

## Psicoeducación:

# Psicoeducación (PE) en Psicosis. Evidencias y Experiencia de 13 años

Rubén Nachar<sup>1</sup>, Camila Díaz<sup>1</sup>, Marina Cisneros<sup>1</sup>, Natacha Godoy<sup>2</sup>, Margarita Faunes<sup>3</sup>, Emmanuel Casalis<sup>1</sup>,  
Carmen Paz Castañeda<sup>4</sup>, Lorena Mancilla<sup>5</sup>

## Resumen

La esquizofrenia es una prioridad sanitaria de primer orden, debido a su alta frecuencia en relación con otras enfermedades mentales. Patologías que, por sus propias características y curso evolutivo, ponen más a prueba la solidez y consistencia de las pautas de intervención que sobre ellas se realizan. Además un porcentaje alto de familias sienten estrés y dificultades que afectan de manera significativa su funcionamiento.

Desde la década de los noventa se ha postulado que aplicar intervenciones integrales, farmacológicas, psicológicas y psicosociales, en una etapa precoz de la enfermedad, sería una estrategia beneficiosa para los pacientes, logrando con ello mejores resultados en cuanto a la evolución de la enfermedad a largo plazo. Entre ellas está la Psicoeducación (PE), que también tiene la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psicológicos y disminuir las barreras para el tratamiento.

En este trabajo presentamos un estudio en Chile de Psicoeducación con familiares de pacientes en primer episodio de esquizofrenia, aplicada por el sector 1 del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Los contenidos de éste se basan en las Guías Clínicas GES (2016), y se enmarcan en las políticas públicas de salud promovidas por el Ministerio de Salud.

**Palabras claves:** esquizofrenia, Psicoeducación, familiares.

## Psychoeducation (PE) in Psychosis. Evidence and Experience of 13 years

### Summary

Schizophrenia should be a health priority because of its high frequency in relation to other mental illnesses. Pathologies that, due to their own characteristics and evolutionary course, put more to the test the solidity and consistency of the intervention

guidelines that are carried out on them. In addition, a high percentage of families feel stress and difficulties that significantly affect their functioning.

Since the nineties it has been postulated that applying comprehensive, pharmacological, psychological and psychosocial interventions, at an early stage of the disease, would be a beneficial strategy for patients, thereby achieving better results in the evolution of the disease in the long term. Among them is Psychoeducation (PE), which also has the function of contributing to the non-stigmatization of psychological disorders and reducing barriers to treatment.

In this paper we present a study in Chile of Psychoeducation with family members of patients in the first episode of schizophrenia, applied by sector 1 of the Dr. José Horwitz Barak Psychiatric Institute. The contents are based on the GES Clinical Guidelines (2016), and are framed in public health policies promoted by the Ministry of Health.

**Keywords:** schizophrenia, psychoeducation, relatives.

## Introducción

La esquizofrenia debiera ser una prioridad sanitaria de primer orden debido a su alta frecuencia en relación con otras enfermedades mentales. Es una enfermedad multifactorial que merece también un tratamiento multifactorial, haciéndose necesario el uso combinado de fármacos y terapia psicosocial. La medicación neuroléptica es necesaria para controlar los síntomas positivos y, en parte, los síntomas negativos de la enfermedad, mientras que la intervención psicosocial aparece como indispensable para modificar los factores familiares desfavorables y contribuir en la prevención de recaídas. (Jaen Denisse, 2009).

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que más carga objetiva y subjetiva genera en el cuidador primario. La

1. Médico Psiquiatra.  
2. Enfermera  
3. Asistentes Social  
4. Psicología.  
5. Terapeuta ocupacional  
SECTOR 1. Instituto Psiquiátrico.

aparición del trastorno expone a la familia a una multiplicidad de problemas que ponen a prueba sus capacidades generales de adaptación. Los movimientos de Reforma Psiquiátrica, los avances en el campo de la terapéutica, y la adopción de abordajes con el modelo comunitario están como fondo. (Navarro, Noelia. 2013).

Desde la década de los noventa se ha postulado que aplicar intervenciones integrales, farmacológicas, psicológicas y psicosociales, en una etapa precoz de la enfermedad, sería una estrategia beneficiosa para los pacientes, logrando con ello mejores resultados en cuanto a la evolución de la enfermedad a largo plazo (Birchwood M, 1998) (NICE. 2014) (De la Higuera J, 2005)

En nuestro medio, a junio del 2015 la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile tenía 5.006 personas bajo control con el diagnóstico de esquizofrenia. De ellas 2.644 eran hombres y 2.362 mujeres, de los cuales 55 hombres y 41 mujeres pertenecían a pueblos originarios. En psiquiatría, siempre en el sistema público de salud, se encontraban bajo control 14.583 personas, 8.304 hombres y 6272 mujeres, de los cuales 53 hombres y 42 mujeres pertenecían a pueblos originarios (DEIS). (Ministerio de Salud. (2016).

La reacción de las familias frente a un trastorno mental generalmente se diferencia de una enfermedad física en diversos aspectos (Vallina, O. (2001), como son:

1. La incertidumbre respecto a cómo van a reaccionar los demás ante el paciente.
2. La culpabilidad de los familiares de haber causado el trastorno o de no haber sabido prevenirlo.
3. El miedo a que culpabilicen al paciente o a los familiares por haber causado el trastorno.
4. La incertidumbre respecto al pronóstico y devenir del trastorno mental.
5. Posibles conductas del paciente, embarazosas para la familia.
6. Dudas sobre el diagnóstico, que pueden retrasar la aceptación del trastorno y el tratamiento.
7. Frecuentemente, el rechazo del propio paciente a cooperar con el programa de tratamiento y su incapacidad para apreciar los cuidados que recibe de la familia

Parece clara entonces la complejidad e importancia de las alteraciones que aparecen (o se ven acentuadas) en la dinámica familiar con el inicio del cuadro, y la relevancia que tienen estas variables para el ajuste clínico y social del paciente (Thornicroft, G. (2001). (Tabla 1).

**Tabla N°1**  
**Componentes comunes en las intervenciones psicoeducativas familiares.**  
**(Thornicroff y Susser 2001).**

1. Búsqueda de una alianza de cuidado activo con los familiares cercanos al usuario.
2. Reducción de la atmósfera familiar adversa.
3. Mejora de la capacidad familiar para anticipar y solucionar problemas.
4. Reducción de los sentimientos de miedo y culpa en el familiar.
5. Desarrollo de expectativas razonables sobre la ejecución del paciente.
6. Potenciación de la puesta en práctica de límites apropiados
7. Eliminación de creencias disfuncionales acerca de sí mismo, el paciente y/o la posibilidad de afrontamiento-control.

Se define la PE como *"la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad"* (Fresán, Ana. 2001) (Gallach, Elisa. 2004)

La PE también tiene la función de contribuir a la *no estigmatización de los trastornos psicológicos* y a disminuir las barreras para el tratamiento a través de una opinión mejorada de las causas y efectos de la enfermedad; a menudo amplía el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad, y este *mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva*. (Jaen Denisse, 2009)

Kleinman (1978) desarrolla un modelo explicativo que permite visualizar la enfermedad desde *distintos niveles de significado*. En un primer nivel se consideran los aspectos biológicos de la enfermedad. Es en este espacio *en donde se instalan los equipos de salud*. Y se refiere, en un segundo nivel, a los *aspectos simbólicos de la enfermedad* y cómo la persona y su familia representan la experiencia de la sintomatología y el sufrimiento que conlleva. Es en este nivel en donde convergen los aspectos personales, familiares y culturales.

Finalmente, identifica los *elementos sociales*, es decir, cómo se representa y significa la enfermedad desde lo económico, político y social. En este sentido, la psicoeducación promueve la reflexión y conversación en estos tres niveles, facilitando la integración y recursividad de estos contenidos, permitiendo generar en la familia nuevos entramados de explicación y narración respecto de lo vivido. (Kleinman Arthur, 1978)

### Formas de aplicación de la psicoeducación

Romero y Oyarzún (2015) dicen que: "los objetivos de la PE grupal de la Unidad Hospital de Día del Hospital Félix Bulnes

en Santiago fueron entregar información respecto de la sintomatología y tratamiento; entregar un espacio de contención, apoyo y acompañamiento; desarrollar estrategias de manejo de los familiares en la cotidianidad; compartir las experiencias, vivencias y estrategias utilizadas por las familias para enfrentar la condición de sus hijos como referentes de apoyo. Éste se articula como un grupo abierto, el cual permite la entrada y salida de miembros dependiendo del tiempo de estadía de los usuarios y sus familiares. Los participantes fueron invitados a través de un llamado telefónico realizado por la trabajadora social a su hogar. Se llevaron a cabo 3 sesiones de discusión con un total de 4.5 horas cronológicas".

En otro estudio, de Fresán y cols. (2001) la muestra es de 50 familiares de pacientes con esquizofrenia del proyecto de seguimiento de primer episodio psicótico. Se evaluó el ambiente familiar mediante el Cuestionario de la Vida Familiar de North-Sachar y se realizó un taller de 6 sesiones informativas con la Forma de Evaluación de Taller.

Estos programas buscan brindar mayor apoyo individual, familiar y social a los pacientes con esquizofrenia con el fin de mejorar *la adherencia a la medicación, disminuir los síntomas, prevenir las recaídas y hospitalizaciones y mejorar la funcionalidad*. Shirley Glynn (2013), en "*Intervenciones familiares en esquizofrenia*" define a la PE como "la entrega sistemática de información estructurada acerca de la enfermedad y su tratamiento y que responde a las necesidades de los pacientes", y plantea que, a pesar de los datos que los avalan, "estos programas se aplican y se utilizan poco."

Existen múltiples formas de aplicación según las necesidades de cada población. Puede aplicarse a los sujetos con esquizofrenia, sus familiares o todos ellos, simultáneamente; pueden participar individualmente o formando grupos de pacientes, miembros de una misma familia o varias familias (multifamiliares). El número de sesiones puede variar desde un curso breve (menos de 10 sesiones o largo (más de 10 sesiones), así como sus necesidades en la atención psiquiátrica en momentos de crisis. (Rascón, María Luisa. 2014)

Generalmente, imparten las charlas psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros u otro personal de la salud, aunque se ha ensayado la participación de sujetos con esquizofrenia o sus familiares, lo que se ha conocido como modalidad "*por pares*"

Los temas principales de la PE son *los aspectos clínicos fundamentales* de la esquizofrenia (definición, causas, epidemiología, diagnóstico, recaídas y pronóstico), *su tratamiento* (beneficios y riesgos de los psicofármacos, adherencia al tratamiento e im-

plementación de medidas no farmacológicas), *rol de la familia en la enfermedad (Emociones Expresadas (EE)*, habilidades comunicativas y solución de conflictos) y la *influencia de la comunidad* (servicios y centros de apoyo, estigma y habilidades para la vida social).

Además, algunos autores incluyen temas como el uso de sustancias psicoactivas, vida de pareja y sexualidad, rehabilitación cognitiva y vocacional, técnicas de relajación y aspectos legales, entre otras.

## Estigma

La *reducción del estigma* ha sido tema de la mayoría de los programas de PE, pero los estudios que han evaluado su eficacia en este *aspecto son pocos y sus resultados han sido positivos*. Un estudio en Chile, de un programa de psicoeducación dirigido únicamente a cuidadores de sujetos con esquizofrenia, encontró una reducción significativa en la escala ZCBS (promedio al inicio, 85,06; promedio al final, 52,44;  $p < 0,001$ ), sin que se haya evidenciado variación en el grupo de TAU. (Gutierrez-Maldonado J, 2007)

Los estudios disponibles han demostrado que, tras la culminación de los programas de psicoeducación, los sujetos con esquizofrenia y sus familiares han quedado satisfechos con los servicios prestados.

## Efectos adversos de la psicoeducación

Como todas las intervenciones, la PE puede producir efectos adversos en los sujetos con esquizofrenia. Algunos autores han propuesto que, tras la mejoría en la construcción de la introspección, se presentan síntomas depresivos, desmoralización e, incluso, ideación suicida.

En general, los estudios existentes sobre psicoeducación han mostrado *beneficios* en la disminución de síntomas, recaídas, hospitalizaciones, sobrecarga del familiar y estigma, y el aumento de la satisfacción de los pacientes con los servicios. (Zapata Ospina, Juan Pablo; 2015)

Idealmente, los familiares deberían ser parte de un equipo de *atención colaborativa e implicados y apoyados* a lo largo de todo el proceso clínico. Se identificaron cincuenta estudios que evaluaron una intervención para apoyar a los familiares frente a un grupo de control, y en la que se informaron los resultados para los familiares, sin embargo, los datos detallados del contenido de intervención solo se recogieron para 47 de los estudios. De los 50 estudios, 30 (60%) mostraron un *impacto positivo estadísticamente significativo* de la intervención en al menos una categoría de resultados de familiares. Se identificaron un

total de 11 componentes de intervención, *siendo los más utilizados la psicoeducación, la gestión de conductas problemáticas y el apoyo emocional*. (Lobban F, 2013)

### El bienestar de los cuidadores

Los resultados de los cuidadores incluyeron, bienestar, calidad de vida, morbilidades globales, carga y emoción expresada. Se incluyeron 32 estudios clínicos que examinaron 2858 cuidadores. La duración de la intervención varió de 4 a 52 semanas, y los tiempos de contacto variaron de 6 a 42 horas. En la intervención posterior, los hallazgos fueron equívocos para el bienestar de los cuidadores: la psicoeducación fue superior en la reducción de la morbilidad global de los cuidadores, carga percibida, experiencias negativas de cuidado y emoción expresada.

Los datos de seguimiento más allá del *período posterior a la intervención fueron escasos*, La PE mostró un *efecto significativo, aunque pequeño*, en comparación con la atención habitual o los comparadores inactivos en la mejora de la morbilidad global de los cuidadores, como una medida indirecta del bienestar de los cuidadores (Sin J, 2017)

*Según las Guías Clínicas AUGÉ*, Junio, 2017: En el tratamiento de personas desde el primer episodio de Esquizofrenia, los temas principales de la PE son:

### Recomendaciones generales

#### *Tratamiento psicoterapéutico y psicosocial.*

- s intervenciones psicosociales en la fase aguda, de recuperación y de compensación de la enfermedad deben considerar acciones que contribuyan a superar la situación de crisis del individuo y su familia y la relación y permanencia del individuo en su entorno.
- Se recomienda la realización de intervenciones psicoeducativas en todos los pacientes y sus familias, idealmente de acuerdo con las directrices que entrega la presente guía.

### Objetivos

- Disminuir las complicaciones médicas y sociales de la esquizofrenia, mediante el tratamiento oportuno, continuo, eficiente, con protagonismo de la persona afectada y su familia, basado en las recomendaciones emanadas de la evidencia.
- Favorecer el uso racional de recursos mediante las recomendaciones de las intervenciones más costo-efectivas para el tratamiento de personas con esquizofrenia.

### Objetivos de la fase aguda de intervención psicosocial

1. Contención emocional a la persona.
2. Intervención en crisis a la familia.

3. Psicoeducación al usuario y su familia (información simple y clara sobre cómo enfrentar esta enfermedad y apoyo para continuar con sus proyectos de vida).
4. Estructuración de rutinas saludables.

### Psicoeducación

La PE, literalmente, implica el proveer de información y educación a un usuario acerca de su diagnóstico, tratamiento, derechos, estrategias de afrontamiento y pronóstico.

Al proveer a los pacientes y a sus familias con información de calidad se los empodera para opinar y participar en decisiones relacionadas a su tratamiento.

La PE es una intervención costo – efectiva y sencilla por lo que administrarla de forma sistemática a los pacientes y a sus familias es algo deseable y que contribuye a cumplir con el deber de información y satisfacer el derecho a recibirla por parte de los usuarios.

En el anexo 1 se muestra como ejemplo el esquema general del modelo de intervención psicoeducativa desarrollado por el sector 1 del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Los contenidos del manual se basan en las Guías Clínicas GES (2016) para el tratamiento de personas desde el primer episodio de esquizofrenia, por lo que se enmarcan en las *políticas públicas de salud promovidas por el Ministerio de Salud*.

### Evaluaciones de los usuarios

#### *Evaluación cualitativa:*

Evaluación según la percepción de la familia

1. Reconocimiento del compartir experiencias sobre las vivencias y formas de enfrentar la enfermedad
2. Fortalecimiento de la alianza de trabajo, a través de una relación de colaboración entre el equipo tratante y la familia
3. Reconocimiento del apoyo y contención emocional a los familiares en la fase aguda de la enfermedad
4. Reconocimiento respecto de la información oportuna y precisa de la enfermedad
5. Entrega de herramientas en el manejo durante los permisos y alta. Detección temprana de síntomas frente a una descompensación
6. Reconocimiento del rol de la familia como una red efectiva de apoyo, mantención de tratamiento y adherencia a controles
7. Buenas prácticas en el manejo en el hogar e incorporación progresiva a las actividades cotidianas. Actitud de mayor esperanza para enfrentar el futuro

**Viñetas de los familiares ciclo 2017:**

"Muy clara la información y me ayuda siempre. Muchas gracias."

"Excelente espacio para nuestra ayuda y dudas."

"Muchas gracias. Cada miércoles me voy muy tranquila porque me ayuda mucho".

"Psicoeducación grupal un gran aporte para comprender esta enfermedad. Se agradece."

"Mi hija ya fue dada de alta al COSAM, pero con problemillas con la chiquilla en la casa con las pastillas, estamos preocupadísimo. Estas reuniones son lo que nos ha permitido saber que la toma de medicamentos es importante".

"Creo que llegué aquí en el mejor momento, estoy con dolores, corriendo y estoy sola, esperando la recuperación y seguir

adelante. Yo tengo que aprender que él (su sobrino) se tome los remedios, estoy contenta de haberme esforzado y venir".

**Desafíos el sector 1**

- Conocer y/o reproducir las experiencias en los distintos sectores y servicios.
- Escribir y publicar la experiencia.
- Investigar.
- Incluir a Tens entre los actores directos.
- Técnicas participativas.

**Agradecimientos:** Familiares y tutores de nuestros usuarios. Equipo de profesionales del sector. Equipo de auxiliares y técnicos del Sector 1. A todos nuestros becados, en la rotación de primer año. Internos de medicina UFT. Otros profesionales que han venido a conocer nuestra experiencia. Superiores jerárquicos del Instituto.

**Bibliografía**

1. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl.* 1998;172(33):53-9.
2. De la higuera, Jesús. Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes de Psicología*, 2005, Vol. 23, número 3, págs. 275-292.
3. Fresán, Ana. Apiquian, Rogelio, Ulloa, Rosa Elena, Loyzaga, Cristina. García-Anaya, María. Gutiérrez, Doris. Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud Mental*, Vol. 24, No. 4, agosto 2001. PP. 36-40.
4. Gallach, Elisa. r Perona, Salvado. Santolaya, Francisco. Vallina, Oscar. *Tratamientos Psicológicos y Recursos utilizados en la Esquizofrenia. GUÍA breve. para Profesionales y Familiares.* Edita: COPCV. 2004
5. Glynn, Shirley M. Intervenciones familiares en esquizofrenia: Esperanzas y dificultades a lo largo de 30 años. *RET, Revista de Toxicomanías.* Nº. 70 - 2013. Pp. 15- 23.
6. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. Effectiveness of a psychoeducational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res.* 2007;16:739-47.
7. Jaen Denisse, Pacheco Libertad. Psicoeducación e intervención familiar en pacientes esquizofrénicos del hospital de psiquiatría caja nacional de salud (cns) la paz - Bolivia. *Rev Med La Paz*, 2009; 15(2): 21-26
8. Kleinman Arthur, Eisenberg Leon, Good, Byron. Culture, Illness, and Care. *Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research.* *Annals of Internal Medicine* 88:251-258, 1978.
9. Lobban F, Postlethwaite A, Glentworth D, Pinfold V, Wainwright L, Dunn G, Clancy A, Haddock G. A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clin Psychol Rev.* 2013 Apr;33(3):372-82
10. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica: Para el tratamiento de personas desde el primer episodio de Esquizofrenia. Santiago: MINSAL, (2016).
11. Navarro, Noelia. Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Psychology, Society, & Education* 2013, Vol.5, Nº 2, pp. 139-150.
12. NICE. Psychosis and Schizophrenia in adults. Updated ed. Health NCC for M, editor. National Collaborating Centre for Mental Health; 2014.
13. Rascón, María Luisa. Valencia, Marcelo. Domínguez, Tecelli. Alcántara, Humberto. Casanova, Leticia. Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud Mental* 2014; 37:239-246
14. Romero, Sonia. Oyarzun, Denise. Intervención Psicoeducativa con Familiares de Personas Diagnosticadas con Esquizofrenia. Cuaderno de Trabajo Social 6. En: [cuadernots.utem.cl/.../intervencion-psicoeducativa-con-familiares-de-personas-diagno...](http://cuadernots.utem.cl/.../intervencion-psicoeducativa-con-familiares-de-personas-diagno...)
15. Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017 Aug; 56:13-24
16. Thornicroft, G. y Susser, E. (2001). Evidencebased psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 178 (1), 2-4.
17. Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.
18. Zapata Ospina, Juan Pablo; Rangel Martínez-Villalba, Andrés Mauricio; García Valencia, Jenny. Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 44, núm. 3, 2015, pp. 143-149

## ANEXO 1

Principales contenidos tratados en psicoeducación grupal, dirigida a familiares de pacientes adolescentes hospitalizados, por un primer episodio psicótico. Programa Psicoeducación Sector 1. 2018

Sesión 1. Bienvenida, Apertura y Manejo Hospitalario
Sesión 2. Psicosis temprana
Sesión 3. Tratamientos: farmacológicos y psicosociales
Sesión 4. Estigma y Salud Mental
Sesión 5. Impacto del Episodio psicótico en la Familia
Sesión 6. Familia y prevención de recaídas
Sesión 7. Los cuidados del cuidador
Sesión 8. Estilos de vida saludables
Sesión 9. Abuso sustancias como factor de riesgo
Sesión 10. Rehabilitación: Orientaciones para el hogar
Sesión 11. Evaluación, síntesis y cierre.

### *Logística*

Quiénes: familiares y/o tutores de usuarios cursando episodio psicótico agudo y equipo de psicoeducación del sector 1. El programa no es exclusivo para usuarios de la red del SSMN, sino que es inclusivo para todos los usuarios. Dónde: Auditorio Rafael Parada. Al interior\* del Sector 1

Cuando: todos los miércoles. Horario: de 10 a 11 horas. Ciclos abiertos.

### *Dinámica*

Llegada al sector y recepción en el auditorio. Apertura e inicio de sesión. Entrega de trípticos.

Ciclo de preguntas (durante y al final de la sesión). Opciones para compartir de vivencias personales. Cierre.

Encuesta - evaluación.

### **Sesión 1. Bienvenida, Apertura y Manejo Hospitalario**

#### **Objetivos**

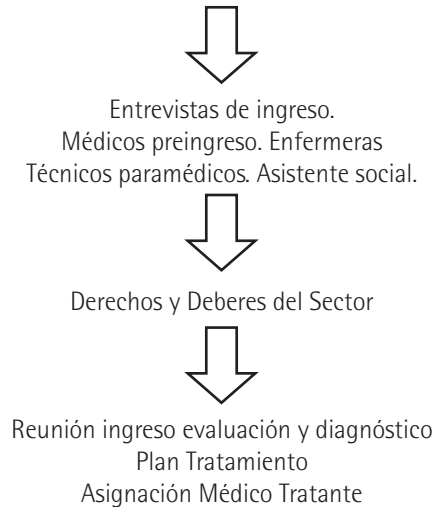
1. Identificar los aspectos generales del sector.
2. Reconocer las funciones del equipo de salud.
3. Conocer la importancia de las visitas y los permisos.
4. Conocer la administración de medicamentos de forma segura y efectiva.
5. Identificar alimentos beneficiosos para la estadía.



## AL INGRESAR AL SECTOR

En los primeros días se establece la Hipótesis diagnóstica y plan de tratamiento

### Ingreso desde el Servicio de Urgencia SU y Consultorio de Atención Externa CAE



## Ingreso

Aspectos generales. Servicio mixto (6 damas – 14 varones). 1 sala damas – 3 salas varones Edad entre 18 a 24 años. 1er. Episodio psicótico Espacios comunes (comedor – patio) Comparten actividades Participan en intervenciones psicosociales Relaciones interpersonales

Funciones del Técnico de enfermería: Sistema de 4to turno 3 funcionarios por turno

2. Encargados de sala Supervisión constante de los pacientes Alimentación 1 Encargado de la clínica. Administra y supervisa medicamentos. Documentos al Alta. Contención verbal y ambiental.

Recepción de visitas. Alimentación Saludable. Reciben 5 comidas diarias. NO traer Ni dejar alimentos. Permitido traer Líquidos



## Triptico Sesión 1

### 3. INTEGRACION SOCIAL

Su objetivo es restablecer su funcionamiento a un nivel previo de su episodio psicótico, mejorar su calidad de vida y disminuir riesgos de recaída.



**Intervenciones farmacológicas:** manejo de efectos colaterales tardíos, reforzar tratamiento de largo plazo.

**Intervención psicosocial:** psicoeducación paciente-familia, actualización periódica para adherencia al tratamiento, rehabilitación psicosocial, apoyo a integración a estudios y/o trabajo, intervención terapéutica de acuerdo a necesidades individuales.

**Fuga:** informar a familiares sobre fuga de pacientes, es cuando más se necesita de su ayuda y comprensión.

**PERMISO:** en el primer permiso se requiere que el paciente no modifique el tratamiento, aunque esté muy somnoliento. El éxito del primer permiso depende de todos nosotros. En caso de problemas comunicarse con el Sector 1: **25759094**

**EGRESO (ALTA),** tenemos responsabilidades como: Tomar medicamentos. Asistir a controles establecidos. Apoyo y comunicación entre familiares.

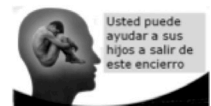
Integrarse a policlínicos. Participar en terapias de grupo. Tratar al paciente con la mayor cantidad de amor y paciencia.



Santiago, Enero 2013

Instituto Psiquiátrico José Horwitz B. Corta Estada Sector 1: Psicosis en Adolescencia Enfermería

### HOSPITALIZACION



Usted puede ayudar a sus hijos a salir de este encierro

El Sector 1 tiene por objetivo lograr mejoría sustancial de los síntomas y la recuperación funcional con el acceso oportuno a un tratamiento integral a 18 adolescentes (12 hombres y 6 mujeres) que presenten un primer episodio psicótico.

El protocolo AUGE recomienda hospitalización en las siguientes condiciones clínicas:

- Riesgo vital
- Riesgo de agresión a terceros
- Rechazo de tratamiento
- Sin red de apoyo

## Sesión 2. ¿Qué es Psicosis?

### Objetivos

1. Comprender el concepto de psicosis, sus factores predisponentes y gatillantes.
2. Conocer las distintas enfermedades que cursan con psicosis.
3. Conocer la importancia de la detección y tratamiento precoz de la psicosis.

## Sesión 3. Tratamientos: farmacológicos y psicosociales

### Objetivos

1. Conocer las metas y pilares del tratamiento integral de la psicosis
2. Derribar mitos y conocer los alcances del tratamiento farmacológico
3. Identificar los grupos de medicamentos más utilizados
4. Conocer las intervenciones psicosociales que forman parte del tratamiento integral

## Sesión 4. Estigma y Salud Mental

### Objetivos

Conocer el concepto de estigma

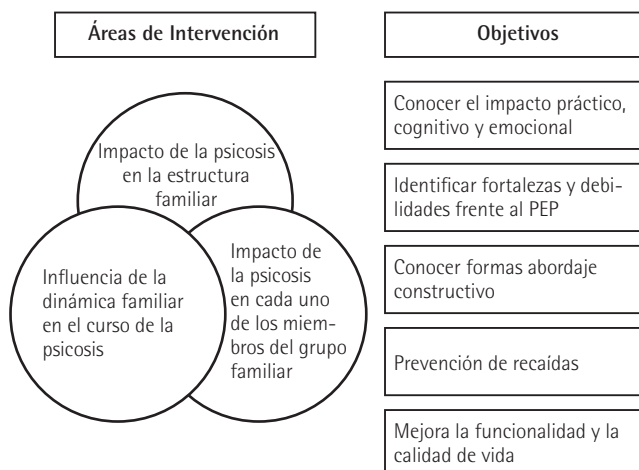
Identificar repercusiones psicosociales

Obtener herramientas para enfrentar la estigmatización

## Sesión 5. Impacto del Episodio psicótico en la Familia

### Objetivos

1. psicoeducación a familiares
2. Impacto del episodio psicótico en los miembros de la familia y en la dinámica familiar
3. La mayoría de los jóvenes vive en su núcleo familiar
4. Nadie conoce más a los jóvenes que sus familiares y amigos
5. Los familiares se constituyen como la principal red de apoyo.



## Sesión 6. Familia y prevención de recaídas

### Objetivos

1. Lograr la mayor recuperación y funcionalidad posibles.
2. Promover una mejor calidad de vida para el joven y su familia.
3. Reconocer las primeras señales de alerta de descompensación.
4. Reconocer factores de riesgo individuales y familiares
5. Prevenir segundo episodios de psicosis.

## Sesión 7. Los cuidados del cuidador

### Objetivos

1. Visualizar a la familia como un recurso terapéutico: en la constitución de una red de apoyo efectiva.
2. Revisar el concepto: "síndrome del cuidador"
3. Favorecer el autocuidado: "Cómo cuidar al que cuida"

## Sesión 8. Estilos de vida saludables

### Objetivos

1. Promover estilos de vida saludables.
2. Prevenir deterioro en la salud física.
3. Promover la salud integral de los jóvenes.
4. Prevenir la aparición de enfermedades médicas.
5. Prevenir segundos episodios de psicosis.

## Sesión 9. Abuso de Sustancias y Psicosis

### Objetivos

1. Promover la salud integral de los jóvenes.
2. Promover estilos de vida saludables.
3. Prevenir segundos episodios de psicosis.
4. Conocer los riesgos del consumo de sustancias (vulnerabilidad) en jóvenes que han presentado psicosis.

## Sesión 10. Rehabilitación: Orientaciones para el hogar

### ¿Cómo ayudar a mi familiar en este proceso?

#### Objetivos:

1. Favorecer la integración de conocimientos en relación con diagnóstico.
2. Facilitar la comprensión de conductas asociadas a sintomatología, que afectan el funcionamiento.
3. Potenciar la acción de la familia como agente rehabilitador.

## Sesión 11. Evaluación, síntesis y cierre

### Objetivos

1. Presentar una síntesis del ciclo Psicoeducativo
2. Realizar un recorrido temático de las sesiones
3. Retroalimentar el proceso educativo en favor de la mejora continua del trabajo con familiares