



**CENTRO EDUCATIVO CRUZ AZUL A. C.
CAMPUS CRUZ AZUL, HIDALGO.
CLAVE DE INCORPORACIÓN: 6910**



Titulo:

Estoy confundido, me siento olvidado

Clave de registro:

CIN2018A30088

Escuela de procedencia:

Centro Educativo Cruz Azul, campus Cruz Azul, Hidalgo.

Autores:

Arteaga Hernández Estrella

Hernández Juárez Emilio

Rodríguez Hernández Sinaí Denisse

Asesor:

Jeanette Trujillo Islas

Área de conocimiento:

Ciencias sociales

Disciplina:

Sociales

Tipo de investigación:

De campo

Lugar y fecha:

Cd. Cooperativa Cruz Azul, Hgo. a 15 de febrero de 2018

Índice temático

Resumen ejecutivo.....	3
Introducción.....	5
Marco teórico.....	6
Metodología.....	10
Resultados.....	13
Conclusiones.....	15
Apartado crítico.....	17

Resumen ejecutivo

El proyecto que a continuación presentamos es para concientizar a las personas acerca del abandono a los enfermos con padecimientos psiquiátricos en algunas instancias particulares o gubernamentales, lo cual parece ser desconcertante el saber porque estos pacientes son olvidados por sus familiares y aún más severo el abandono total de ellos.

El principal objetivo de esta investigación es precisamente que tiene identificar cuáles son las razones por las cuales los familiares de enfermos psiquiátricos los llegan a abandonar y a su vez informar sobre el sentir de los pacientes en hospitales psiquiátricos y la forma en la que la sociedad se involucra en todo el proceso.

Se realizó una investigación con el fin de conocer más a fondo el tema y poder difundir a la comunidad que existen varios canales u opciones para que como familiares puedan apoyar a sus pacientes y no desampararlos. Esta investigación beneficia en general a los lectores porque les brindara información y asesoramiento de cómo pueden estar alado de un enfermo psiquiátrico. Es de suma importancia debido a que identificaremos cuales son las razones por las que surgen el abandono en los pacientes psiquiátricos y aporta grandes elementos para que los familiares sepan cómo pueden manejar mejor esta situación.

La ley marca que los delitos de peligro, presunto abandono de niños y enfermos noción legal. - art. 300.- sujetos y objetos sujeto activo. - Sólo puede serlo la persona física que tenga la obligación de cuidar al pasivo. SUJETO PASIVO. - De acuerdo con la norma, sólo podrá serlo un niño incapaz de cuidarse a sí mismo o una persona enferma. Edad. - Incapaz de cuidarse. Enfermedad. - Temporal o crónica—grave-simple—mental física.

Esta figura típica: “Abandono de Persona”, o también “Abandono de Paciente”, se produce con frecuencia inusitada en especial en “nosocomios” o “instituciones” médicas de alta complejidad y rotatividad profesional. Muchas veces, un mal entendido, entre colegas médicos respecto a un paciente que espera ser atendido – intervenido, pueda crear una situación generadora de riesgos, posibilitando la ocurrencia de una mala praxis.

Aquel que comete este delito, pone en serio riesgo la vida o la salud de quien o quienes se encuentran bajo su cuidado, en un estado de incapacidad, causada ésta, por enfermedades o lesiones, fueran ellas de cualquier índole.

Es quizá el Abandono de Persona una de las denuncias penales más frecuentes, ya que muchas veces existen reglamentos malamente implementados por distintos establecimientos públicos y privados de salud, que hacen al médico perder minutos y a veces horas que serían preciosos, en completar documentación, formularios y papelería los que debían ser encaminados a la pronta sanación de la víctima.

Quien coloca al sujeto pasivo sin la asistencia que éste necesite, sin protección ni socorro y en situación de pleno desamparo, encierro o aislamiento, endereza sus acciones al delito aquí descrito; mucho más en los casos en que se trate de personas cuyo deber sea cuidar, brindar auxilios u atender a la víctima, abandonándola a su suerte. Es en éste último caso donde para el autor existe una obligación taxativa jurídica de mantener y/o cuidar, sea de forma permanente u ocasional por un lapso determinado o no de tiempo.

Quizá la característica primordial de esta figura es el abandono en soledad de la víctima, sin la vigilancia y cuidados que ésta necesita y también sin ninguna posibilidad de socorro por medio de terceros, ajenos a ésta relación entre sujeto activo y pasivo.

No sólo debe existir falta de cuidados y asistencia, sino que la víctima debe haber sido abandonada, fuera de toda posibilidad de vigilancia y socorro, sin que nadie pueda velar y guardar a la víctima de ningún modo. El abandono debe crear peligro material inminente y debe contener factores que incidan directamente sobre la vida, salud e integridad física de la víctima.

Otro modo es abandonar a su suerte a quien debemos proteger y cuidar, sea esto por obligación o por profesión. Por último, encontramos a quien o quienes abandonan a alguien que ha sido incapacitado por el propio autor del hecho que crea dicha incapacidad.

El sujeto pasivo (víctima) debe quedar en situación de desamparo. Además, debe existir para el autor la obligación jurídica de mantener o de cuidar en forma ocasional, permanente o por un lapso de tiempo determinado.

Ante este panorama, el conocimiento general respecto a la legislación sanitaria en nuestro país, es un asunto relevante dentro de una práctica profesional, personal, colectiva y responsable.

En México, aún no se cuenta con la normatividad jurídica que regule específicamente la práctica de enfermería. Sin embargo, los aspectos legales de este ejercicio están contemplados, de manera implícita, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que es el cuerpo normativo de más alto rango, nuestra “Carta Magna” o “Ley de Leyes”. En su artículo 4, la Constitución establece que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. De este artículo se deriva la Ley General de Salud, que es el ordenamiento jurídico donde se consagra el Derecho a la Salud. Esta ley establece los mecanismos, condiciones, modalidades en que se realizarán y desempeñarán los servicios de salud. Esta ley, como cualquier otra, cuenta con reglamentos para operarla, y en ellos queda incluida la prestación de los servicios de enfermería.

Sin embargo, la práctica de enfermería, en el sentido amplio de la palabra, tiene que ver con todo el resto de las materias legales. Por ejemplo: El aspecto penal, educativo, laboral, administrativo, etc., están regulados en el resto de la legislación aplicable.

Introducción

Las familias de los pacientes psiquiátricos perciben miedos, que no les permite brindarles un adecuado cuidado y por eso prefieren abandonarlos.

En la actualidad existe mucho abandono por los familiares que tienen enfermos con padecimientos psiquiátricos. Los Hospitales psiquiátricos son parte de la vida de los enfermos por que desde que les diagnostican su enfermedad mental sus familiares por lo general no saben cómo manejar la situación y prefieren abandonarlos ahí, de esto parte nuestra problemática y surge la gran pregunta ¿cuál es el sentir de las personas que tienen familiares con padecimientos psiquiátricos?

¿De qué manera impacta a los familiares y a los pacientes este fenómeno social?

Objetivo

Identificar cuáles son las razones por las cuales los familiares de enfermos psiquiátricos los llegan a abandonar y a su vez informar sobre el sentir de los pacientes en hospitales psiquiátricos y la forma en la que la sociedad se involucra en todo el proceso.

Marco teórico

La hipótesis de esta investigación nos dice que las familias de los pacientes psiquiátricos perciben miedos, que no les permite brindarles un adecuado cuidado y por eso prefieren abandonarlos.

Esta investigación es de suma importancia debido a que identificaremos cuales son las razones por las que surgen el abandono en los pacientes psiquiátricos y aporta grandes elementos para que los familiares sepan cómo pueden manejar mejor esta situación.

La responsabilidad legal del profesional de enfermería es un tema que cada vez adquiere mayor importancia en la práctica diaria. Esto es fácil de entender si consideramos, por un lado, que la salud es uno de los bienes más preciados en la vida humana. Por otro lado, la sociedad ha adquirido una mayor conciencia sobre sus derechos en materia de prestación de servicios de salud, así como el conocimiento de las diferentes instancias y herramientas jurídicas para hacer valer esos derechos. Esto hace que el riesgo de demandas por mala práctica en el Sector Salud, así como la acción al respecto por parte de las autoridades judiciales, se vean incrementados.

El ejercicio profesional de enfermería conlleva el riesgo de incurrir en conductas que constituyen infracciones a la normatividad jurídica. Este tipo de faltas en su mayoría, están establecidas en el Código Penal Federal y en las leyes reglamentarias, relativas al ejercicio de las profesiones, y en un momento dado, aunque no haya una legislación específica, pueden aplicarse a la enfermería.

Dentro de la Mala médica, o mala práctica o negligente práctica de la medicina, se encuentran las figuras penales, no solo aplicables al ámbito de la salud y de los profesionales médicos, denominadas "Abandono de Persona" y "Omisión de Auxilio".

En realidad, los médicos -y cualquier otro ciudadano- puede entenderse bajo esta figura del Código Penal, ya sea por acciones u omisiones por las cuales se genera colocar en peligro a la persona afectada, independientemente de la futura aparición o no de un daño efectivo o concreto sobre ella (lesión y/o muerte) como consecuencia sobreviniente. De ocurrir esto, corresponde un aumento de la pena ya impuesta por el evento anterior.

En la negligencia -carácter culposo- no existe intencionalidad para causar lesiones o muerte, aunque tenemos conocimiento de que con la actitud negligente puedan llegar a suceder. Se confía en que no suceda lo que se sabe que podría suceder, pero dicha figura penal nada incluye sobre creación y colocación de situación de peligro, sino causar lesiones (Art. 94 Código Penal) o muerte (Art.84 Código Penal). Sustituidos, ambos artículos del CP por la Ley 25.189.-

En la omisión de auxilio, los médicos no crean la situación de peligro ni se coloca en ella a la persona, sino que la encuentran en la situación de peligro ya instalada y, sin riesgo personal, no se brinda el auxilio necesario. Se entiende por necesario que la calidad del auxilio a prestar debe ser la suficiente para solucionar o evitar el peligro existente, y conforme a las circunstancias de medios, tiempo, modo y lugar.

Fuera de estas situaciones de peligro amenazante, obviamente también se omite auxilio cuando encontramos personas heridas o inválidas y no se lo brindamos. Debe considerarse como herido o inválido a menores o personas enfermas o lesionadas que estén imposibilitadas de auto procurarse auxilio o auto valerse.

Ahora bien, determinadas formas de omitir auxilio pueden posteriormente llegar a relacionarse con los previstos en el abandono de persona. No es infrecuente que las demandas incluyan conjuntamente imputaciones por ambos delitos.

Si bien en rigor no es así, en el sentido de que ningún médico quiere la muerte de persona alguna, mucho menos de su paciente, o alguien llegado a la Institución (particularmente o a través de prepaga u obra social) en estado de gravedad, existen situaciones donde quien (por ej. En angustiante estado hemorragia) vaginal en trabajo de aborto) se llegan a las clínicas y hospitales, y debiendo esperar dos o tres horas

finalmente no son atendidos y se vuelven a sus hogares, donde en algunos casos y de existir foco, se produce una infección o secuelas más importantes, a veces no con la consecuencia de muerte.

Es también común en emergentología o en las guardias médicas o bien los especialistas que abandonan a pacientes en tratamiento, (cualquiera fuere este) y también es común situaciones donde abogados inescrupulosos, pretenden perseguir al médico con una figura penal que muchas de las tantas veces no es de aplicación.

Cabe enfatizar que indudablemente pesa sobre el médico el deber -legal, moral y ético- de prestar asistencia a un enfermo grave o urgente, prestación que, en principio, no admite condicionamiento alguno y, mucho menos, de orden formal o material.

Este deber de carácter imperativo, reconoce inicialmente una fuente de rango legal: el Código Civil en su Art. 1074 el cual sanciona toda conducta omisiva que resulte perjudicial a otro en la medida que una disposición legal ordene la actividad omitida.

La noción de abandono hace referencia al acto de dejar de lado o descuidar cualquier elemento, persona o derecho que se considere posesión o responsabilidad de otro individuo. El abandono puede ser utilizado en el ámbito legal o en diferentes espacios y situaciones de la vida cotidiana, conllevando algunos de los posibles abandonos mayor gravedad que otros.

Si se lo entiende desde el punto de vista legal, el abandono siempre hará referencia al descuido de una persona o un bien a manos de otra. En este sentido, el abandono implica que otro individuo puede sufrir daño como consecuencia de tal acto de abandono y por tanto la situación debe ser resuelta de manera legal o judicial.

Abandono consiste en la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia. Entre sus motivos destacan la falsa idea de que "ya no hay nada que hacer" sobre todo en la situación terminal de una enfermedad debido a una formación insuficiente en cuidados paliativos, así como el miedo o sensación de fracaso profesional. En Medicina Paliativa, son claros ejemplos de abandono el no atender bien

lo síntomas de la persona que sufre, no utilizar la sedación cuando ésta está indicada o no informarle adecuadamente.

El abandono constituye un proceso complejo, determinado por una gran variedad de factores, que presenta numerosas y graves repercusiones de muy diversa índole. Los resultados terapéuticos de aquellos pacientes con trastornos mentales que no cumplen adecuadamente el tratamiento prescrito no son los deseados, ya que conlleva una ausencia de mejora del estado del paciente, aumenta la probabilidad de recaída y aparece un nuevo uso de los servicios de salud mental, con el consiguiente aumento de los costes sanitarios. Hasta el momento, la mayor parte de la investigación ha dirigido sus esfuerzos a esclarecer el papel que juegan en el abandono las características sociodemográficas, siendo éstas las únicas variables con un consistente soporte empírico. Pero existen otras variables que tienen una gran implicación en el abandono, sobre todo en lo que se refiere a la posible intervención para la mejora de la adherencia y la práctica clínica en general en los servicios de salud mental. La identificación de todas estas variables es el objetivo de esta investigación, en la que se ofrece el perfil característico del paciente que abandona el tratamiento psicológico/psiquiátrico. En este perfil se incluyen variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, terapéuticas, relativas al profesional, de personalidad e indefensión aprendida. Por último, se propone un modelo teórico del abandono terapéutico, que permite tener una visión integral del abandono atendiendo a una gran variedad de factores. Las variables más relevantes en la determinación del abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales según este modelo son: ser varón o ser mujer y vivir sola, no tener antecedentes psiquiátricos ambulatorios u hospitalarios, poseer un alto nivel de apertura a la experiencia y un alto nivel de neocriticismo, realizar atribuciones de carácter externo y presentar altos niveles de indefensión aprendida.

Los tratamientos psicológicos y farmacológicos para los trastornos de la conducta alimentaria comportan costes personales y sanitarios. En este trabajo estudiamos los diferentes motivos que pueden estar asociados al abandono en ambos tipos de tratamientos en pacientes diagnosticados con un trastorno de la conducta alimentaria, así como el tipo de abandono: abandono tras evaluar, abandono precoz y tardío. Por

otro lado, analizamos si existe alguna relación entre el diagnóstico y el tipo de abandono. Se examinaron diversas características (edad, sexo, diagnóstico, motivos y tipos de abandono, y satisfacción respecto a la unidad de trastornos de la conducta alimentaria) en 212 pacientes atendidos en un servicio especializado en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria durante un periodo de dos años. Nuestros datos apoyan la hipótesis de que el tipo de abandono de los tratamientos más frecuente es de tipo tardío, motivado por la mejoría del trastorno de la conducta alimentaria, mientras que no se verifica que exista relación alguna entre el diagnóstico y el tipo de abandono. Nuestros resultados indican que los motivos de abandono son heterogéneos. Se pueden establecer dos perfiles diferenciados de abandono; uno ligado a la mejoría y a los impedimentos físicos temporales, y otro relacionado con motivos diversos.

Como también ocurre en centros privados de similares características, una cuestión fundamental es la retención del paciente. La retención en tratamiento está fuertemente relacionada con su éxito.

Es importante definir lo que se entiende por abandono y cómo se produce. Este concepto, como tipo específico de finalización del tratamiento de un paciente en el CAD, se decide y detecta en las revisiones periódicas (mensuales o bimensuales) que los profesionales hacen sobre los expedientes activos. Por diferentes conceptos, entre ellos el no atender las sesiones o citas individuales concertadas sin que haya aviso o conocimiento de causas, se toma la determinación de dar de baja a los sujetos. El término inglés *attrition* (inadecuadamente traducido como «atrición», que, según la R.A.E., se refiere al «pesar de haber ofendido a Dios, no tanto por el amor que se le tiene como por temor a las consecuencias de la ofensa cometida») se refiere al abandono de los tratamientos por voluntad del paciente, si bien la mayor parte de los estudios se centra en los predictores del abandono o las tasas encontradas en cohortes de pacientes, y rara vez en las razones por las cuales las personas deciden efectuar tal interrupción.

Metodología

El método que se aplicó para esta investigación es de corte cualitativo, con una investigación de campo, en la cual aplicamos la observación y llevamos a cabo algunas entrevistas a personas que conocían acerca del tema.

El método seguido ha sido el contacto telefónico con el paciente. Como se comentará más adelante con más detalle, el tiempo transcurrido entre el cierre del expediente (que se produce cuando el paciente lleva dos meses sin acudir a citas) y el momento de la llamada, realizada en el mes de junio de 2007, es en muchos casos excesivo, produciéndose un alto índice de inaccesibilidad.

La entrevista fue realizada por un psicólogo y una enfermera (los dos primeros autores del presente trabajo). La pregunta principal que se planteaba al paciente era: «Usted ha dejado de acudir a las citas en el CAD ¿cuál es la razón para no acudir a estas citas y no solicitar otras nuevas?». A partir de la información suministrada por el entrevistado, se sucedían las preguntas que fueran necesarias hasta afinar en el planteamiento de una respuesta concreta. En los casos en los que parecía adecuado y posible, se instaba al entrevistado a solicitar una nueva cita.

Utilizando la historia clínica, se han recogido una serie de datos de tipo sociodemográfico y relacionadas con el tratamiento: fechas de inicio y fin del tratamiento, número de citas ofertadas, número de citas atendidas, edad, sexo, estado civil, nivel de socialización, sustancia principal y sustancias secundarias consumidas. En cuanto al número de citas, se han considerado sólo aquellas consultas de duración superior a 30 minutos, no contabilizándose las de menor duración. Con respecto a la variable fecha final de tratamiento, se ha registrado la fecha de la última cita atendida efectivamente por el paciente. Con ello se pretende minimizar el efecto del tiempo que se tarda en detectar y decidir el cierre del expediente por abandono.

De los 53 casos estudiados (que como se recordará fueron elegidos al azar), 40 de ellos corresponden a hombres, lo que supone el 75% de la muestra, siendo los 13 restantes mujeres (25%). El alto índice de varones puede estar relacionado, en términos generales, con datos como las diferencias existentes en las demandas y en la persistencia en los tratamientos entre hombres y mujeres.

Las edades de los pacientes seleccionados oscilan entre los 17 y los 58 años. La distribución por tramos etarios coincide con la distribución general de edades de los pacientes atendidos en el dispositivo. Treinta y uno de los pacientes refieren ser solteros (58%) y 13 casados (25%); las diferentes situaciones de convivencia que se dan en la sociedad actual, en referencia a la relación de pareja, hacen que estos datos sean cuestionables.

Para valorar consecuentemente estos datos, habremos de tener en cuenta el número de sesiones o citas que se han ofertado a los pacientes y las que realmente han sido atendidas por ellos. En los primeros momentos de relación de los sujetos con el CAD, las citas suelen ser frecuentes y continuas, como requiere el procedimiento multidisciplinar de valoración inicial realizado por las diferentes áreas del CAD. Una vez concluida esta fase y en función del tipo de asistencia que se determine en las reuniones de áreas, las citas ya son más específicas y se ofrecen más espaciadas en función de la demanda general y del número de profesionales disponibles.

El momento ideal para dejar una terapia es difícil de calcular para el paciente y también para el terapeuta. He escuchado decenas de relatos de amigos y familiares que tienen la sensación de haberse quedado en terapia más tiempo del necesario, porque dejó de serles útil, porque regresaban obsesivamente al motivo de consulta original, como si no hubieran avanzado ni un centímetro desde el primer día que buscaron ayuda. Porque se aburrían de su incapacidad para resolver sus problemas solos, porque las preguntas, las interpretaciones o cualquier tipo de intervención del terapeuta perdía fuerza y brillo con el paso de los meses.

Hablar del final de la terapia es algo que sólo se hace en contextos profesionales de terapeutas. Se analizan los tiempos promedio que requiere una terapia, dependiendo del problema específico del que se trate. Por ejemplo, los trastornos de la personalidad son difíciles de manejar y los cambios son lentos; los adolescentes en general, mejoran de una depresión leve o moderada en unas cuantas semanas; cuadros de celos regresan una y otra vez en algunos pacientes y en otros remiten.

La teoría psicoanalítica interpreta el abandono de la terapia como una resistencia del paciente a seguir analizando su vida psíquica. Un intento por olvidar lo que duele, una

huida cuando no hay disposición para profundizar más allá de un síntoma concreto. Mucha gente sólo quiere dejar de sufrir en el menor tiempo posible.

A pesar de la primera intención de las familias, al final la mayoría de ellas terminan por llevarse a sus parientes. La actuación de la Personería, que diseñó un acta de abandono, que constituye un delito, convence a muchos.

El bienestar de la persona es sin duda un tema complejo y a pesar de que se ha investigado al respecto, hasta el momento no se ha llegado a un consenso sobre el mejor proceder para garantizarlo.

Qué decir del bienestar durante la hospitalización: cuando un paciente ingresa a una institución de salud tiene muchas dudas e interrogantes acerca de lo que irá a pasar, sobre todo cuando se les va a realizar un procedimiento quirúrgico.

Esto ha llevado a los investigadores a que consideren como objeto de estudio, las vivencias que experimenta el paciente durante la estancia hospitalaria. Existe evidencia de estudios realizados en diferentes grupos de pacientes y con diferentes tipos de investigación.

Sin embargo, es necesario enfocarse directamente en la percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización, con la intención de tener herramientas para mejorar los servicios de salud.

Resultados

La edad de los participantes del estudio fue de 18 a 65 años con un promedio de 34 años, predominó el sexo femenino (5 hombres y 25 mujeres) y el estado civil casados (20 casados, 7 solteros, 1 viuda y 2 divorciados). Respecto a la escolaridad, 16 contaban con el grado de primaria, 9 con secundaria, 1 con preparatoria y 4 con Licenciatura. Dentro de las intervenciones quirúrgicas realizadas a estos pacientes se encontraron: laparoscopia, hernioplastia, lobectomía pulmonar, laparotomía exploradora, apendicetomía y colecistectomía, con predominio de la última. Los participantes señalaron de una a tres experiencias previas de hospitalización.

Los pacientes hospitalizados perciben bienestar cuando consideran que las enfermeras están capacitadas en la atención técnica. Para ellos es muy importante el manejo del dolor, el seguimiento en la atención, la competencia del personal de enfermería para realizar los procedimientos y la información que se les proporciona.

Respecto al seguimiento en la atención, los informantes consideraron que para ellos era importante que las enfermeras estuvieran pendientes de sus cuidados y cubrieran sus necesidades en forma rápida y oportuna.

Es importante resaltar que en el bienestar también es relevante la infraestructura. La información revelada por los participantes indica que existen algunos aspectos que, aunque no corresponden directamente a la atención que proporcionan las enfermeras si contribuyen en la percepción de su bienestar.

Otro aspecto relevante en la percepción del bienestar es el servicio que proporcionan otros departamentos tales como seguridad, nutrición, trabajo social, limpieza y personal de enfermería de otros servicios.

Como puede apreciarse, existen expectativas cumplidas de la atención y otras que en el estudio se les denominó expectativas futuras, que surgen de las necesidades no satisfechas por el servicio de enfermería y otros departamentos.

En la percepción del bienestar de los pacientes hospitalizados destacaron dos aspectos que dependen directamente de la atención proporcionada por el personal de enfermería: la atención técnica e interpersonal. Además, se identificaron dos aspectos que modulan la percepción del bienestar y dependen del entorno hospitalario: infraestructura y servicios otorgados por otros departamentos. Así mismo, las expectativas de la atención fue un aspecto importante para el bienestar durante la hospitalización.

Creemos que las familias de los pacientes prefieren abandonarlos que cuidarlos con amor y cariño en su rehabilitación, debido a que no se sienten preparados para brindarles de su apoyo y protección, por eso les resulta más fácil dejarlos en una clínica.

Los hallazgos de este estudio respecto a que el bienestar es producto de que la atención sea proporcionada por personal de enfermería altamente capacitado, donde se destaque la parte técnica de la atención, son congruentes con lo reportado por otros autores, que señalaron que la atención técnica y el confort en caso de dolor, así como proporcionar el medicamento a la hora indicada y responder con rapidez sobre todo cuando el paciente tiene dolor, son aspectos que determinan una atención de calidad que permite lograr el bienestar del paciente.

Conclusiones

Los enfermos mentales que viven en hospitales psiquiátricos perciben un abandono familiar debido a que las familias no aprenden o no saben cómo cuidarlos y por ello las leyes deberían considerar sensibilizar a las familias mediante capacitaciones especiales que les permitan convivir mejor con sus internos.

Es urgente que el personal de salud tome conciencia de la importancia de lograr el bienestar en los pacientes durante su hospitalización. Es necesario que la atención que se brinda en las instituciones de salud se destaque no solo por la parte técnica, sino también por la interpersonal, donde el trato es un aspecto relevante. Además de considerar las necesidades y expectativas de atención para que el personal de enfermería las incorpore como parte del cuidado planeado en cada turno.

Se concluye que para asegurarse de fomentar el bienestar en los pacientes hospitalizados es esencial que el personal de enfermería dirija sus intervenciones hacia el manejo del dolor, lleve un seguimiento en el plan de atención de cada paciente y lo mantenga informado de acuerdo a sus necesidades. Además, es elemental que muestre una actitud que se destaque por su competencia profesional. Un hallazgo relevante es que además de la atención de enfermería, para fomentar el bienestar es

importante que la institución tenga la infraestructura necesaria para proporcionar la atención y cubrir las necesidades y expectativas de los pacientes.

La mayoría de los métodos de tratamiento de las enfermedades psiquiátricas pueden clasificarse en métodos somáticos o métodos psicoterapéuticos. Los tratamientos somáticos incluyen fármacos, terapia electro convulsiva y otros tratamientos que estimulan el cerebro (como la estimulación magnética transcraneal y la estimulación del nervio vago). Los tratamientos psicoterapéuticos incluyen la psicoterapia (individual, grupal, o familiar y conyugal), técnicas de terapia conductual (por ejemplo, las técnicas de relajación o la terapia de exposición), y la hipnoterapia. En el caso de los principales trastornos de la salud mental, la mayoría de los estudios sugieren que un enfoque terapéutico que contemple la utilización conjunta de fármacos y psicoterapia resultará más eficaz que cualquiera de los métodos de tratamiento empleados por separado.

Como principal conclusión, la investigación muestra una persona con deterioro cognitivo leve, con trastornos de personalidad del grupo de problemas interpersonales y ambivalentes como los principales candidatos a abandono de procesos de corte psicosocial.

Por otra parte, el tamaño de la muestra de personas sin hogar, aunque relevante desde el punto de vista clínico, es relativamente pequeño desde una perspectiva estadística. Por ello, se requiere un mayor número de estudios semejantes con el objetivo de poder identificar el perfil específico de trastornos de clínicos y de la personalidad en personas sin hogar.

Apartado crítico

- Domínguez, Eva (2005). Las figuras de abandono de familia en sentido estricto. Madrid. ISBN 8497727940. OCLC 644768896.
- Tardía, José Antonio (2012). Lecciones de Derecho Administrativo (Acto administrativo, procedimiento y recursos administrativos y contencioso-administrativos). Club Universitario
- Schiffman, H. (2004). Sensación y Percepción. Un enfoque integrador. México: Manual Moderno.
- Gámiz Parral, Máximo (2001) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos comentada, 4ª ed. editorial Noriega Editores, México.
- Andre, Eduardo (2003) la educación en México. México. planeta