conducta cuando sea adecuada (Señalar sus logros por pequeños que sean). Corregir las malas interpretaciones de la información (Señalar la importancia de hábitos saludables para mantener una estabilidad de su enfermedad, por ejemplo, no mezclar bebidas alcohólicas o sustancias con su tratamiento psiquiátrico, explicarle los riesgos de esta actividad, aclarar dudas)
8	Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección.
9	Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad
10	Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
11	Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.
12	Describir las posibles complicaciones crónicas
13	Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

5.11.1 Fundamentación de la intervención 5606

Los programas de promoción y de educación para la salud, resultan imprescindibles para afrontar el desafío de la prevención de las enfermedades crónicas en poblaciones de riesgo y en aquellas acciones dirigidas a fortalecer a la población supuestamente sana para verificar, acrecentar y mejorar su estado de salud. Informan que una vez instalada la enfermedad, el seguimiento a largo plazo plantea un nuevo desafío, el cuidado clínico basado en un diagnóstico acertado y la selección de una terapia adecuada, cuyo desarrollo clínico está muy relacionado con los comportamientos y estilos de vida y que impone afrontar determinadas exigencias terapéuticas que descansan, fundamentalmente, en las decisiones que la persona asume ante su cuidado diario.^{32 26}

Los autores apuntan que, ante una enfermedad crónica, todo enfermo debe ser capaz de participar activa y responsablemente en su plan terapéutico, de adiestrarse para los ajustes necesarios según las diferentes situaciones de la vida diaria, además de saber identificar los signos de alarma que anuncian la posible aparición de una descompensación o situación aguda y actuar en consecuencia, lo cual implica otros desafíos que involucran a varios elementos y acciones del Sistema de Salud.

García y Suárez también señalan que desde el punto de vista del enfermo y sus allegados, la situación aguda de salud impone a la persona un suceso generalmente rápido, doloroso y molesto, una actitud pasiva y paciente; la presencia de una enfermedad crónica ocupa toda la vida y requiere de una persona activa y responsable ante su cuidado diario, capaz y formada más que informada sobre los requerimientos de su enfermedad y para ellos es necesario formar, convencer, motivar y fortalecer a las personas con enfermedades de larga duración para que participen activamente en su tratamiento.

26

La segunda actuación elegida para este caso se denomina Intervención de enfermería: Enseñanza: medicamentos prescritos y se muestra a continuación:

Tabla 4 Elementos de la actuación 5616 a realizar para el diagnóstico incumplimiento

ACTUACIÓN	CODIGO NIC 5616	ENSEÑANZA MEDICAMENTOS PRESCRITOS	DEFINICIÓN	Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observe sus efectos	
	CAMPO: 2	FISIOLÓGICO COMPLEJO	Cuidados que apoyan la regulación homeostática		
	CLASE: H	CONTROL DE FÁRMACOS.	Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos		
	ACTIVIDADES				
	1	Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos, (Informarle la forma de su presentación, color, tamaño en que viene el medicamento, según las variaciones que pueden existir según el laboratorio)			
	2	Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento (Se le explica la función de manera sencilla de cada medicamento y lo que hace en su cerebro, como es que lo ayuda)			
	3	Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento, (Se le orienta sobre la duración del medicamento en el cuerpo por lo que es necesario la siguiente dosis en el horario indicado para no perder la estabilidad el cerebro y evitar recaídas, se le orienta sobre la dosis de las tabletas, la importancia de establecer horarios fijos para la toma de los mismos para no olvidar tomarlos)			
	4	Revisar el conocimiento que el paciente tiene de cada medicamento, (se le pregunta si sabe que medicamento toma y por qué, dosis, horario, vía, efectos secundarios.)			
	5	Evaluar el conocimiento del paciente sobre los medicamentos (se le pregunta cuál es su tratamiento, su horario y dosis que debe tomar y para que le sirve cada uno)			
	6	Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación, (se orienta sobre una nueva hospitalización si es necesaria, mayor tiempo internado, el gasto económico que implica, las repercusiones sobre la salud, la resistencia que tiene los medicamentos en el organismo por la recaída, repercusiones en la familia)			
7	Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación, (no conducir si se siente con mucho sueño, no trabajar de noche si toma benzodiazepinas, no comer toronja por que acelera la eliminación del medicamento del organismo, no ingerir bebidas alcohólicas)				
8	Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento, (informarle que algunos medicamentos aumentan el apetito por lo tanto suben de peso, provocan sequedad de boca, aumento de la salivación, mareos, disminución de la presión arterial, temblor de manos instruir sobre actividades de apoyo para reducirlos, ej. Ejercicio)				

5.11.2 Fundamentación de la intervención 5616

Mariane da Silva piensa que los psicofármacos necesitan ser encarados como una de las posibilidades de tratamiento, que tendrán mayor éxito terapéutico si están asociados a la atención psicosocial, escucha idónea, actividades resocializadoras, religiosidad, entre otras formas de asistencia que contemplen la integralidad del ser humano.³²

El tratamiento farmacológico en salud mental es el uso de psicofármacos, que su función es alterar la actividad psíquica aliviando los síntomas de los trastornos psiquiátricos, sus efectos sufren influencias de diversos factores, como características individuales, estados patológicos y patrón de uso, menciona que este tipo de tratamiento tuvo su inicio al final de la década de los 50, con la introducción de los neurolépticos, que son psicofármacos inhibidores de las funciones psicomotoras que atenúan, también, los síntomas neuropsíquicos considerados psicóticos, tales como los delirios y alucinaciones³²

El descubrimiento de estos neurolépticos, en los años 50, no acabó, con el número de recaídas e ingresos, en lo que se refiere al tratamiento de las enfermedades mentales, impidiendo las esperanzas de beneficios permanentes y estables. Comenta que después de la mejora de la sintomatología, los pacientes tienden a hacer uso irregular de sus medicinas, llegando incluso a interrumpir su tratamiento, un posible factor para ese uso irregular es el tiempo de tratamiento.³²

De igual forma con el paso del tiempo, los pacientes pueden presentar un comportamiento desmotivado para el uso continuo y regular de la medicación. Este autor sugiere, una estrategia para mantener su uso es promover un cuidado habitual que acerque al paciente a su cumplimiento farmacológico, con la finalidad de reordenar sus capacidades psicosociales y sus potencialidades en el curso de la enfermedad, refiere que este motivo, de la rehabilitación psicosocial posee gran valía, pero para ello el tratamiento

psicosocial que tiene por objetivo ayudar a los pacientes y familiares, necesita estar en sintonía con el tratamiento psicofarmacológico.³²

Otras actividades que pueden incluirse abarcan las siguientes:

- 1.-Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento en su cerebro.
- 2.-Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento, en el organismo.
- 3.-Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento.
- 4.-Identificar el conocimiento y/o creencias del paciente sobre las medicaciones.
- 5.-Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación., la resistencia que puede presentarse en el organismo por las constantes recaídas.
- 6.-Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento, para disminuir la incertidumbre que tienen estos psicofármacos.
- 7.-Informar al paciente sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos, hay algunas frutas y líquidos que pueden aumentar o eliminar más rápido el medicamento.
- 8.-Proporcionar información sobre programas/organizaciones de ahorro de costes para obtener medicamentos.
- 9.-Instruir al paciente sobre cómo seguir las prescripciones.
- 10.-Proporcionar información escrita al paciente acerca de la acción, propósito, efectos secundarios, etc., del medicamento, (dar folletos).

La tercera actuación elegida para este caso se denomina Intervención de enfermería: Planificación para el alta y se muestra a continuación:

Tabla 6 Elementos de la actuación 7370 a realizar para el diagnóstico incumplimiento

ACTUACIÓN	CODIGO NIC 7370	PLANIFICACIÓN PARA EL ALTA	DEFINICIÓN	Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual
	Campo: 6	Sistema Sanitario		
	Clase: Y	Mediación del sistema sanitario		
	ACTIVIDADES			
	1.-Ayudar al paciente/familiar/allegados a prepararse para el alta.			
	2.-Ayudar al paciente/familiar/allegados en la planificación de los ambientes de apoyo necesarios para proveer los cuidados fuera del hospital.			
	3.-Comunicar al paciente los planes de alta.			
	4.-Desarrollar un plan que tenga en cuenta las necesidades de cuidado, sociales y económicas del paciente.			
	5.-Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.			
	6.-Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.			
7.-Observar si todo está listo para el alta.				
8.-Registrar los planes respecto del alta del paciente en la historia clínica. (ver anexo 1)				
9.-Determinar las capacidades del paciente para el alta.				

5.11.3 Fundamentación de la intervención 7370

Una planificación adecuada del alta, entendida como el desarrollo de un plan individualizado para el paciente antes de su salida del hospital, tiene el propósito de disminuir los costos y mejorar los resultados de los pacientes. La planificación del alta garantizará que los pacientes sean dados de alta del hospital en el momento oportuno de su atención y con el aviso previo adecuado, y también organizar el suministro de otros servicios. El objetivo de la planificación del alta es reducir la duración de la estancia hospitalaria y los reingresos no planificados al hospital, y mejorar la coordinación de los servicios después del alta. Una atención domiciliaria planificada desde la AP (atención primaria) y la AH (atención hospitalaria), reportan beneficios al paciente y al sistema. La atención integral del paciente requiere de una unificación de esfuerzos en la implantación de instrumentos que garanticen la continuidad de cuidados.³³

Sánchez y colaboradores mencionan que, según la Organización Mundial de la Salud, en los últimos años, se ha generado una alarma mundial por el incremento de la enfermedad crónica no trasmisible (ECNT), en especial, en los países en desarrollo. Estas enfermedades son complejas, que se prolongan en el tiempo y, por lo general, demandan apoyos de cuidado; quizá por ello, día a día se ha enfatizado más en la necesidad de ofertar a los pacientes un cuidado seguro, continuo e integral. El Plan de transición y de egreso hospitalario, restringido por algunos al plan de alta hospitalaria, es una expresión de este tipo de cuidado que adquiere relevancia en este contexto y, en particular, cuando en los sistemas de salud, a nivel mundial, el incremento del costo institucional presiona el paso de servicios de mayor a menor complejidad y de la institución al hogar, sin que exista la preparación adecuada para asumir esta responsabilidad de cuidado.²⁵

Vargas Z. Fernández R., refieren que los programas de alta hospitalaria, están conformadas por una serie de estrategias desarrolladas por los y las

profesionales de enfermería, que tienen como propósito principal brindar herramientas a las personas y sus familias a cerca de los cuidados en el hogar asociados a su problema de salud.³⁴

Se tendrá que hacer una valoración de las necesidades actuales y potenciales del paciente, desde el ingreso a los servicios hasta su egreso, para realizar la programación de las intervenciones con el paciente, familia y las coordinaciones con otros profesionales de apoyo. Evaluar la complejidad del egreso, para determinar si asume su orientación en forma integral, y así delegar los de menor complejidad al personal de enfermería de apoyo, Identificar en la familia al cuidador principal para realizar con él o ella capacitación, y entregar el programa a los familiares o cuidadores para que se presenten a recibir la instrucción, cuando el paciente sea adulto mayor, menor de edad o no se encuentra en condición para realizarse su auto cuidado, tramitar la entrega del material de apoyo con los diferentes departamentos, de acuerdo con las necesidades.³⁴

Otros autores enfatizan que estudios previos han demostrado que las planificaciones del alta hospitalaria en los usuarios con esquizofrenia reducen las tasas de rehospitalización y mejoran su adherencia a la medicación. Existe evidencia que sugiere que sea una enfermera quien dirija, el proceso de descarga puede producir mejores resultados, como tasas de reingreso reducidas.³⁵

Nava Galán, comenta que el PA es una herramienta útil en el proceso de transmisión de la responsabilidad del cuidado a familiar y cuidador primario, así como para otros profesionales de salud; el profesional de enfermería considera que en él se implementa el proceso enfermero a través de la valoración de necesidades, diagnósticos oportunos, plan de cuidados específicos y personalizados, sobre todo especializados, éstos son ejecutados y evaluados de manera decidida durante la hospitalización y brindan constancia del cuidado en el hogar.³⁶

La responsabilidad del profesional de enfermería es proporcionar capacitación, generar confianza y seguridad al cuidador primario de acuerdo con el diagnóstico y requerimientos de cada enfermo; de esta manera se favorece la calidad del cuidado.³⁶

El PA consiste en una serie de recomendaciones que se le dan al paciente en forma oral y escrita, de tal manera que sean comprendidas a cabalidad una vez que el médico ha notificado el alta y se han llevado a cabo los trámites previos a ésta. Cabe destacar que las indicaciones, tanto orales como escritas, deben ser comprensibles y claras por parte del profesional de enfermería, verificando siempre la forma como el mensaje ha sido captado por el enfermo y su familiar o cuidador.³⁶

Pinzón propone que para facilitar su memorización y no pasar por alto algún aspecto básico, se utilice la siguiente nemotecnia: CUIDARME, que hace alusión al objeto de estudio de la profesión, es decir, el “cuidado”, pero también a la responsabilidad que tenemos todas las personas frente a nuestra salud. Esta nemotecnia corresponde a: Comunicación, Urgente, Información, Dieta, Ambiente, Recreación y uso del tiempo libre, Medicamentos y tratamientos, Espiritualidad.³⁶

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado “Nueve soluciones para la seguridad del paciente”, a fin de ayudar a reducir daños relacionados con la atención sanitaria en todo el mundo. Las soluciones han sido formuladas sobre la seguridad del paciente. Cada uno de estos aspectos resalta la necesidad de adaptarlos a cada persona en particular, teniendo en cuenta sus características y necesidades, de tal manera que se proporcione un cuidado individualizado e integral.³⁶

Comunicación efectiva: Actualmente es una meta internacional propuesta para identificar a la persona a la cual se atiende en la institución; el equipo de salud debe acudir al enfermo cuando presente molestias o cuando se requiera, para evitar complicaciones, y con su familia para solicitar

colaboración; ésta es una red de apoyo fundamental para la aplicación del plan de alta.³⁶

Urgente: Informar acerca de los signos de alerta que indican un deterioro de salud del paciente o de una recaída, datos que la persona enferma debe conocer, así como las acciones que debe tomar.³⁶

Información: El médico tratante es quien la proporciona al enfermo y su familia, la información es sobre tratamiento y pronóstico; el profesional de enfermería informa al paciente sobre los cuidados que se van a realizar para favorecer su autonomía, respeto y trato digno; tiene prohibido hacer, pronósticos o evaluaciones con relación a los diagnósticos o tratamientos; enfermería informa sobre las intervenciones, es quien aclara las dudas que tenga la persona respecto a los cuidados, e indaga si requiere alguna otra información sobre su estado clínico; debido a la cercanía, se encarga de identificar oportunamente necesidades o vacíos en el conocimiento de la enfermedad que tiene el paciente y el familiar, así como verificar si conoce sus derechos relacionados con la salud, cómo y dónde ejercerlos.³⁶

Dieta: Este aspecto incluye la información relativa a dietas especiales, si las requiere, educación e información sobre alimentación balanceada según el ciclo vital, higiene y conservación de alimentos, horarios de alimentación y otros temas relacionados, de acuerdo con los datos que se hayan obtenido al valorar el patrón nutricional y metabólico; deben tenerse en cuenta los gustos y la capacidad económica de la persona para sugerir alimentos que estén a su alcance y para facilitar la adopción de cambios que redunden en un mejor nivel de salud.³⁶

Ambiente: Para hacer las recomendaciones acerca de este punto, es necesario haber indagado previamente sobre el ambiente doméstico, laboral y social en el que se desenvuelve la persona para incidir en su salud y capacitar a su familia para proporcionar educación e información correspondientes.³⁶

Recreación y uso del tiempo libre: Se deben de tener en cuenta los datos recolectados durante la valoración, para sugerir a la persona cómo implementar su tiempo libre, de salidas, paseos, recibir y hacer visitas, siempre y cuando esto no interfiera o constituya un riesgo para la persona.³⁶

Medicamentos y tratamientos farmacológicos: Transcribir con letra clara para saber cómo continuar su medicación en casa adaptando el horario más adecuado para la persona, teniendo en cuenta su ritmo de vida y las características de los medicamentos; por ejemplo, que algunos no deben administrarse en forma simultánea con otros, que las comidas pueden interferir con la absorción de algunos de ellos; en cambio, para otros se recomienda la administración con los alimentos. Se le debe informar que las reacciones adversas de unos cuantos pueden interferir con algunas actividades cotidianas, entre otros aspectos a considerar. Sobre todo, se debe tener en cuenta si la persona sabe leer o si comprendió la información para llevar a cabo su tratamiento, o bien si se deben generar estrategias a través de símbolos o si se le debe guiar con algún indicio que lo alerte sobre el uso seguro de la medicación. Se debe hacer hincapié en la duración del tratamiento, en especial cuando se trata de enfermedades crónicas que requieren medicación durante toda la vida. Informar y escribir con claridad aquellos signos que indican reacciones adversas a los medicamentos y que exigen consulta de inmediato.³⁶

Espiritualidad: La espiritualidad es una parte de la totalidad humana que “agrupa ideas filosóficas acerca de la vida y su propósito, y tiene el poder de dar forma y significado al ser, saber y hacer, que se puede reconocer como un impulso unificador, un sistema de guía interno básico para el bienestar humano, que motiva para escoger las relaciones y búsquedas necesarias”. La enfermedad, con frecuencia, constituye una oportunidad para replantear la vida, para resaltar lo que realmente resulta valioso para la persona, para proponerse nuevas metas que enriquecen la existencia e impulsan a la

persona para ir más allá, para trascender. Es recomendable reforzar esta dimensión de acuerdo con las características particulares del enfermo, orientándolo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ayudar al respecto. Los seres humanos tienen diversas creencias; algunos se refugian en aspectos internos como los sentimientos, por ello es trascendente el respeto a su fe y dogmas; también las manifestaciones del espíritu son múltiples, incluyen: expresiones artísticas, la dimensión religiosa; algunos consideran fundamentales el amor, la solidaridad, el cultivo de sí mismo a través de la lectura, la unión familiar, la participación en grupos de reflexión, académicos o sociales, entre otras cosas.³⁶

5.12 Evaluación

Esta etapa del proceso de enfermería, debe estar presente durante la ejecución del cuidado, por lo tanto, es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. El proceso de evaluación tiene dos etapas:

- 1.-La recolección de los datos sobre el estado de salud del paciente
- 2.-La comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacia la obtención de los resultados esperados

VI.CONCLUSIONES

Por lo que respecta el incumplimiento terapéutico es entonces una conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona y un profesional sanitario y por lo tanto es un proceso complejo que está intercedido por múltiples factores relacionados entre ellos, como es el paciente, el fármaco, la enfermedad, profesional sanitario y su entorno. Y todo esto conlleva a la persona a un abandono parcial o total del tratamiento que desarrollaran complicaciones en su salud y calidad de vida de él y su familia.

Está claro que el papel de Enfermería para abordar este problema es fundamental la relación enfermera-paciente pues permite un contacto próximo y permanente con el paciente, por lo que somos los profesionales más adecuados para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento. Cabe resaltar que hay actividades que se implementan en nuestras intervenciones que no están en la literatura que se han producido por la experiencia laboral dando resultados en una comunicación optima favoreciendo la aceptación del cumplimiento terapéutico. Por lo consiguiente la falta de adherencia es un problema común con repercusiones sanitarias y económicas, por lo que es importante asumir la necesidad de su prevención y detección en la práctica clínica diaria.

VII. ANEXOS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA					
FICHA DE IDENTIFICACION					
Nombre del paciente: _____ Edad: _____					
Sexo: _____					
Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____					
Servicio: _____ Subrogación: _____ Motivo: _____					
Diagnóstico de egreso: _____ Expediente: _____					
CUIDADOS ESPECIALES					
Alimentación					
Ejercicio físico					
Higiene					
Bebidas alcohólicas					
Sustancias psicoactivas					
Descanso					
Actividad recreativa					
MEDICAMENTOS INDICADOS					
NOMBRE	PRESENTACION	DOSIS	VIA	HORA	DIAS DE TX.
SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA					
Signos y síntomas			Acciones recomendadas		

Nombre y firma del paciente o del familiar que recibe la información: _____

Nombre y firma del enfermero (a) que da la información: _____

VIII. BIBLIOGRAFÍA

¹ OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 1ª edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

² Katz G, Lazcano E y Madrigal E. La salud mental en el ámbito poblacional: la utopía de la psiquiatría social en países de bajos ingresos. *Salud pública Méx.* 2017; 59 (4): 351-353. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2017.v59n4/351-353/es>

³ Martín L y Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud.* 2004; 14 (1): 89-99. Disponible en revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/869/1597

⁴ Franch-Valverde J., Conde-López, V., Medina-Ojeda G. y Blanco-Garrote J. El incumplimiento terapéutico: concepto, magnitud, factores relacionados, métodos de detección y medidas de actuación: propuesta de un programa para el hospital de día psiquiátrico. *Psiquiatría.com.* 2001; 2: 1-18. Disponible en <https://psiquiatría.com/tratamientos/el-incumplimiento-terapeutico-concepto-magnitud-factores-relacionados-metodos-de-deteccion-y-medidas-de-actuacion-propuesta-de-un-programa-para-el-hospital-de-dia-psiquiatrico/>

⁵ Velázquez, A., Sánchez, J.J., Lara, M.C. y Sentíes H. *Revista de Psicología de la PUCP.* 2018;18(2): 316-340. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6098>

⁶ NANDA International. España: Elsevier; 2015

⁷ González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., Armengol, J., Azcon, M. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de Enfermería. *Enfermería Global.* 2005; 7:1-9.

⁸ Tixtha-López, E: Alba-Leonel, A., Córdoba-Ávila, MA y Campos-Castolo, EM. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Enf Neurol.* 2014; 13(1): 12-18.

⁹ Calderón, G. Las enfermedades mentales en México. Desde los mexicas hasta el final del milenio. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.* 2005; 38(4): 154-155

¹⁰ Medina-Mora M, Aguilar-Gaxiola S, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaimes J et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003, 26 (4):1-16

¹¹ WHO. Mental health atlas 2014. Geneve. 2015

-
- ¹² WHO. Atlas: nurses in mental health 2007. Geneve. 2007
- ¹³ Xu X, Li XM, Xu D, Wang W. Psychiatric and Mental Health Nursing in China: Past, Present and Future. Arch Psychiatr Nurs. 2017;31(5):470-476.
- ¹⁴ Verdeguer A. Plan de cuidados versus trayectoria clínica en salud mental. Màster Oficial de Lideratge i Gestió d'Infermeria. Barcelona 2012.
- ¹⁵ Becker, M.H. Patient adherence to prescribed therapies. Medical Care. 1985; 23(5): 539-555.
- ¹⁶ Martín L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004; 30(4): 1-2
- ¹⁷ WHO. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneve. 2003
- ¹⁸ Farmaindustria. Plan de adherencia al tratamiento: Uso responsable del medicamento. Madrid, 2016.
- ¹⁹ Sajatovic M, Valenstein M, Blow F, et al. Treatment adherence with lithium and anticonvulsivant medications among patients with bipolar disorder. Psychiatrc Serv 2007; 58(6):855-863.
- ²⁰ Hernández Fleta, JL; Acosta Artilles, FJ; Pereira Miragaia, J. La adherencia en la esquizofrenia y otras psicosis. Cuad. Psiquiatría Comunitaria.2009; 9(1): 29-46. Disponible en: <http://www.aen.es/docs/cuadernos9-1.pdf>
- ²¹ Carbonell M, González J, Cuixart I, Manteca H, Armengol J, Azcon M. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería Enfermería Global. 2005; 4(2):1-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834730022.pdf>
- ²² Lluch Canut MT, Biel Tres A. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. Rev Presencia. 2006;2(3):1-6. Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php>
- ²³ Salinas E y Nava G. Adherencia terapéutica. Enf Neurol. 2012;11(2): 102-104
- ²⁴ Cirici, R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev. psiquiatr. Fac. Med. Barc. 2002;29(4): 232-238.
- ²⁵ Sánchez B, Carrillo G y Barrera L. El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada. rev.udcaactual.divulg.cient. 2014;17(1):13-23. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262014000100003&lng=en.
- ²⁶ García R y Suárez P. Dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. Rev Cubana Endocrinol. 2001; 12(3): 178-187.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532001000300007&lng=es.

²⁷ Petrakis M y Laxton S. Intervening Early with Family Members during First-Episode Psychosis: An Evaluation of Mental Health Nursing Psychoeducation within an Inpatient Unit. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017; 31(1):48-54.

²⁸ Rodríguez M.J y Del Castillo F. Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. *Enferm. Glob.* 2012;11(25):207-218. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100012&lng=es.

²⁹ Reina G y Nadia C. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científic.* Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003> ISSN 1692-3375

³⁰ Gordon M. Manual de diagnosticos enfermeros. Ed. McGraw-Hill. 11ª ed.

³¹ Moreno E, Gil J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2003;3(1):91-109

³² da Silva M, Gomes M, Trivislol C, Toledo V, Tassinari C, Ottes R. El uso de psicofármacos en individuos con trastorno mental en seguimiento ambulatorio. *Enfermería Global*. 2014; 13(4):114-137

³³ Shepperd S., Lannin NA., Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* (31) (2013)

³⁴ Vargas B y Fernández C. Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Rev. Enfermería Actual Enfermería Actual en Costa Rica*. 2011;.21:1--20

³⁵ Lin L, Lo S, Liu C, Chen S, Wu W, Liu W. Effectiveness of Needs-oriented Hospital Discharge Planning for Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018; 32(2):180-187. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941716301327>

³⁶ Nava M. Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica. *Enf. Neurol.* 2013, (1): 40-44