



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**CUIDADO HUMANIZADO DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE
SALUD MENTAL EN EL AMBULATORIO “LUIS
GUADA LACAU” DEL IVSS EN NAGUANAGUA
ESTADO CARABOBO, AÑO 2009**

**Trabajo Especial de Grado Presentado como Requisito para optar al título de
Licenciado en Enfermería**

Tutora: Nidia Machuca

Autora: T.S.U. Garrido Cerena

C.I. 10.156.670

Valencia, 2009

**CUIDADO HUMANIZADO DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE
SALUD MENTAL EN EL AMBULATORIO “LUIS
GUADA LACAU” DEL IVSS EN NAGUANAGUA
ESTADO CARABOBO, AÑO 2009**

DEDICATORIA

Es un regalo de la vida Bendecido por Dios el poder dedicar públicamente no solo el presente trabajo si no también el máximo de mis logros a ese ser que es prioridad en mi vida.

MADRE: Este logro te lo dedico con todo mi corazón, es por ti que llego a feliz termino, es por ti que mi camino se hace mas fácil, es por ti que no puedo dejar nada por la mitad, tu fuerza en orar y pedir por mi vida lo logra todo, tus risas y abrazos me hacen luchar para que siempre la mantengas, mami, gracias por estar, gracias por tu amor, por tu paciencia, mantén siempre una bendición en mí que eso me ayuda a seguir haciendo mi camino.

He aquí nuestro otro titulo, AL FIN LO LOGRAMOS MAMI!

TU MENOR HIJA

AGRADECIMIENTO

A Dios: eje fundamental en mi vida, creador de mis triunfos y logros... permanece en mi corazón!. **A mis Ángeles:** mis guías; de vuestras manos pude culminar este proyecto, ustedes me conducen por el camino del bien.

A mis padres: mami: este logro sin ti no tendría tato gusto, tus palabras, tu fe y sobre todo tu fortaleza me hace culminar lo empezado, no podría defraudarte, eres un eje principal en mi vida... eres lo mejor de mi vida!. **Papi:** tu perseverancia, tu trabajo y tu amor son tu mayor enseñanza, tu lucha constante humildad y honestidad mi bandera, que más puedo pedir de ti?.. Gracias por tanto y todo!

A mis hermanas gracias por motivarme, por ayudarme, por entender y bendecir cada uno de mis actos, jamás vuestras palabras y consejos pasan en vano. El presente no es más que otro logro forjado por las tres, las amo!. **A mis cinco sobrinos:** cinco tesoros de mi vida por quienes me esmero tratando de dar lo mejor de mi...que esto les sirva de estímulo y motivación constante. **A mi abuelita Luisa:** no importa la distancia, gracias por tus oraciones, tu mirada me hace ver el sol de cada día y alumbra las horas de mis noches, gracias abuelita, otro titulo para ti!

A la Lic. Nidia Machuca: como no agradecer tanto esmero, paciencia y confianza, profesionales como usted hacen que nuestro gremio se llene de fortalezas, mil gracias, es usted una bella persona.

...Soy caminante y sigo haciendo mi camino, gracias a todos los que de alguna u otra manera me ayudan en el andar.

Cerena

ÍNDICE GENERAL

	pp.
ACTA DE APROBACIÓN	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
LISTA DE CUADROS	viii
LISTA DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	4
Objetivo General	8
Objetivos Específicos.....	8
Justificación.....	8
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la Investigación	10
Bases Teóricas.....	14
Sistema de Variables	47
Operacionalización de las Variables	48
Definición de Términos.....	49
CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de Investigación	50
Población y Muestra.....	51
Métodos e Instrumento de Recolección de datos	51
Validez del Instrumento	52
Confiabilidad del instrumento	53
Procedimiento para la recolección de información	54
Técnicas de análisis de los datos	54

CAPITULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Presentación y análisis de los Resultados	55
---	----

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones	74
Recomendaciones.....	75

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	77
---	-----------

ANEXOS	82
---------------------	-----------

A. Instrumento

B. Certificación de Validez

C. Confiabilidad del Instrumento

LISTA DE CUADROS

Cuadro	p.p.
1 Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Establecer una alianza Terapéutica en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009.	56
2 Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería a sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub-indicador Valoración Psicológica en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	58
3 Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Valoración Social en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	60
4 Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Reacciones Emocionales en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	62
5 Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del	

	paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Fomentar la Autoestima en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	64
6	Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Establecer una alianza Terapéutica en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	66
7	Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Valoración Psicológica en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	68
8	Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Valoración Social en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	70
9	Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Reacciones Emocionales en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	72

LISTA DE GRAFICOS

Cuadro	p.p.
1 Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Establecer una alianza Terapéutica en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009.	57
2 Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería a sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Valoración Psicológica en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	59
3 Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Valoración Social en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	61
4 Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Reacciones Emocionales en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	63
5 Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del	

	paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Fomentar la Autoestima en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	65
6	Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Establecer una alianza Terapéutica en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	67
7	Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Valoración Psicológica en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	69
8	Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Valoración Social en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	71
9	Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Reacciones Emocionales en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009	73

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**CUIDADO HUMANIZADO DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD
MENTAL EN EL AMBULATORIO “LUIS GUADA LACAU” DEL IVSS EN
NAGUANAGUA ESTADO CARABOBO, AÑO 2009**

Autora: Garrido Cerena

Tutora: Nidia Machuca

Año: 2009

RESUMEN

La enfermera (o) que brinda cuidados a persona con problemas de salud mental, debe tener en consideración ciertos aspectos que determinan la reacción individual con el usuario y familiar de la persona afectada. De allí que se realiza esta investigación dirigida a determinar el cuidado humanizado de personas con problemas de salud mental en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del IVSS en Naganagua Estado Carabobo, en su dimensión intervención de enfermería. La investigación corresponde a un estudio descriptivo diseño no experimental de campo. La población y muestra estuvo conformada por el total de enfermeras Comunitarias que laboran en el área de psiquiatría, las cuales conforman un grupo de 12 profesionales. Para recabar los datos necesarios para la investigación la técnica utilizada en el estudio fue la encuesta. El instrumento un cuestionado estructurado por 18 preguntas policotómicas relacionadas con la variable en estudio. La validez del instrumento se realizó a través del juicio de expertos. La confiabilidad a través de una prueba piloto aplicada a un grupo con características similares a la población en estudio y luego se aplicó el coeficiente Alfa de crombach que arrojó un $\alpha = 0,82$ es decir altamente confiable. Los resultados de la investigación fueron enmarcados en cuadros estadísticos, mediante frecuencia absoluta y porcentaje. Los resultados reflejan en cuanto al subindicador visita domiciliaria, que el 50% de la población encuestada Nunca realiza esta acción de cuidado. Asimismo, el 75% de los participantes informó que nunca realizar pesquisas de pacientes en deserción de la consulta de salud mental. Solo el 33% de los participantes realiza actividades para abordar el problema de salud mental y un 50% de los encuestados siempre realiza la Valoración Psicológica. Se recomienda, a las autoridades de enfermería de la institución de salud, poner en práctica acciones educativas dirigidas a orientar a la población en estudio sobre la necesidad de realizar la valoración del paciente en su entorno familiar y social, lo cual repercute en la calidad de vida de estos pacientes.

Descriptor: intervención; enfermería; cuidado humanizado; salud mental.

INTRODUCCIÓN

La definición que hizo la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) de la palabra “salud” dice: “Estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia” (O.M.S., 1946). Si se acepta esta definición, se está aceptando tácitamente que el estado mental también forma parte de la evaluación del estado de salud de cualquier sujeto. Porque, sin duda, no se puede ostentar un nivel óptimo de salud y un deficitario estado mental. Por tanto, el concepto de salud mental va implícito en el concepto de salud y además como algo indisociable.

Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico. El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones.

En consecuencia, los problemas de salud mental, constituyen una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y laborales de las personas que la sufren y del entorno familiar. Entre ellas, la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales mas serias, se inicia generalmente en la adolescencia tiene tendencia a evolucionar hacia la cronicidad y para lo cual no existe un tratamiento curativo en la actualidad; a su vez es importante destacar que la mayoría de los usuarios que padecen esta enfermedad son abandonados y deambulan en las calles de cualquier ciudad.

A menudo, resulta difícil valorar las conductas en las personas con problemas de salud mental que están ansiosas, a la defensiva o confusos, puede ser una fuente de

información no fiable. Si se dispone de un profesional de enfermería de apoyo deberán intervenir en la entrevista, la valoración en forma holística, con un enfoque multidisciplinario y transdisciplinario, para poder dar respuesta a dichas situaciones.

Ser profesional de enfermería, es un gran compromiso ya que este rol de traspasar los cuidados físicos de la persona y debe ser capaz de observar, analizar y comprender los cambios y actitudes de una persona, contar con herramientas para abordar a ese ser humano ligado a tantos factores de su entorno.

Para esto la intervención de la enfermera cobra importancia; es así como la enfermera debe contar con los conocimientos y preparación suficientes para orientar en forma oportuna todos sus esfuerzos, no solamente hacia brindar el tratamiento específico a la persona, sino también hacia la prevención y detección temprana de sus complicaciones. En consecuencia, la intervención de enfermería en pacientes con problemas de salud mental implica una base de conocimientos científicos sobre estas intervenciones, para adaptarlas a las necesidades de cada individuo según su estado físico, emocional y espiritual.

De allí la importancia de realizar una investigación dirigida a determinar el cuidado humanizado de personas con problemas de salud mental en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del IVSS en Naguanagua Estado Carabobo, en su dimensión: Intervención de Enfermería. Para ello, la investigación se estructura en cinco capítulos de la siguiente forma: En el capítulo 1, está constituido por el planteamiento del problema, los objetivos general y específicos y la justificación del estudio. Dentro del capítulo II, se presentan los antecedentes de la investigación, y las bases teóricas que sustentan El Marco Teórico del estudio; a su vez, el sistema de variables, su operacionalización y la definición de términos básicos.

El capítulo III, Marco Metodológico, que contiene el diseño de investigación, tipo de estudio, la población y muestra, los métodos y técnicas de recolección de datos, validación y la confiabilidad, procedimientos de reelección de datos y técnicas análisis.

En el capítulo IV, Resultados de la investigación, constituido por el análisis e interpretación de los datos y el capítulo V, contentivo de las Conclusiones y Recomendaciones; finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los objetivos y características de la atención de enfermería son diversos y variados, tanto como lo son las personas, familias o comunidades destinatarias de la misma; sus necesidades específicas y los eventuales problemas que presentan. Desde la perspectiva holística que toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, se deben tener en cuenta las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Cualquier factor que dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea externo o interno, priva al individuo de su total autonomía y requiere una actuación de enfermería encaminada al restablecimiento de la salud dentro de sus posibilidades.

Es por ello, que la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, conocido como proceso de cuidado humano, permite prestar atención de forma racional, lógica y sistemática, por lo cual en la aplicación del proceso de cuidado humano, la enfermera va a requerir de una serie de capacidades cognitivas, interpersonales y técnicas. En el caso de la enfermera (o) que brinda cuidados a persona con problemas de salud mental, debe tener en consideración ciertos aspectos que determinan la reacción individual con el usuario y familiar de la persona afectada.

El problema de salud mental es un fenómeno que ha sido registrado a través de la historia, durante siglos. En la historia se encuentran mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a las vivencias del profesional de enfermería ante el

problema de salud mental. Según estimaciones publicadas en octubre de 2006 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), “unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren al menos una vez en la vida algún tipo de problema de salud mental lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico” (p 4). Esto evidencia, la necesidad de emprender una línea de acción, para fomentar los cambios de conducta que permitan estilos de vida saludable, la promoción del desarrollo psicosocial y mental de las personas, a fin de minimizar los problemas de salud mental.

En América Latina, la situación es similar al resto del Mundo. Según refiere Ramírez, E (2006) “alrededor de 1 de cada 100 personas, suele presentar problemas de salud mental al comenzar en la juventud. Alrededor de 20 a 40% de los pacientes con problemas mentales son personas en edades comprendidas entre 20 y 30 años, de los cuales, el 30% presenta trastorno esquizoafectivo.” (p. 24). Estos registros, evidencian que la salud mental constituye un problema de salud pública importante. En la actualidad esta situación ha sido motivo de preocupación para los profesionales de salud. En este orden de ideas el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2005) define la Política Nacional de Salud Mental como:

La agrupación de objetivos y opciones estratégicas que orientan y guían la implementación de los planes y programas de salud mental, basándose en principios constitucionales y en armonía con los fundamentos del sistema de seguridad Social, las políticas generales del sector, y las demás disposiciones gubernamentales que le sean relevantes. (p.6)

Con la promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos psiquiátricos; aumentar la escala de valores de la salud mental en la sociedad, promoviendo actividades que permitan la integración de los conocimientos y técnicas de la salud mental a las políticas, programas y servicios dependientes de diferentes sectores; la intra e interinstitucional que permita la planeación e

implementación de acciones conjuntas que fomenten el desarrollo psicosocial y mental de la niñez, cuyas áreas de acción principal son el estímulo de desarrollo temprano (afectivo y cognitivo) y la reducción de conductas violentas contra esta población.

Según el plan Nacional de Desarrollo (2006), que contempla los programas de salud mental para los grupos poblacionales vulnerables entre ellos la población con discapacidad cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de esta población y el logro de su integración social y económica, se han emprendido acciones dirigidas a Promover la Salud Mental. De acuerdo a esta política Nacional de Salud mental, dentro de las acciones que el gobierno central se encuentra la promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos, a partir del apoyo a las acciones que conduzcan a incrementar la importancia de la salud mental en la de valores de la sociedad y a emplear los medios de comunicación social y la concertación de alianzas intra e intersectoriales. Se busca de esta manera que se integren los conocimientos y técnicas de la salud mental a las políticas, programas y servicios dependientes de otros sectores, a fin de detectar de manera temprana conductas que indiquen problemas en la población.

En este sentido, todas las conductas reflejan estado de necesidad humana y están presentes en cierto grado en todas las personas. Las conductas no son un problema a menos que se den en los extremos; toda conducta se vuelve extrema en la medida en que la necesidad que la genera se hace más apremiante (Tucker, W. 2001. p. 85). Algunas de las conductas presentes en las personas con problemas de salud mental son: ansiedad, emisión de sonidos parloteo repetitivo, conducta agresiva y vagabundeo. Estas conductas pueden interpretarse como tenaces, ariscas o confusas; la distracción a la necesidad física podría considerarse como olvido o descuido. La depravación sensorial de vivir solo y el aislamiento social pueden llevar a una pérdida de la función mental y a una desintegración de la personalidad. Asimismo, existen

otros factores que pueden desencadenar problemas de salud mental, como el alcohol, la depresión, el estrés, entre otros.

A menudo, resulta difícil valorar las conductas en las personas con problemas de salud mental que están ansiosas, a la defensiva o confusas, puede ser una fuente de información no fiable. Si se dispone de un profesional de enfermería de apoyo deberán intervenir en la entrevista, la valoración en forma holística, con un enfoque multidisciplinario y transdisciplinario, para poder dar respuesta a dichas situaciones.

El ser profesional de enfermería, implica un gran compromiso ya que este rol debe traspasar los cuidados físicos de la persona y debe ser capaz de observar, analizar y comprender los cambios y actitudes de una persona, contar con herramientas para abordar a ese ser humano ligado a tantos factores de su entorno.

En el contexto donde se abordan los hechos, se observa que en la Consulta de Psiquiatría del Ambulatorio Urbano “Luis Guada Lacau” del IVSS, ubicado en Nguanagua Estado Carabobo, donde se atienden en la consulta de salud mental un total de 15 pacientes diarios, para una estadística mensual de quinientos veinte (520) personas con diferentes problemas de salud mental, con una prevalencia del 54% con esquizofrenia (280 personas), el 22% (112 personas) con problemas de Alzheimer, el 15% (80 personas) consultan por trastorno bipolar. Según expresan los profesionales encargados de la atención de estos usuarios, el cuidado proporcionado se torna un poco monótono, ya que este tipo de personas se comportan con conductas irreflexivas, inconvenientes o irritantes, disociadoras, violentas, tendencia a refinar todo, entre otras.

Es por estas características, este tipo de personas que se presenta el problema en relación con el trato que le brinda el profesional de enfermería, debido a que en ocasiones sienten temor por las reacciones de los usuarios, esto debido a que son muy

poco los profesionales de enfermería que se encuentran realmente preparados para tratar con este tipo de personas, y es por esto que los cuidados del profesional de enfermería aplicados a estas personas no son completamente satisfactorios.

Los planteamientos expuestos, dan lugar a plantearse las. Sigüientes interrogantes:

¿Cómo será la intervención del personal de enfermería en cuanto al cuidado de pacientes con problemas de salud mental?

¿Cuáles son las estrategias que utiliza el personal de enfermería en el cuidado de pacientes con problemas de salud mental?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar el cuidado humanizado de personas con problemas de salud mental en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del IVSS en Naguanagua Estado Carabobo, en su dimensión: Intervención de Enfermería.

Objetivos Específicos

Identificar la intervención del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con problemas de salud mental.

Establecer las estrategias que utiliza el personal de enfermería en el cuidado de pacientes con problemas de salud mental.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El manejo de la persona con alteraciones de la salud mental es una tarea compleja para realizar en el área de enfermería sin embargo, es bien sabido que en los

últimos estudios sobre estos problemas de salud, se ha comprobado que al mantenerse el paciente con el grupo familiar resulta más beneficioso para el mantenimiento y control de la enfermedad.

El propósito del estudio se dirige a determinar el cuidado humanizado de personas con problemas de salud mental en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del IVSS en Naguanagua Estado Carabobo, en su dimensión: Intervención de Enfermería. Es por ello que este estudio tiene relevancia práctica referido a los beneficios que aporta la investigación al personal de enfermería, quienes tendrán la oportunidad de abordar algunos temas que les inquieten sobre este tópico de interés, al tiempo que se mejorará la calidad del cuidado holístico de la persona con problemas de salud mental.

Por otra parte, la investigación reviste gran importancia para las personas afectadas y su familia, ya que son quienes se van a beneficiar directamente cuando la enfermera en su rol de orientadora, le proporcione el cuidado necesario y oportuno sobre la forma de manejar su problema desde el punto de vista holístico o integradora.

Así mismo, a nivel personal, constituye para la autora uno de los medios para cumplir uno de los roles más importantes, como lo es el asistencial educativo o de orientación, donde la enfermera proporciona la información necesaria y apoya a la persona en todas sus necesidades.

Igualmente, desde el punto de vista teórico se considera que este trabajo constituye un aporte para futuras investigaciones que se realicen en esta línea de investigación, donde los resultados de la investigación pueden servir de base para realizar comparaciones e indagar sobre el tema planteado.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Para el desarrollo de la presente investigación, se emprende una búsqueda acerca del cuidado que prestan los profesionales de enfermería comunitaria a las personas con problemas de salud mental. Los referentes teóricos representan investigaciones relacionadas al tema en estudio resaltando los principales hallazgos encontrados los cuales contribuyeron como antecedentes del estudio.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los antecedentes presentados en esta investigación harán posible tener una visión amplia y detallada de lo que se estudia, lo que garantiza que la información que se presenta esta relacionada con las vivencias emocionales de las personas con problemas de salud mental.

Investigaciones Internacionales relacionadas con la variable estudio

Haquin, C; Larraguibel, M y Cabezas, J (2004) en una investigación realizada en Chile, denominada; Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama, cuyo objetivo fue determinar la realidad psicosocial de la población infanto juvenil perteneciente a la educación municipalizada de la ciudad de Calania. El trabajo con una muestra representativa de la población de séptimo básico a cuarto medio de la educación municipalizada $n= 1,069$, (543 hombres y 526 mujeres). Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de factores protectores y de riesgo en salud mental para adolescentes entre 11 y 18 años de edad, Cuestionario psicopatológico para adolescentes, Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y Cuestionado de ideación e intento de suicidio.

Los resultados aflojaron según los autores que los factores de riesgo predominantes son: falta de destrezas sociales y pertenencia a grupo, bajo autoconcepto autoestima y situación familiar irregular. Los factores protectores más frecuentes son: expectativas futuras, ausencia de conductas de riesgo social, de alcohol y drogas y sexuales, y ausencia de maltrato. El 36,6% de las mujeres consultadas, es decir 191 casos, alcanzan puntajes iguales o mayores al corte respectivo en el Cuestionario Psicopatológico para adolescentes versus el 22,2% de los hombres consultados (121 casos). Los factores de riesgo predominantes en el grupo con psicopatología son las variables ausencia de pertenencia a grupo y bajo autoconcepto/autoestima.

La ideación suicida va entre el 6,4% al 14,6% de acuerdo a como se postule la pregunta. El 18% de los entrevistados había cometido uno o más intento de suicidio. Los 247 sujetos con ideación suicida declarada presentan puntajes igual o superior al corte respectivo en el CDI. Además, todos los sujetos que declaran tener uno o más intentos de suicidio (n 192) presentan puntajes superiores o iguales al corte respectivo en el CDI.

Los autores concluyen que tempranamente la familia y posteriormente la institución educacional en este grupo darlo estudiado puede llegar a ser un medio de intervención para fomentar factores protectores o disminuir factores de riesgo de éstos jóvenes. El presente estudio pretende ser un aporte para la creación de estrategias de prevención, puesto que el conocer los factores protectores y de riesgo de la población facilita el saber donde es necesario destinar recursos para lograr intervenciones eficaces. Este tema se hace aún más relevante en la ciudad de Calama debido a la alta prevalencia del maltrato y la conducta suicida en niños y adolescentes. Por estas razones se hace imperativo el estudio y diseño de estrategias de intervención que nos ayuden a prevenir la aparición de psicopatología en la población.

Investigaciones Nacionales relacionadas con la variable en estudio

Castillo, A (2002); en los Teques Estado Miranda, diseñó una propuesta de un programa educativo dirigido al personal de enfermería para el abordaje al individuo con alteraciones de salud mental en agitación psicomotriz a nivel comunitario, para llevar acabo esta investigación se desarrolló un diseño en la modalidad proyecto factible. La muestra estuvo conformada por 37 sujetos. Para la recolección de los datos se diseñó un cuestionario en forma de escala dicotómica (si-no) y estructurado en 20 ítems; la confiabilidad de dicho instrumento reportó 0,82%. Los resultados según la autora, mostraron que existe en la muestra del personal seleccionado un porcentaje relativamente moderado de dar información adecuada a los pacientes con agitación psicomotriz asimismo expresaron que no someten a los pacientes con los materiales adecuados para la inmovilización. Por ello recomiendan proponer un programa educativo que permita a estos profesionales adquirir información para el abordaje del individuo con dicho problema.

Por otra parte, Caballero, L (2006), realizó en Valencia Estado Carabobo, una investigación titulada: Información que posee el grupo familiar de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide Atendidos en la Consulta del Centro de Salud Mental Sur del Ambulatorio 810, el cual tuvo como objetivo determinar la información que posee el grupo familiar de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide atendidos en la consulta del Centro de Salud Mental Sur del Ambulatorio 810. El estudio se enmarcó en una investigación de campo no experimental, descriptiva. Se tomó una población de 30 familiares de los pacientes con Esquizofrenia Paranoide que asisten a la consulta del centro objeto de estudio; y una muestra del 50% del universo poblacional, es decir, 15 familiares; para recabar la información aplicó un instrumento tipo cuestionario conformado por 12 ítems de respuesta dicotómica cenada (Si-No); previamente obtuvo la validez de contenido por el juicio de expertos y la confiabilidad mediante una prueba piloto, la cual arrojó

según la formula estadística Kuder Richardson 20, un valor de 0,90 grado de confiabilidad interna.

Los resultados obtenidos según la autora, evidencian que un alto porcentaje (70%), afirma conocer sobre la enfermedad mental del familiar, un porcentaje bastante elevado de los familiares (80%) desconoce que le ocasioné la enfermedad mental a su familiar, al igual consideran en un alto porcentaje (80%) que la enfermedad ocasiona agresividad, hiperactividad y déficit en la higiene corporal; del mismo modo, más de la mitad de los encuestados (53%) consideran que su familiar recibe el tratamiento adecuado. Como conclusión final se considera que la enfermera(o) imparte información al grupo familiar respecto al manejo del pariente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide atendido en la Consulta de Salud Mental Sur.

Martínez, M (2007), en su Trabajo de Post Grado titulado: Vivencias de enfermería a través del cuidado ofrecido a usuarios con problemas de salud mental, en la Universidad Nacional experimental Rómulo Gallegos. La investigación tuvo como propósito conocer las vivencias de enfermería a través del cuidado ofrecido a las personas con problemas de salud mental. Metodológicamente se encuentran bajo un enfoque cualitativo a través del método fenomenológico. Como escenario, se escogió el área de influencia del Ambulatorio Libertad del Municipio Juan José Flores de Puerto Cabello Estado Carabobo. Se seleccionaron cuatro informantes, de los cuales tres son profesionales de enfermería y uno es un usuario con problemas de salud mental. A dichos informantes se les atribuyo Pseudónimo, como ética de investigación.

Como técnica para recolectar la información se utilizo la entrevista en profundidad y la observación participante para los cuales se realizaron grabaciones entrevistas, aplicando como instrumentos una gula semiestructurada, diario de notas,

grabador de voz, todo con la finalidad de conocer las vivencias que tienen el profesional de enfermería en salud comunitaria con los problemas de salud mental. Se llevo un registro de acuerdo a lo observado para analizar la información se categorizó y se conformaron estructuras. Para ello, se utilizo la técnica de triangulación quien apodo la credibilidad de la información entre la síntesis se presentan categorías, sentimientos con las manifestaciones de tristeza, dolor y miedo. Como reflexiones se presentan que el personal de enfermería debe conservar su filosofía sobre el cuidado humano a las personas con problemas de salud mental y proporcionar a la enfermería comunitaria herramientas conceptuales de los procesos psicosociales de la salud mental.

Los antecedentes antes reflejados, constituyen un aporte importante a la investigación que se realiza, debido a que se relacionan con la misma, al tratar aspectos relacionados al abordaje de enfermería del problema de salud mental, estrategias para orientar a los usuarios y familiares, entre otros temas que constituyen un aporte para el desarrollo del marco teórico, construcción de variables e ítems del instrumento de recolección de datos.

BASES TEORICAS

Cuidado Humanizado a Personas con problemas de Salud Mental.

Desde el inicio del mundo han existido las enfermedades, caracterizándose todas por un conjunto de manifestaciones y síntomas, los cuales son determinantes de acuerdo a cada enfermedad. Es así que la Organización Mundial de Salud (OMS), describe la salud, no solo cómo “la ausencia de la enfermedad, sino también el estado de bienestar físico, psicológico y social de las personas” (p. 2), es decir, exige la sensación de bienestar en todas las dimensiones del ser humano, incluyendo la parte espiritual del mismo, lo que indica que el ser humano en sus diferentes etapas de la

vida no determina su organización por medio de factores internos y externos, que contribuyen a deteriorar su salud.

Este término puede tener diferentes acepciones, de acuerdo al contexto donde se utilice. De acuerdo a esto, Sáenz, J; Campos, P y Ontoso, A (2000), refieren que:

Puede dársele una connotación somática, psicológica y social. La primera, referido a la integridad anatómica, el mantenimiento del equilibrio interno y el desarrollo de las funciones orgánicas. La segunda, se refiere a la conducta y al desarrollo de los procesos psíquicos, y social que puede considerarse dos subniveles: individual: que se refiere a la satisfacción por el desarrollo del proyecto biográfico en el contexto familiar, comunitario, profesional, etc., y el de la colectividad relacionado con las ideas compartidas por el conjunto de la sociedad acerca de la salud. (p.4).

En consecuencia, para efectos de la investigación, problemas de salud mental, implican las alteraciones de la conducta y desarrollo de los procesos psíquicos, y sociales que pueden afectar el contexto familiar y comunitario. Dueñas, R (2000) refiere que “son condiciones que incluyen cambios en el pensamiento, estado de ánimo, y/o comportamiento. Estas incluyen trastornos de ansiedad, trastornos de hiperactividad y atención deficitaria, depresión y otros trastornos del humor, trastornos alimentarios, esquizofrenia u otros” (p. 5).

La salud mental está sujeta a fluctuaciones biológicas y sociales, en el sentido de nuestra relación con el mundo y con los otros. Desde el punto de vista biológico el ser humano no ha cambiado mucho en los últimos miles de años, de modo que las alteraciones que tienen que ver con el cuerpo básicamente son las mismas. Lo que sí cambia profundamente es lo social. En consecuencia, no se puede comprender la situación de la salud mental hoy en el mundo si no se ve en un contexto más amplio, que es el de las profundas transformaciones y cambios que se han producido en los últimos años.

Si se quiere comprender cualquier fenómeno en su intimidad hay que pensarlo siempre en función del contexto del cual forma parte. Los fenómenos pensados en sí mismos como hechos aislados, no son comprensibles. Por que todo lo que nos rodea o es un sistema en sí mismo o es parte de un sistema mayor.

Evidentemente, dentro del panorama de crisis existencial que se vive en la última década, es casi inevitable que muchas personas terminen por desarrollar una visión negativa del mundo. Esa visión negativa conduce hacia dos cosas; en algunas personas genera un rechazo ciego, y termina oponiéndose a todo, aún a lo que eventualmente esta bien. En otros, son los más, lo que provoca es una especie de resignación, de aceptación pasiva.

Es por ello, que los problemas de salud mental requieren abordaje en los III niveles de atención, pero es en el nivel de prevención primaria en salud en donde encontramos mayor desasistencia por recursos escasos y limitados propios de zonas rurales. De allí qué, los organismos dispensadores de salud locales deben cambiar sus paradigmas y procurar estudiar mas a fondo los problemas de salud mental en sus comunidades para así diseñar propuestas que con el apoyo del Ministerio de Salud, puedan ser aplicadas y ejecutadas de forma efectiva y adaptadas a las necesidades de cada comunidad.

El DSM-IV de la American Psychiatric Associatio (APA) funciona por criterios y surgió como reflejo de la insatisfacción con el sistema CIE. Es mucho más completo y preciso y se realizó incorporando desarrollos de la experiencia clínica, así como avances de la investigación. En Europa se utiliza el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10a revisión) ó CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por este motivo en la mayoría de trastornos del DSM-IV figuran dos códigos.

Eje I	Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
Eje II	Trastornos de la personalidad. Retraso mental.
Eje III	Enfermedades medicas
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientes
Eje V	Evaluación de la actividad global

Dentro del eje II, referido a los trastornos de personalidad, se destaca la **esquizofrenia paranoide**, ubicada con el código de diagnóstico de F07.0, y definida por la Asociación de Psicólogos Americanos (2006) como “Cambio de personalidad lo cual es una alteración duradera de la personalidad que representa un cambio de las características previas del patrón de personalidad del sujeto”. La esquizofrenia paranoide, es un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A.** Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B.** No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

En el mismo sentido, Cook, S y Fontaine, K (1998), indican que “es un trastorno cerebral serio, esta enfermedad hace difícil a la persona diferenciar las experiencias reales y las irreales, pensar de manera lógica, tener respuestas emocionales ante los demás y comportarse normalmente en situaciones sociales” (364). Es una enfermedad compleja enigmática, aún los expertos en el campo no están exactamente seguros de cual es la causa y algunos médicos consideran que el cerebro puede ser incapaz de procesar la información de manera correcta.

Los factores genéticos parecen jugar un papel importante, ya que las personas que tienen miembros en la familia con esquizofrenia paranoide pueden estar propensas a adquirir la enfermedad. Algunos investigadores creen que los sucesos en

el ambiente de una persona pueden desencadenar la esquizofrenia, por ejemplo: problema durante el desarrollo intrauterino (infección) y el parto pueden aumentar el riesgo de desarrollar esquizofrenia posteriormente en la vida, de esta manera comenta Pérez, A (2005) que “Los factores psicológicos y sociales también pueden jugar un papel importante en el desarrollo de esta condición “ (p.44); Sin embargo, el nivel de apoyo social y la familia parece influir sobre el curso de la enfermedad y puede ser protector contra la recaída.

Por otra parte, Sabini, L (2002), destaca qué: “Hay cinco tipos reconocidos de esquizofrenia: catatónica, paranoide, desorganizada, indiferenciada y residual. Las características de la esquizofrenia incluyen su inicio típico antes de los 45 años, la presencia continua de los síntomas durante 6 meses o más y deterioro desde un nivel previo de funcionamiento social y ocupacional” (p. 182). Para efectos de este estudio se hablará sólo de la paranoica, las personas con esquizofrenia pueden tener una variedad de síntomas, por lo general, la enfermedad se desarrolla lentamente durante meses incluso años. Inicialmente, los síntomas pueden ser imperceptibles, por ejemplo: la persona puede sentirse tensa, tener problemas para dormir o tener problemas de concentración.

En este orden de ideas, Sabini (ob.cit) refiere;

Las personas se vuelven aísas y retraídas, no hacen ni conservan amistades. A medida que la enfermedad progresa se desarrollan síntomas psitcóticos como: delirio, creencia o pensamiento falso sin fundamento real, alucinaciones: escuchar, ver o sentir cosas que no están presentes, pensamientos desordenados, “saltos” de pensamientos entre tópicos totalmente conexos; las personas pueden hablar incoherencias. Afecto plano una apariencia o estado de humor que no refleja emoción alguna; no hay característica única que está presente en todos los tipos de esquizofrenia los factores de riesgo comprenden antecedentes familiares de esquizofrenia. (pl83)

Se cree que afecta alrededor de 1% de la población en el mundo y parece presentarse en promedios iguales entre hombres y mujeres; pero las mujeres tienen inicios más tardíos, por esta razón los hombres tienden a sumar más de la mitad de los pacientes en los servicios con una elevada proporción de adultos jóvenes. Aunque el inicio de la esquizofrenia típicamente se presenta en inicio de la adultez, se conoce casos del trastorno con inicio tardío (más de 45 años).

En todo paciente debe realizarse un estudio diagnóstico inicial completo que incluya: Historia clínica psiquiátrica y médica general, historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar, examen del estado mental, evaluación física que incluya una exploración neurológica, aunque ésta generalmente no resulta útil para el diagnóstico de esquizofrenia en la fase aguda. Por consiguiente afirma Martínez, M (2006) que:

Deben realizarse las exploraciones complementarias necesarias para descartar trastornos que puedan parecer una esquizofrenia, determinar la presencia de trastornos asociados, establecer unas características básicas para la administración de medicaciones antipsicóticas y orientar la asistencia médica habitual en caso necesario. Ó'.44)

La esquizofrenia es una enfermedad que presenta muchos y variados síntomas. Sin embargo, ninguno es específico de ella sino que pueden encontrarse también en otras enfermedades mentales. Por este motivo, en ocasiones resulta difícil diagnosticar a un paciente con esquizofrenia, aunque los síntomas hagan sospechar la enfermedad.

Los Síntomas de la Esquizofrenia se clasifican como positivos y negativos. El calificativo de positivo o negativo no tiene nada que ver con el hecho de que sean buenos o malos, debe señalarse que, según Martínez, M (2006) “Los síntomas positivos se reconocen con relativa facilidad, porque obviamente difieren de lo normal. (p.22). Sin embargo, las ideas delirantes y las alucinaciones no justifican necesariamente, el diagnóstico de esquizofrenia. Estos mismos síntomas pueden darse

en personas que abusan del alcohol o las drogas o que sufren depresión grave, manía, daño cerebral u otras enfermedades.

De hecho, Pérez, A (2005) manifiesta que “los síntomas positivos graves dificultan en gran medida el funcionamiento social del individuo, suelen tener como resultado la hospitalización en un centro psiquiátrico.” (p.26) .Los síntomas positivos consisten en aquello que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar, como los delirios, las alucinaciones y las conductas extravagantes.

De allí pues que, en las fases agudas de la enfermedad, la excitación de los sentidos provoca trastornos en el cerebro, por lo que el paciente ve, oye, huele o siente cosas que no existen. Esta percepción provoca miedo en el enfermo, que puede tener delirios de ser perseguido o espiado. Las conexiones lógicas del pensamiento se pierden y el discurso resulta incoherente.

En el mismo orden de ideas, Gómez, C (2005), acota:

Las ideas delirantes son falsas creencias de las que la persona está firmemente convencida. Las personas que experimentan delirios pueden creer que son perseguidas, que tienen poderes o talentos especiales o que sus pensamientos o acciones están bajo el control de una fuerza externa. Las alucinaciones son sensopercepciones sensoriales imaginadas. Los tipos de alucinaciones más habituales en la esquizofrenia son las auditivas, en forma de voces imaginarias. Los enfermos que sufren trastornos del pensamiento, tienen una forma de pensar confundida que se revela en el contenido y en la forma de lo que dicen. La conversación puede resultar difícil de seguir, porque salta de un tema a otro con poca o ninguna conexión lógica. Algunas personas transgreden normas y costumbre sociales. Pueden hacer gestos raros y muecas o adoptar expresiones faciales incongruentes y posturas extrañas (p.218)

Afortunadamente, los antipsicóticos pueden eliminar o reducir la intensidad de los síntomas positivos y disminuir las posibilidades de sufrir recaídas, aunque la persona todavía se vea afectada por los síntomas negativos. Una recaída puede venir

provocada por un acontecimiento estresante, por unas relaciones conflictivas prolongadas, o por la interrupción o reducción de la dosis de los medicamentos. De todas formas, también se producen recaídas sin un factor desencadenante evidente, aun cuando el paciente tome una dosis que hasta ese momento era adecuada.

Entre los síntomas negativos se entiende según Montoya, M (2004) “aquello que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos suelen realizar cotidianamente como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia las personas y las cosas, y tener voluntad para emprender las tareas cotidianas.” (p.33), estos son: Embotamiento afectivo: las personas con esquizofrenias suelen presentar un estado emocional aplanando, de forma que no responden a lo que pasa a su alrededor. La persona afectada puede parecer mal encaminada, sin objetivos, alegremente inoportuna y a menudo impulsiva.

Asimismo, Martínez, M (2004) describe: “La esquizofrenia reduce la motivación de las personas y su capacidad de trabajar o participar en diversiones. Surge en ellos indecisión, negativismo y pasividad. Rara vez hablan con espontaneidad y contestan a las preguntas con respuestas cortas”(p. 28).. A diferencia de los síntomas positivos, los negativos constituyen déficit más sutil del funcionamiento y no suelen reconocerse como síntomas de la enfermedad.

Al respecto, Pérez, K (2004) refiere que:

Los síntomas negativos pueden deberse a una depresión (que puede manifestarse a la vez que la esquizofrenia) o constituir la respuesta a un ambiente poco estimulante (como una estancia prolongada en el hospital) o presentarse realmente como efectos secundarios de algunos antipsicóticos. Sude ser difícil determinar si los síntomas negativos forman parte de la propia esquizofrenia o son el resultado de otro tipo de problemas. (p.44)

Tanto los síntomas positivos como los negativos, suelen variar a lo largo de la enfermedad pudiendo predominar unos al principio y otros al cabo de unos años del

inicio del trastorno. Es habitual que, con el paso del tiempo, los síntomas de la enfermedad se apacigüen y casi desaparezcan quedando el paciente con las “secuelas” de la misma, que consisten en un estado de pasividad, torpeza de pensamiento, abandono del cuidado de sí mismo y de su casa y sentimientos fríos hacia las personas, pero sin presentar delirios ni alucinaciones.

Durante un episodio agudo de esquizofrenia a menudo se requiere hospitalización para fomentar la seguridad del paciente y para satisfacer sus necesidades básicas, como alimentación, reposo e higiene. Los medicamentos antipsicóticos o neurolépticos funcionan cambiando el equilibrio de químicos en el cerebro y se usan para controlar los síntomas de la enfermedad. Estos medicamentos son efectivos pero también están asociados con efectos secundarios que pueden desmotivar al paciente para tomarlos con regularidad. Sin embargo, muchos de estos efectos secundarios pueden tratarse y no deben ser motivo para evitar buscar tratamiento para este seno trastorno.

Al respecto, Gómez, C (2005), reseña:

Los efectos secundarios comunes de los antipsicóticos comunes tradicionales incluyen sedación y aumento de peso. Otros efectos secundarios se conocen como síntomas extrapiramidales (como contracciones musculares, problemas de movimiento y marcha y sensaciones de inquietud interior o “aprehensión”); Los riesgos a largo plazo comprenden un trastorno de movimiento llamado discinesia tardía, la cual involucra movimientos involuntarios. Las formas de psicoterapia de apoyo y centrada en el problema pueden ser útiles para muchos individuos.

De allí que se recomiendan las técnicas de comportamiento, tales como el entrenamiento de habilidades sociales, se pueden utilizar en un escenario terapéutico en el ambiente natural del paciente para estimular el desempeño social y ocupacional. Las intervenciones familiares que combinan apoyo y educación acerca de la esquizofrenia (psicoeducación) parecen ayudar a las familias a enfrentar la situación y

reducen las recaídas.

Existen muchas consecuencias potenciales de la esquizofrenia. En este sentido, From, T (1976), destaca: “En la mayoría de las personas sus síntomas mejoran con los medicamentos y obtienen un control sustancial de los síntomas a lo largo del tiempo. Sin embargo, otros experimentan discapacidad funcional y están en riesgo de episodios agudos repetidos” (p. 94). Por lo tanto, el apoyo con la vivienda, la rehabilitación vocacional y otros programas de apoyo comunitario pueden ser esenciales para su movimiento en la comunidad. Las personas que sufren las formas más severas de este trastorno pueden estar demasiado discapacitadas para vivir de manera independiente, lo que requiere hogares para grupos u otros ambientes de vida estructurada a largo plazo complicaciones.

Berenstein, S (1987), menciona que por lo general, “cuando emerge una crisis en el funcionamiento mental de una persona, su grupo familiar se define como sanos opuestos al integrante definido como enfermo”. (p.96). Con esto sostiene que la familia de un enfermo mental, como sistema sano o normal, sigue los lineamientos de las normas sociales, las cuales son adaptadas al criterio vigente, desde donde las conductas normales son aquellas que la sociedad considera como tales con arreglo a una norma. Ha sugerido (Berenstein) que como la categoría enfermo se dirige hacia un integrante de la familia, con frecuencia, se quejan de que el enfermo es la causa del desequilibrio familiar.

Al respecto, Pérez, A (2005), menciona que:

La esquizofrenia provoca inevitablemente un impacto en todos los miembros de la familia. Además afirman que la familia experimenta un estrés grave y crónico asociado a la convivencia con un enfermo esquizofrénico sin recibir asistencia ni apoyo; mencionando que no es raro ver surgir conflictos conyugales entre los padres, exoactuaciones entre los hermanos y depresión o síntomas físicos en casi todos los miembros de dicha familia. (p. 98)

Se afirma que las familias tienden a las respuestas emocionales siguientes:

Angustia, miedo, ansiedad. Con la esquizofrenia hay importantes cambios emocionales, cognitivos y de conducta; por ende, muchas veces, los miembros de la familia se vuelven temerosos y angustiados aún antes de tener la certeza de que el paciente está gravemente enfermo, presenciar cómo un ser querido comienza a comportarse de manera extraña e inexplicable constituye una experiencia increíblemente perturbadora. Los familiares sentirán inevitablemente miedo y angustia con respecto a la causa o significado de esos comportamientos y el futuro del enfermo.

Culpa: muchas familias se inclinan a temer que los problemas del esquizofrénico hayan sido causados o exacerbados por algo que ellos hicieron o se abstuvieron de hacer. Los medios de comunicación populares tienden a reforzar estas preocupaciones, con sus mensajes que destacan la conexión entre una buena crianza y el éxito del hijo. Parece inevitable entonces que se experimenten ciertos sentimientos de culpa.

Estigma: los enfermos mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizadores de nuestra sociedad. Gran parte de esto se debe al miedo, la incompreensión de las enfermedades mentales y la desproporcionada publicidad otorgada a los pocos enfermos que manifiestan conductas disociadoras, violentas o criminales. Cuando actúan de esta manera extraña, es comprensible que causen dolor y molestia a sus familiares.

Frustración: cuando un miembro de una familia contrae una enfermedad mental, lo más habitual es que los demás traten de ayudarlo por todos los medios posibles y, al mismo tiempo, procuren mantener la vida familiar en condiciones estables y previsibles. Los resultados mínimos o nulos obtenidos con tantos

mecanismos de resolución comunes hacen que la mayoría de los familiares se sienten naturalmente cada vez más frustrados.

Ira: es una respuesta normal a la frustración crónica. Aún cuando comprendan que el paciente está enfermo, a los miembros de su familia les resulta imposible dejar de encolerizarse ante conductas irreflexivas, inconvenientes o irritantes. La ira prevalece particularmente en aquellos casos en que los familiares creen que el paciente podría dominar sus comportamientos con sólo esforzarse un poco más, o si no fuese perezoso o manipulador.

Tristeza, duelo: la mayoría de los familiares experimentan, en algún momento, una sensación de tristeza por la pérdida de sus sueños y esperanzas con respecto al esquizofrénico. Estos sentimientos son especialmente agudos cuando los familiares comprenden por primera vez que el paciente nunca volverá a ser el mismo de antes. Renunciar a los sueños y esperanzas es un acto particularmente triste para los padres, más aún si el paciente es su único hijo. De este modo, Gómez, C (2005), menciona que existen diferentes respuestas conductuales comunes como:

Adoptarse y normalizar la situación, adoptando una rutina con el fin de incorporar las pautas de conducta del enfermo; recurrir a los megos y halagos, y a la persuasión razonada; buscar sentido de comunicaciones desatinadas del esquizofrénico; hacer caso omiso de la conducta del paciente, tratando de negar importancia a los síntomas de no pensar en ellos; asumir responsabilidades adicionales, llevándolos a una sobreprotección. (p.46)

En consecuencia, se debe orientar a la familia de la necesidad de modificar ciertas conductas como vigilar constantemente al enfermo, reducir las actividades propias para cuidar del paciente o prestarle apoyo; hacer caso omiso de las necesidades de los otros miembros de la familia, ya que con el tiempo esto puede llevar al deterioro de otras relaciones familiares, o hacer que otros miembros de la

familia se sientan desatendidos o abandonados porque no hay tiempo ni energías suficientes para ocuparse de ellos.

De acuerdo a Rodríguez, A (2005) las actitudes son o pueden ser elementos valiosos para predecir conductas, además desempeñan funciones psicológicas específicas para cada persona y son la base de una serie de importantes situaciones sociales, como las relaciones de amistad y conflicto. Por su parte, Sabini (2002), plantea que las actitudes tendrán tres principales funciones: son elementos centrales en la definición y manutención de los grupos; ayudan a establecer la propia identidad o la concepción de sí mismo; guían el pensamiento y la conducta.

De una forma más concisa, Baron y Byrne (1994) plantean que las actitudes han sido un tema central en la psicología social por una buena razón: “Ellas moldean tanto nuestras percepciones sociales como nuestra conducta social” (p.25).

Desde la psicología social actitud se entiende como “una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. En este orden de ideas, Rodríguez, A (2005) comenta:

Es importante señalar que las actitudes se forman o se modelan a través del siguiente proceso, “la información cognitiva es lo que la persona conoce acerca del objeto actitudinal, los hechos y creencias que tiene sobre él (ejemplo, el fumar hace daño). (p.34).

La información afectiva consiste en cómo la persona se siente hacia el objeto, los sentimientos y emociones que provoca el objeto actitudinal (ejemplo, malestar frente al humo de cigarrillo). Y la información conductual comprende el conocimiento acerca de las interacciones pasadas, presentes o futuras de las personas

con el objeto actitudinal (ejemplo, que la persona no fume).

La sociedad occidental designa a los psiquiatras como expertos para examinar a aquellos que quebrantan las reglas y establecer si rompen aquellas normas por las que se puede calificarles de enfermos mentales. Erich Fromm, (1976) citado por Rodríguez (2005):

En psicoanálisis de la sociedad contemporánea desarrolló el concepto de patología de la modernidad, y se remite al tema a través de lo que se define como la actitud del humanismo normativo para señalar que la salud de la sociedad occidental no está necesariamente garantizada y que en muchos aspectos fundamentales de la vida se desenvuelve entre otras soluciones acertadas o erróneas, satisfactorias o insatisfactorias. Se logra salud mental si el hombre llega a la plena madurez de acuerdo con las características y las leyes de naturaleza humana. (p.32)

El desequilibrio o la enfermedad mental consisten en no haber tenido ese desenvolvimiento. Partiendo de esta premisa el criterio para juzgar a la salud mental no es el de la adaptación del individuo a un orden social dado, sino que aun criterio universal, valido para todos los hombres: el de dar solución suficientemente satisfactoria al problema de la existencia humana. Igualmente este autor, propone con la idea de criterio universal es acercarse a la forma de validación consensual de las ideas, que da pie para entender lo engañoso que puede resultar en función de la salud mental, esta tendencia a regular normativamente las distintas formas de comportamiento y desenvolvimiento normal patológico.

Las (os) enfermeras (os) centran su conciencia y autoconciencia del cuidado como el corazón de enfermería se está hablando del ser y autoaceptación, de estudiar el propósito de la vida, específicamente de la vida humana y de la realidad.

Acosta, I (2003) cita a Watson, quien considera que:

enfermería manejando acertadamente sus elementos esenciales, seres humanos, persona humana, medio ambiente, salud y enfermería, planificará, organizará, dirigirá y controlará el abordaje al cuidado humano que debe otorgar; su preocupación fundamental es la interacción de las personas humanas, con el medio ambiente interno — externo, para el intercambio de energía entre su familia, comunidad y sociedad, generándose patrones de comportamiento cuyo objetivo es conservar el equilibrio para constituir el bienestar que son los elementos de salud, en las determinaciones y decisiones a tomar en relación al cuidado. (p.49)

La prestación científica de cuidados son aquellos juicios y actos de ayuda a los demás basados en conocimientos probados o verificados. La prestación humanística de cuidados está referida al proceso de ayuda creativa, intuitiva o cognoscitiva, dirigida a individuos o grupos basados en los sentimientos y actos filosóficos, fenomenológicos, objetivos y subjetivos de ayuda a los demás.

Refiere Acosta, I (op. Cit), que las acciones psicosociales se refieren a las actividades de interrelación afectiva y emocional que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades del paciente. Al igual que las acciones físicas, que son aquellas acometidas por enfermería para satisfacer las necesidades físicas de la persona.

Estas acciones están enmarcadas en las acciones de enfermería para la identificación de las necesidades de la usuaria, interrelación afectiva y física de las mismas. Así mismo, identifica muchos conceptos relacionados con cuidar y con los cuidados de enfermería; entre estos, consuelo, preocupación menor conducta de afrontamientos, empatía, facilitación, implicación, actos de salud, alimentación, presencia, ternura, compartir, contacto y confianza; reafirma la meta, debe trabajar en pos de una comprensión del cuidado y la salud de las diferentes cultural para que el

cuidado, los valores, las creencias y los estilos de vida de cada cultura, sean la base para proporcionar unos cuidados específicos de cada cultura.

Así mismo, Acosta, 1 (op.cit), hace ese énfasis profundo sobre la cultura porque no captura a la persona en un solo ámbito de ideas, creencias, costumbres, limitado y circunscrito a un modo y estilo de vida; lo contrario lo visualiza en su formación universal, cosmológica, holística, sin dejar a un lado su origen desde la primitiva como la civilización más avanzada. Siempre respetando sus valores sin privilegio alguno entre personas, familia y sociedad donde se desenvuelve.

Seguidamente Gandstaff, M (1998) señala que: “Una norma drástica para d uso de cuidar en el lenguaje común, sin embargo lo relacionan en tres sentidos: (a) atención o preocupación por; (b) responsabilidad de proporcionar a; y (c) consideraciones o cariño por la persona, familia, comunidades” (p. 157).

De la misma manera él, asevera que cuidar es una actividad intencionada. El término cuidar en la ley y literatura erudita se encuentra en comentarios de ciertos sentimientos o disposiciones de la persona, ciertas actividades que parecen identificar a la persona como individuo que cuida; una mezcla de ambas actitudes y acciones en la que cuidar a otro dispone a uno llevar a cabo actividades. Mayeroff, citado por Henríquez, 1 (2000) reflexiona aclarando ciertas concepciones sobre cuidar, indicando que:

Cuando se habla de cuidar, se presume que quienes lo van a practicar no requieren conocimientos significativos del ser, fisiología, patología, axiología u otros, para cuidar a alguien, debo saber muchas cosas. Debo saber, por ejemplo, quien es el otro, cuáles son sus posibilidades y sus limitaciones, cuáles son sus necesidades y qué es lo que conduce a su crecimiento, debo saber cómo responder a sus necesidades y cuáles son mis propias posibilidades y limitaciones. Cuidar es un medio importante de autocrecimiento. (p. 253)

Es una implicación empática caracterizada por valores y estructuras sociales en continuo proceso de cambio, a un ritmo vertiginoso; se generan requerimientos personales y sociales, nuevas necesidades, que en muchas ocasiones, no pueden ser autosatisfechas y por tanto necesitan las enfermeras (os), poseer ese conocimiento como máximo poder de cuidados - cuidadoras tanto para otros como su profesión.

En este orden de ideas Benner y Wrubel, citados por Beckman, S (1994), examinan la relación de cuidados: “el estrés, el afrontamiento y la salud, declarando que cuidar es lo primordial. Cuidar para ellas significa que las personas, los acontecimientos, los proyectos y las cosas les importan a las personas” (p. 73). Además agregan:

Cuidar es básico para toda práctica de atención sanitaria y lo consideran central en la experiencia humana, para la curación y para sanar. Presentan tres formas de prestación de cuidados: (a) establecer lo que le importa a una persona; (b) facilitar la conexión y la preocupación; y (c) establecer la posibilidad de dar y recibir ayuda. (p. 74)

Ahora, centrada en esta misma perspectiva Watson, referida por Marriner, A y Ralle, M (2003).

En sus diversas publicaciones o investigaciones, ha fundamentado su vida personal, profesional en el cuidado humano, que está ubicada como una filosofía. de enfermería, trata de explicar el significado de los fenómenos de enfermería a través del análisis, el razonamiento y el argumento lógico. En consecuencia la teoría de Watson sobre el cuidado humano siempre está como agente de cambio transformador en el transcurso del tiempo, el texto y el contexto. (p. 251)

Al respecto, Velásquez (2000) señala que:

“Watson identifica en sus investigaciones diez factores de la prestación de cuidados de enfermería, los cuales ha modificado progresivamente a medida que sus experiencias, vivencias y conocimientos han propiciado la expansión, en la construcción de la ciencia del cuidado. Cada uno de ellos se identifica un componente fenomenológico dinámico (desarrollo de la conciencia humana y de la autociencia relativo a las personas, familias, comunidades, sociedades inmersas en la relación enfermera enfermo. “(p. 82).

Marriner, A (2003), cita a Watson, (1989), quien en su teoría del “caring” (voz inglesa que significa cuidado, atención, asistencia), define la enfermería como “una ciencia humana de experiencias de salud-enfermedad-curación, que son realizadas por una transacción de cuidados humanos, personales, científicos, estéticos, humanos y éticos, visión que no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también un agente humanitario y moral implicado como coparticipen las transacciones de cuidados humanos” (p. 252). Ahora bien, esta posición implica el uso del método científico, teorías caritativas, estudios de casos y otros enfoques par proteger, mejorar y preservar la salud de las personas, ayudándolas a encontrar un significado de su experiencia, a adquirir autoconocimiento, autocontrol y autocuración para restablecer su armonía, independientemente de las circunstancias externas.

Por otra parte los factores de cuidado de la ciencia del caring son los elementos que la enfermera utiliza en su labor y que se diferencian de los curativos porque estos tratan la enfermedad, mientras que los mencionados en primer lugar ayudan a las personas en sus recreaciones y repuestas frente a una situación, problema de salud o etapa de desarrollo y por ende, los factores de cuidado que contempla esta filosofía de los cuidados presentan la enfermería como una actividad profundamente humana.

Es necesario que ara la intervención de la enfermera en el proceso del caring sea significativa y tenga sentido terapéutico, se debe partir de un conocimiento del comportamiento humano y de la relevancia que tiene la enfermedad para la persona que la padece, así como también para su familia. El sistema esencial de la filosofía y teoría de los cuidados humanos (caring), sustentada por Jean Watson consta de valores no paternalistas relacionados con la autonomía humana y su capacidad de elección, asociados con un profundo respeto por el reconocimiento de la persona y la vida humana, cuyo énfasis se acentúa en ayudar a la persona a obtener más autoconocimiento, autocontrol y disponibilidad para su autocuración, independientemente de las condiciones externas de salud.

Los de cuidados fundamentalmente que forman el marco conceptual, (ob.cit) Jean Watson. Para estudiar comprender los cuidados de enfermería centrados en la ciencia del caring los cuales se enumeran a continuación:

1. Formación de un Sistema de Valores Humanísticos - Altruista
2. Indicación de fe y esperanza
3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y los demás
4. Desarrollo de una relación de ayuda y confianza
5. Promoción de la expresión de los sentimientos positivos y negativos
6. Usar procesos creativos para la Promoción del aprendizaje y la enseñanza interpersonal
7. Promoción de un entorno de apoyo, protección o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.
8. Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas
9. Aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas

La relación entre los tres primeros factores de cuidados constituye el fundamento filosófico de la ciencia del caring. Por otra parte, es conveniente destacar

que en la teoría de Watson se concede importancia a la influencia de las emociones en la satisfacción de las necesidades fisiológicas, entre las cuajes, respirar, dormir, el hambre, la sed y otras menos evidentes como gustar, sentir y ser acariciado son lo más potentes.

En ese sentido la enfermera debe poder identificar las necesidades reales y potenciales que son susceptibles de jugar un papel importante en los procesos de salud-enfermedad, pero siempre tomando en consideración el punto de vista del paciente, el cual, en el momento en que es conocido, apreciado y tratado como un persona única, dispondrá de la energía necesaria para progresar hacia su actualización.

La enfermera (o) en la prestación de cuidados humanos utiliza sus conocimientos para la comprensión de las necesidades humanas y de sus relaciones con el equilibrio fisiológico, psicológico, como también la valoración hacia el ser humano para planear su cuidado individual y oportuno de una manera eficaz.

Los trastornos psíquicos son frecuentes entre las personas que acuden a los servicios sanitarios. A menudo no se detecta, lo que causa sufrimiento, incapacidad y la muerte en casos extremos ante la falta de abordaje y en muchos casos ante la indiferencia y evasión por parte de los profesionales de salud y publico en general al estigmatizar a estos personas que acuden por algún trastorno psíquico bien sea menor, agudo o peor aun en los casos crónicos.

La enfermera de atención primaria es una generalista, cuyos servicios e intervenciones en la prestación de la salud integral recaen directamente sobre los individuos, la familia y la comunidad. Ha alcanzado un grado de competencia que le permite, llegado el caso, tomar decisiones y compartir responsabilidades con los demás miembros de equipo en la tarea de elevar el nivel de salud de la población a su

cargo. Por lo tanto, en la atención primaria sus funciones se circunscriben al cumplimiento de las normas de los programas oficiales de salud orientadas a resolver problemas prioritarios como desnutrición, salud materno infantil, enfermedades transmisibles y otras prevalentes, así como el saneamiento básico del medio.

Borges, M (2001) refiere que: “Dentro del rol ampliado de enfermería en atención primaria, tenemos un conjunto de actividades y funciones nuevas dirigidas principalmente al primer nivel de atención” (p. 93). En consecuencia, se da más importancia a la salud que a la enfermedad, implica la transformación de los roles tradicionales a otros más complejos con el fin de mejorar la utilización de los recursos.

Intervención de Enfermería

Una intervención de enfermería es definida por McCloskey, E y Bulechek, M (2000), como: “cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente. (p. 46). En consecuencia, las intervenciones de la enfermera, incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contempla la familia y la comunidad.

En este orden de ideas, Gordillo, M (1995), define la intervención como “un elemento fundamental en la adquisición de conocimientos. La intervención debe poseer ciertas características fundamentales que permitan servir de instrumento facilitador del aprendizaje” (p. 43). En este sentido, el interventor debe conocer y comprender las necesidades educativas del educando, determinar sus aptitudes y destrezas de las cuales dependerán su productividad y satisfacción en la realización

de las acciones sobre las instrucciones que recibe. Por consiguiente, quien realiza las funciones de orientador debe poseer habilidad en el trato con la gente, don de observación, sensibilidad y experiencia que le permitan un conocimiento de la personalidad humana.

En el mismo sentido, Jhonmarshall, R (2000) refiere que la intervención es “un proceso de transmisión de información o educación sobre un tema determinado” (p. 275) . La selección de la intervención de enfermería para un paciente concreto, forma parte de las decisiones clínicas en el profesional de enfermería. El profesional debe identificar en cada paciente los resultados que razonablemente pueden esperarse y conseguirse como consecuencia de los cuidados proporcionados.

Por otra parte, McCloskey, E y Bulechek, M (2000), hacen referencia a las condiciones que requiere el profesional para llevar a cabo la intervención, destacando tres áreas de competencia:

- 1) Ha de tener conocimientos del fundamento científico de la intervención.
 - 2) Ha de poseer las necesarias habilidades psicomotoras e interpersonales y
 - 3) Ha de ser capaz de trabajar en cada caso para utilizar de manera eficaz los recursos sanitarios.
- Por lo tanto, las intervenciones se adaptan a los individuos mediante la elección selectiva de actividades y la modificación de las mismas según corresponda a la edad, estado físico, emocional y espiritual del paciente y su familia (p. 49)

En el caso en estudio, la intervención constituye uno de los medio para que el personal de enfermería cumpla uno de los roles más importantes como lo es el “rol de orientador donde la enfermera educa, informa y apoya a otros profesionales que así lo requieren sobre las necesidades de información detectadas. De allí que la intervención de enfermería aportará a los profesionales sometidos a este proceso la información sobre estrategias dirigidas a brindar cuidado humano integral a los pacientes con problemas de salud mental.

Educación al Paciente y la Familia

La enfermera de salud comunitaria tiene, dentro del equipo de salud, una función doble; suministra cuidado de salud en la comunidad con cuya idiosincrasia se identifica y desarrolla al mismo tiempo un programa de motivación y educación para la salud.

Al respecto, Figuera, E y otros(2000) destaca que su rol es:

Esencialmente de naturaleza educativa, cuya técnica es el trabajo con grupos para contribuir a enlazar a los estamentos de la comunidad con el sistema institucional de salud, con el objeto de mejorar el nivel de salud de la población inculcando hábitos y prácticas saludables de salud. Su método de trabajo es la visita domiciliaria enseñar al grupo familiar cómo cuidar su salud mediante las entrevistas y las demostraciones, a la vez que esto e permite relacionarse con las diversas organizaciones que trabajan en pro del bienestar social. (p. 172)

En síntesis, la enfermera de salud comunitaria trabaja muy cerca de la comunidad, conoce los problemas de salud mental, sociales, culturales y familiares del sector de población asignado a su cuidado, y siempre está tratando de ayudar a solucionar las dificultades existentes. Con toda probabilidad para los miembros de la comunidad, ella es la representante más conocida del centro de salud porque trabaja con los consultantes en los servicios de salud, entrevistándolos individualmente para aclarar sus dudas sobre el cumplimiento de las prescripciones médicas y para educar en salud; asimismo hace las visitas domiciliarias para reforzar la educación sanitaria no solo de la persona con problemas de salud mental, sino de su familia.

Por otra parte, Braundwald, P y otros (2001) refieren que

Un aporte a la enfermería comunitaria de atención primaria, lo constituyó la creación de la imagen de la enfermería psiquiátrica de enlace en Estados Unidos en los años 70, y que en la actualidad se conoce en Latinoamérica con las clínicas de enfermería en salud mental con el propósito de realizar una asistencia o al menos atención precoz por parte de las enfermeras comunitarias. (p. 45)

Por lo tanto, además una labor de cooperación y coordinación, la enfermera comunitaria proporciona a los servicios de patologías psiquiátricas agudas y crónicas otros niveles asistenciales especializados que garantice una mejor atención integral al individuo familia y comunidad, de las áreas rurales carentes de este tipo de servicio, de aquí parte el diseño e programas como el de la clínica de enfermería en salud mental como una solución a esta necesidad, a través de un programa que especifique sus objetivos funciones y actividades como parte de la premisa de atención integral y promoción de la salud entendida como una suma de las acciones de la población, los servicios de salud autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Por su parte, Batalla, C (2000), establece que

La restauración de la asistencia en la salud mental contempla el abordaje comunitario. Estas acciones necesitaran llevarse a cabo bajo una estricta planificación para de esta forma cumplir con los objetivos programados y con el respeto a los postulados de intervención en la comunidad donde el colectivo sea protagonista de su propio destino (p. 61).

En este mismo orden, el personal profesional de enfermería debe ir mas allá de la mera atención asistencial para ejercer su rol en el área comunitaria y de salud publica como parte de las actuaciones en sistemas y programas de salud, lo cual logra a través de la visita domiciliaria.

La **visita domiciliaria**, es la forma tradicional del cuidado de Enfermería Comunitaria y sigue siendo el método más usado para brindar estos cuidados. Permite observar el hogar, la interrelación de sus miembros, impartir enseñanza, descubrir otros problemas de salud. Para Quesada, A (2005), la visita domiciliaria “Constituye la acción por medio del cual la enfermera comunitaria, aborda a los usuarios en el ámbito de su vivienda, con el propósito de proyectar a la familia y comunidad en la educación y promoción de la salud” (p. 164)

Las labores que realiza enfermería con la familia y el enfermo con alteraciones de salud mental, deben basarse en un conjunto de pautas elementales que constituyen el auténtico proceso requiere de la concepción y aplicación de un modelo o método a partir del cual se puede estructurar de una manera eficaz. Por lo tanto, el proceso de enfermería constituye un conjunto de acciones que conduce a mejorar el cuidado de las enfermeras (os) para cubrir las necesidades del usuario, familia y comunidad.

El objetivo fundamental del Proceso de Enfermería es lograr una cobertura individualizada de las necesidades del usuario, familia y comunidad, realizándose con el colectivo y no hacia el colectivo. Así mismo el paciente es un individuo, y por eso necesita que los cuidados que le proporciona el personal de enfermería estén planificados específicamente para sus propias necesidades, problemas y circunstancias.

Por otra parte, se requiere que las acciones de enfermería se encaminen hacia la inclusión social del paciente con esquizofrenia. En la 55a Cumbre Mundial de la Salud (2000), los ministros de salud coincidieron en que:

La marginación de la salud mental respecto de los principales servicios sanitarios y sociales ha contribuido a la exclusión de las personas con enfermedades mentales y a la asignación de baja prioridad a la salud mental en el presupuesto, la planificación de políticas y en el desarrollo de los servicios. Los servicios de salud mental han de suministrarse en el marco de la atención primaria de salud incluso en los países con servicios sumamente especializados. Para lograr esta integración, es necesario aumentar los presupuestos, impartir capacitación a equipos de salud mental, atender las necesidades de los grupos especialmente vulnerables, garantizar a las comunidades el acceso a centros de crisis para afecciones agudas y conseguir un amplio apoyo del público para la atención comunitaria. Con objeto de facilitar ese importante esfuerzo, el sistema de salud pública debe colaborar con organizaciones no gubernamentales, servicios sociales y otros agentes comunitarios, muchos de los cuales están motivados para paliar algunas de las deficiencias que padecen los servicios. (p.5)

Un objetivo muy importante consiste en promover un cambio cultural a favor de la inclusión de las personas con trastornos mentales en diversas formas de vida comunitaria. Estos planteamientos, concuerdan con lo expresado por Atkinson, L (1985), que expresa que la atención eficiente de enfermería debe estar basada en un sistema de planeación en la ejecución del cuidado de enfermería compuesto de cinco pasos valoración, análisis, planeación, ejecución y evaluación” (p. 4).

En este sentido la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) lanzó en 1999, el programa “Open the Doors” con el objetivo de desarrollar estrategias para la reducción del estigma y la discriminación que ocurren con la esquizofrenia. Hoy en día, ese programa, el cual fue iniciado en 1996 como un proyecto piloto en Calgary, Canadá, está siendo implementado en 20 países de cuatro continentes. El objetivo principal del Programa de Reducción del Estigma en la Esquizofrenia es permitir a las personas con esquizofrenia el acceso a tratamiento de calidad, la inclusión social, la recuperación de la ciudadanía y el derecho a una vida digna.

Según Sánchez, J (2000); “aproximadamente el 15% de las personas, en un

momento dado de sus vidas, se consideran (casos) en estudio por malestar psíquico llevando a esta población a consultar con su medico” (p.37). A la vista de los estudios realizados, se puede afirmar que al menos la cuarta parte de los personas que llegan a consultas con un medico general tienen un malestar psíquico significativo, o llevan de forma crónica tomando algún psicofármaco sin llevar algún tipo de control que evite sobre dosificación o abuso farmacológico.

El autor se refiere a que:

Realizando una atención sistematizada permite a la enfermera priorizar el cuidado y garantizar la ayuda para la satisfacción de sus necesidades de salud. Así mismo, la colaboración con la familia y personas cercanas al paciente es importante porque los pacientes que padecen una esquizofrenia carecen a veces de una perspectiva respecto a la naturaleza de la enfermedad; y además, porque las alteraciones del estado de ánimo, el comportamiento o los procesos mentales pueden anunciar la aparición de un episodio agudo con consecuencias que pueden ser graves. La vigilancia puede facilitarse mediante el conocimiento adquirido a lo largo del tiempo acerca de los síntomas y las conductas prodrómicas concretas de un paciente que han precedido a los episodios previos. (p. 38)

En el mismo sentido, como parte de los cuidados, se debe proveer al paciente y a la familia de educación respecto a la enfermedad y su tratamiento. Los pacientes y las familias obtienen a menudo un beneficio de la educación sanitaria y de la información respecto a la enfermedad; a su pronóstico y tratamiento. Es frecuente que la capacidad del paciente para comprender y retener esta información varíe a lo largo del tiempo. En consecuencia, este proceso debe ser continuado y deben introducirse hechos relativos a la enfermedad con la atención terapéutica social y disminución de la competencia social), debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

Moreno, A (2005) señala las siguientes normas de cuidado de enfermería al paciente con problemas de salud mental:

Disminuir la conducta inhibida; proporcionar una actividad estructurada dirigida a objetivos, pasar el tiempo necesario con el paciente aun cuando éste no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente, dirigir nuestro interés y cuidado, prometer sólo aquello que se pueda cumplir en forma realista, brindarle la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los demás, limitar el ambiente del enfermo para aumentar sus sentimientos de seguridad, asignar los miembros del equipo terapéutico que atenderán al paciente, comenzar con interacciones una a una, y después hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos según los tolere (introducirlo lentamente). (p.45)

Lo planteado por moreno permite referir que el personal de enfermeras (os) en el desarrollo de sus acciones promueven el cuidado propio del paciente y favorecen su bienestar; esta debe estar abierta al descubrimiento de las motivaciones y sentimientos a través de las experiencias y relaciones con los usuarios (as). Por lo tanto el interés demostrado por la inclinación del ánimo de la enfermera hacia estos demuestra la preocupación fundamental para un servicio ideal.

Por lo tanto, considera Gómez, C (2005) “si la enfermera demuestra interés por los usuarios (as) sentirá que esta lo valora, favoreciendo una interacción y provocando beneficios mutuos” (p.3 1); Así, las enfermeras (os) desempeñan un papel importante en el cuidado de los pacientes donde incluyen actividades que tienen como fin prepararlas para ese momento de separación de su entorno como es el estar hospitalizado. Por lo cual, la enfermera (o) para ofrecer una atención oportuna a los pacientes hospitalizado(as) debe realizarle una serie de acciones de cuidados tanto físicos como psicológicos con el fin de apoyarlo(a) en ese momento tan importante de su vida.

Entre las normas; Pérez, K (2004) también cita:

Aumentar la autoestima del enfermo y los sentimientos de valía, proporcionarle atención en una forma sincera y con interés, apoyarle en todos sus éxitos cumplimiento de responsabilidades dentro del servicio, proyectos, interacciones con los miembros del equipo terapéutico y otros pacientes, ayudar al paciente a mejorar su aspecto; auxiliarlo cuando sea necesario para que se bañe, se vista, procure el lavado de sus ropas, entre otras, auxiliar al paciente a aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo (no hacer por el paciente lo que él pueda hacer por si mismo), pasar el tiempo suficiente con el enfermo. (p.23)

Agrega el autor que: “se debe orientar al enfermo en la realidad, así, como también reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo según sea necesario (llamarlo por su nombre, decirle el nombre de la enfermera, indicarle en dónde se encuentra, darle la fecha, entre otros)” (p.24)

El tratamiento de un paciente con esquizofrenia se ve facilitado por un conocimiento global del paciente que incluya: sus necesidades y objetivos; sus conflictos intrapsíquicos y defensas; sus estilos de afrontamiento; sus capacidades personales; y los factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales que afectan a la adaptación del paciente. Los profesionales que participan en la atención al paciente han de trabajar para desarrollar un plan de tratamiento en el que frecuentemente intervienen varios profesionales y servicios por lo que es necesario un plan de coordinación.

Por otra parte, la enfermera debe Establecer y mantener una **alianza terapéutica**, lo cual constituye la base sobre la que se sustenta el tratamiento: es importante que el profesional que trata al paciente establezca una alianza terapéutica de apoyo. Ello es esencial tanto para obtener información fundamental respecto al paciente, como para desarrollar un vínculo de confianza con el profesional y un deseo

de colaborar en el tratamiento.

Valoración Integral

Para definir las estrategias de cuidado humanizado en la atención de pacientes con problemas de salud mental, es necesario evaluación del ser humano para planear su cuidado individual y oportuno a través de la valoración integral. La valoración no puede ni debe excluir aspectos que permitan obtener una información integral, que asegure el cuidado de enfermería de calidad, la cual conduce una atención eficaz.

Una **valoración integral** redundará en beneficio de la persona con problemas de salud mental, pues este estará más comfortable y recibirá la atención especializada requerida para la preservación de su salud integral. En este sentido, la OMS (1993) al referirse a la valorización de la persona con problemas de salud mental, lo considera como un proceso de recolección de información relevante de salud integral de la persona y que sirve de punto de partida para la implementación del cuidado de enfermería. Al decir integral se entiende que debe obtener información sobre las capacidades funcionales, estilo de vida, valores, creencias respecto a la salud, la familia y la comunidad.

Por otra parte demostrado según la terapia fenomenológica de Rogers, M. (1975) que es necesario facilitar la empatía y la escucha activa y fomentar unas relaciones auténticas para que la relación con el persona sea efectiva.(p. 12). El autor refiere que debemos escuchar a los personas, para poder tener buenas relaciones personales y ganarnos su confianza para que este exprese sus inquietudes.

Tucker, W (2001) expresa que “las cualidades que debe tener un entrevistador son empatía, calidez, concreción y respeto” (p. 84). Esto implica, tener una buena empatía ser cariñosos, atender al persona y respetarlo como ser humano. En este mismo orden de ideas Rorrell, P (2002) aporta que; “No basta con comprender al

cliente, sino es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos; uno en que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, y el otro en la que le da a entender que la comprende” (p. 29).

Esto se refiere a la comprensión y trato que den darle a las personas y la confianza para que éste exprese sus emociones. Por tal motivo Jhonson, L citado en Pérez, A (2005) expresa que “la Valoración es la primera fase del proceso de enfermería ya que consiste en recolectar los datos necesarios que le van a conducir a elaborar un diagnóstico y poder aplicar las acciones correspondientes para recuperar su salud” (p.36). Dentro de este estudio se define operacionalmente la etapa de valoración como el paso inicial del proceso donde se recolectan los datos subjetivos y objetivos que le permita a la enfermera identificar y organizar los problemas de salud de la persona.

Es este sentido la Valoración desde la perspectiva psicosocial centra entonces la atención en al forma en que este tipo de personas logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad. Es por ello importante realizar un estudio dirigido a conocer las emociones de estas personas, en referencia al cuidado que recibe de la enfermera comunitaria.

Así mismo, en cuanto a la valoración psicológica, Carnevali, L (1998) destaca que;

Se mencionan evaluar aspectos como: disminución en la autoestitna, autosuficiencia, cambio continuo dependencia, independencia, sensación de bienestar con uno mismo y disminución en al capacidad mental, por lo que entre los problemas que comúnmente generan estos cambios que incluyen la depresión, las reacciones paranoicas, el insomnio y la ansiedad. (p.84)

El autor citado, hace referencia al aumento de los periodos de sueño son

síntomas de depresión por esta razón, refiere que, “uno de los criterios para el diagnóstico de la depresión son el aumento de los períodos de sueño” (p. 30).

Todo lo anterior sugiere que en la atención a las personas con problemas de salud mental existen cambios en la filosofía. El atender a estas personas sanas o enfermas requiere de las enfermeras una revaloración de su práctica profesional, siendo el modelo de atención de salud, el enfoque tradicional del cual parte la enfermería y éste va hacia el aspecto curativo. Es necesario crear conciencia de cambios de actitud para ofrecer una atención con un verdadero enfoque bio- psico – socio - cultural y espiritual.

No obstante sobre la valoración de aspectos sociales Babb, M (1998) expresa que estos se asocian progresivamente a través del ciclo vital de tipo familiar, laboral y social, se encuentran varios cambios tales como estatus, amigos, ingresos económicos, en el estilo de vida contemporáneo por muerte, posesiones. Los problemas comunes que generan dichos cambios son soledad, aislamiento. (p. 17). Conociendo que en la sociedad, el concepto de productividad de consumismo, de juventud, de belleza y de vitalidad rechazan a este tipo de personas por considerarlos inútiles e improductivos, a toda circunstancia se suma abandono familiar, la falta de comunicación y de participación social, la escasa y baja calidad de la asistencia médica y social que en general se ofrece a este grupo poblacional.

Asimismo se debe considerar las condiciones del **ambiente físico** en que se desenvuelve la persona tiende a acelerar o retardar su proceso de salud mental. Es necesario que la sociedad considere, reconozca y acepte a estas personas como cualquier otra que tiene los mismos derechos y deberes que los jóvenes y niños, pero con necesidades fisiológicas, psicológicas, espirituales y socioeconómicamente diferentes.

En las conclusiones del Simposio Regional de la Federación Mundial de Psiquiatría (1998), que tuvo lugar en Caracas, se destacan algunos factores que contribuyen al aumento de problemas asociados a la salud mental: “pobreza, falta de educación, problemas de nutrición y violencia. Los indicadores de todos estos factores se encuentran en desmejora en Venezuela a consecuencia de las políticas económico-sociales implementadas por el Estado en los últimos años. “(p. 3). Si bien en Venezuela no se cuenta con registros debidamente sistematizados de la incidencia de problemas de salud mental sobre la población, es de esperar que con el ascenso de los indicadores de pobreza se esté dando un ascenso correlativo de enfermedades mentales.

Referido a la valoración de las reacciones emocionales, según Rogers, M (2000) define emociones como “sentimientos que suelen tener elementos fisiológicos cognitivos y que influyen en el comportamiento”. (p. 25) Por lo tanto, se debe considerar que las emociones actúan como nexo entre los sucesos del medio ambiente externo y las respuestas que presenta un individuo y de allí sirven para promover el aprendizaje de información que le ayudaría a dar respuestas adecuadas en el futuro.

Las emociones que una persona experimenta son evidentes para los observadores pues se comunican mediante las expresiones verbales y no verbales. Estos pueden funcionar como una señal para los observadores permitiendo comprender de manera más adecuada lo que se está experimentando. Las emociones son respuestas biológicas, reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa. Finalmente, las emociones producen expresiones faciales y corporales, características que comunican nuestras experiencias emocionales internas a los demás. Es por ello, que el profesional de enfermería debe considerar estas emociones al proporcionar cuidados a la persona con problemas de salud mental.

SISTEMA DE VARIABLES

Variable: cuidado humanizado a las persona con problemas de salud mental.

Definición Conceptual: Watson citada en Marriner, A y Ralle, M (2003) define como: “los elementos que la enfermera utiliza en su labor y que ayudan a las personas en sus reacciones y repuestas frente a una situación, problema de salud o etapa de desarrollo” (p.)

Definición Operacional: Esta referido a la intervención que realiza la enfermera para atender en forma integral a personas con problemas de salud mental tratadas en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” adscrito al IVSS Naguanagua Estado Carabobo.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable: cuidado humanizado a las personas con problemas de salud mental.

Dimensión	Indicadores	Sub Indicadores	Ítems
Intervención de enfermería: Son las actividades que realiza la enfermera para abordar el problema de salud mental a nivel comunitario, referido a la educación del paciente y la familia y la valoración integral del paciente en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau”.	Educación al paciente y a la familia.	- Visita domiciliaria. - Seguimiento. - Acciones de inclusión. - Disminución de la conducta inhibida. - Fomento de la autoestima. - Orientación sobre la enfermedad. - Alianza terapéutica.	1 2-3 4-5 6-7 8-9 10 11
	Valoración Integral: Constituyen las acciones de enfermería para la valoración integral de la persona con problema de salud mental, en cuanto a:	- Valoración psicológica. - Valoración social. - Ambiente físico. - Reacciones Emocionales.	12-13 14-15- 16 17-18

Fuente: Garrido, C. (2009).

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Alucinaciones: percepción sin objetos, fenómenos, percepción espontáneos, no deseado originado fuera del sujeto y carente de base real.

Crisis: es un momento en el curso de una enfermedad en que produce un cambio en la misma, bien sea hacia mejoría o empeoramiento, y que suele manifestarse por una notable variación en la intensidad de los signos y síntomas.

Depresión: reacción prolongada de tristeza o frustración ante pérdidas emocionales.

Paciente: Individuo (a) que asiste a un centro asistencial en busca de prevención o mejora de su salud.

Persona con esquizofrenia: se ve facilitado por un conocimiento global del paciente que incluya: sus necesidades y objetivos; sus conflictos intrapsíquicos y defensas; sus estilos de afrontamiento; sus capacidades personales; y los factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales que afectan a la adaptación del paciente.

Psicosis: Trastorno mental grave de origen orgánico o emocional que se caracteriza por una alteración o desorganización externa de la personalidad y que se acompaña con frecuencia de depresión grave, agitación, conducta regresivas, ilusiones, delirios y alucinaciones.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se hace referencia al diseño metodológico el cual comprende el tipo de estudio, población y muestra, método técnicas de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento y plan de tabulación de los datos.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

En cuanto al tipo de investigación corresponde a un estudio descriptivo. En cuanto al nivel, se dice que es una investigación descriptiva. Al respecto Alvarado, P (2000) señala que la investigación descriptiva “refiere e interpreta minuciosamente lo observado, incluye descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos.” (p.39).

En relación a lo citado, la investigación se adapta perfectamente al tipo de investigación descriptiva, porque entre las características que la identifican describe la situación tal como se presenta en la realidad. Además de caracterizar la variable intervención de la enfermera en el cuidado humanizado de personas con problemas de salud mental. Desde ese orden el tipo de estudio es descriptivo con un diseño de campo.

Por otra parte, la presente investigación se encuentra enmarcada dentro de un diseño no experimental de campo. Alvarado, P (o.b.cit) define la investigación de campo como “aquella que consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular las variables”. (p. 22).

Se dice que es una investigación de campo por cuanto estuvo dirigida a recolectar información sobre un grupo en estudio, el cual servirá como frente de información, en este caso, las enfermeras (os) comunitarias, que laboran en el área de psiquiatría en el Ambulatorio Urbano Luis Cada Lacau.

POBLACIÓN Y MUESTRA

De acuerdo a Arias, E. (2000), indica que “se refiere al conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan a los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas) involucradas en la investigación”. (p. 49). Por lo que la población en estudio ‘fije el total de enfermeras comunitarias que laboran en el área de psiquiatría, las cuales conforman un grupo de 12 profesionales.

La muestra (ob Cid) en un sentido amplio, “es un subconjunto de las unidades que componen a la población” (p. 269). Para determinar el número de elementos muestrales, se realizó un muestreo censal, debido a que la muestra es finita y reducir Según Alvarado, P (2000) “ES aquella donde todos los integrantes de la población constituyen en un 100% la muestra” (p.32)

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Esto permite señalar un conjunto de alternativas para obtener los resultados requeridos en la investigación. En tal sentido, Polit, B y Hungler, D (2000) refiere que “las técnicas de recolección de datos son lineamientos de tipo metodológico que direccionan la recolección de la información, datos u opiniones”. (p. 409). De lo citado, se deduce la necesidad que tiene el investigador de elegir una técnica para la recolección de datos en una investigación.

Para recabar los datos necesarios para la investigación la técnica utilizada en

el estudio de la encuesta. Esta técnica es definida por Alvarado, P (2000), como una técnica dirigida a “obtener información a través de preguntas formuladas a otras personas, sin establecer dialogo con el encuestado y el grado de interacción es menor” (p.42)

En referencia al instrumento, se utilizó el cuestionario. Este es definido por Alvarado, P (2000) como “un conjunto de pautas e instrucciones que orientan la atención del investigador hacia un tipo de información específica para impedir que se aleje del punto de interés” (p.35).

De acuerdo a esto, para la recolección de los datos se elaboré un cuestionario estructurado por 18 preguntas policotómicas relacionadas con la variable en estudio. Las preguntas dicotómicas, constituyen uno de los tipos más elementales de preguntas, son fáciles de formular, contestar y tabular.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Validez

En referencia a la validez, Alvarado, P (2000) señala “a través de la validez de contenido se trata de determinar el grado en que el instrumento abarca realmente o una parte de los contenidos a los contextos donde se manifiesta el evento que se pretende medir, en lugar de explorar solo una parte de estos.” (p.39).

En este caso particular la validez del instrumento se realizó a través del juicio de expertos, especialistas en enfermería y metodología la investigación. Una vez recogida la validación del instrumento, se procederá a cotejar las observaciones hechas, en los puntos divergentes, realizando las correcciones pertinentes, lo que permitirá el rediseño de la versión del cuestionario.

Confiabilidad

Existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición. Todos utilizan formulas que producen coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1. Donde un coeficiente de 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad (confiabilidad total).

Según refiere Polit, B y Hungler, D (2000), La confiabilidad es grado de congruencia con que se mide el atributo para el que esta diseñado. (p. 393). En este sentido, para el cálculo de la confiabilidad se aplicara una prueba piloto a un grupo de cinco personas con características similares a la muestra pero ajenas a la misma, para luego determinar la confiabilidad por el coeficiente Kuder Richardson 20 debido a que el instrumento posee preguntas dicotómicas.

$$KR_{20} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum p \times q}{s^2 t} \right)$$

K = Kuder - Richardson

N = Número de ítems

VT= Varianza Total de la Prueba

$$\sum P.Q = \text{Sumatoria del Producto de P por Q.}$$

Una vez obtenido este coeficiente, α 0,82 es decir altamente confiable se procedió a la aplicación a la población total.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

El procedimiento para la recolección de datos conlleva los siguientes pasos:

- Se solicitó autorización a las autoridades del servicio de Psiquiatría.
- Se notificó al personal de enfermería sobre el estudio.
- Se recolectaron los datos mediante aplicación del cuestionario.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

En cuanto a la presentación de la información recabada, se realizó a través de tablas y gráficos de barra, haciendo un análisis cualitativo de los datos mediante una interpretación de los porcentajes obtenidos. En ese sentido, fueron presentados los resultados de la investigación enmarcada en cuadros estadísticos, mediante frecuencia absoluta y porcentaje, ello permitirá facilitar en la interpretación de los resultados obtenidos según los objetivos de la investigación.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se procede a presentar la información obtenida, con la finalidad de dar respuestas a los objetivos e interrogantes planteadas en el estudio. En la investigación, una vez aplicados los instrumentos a los 12 profesionales de enfermería seleccionados como muestra en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naguanagua Estado Carabobo.

A fin de presentar la información recolectada, se introduce en este capítulo técnicas graficas para la presentación de los datos. Estas técnicas graficas, están relacionadas, con cuadros estadísticos o ilustraciones como son gráficos de barra, los cuales permitirán demostrar de forma clara y precisa los datos estudiados, atendiendo a las características de los mismos y al conjunto de variables que se analizan, luego se interpreta el comportamiento de cada categoría en cada una de las variables en estudio de acuerdo a las respuestas obtenidas de manera absoluta y porcentual.

El gráfico de barra, permite una comprensión global, rápida, y directa de la información, representada mediante una serie de valores para mostrar la relación entre dos o más indicadores de unas variables.

Cuadro No. 1

Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las actividades que realizan para abordar el problema de salud mental a nivel comunitario según el Sub. Indicador Visita Domiciliaria del Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naguanagua Estado Carabobo. Año 2009.

Ítems	Alternativa					
	Siempre		Casi Siempre		Nunca	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
1. Realiza visitas domiciliarias al paciente con problemas de salud mental.	3	25	0	0	9	75
2. Se preocupa por realizar pesquisas de paciente en deserción de la consulta de salud mental.	3	25	0	0	9	75
3. Mantiene registros de seguimiento del paciente.	8	67	4	33	0	0
PROMEDIO	5	39	1	11	6	50

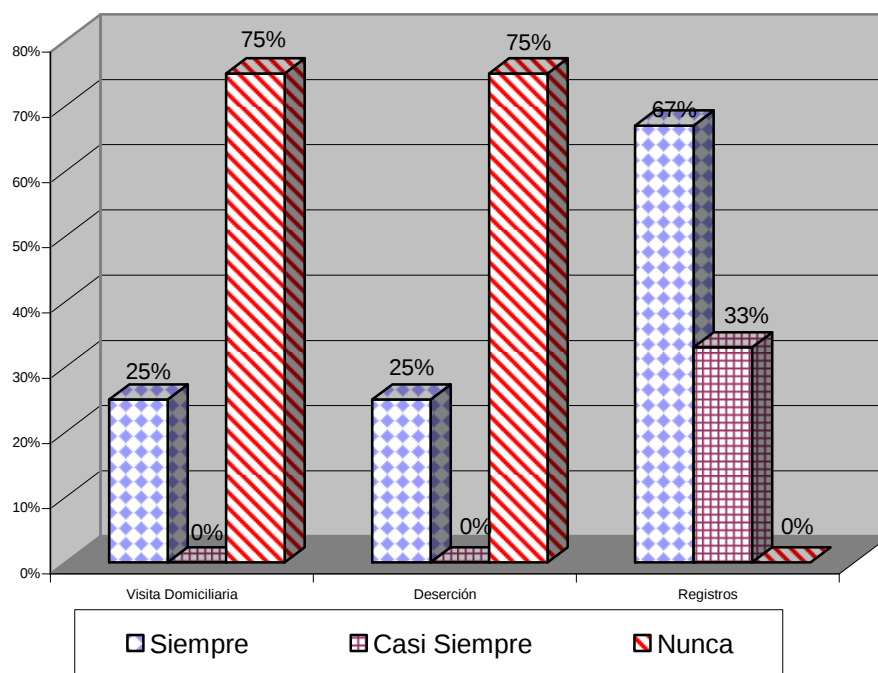
Fuente: Instrumento aplicado (Garrido, 2009).

Análisis e Interpretación

Los resultados obtenidos en el Cuadro No 1, relacionado al Sub. Indicador Visita Domiciliaria, se obtuvo un 50% de las respuestas indican que el personal de enfermería que formó parte del estudio nunca lo hacen, un 11% manifestó casi siempre mientras que el 39% respondió siempre. De allí se infiere que es necesario las acciones dirigidas al seguimiento en el hogar de los casos atendidos, ya que estos resultados resultan contrarios a lo afirmado por Quesada (2005), sobre la visita domiciliaria, que constituye la acción por medio del cual la enfermera comunitaria, aborda a los usuarios en el ámbito de su vivienda, con el propósito de proyectar a la familia y comunidad en la educación y promoción de la salud.

Gráfico No. 1

Distribución relativa de respuestas del personal de enfermería sobre las actividades que realizan para abordar el problema de salud mental a nivel comunitario según el Sub. Indicador Visita Domiciliada del Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009



Fuente: Cuadro No. 1

Cuadro No. 2

Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería a sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Valoración Psicológica en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naguanagua Estado Carabobo. Año 2.009

Items	Alternativa					
	Siempre		Casi Siempre		Nunca	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
4. Realiza acciones para orientar a la familia sobre la inclusión social del paciente.	9	75	3	25	0	0
Total Promedio	9	75	3	25	0	0

Fuente: Instrumento aplicado (Garrido, 2009).

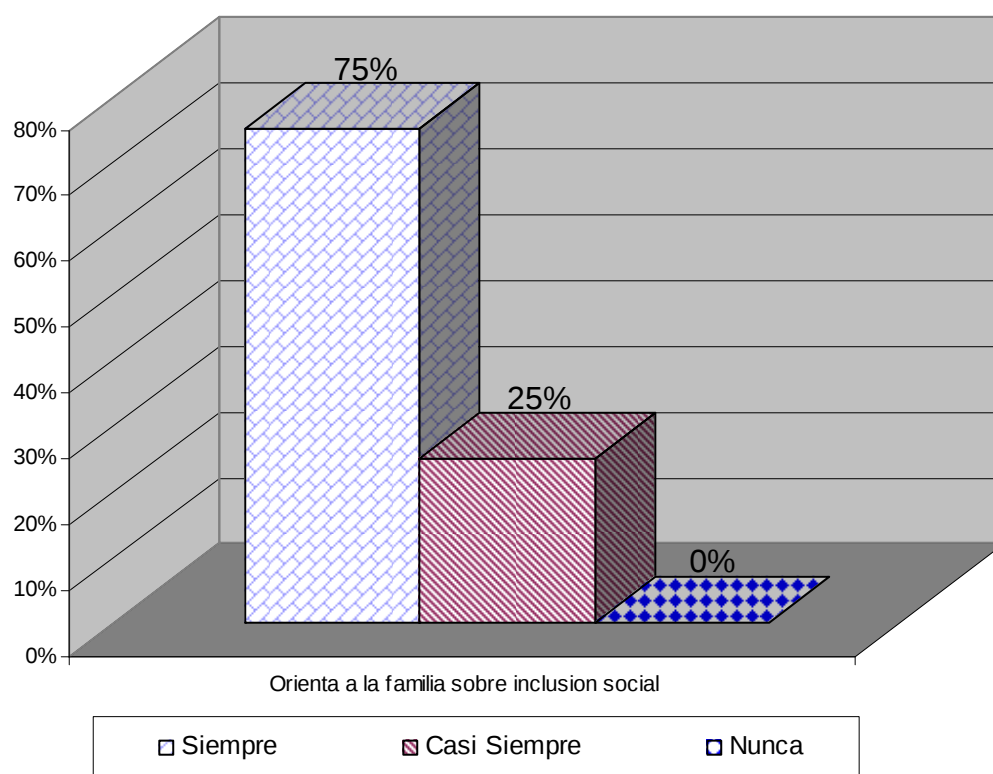
Análisis e Interpretación

Referido a los resultados observados en el gráfico 2, con respecto al Sub. Indicador Inclusión Social, se puede apreciar que un 75% de los profesionales de enfermería encuestados indicaron que siempre y el 25% restante casi siempre.

Esto resulta importante, ya se abordó un problema tratado en la 55° Cumbre Mundial de la Salud (2000), donde los ministros de salud coincidieron en que la marginación de la salud mental respecto de los principales servicios sanitarios y sociales ha contribuido a la exclusión de las personas con enfermedades mentales y a la asignación de baja prioridad a la salud mental en el presupuesto, la planificación de políticas y en el desarrollo de los servicios.

Gráfico No. 2

Distribución relativa de respuestas del personal de enfermería sobre las actividades que realizan para abordar el problema de salud mental a nivel comunitario según el Sub. Indicador inclusión Social del Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009.



Fuente: Cuadro No 2

Cuadro No. 3

Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las actividades que realizo para abordar el problema de salud mental a nivel comunitario según el Sub. Indicador Educación al paciente y a la familia sobre la Enfermedad y el Tratamiento del Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naguanagua Estado Carabobo. Año 2.009

Items	Alternativa					
	Siempre		Casi Siempre		Nunca	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
5. Le indica que actividades puede realizar su familiar.	8	67	4	33	0	0
6. Pasa tiempo necesario con el paciente aun cuando este no pueda responder verbalmente.	0	0	3	25	9	75
Total Promedio	4	33	3	29	5	38

Fuente: Instrumento aplicado (Garrido, 2009).

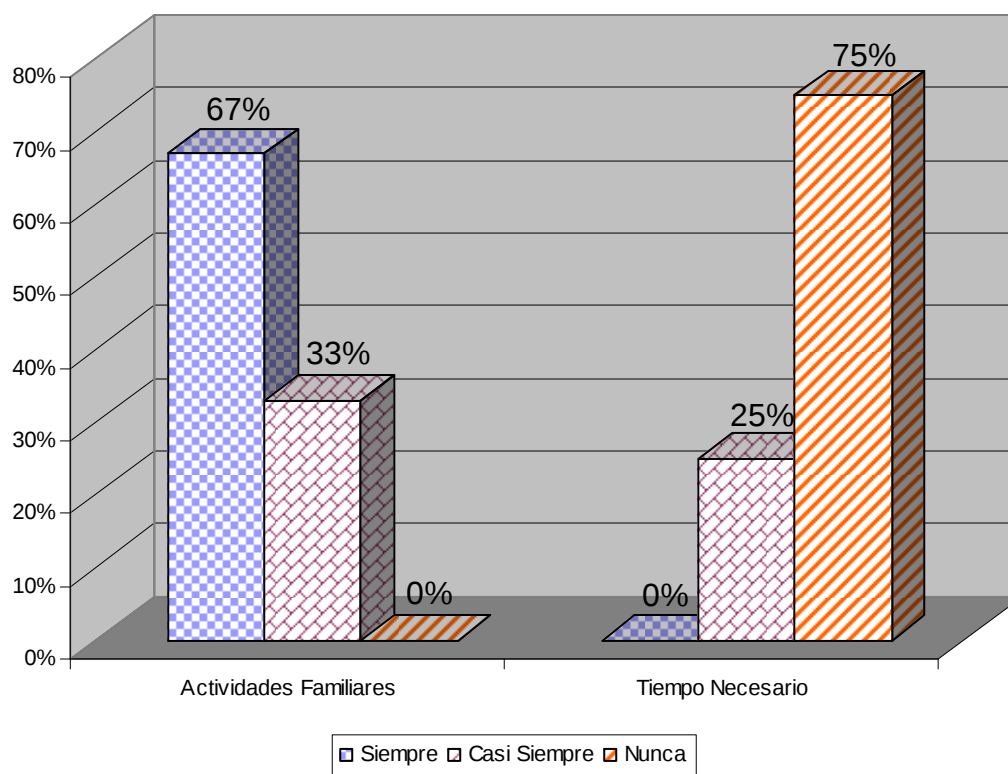
Análisis e Interpretación

De los resultados evidenciados en el gráfico 3, Sub. Indicador Educación al paciente y a la familia, se puede apreciar que el 38 % de los encuestados marcaron la alternativa nunca, un 33% siempre y el 29% casi siempre.

Esto se contrapone a lo afirmado por Figuera (2000) sobre que el rol de la enfermera es esencialmente de naturaleza educativa, cuya técnica es el trabajo con grupos para contribuir a enlazar a los estamentos de la comunidad con el sistema institucional de salud, con el objeto de mejorar el nivel de salud de la población inculcando hábitos y prácticas saludables de salud.

Gráfico No. 3

Distribución relativa de respuestas del personal de enfermería sobre las actividades que realizan para abordar el problema de salud mental a nivel comunitario según el Sub. Indicador Educación al paciente y a la familia sobre la Enfermedad y el Tratamiento del Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naguanagua Estado Carabobo. Año 2.009



Fuente: Cuadro No 3

Cuadro No 4

Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica pan el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Disminuir la Conducta Inhibida — el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.00S

Items	Alternativa					
	Siempre		Casi Siempre		Nunca	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
7. Proporciona actividades dirigidas a hacerlo sentir que puede expresar sus sentimientos.	0	0	8	67	4	33
Total Promedio	0	0	8	67	4	33

Fuente: Instrumento aplicado (Garrido, 2009).

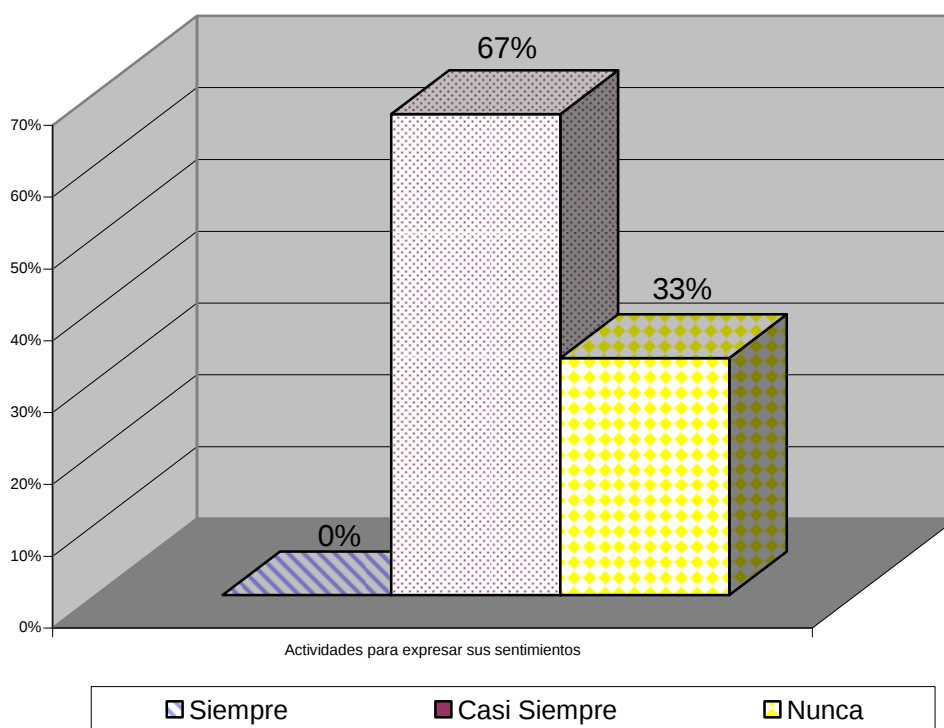
Análisis e Interpretación

De los resultados evidenciados en el gráfico N0 4, relacionado al Sub. Indicador Disminuir la Conducta inhibida, se puede evaluar que un 67% de los encuestados respondieron casi siempre mientras que un 33% restante indico nunca.

Al respecto, Moreno (2005) señala se debe proporcionar al paciente una actividad estructurada dirigida a objetivos, pasar el tiempo necesario con el paciente aun cuando éste no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente, dirigir nuestro interés y cuidado, prometer sólo aquello que se pueda cumplir en forma realista, brindarle la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los demás.

Gráfico No. 4

Distribución relativa de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategia que Aplica pan el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Disminuir la Conducta Inhibida en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009



Fuente: Cuadro No. 4

Cuadro No. 5

Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Fomentar la Autoestima en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009

Items	Alternativa					
	Siempre		Casi Siempre		Nunca	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
8. Realiza acciones para fomentar la autoestima del paciente (orientarlo sobre el baño, aseo personal).	0	0	10	83	2	17
9. Estimula al paciente a mejorar su aspecto y aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal.	0	0	10	83	2	17
Total Promedio	0	0	10	83	2	17

Fuente: Instrumento aplicado (Garrido, 2009).

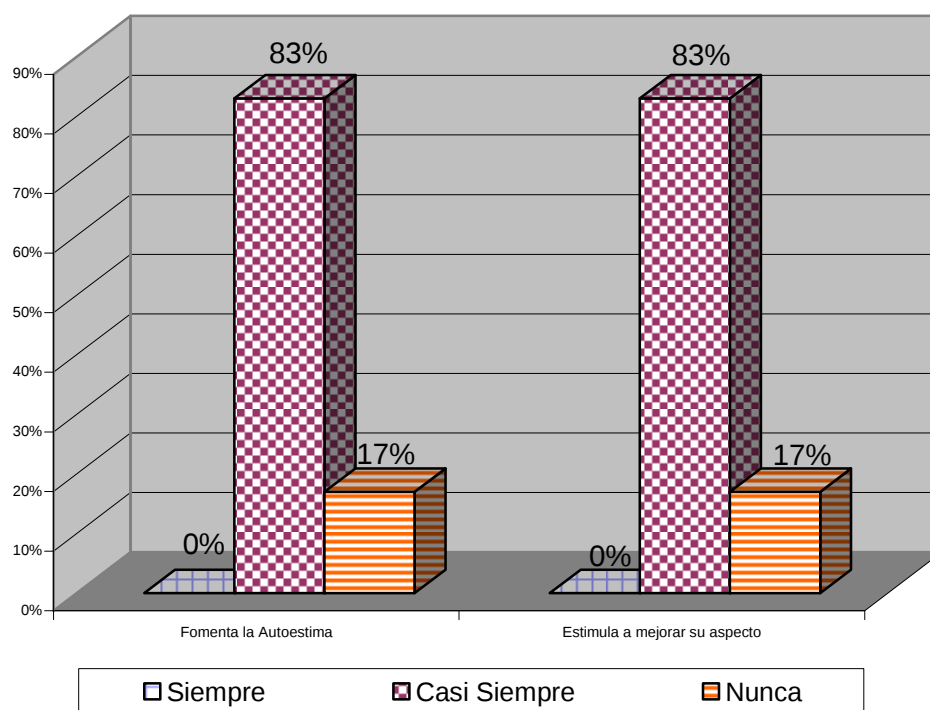
Análisis e Interpretación

Concerniente al gráfico N0 5, referente al Sub. Indicador Fomentar la Autoestima se observa que el 38% de la población encuestada respondió casi siempre, mientras que el 17% restante indica que nunca.

Esto concuerda con lo expresado por Pérez (2004) quien refiere que se debe estimular la autoestima del enfermo y los sentimientos de valía, proporcionarle atención en una forma sincera y con interés, apoyarle en todos sus éxitos cumplimiento de responsabilidades dentro del servicio, proyectos, interacciones con los miembros del equipo terapéutico y otros pacientes, ayudar al paciente a mejorar su aspecto; auxiliarlo cuando sea necesario para que se bañe, se vista, procure el lavado de sus ropas, entre otras, auxiliar al paciente a aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo.

Gráfico No. 5

Distribución relativa de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Fomentar la Autoestima en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009



Fuente: Cuadro No 5

Cuadro No. 6

Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Establecer una alianza Terapéutica en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2009

Items	Alternativa					
	Siempre		Casi Siempre		Nunca	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
10. Consulta el estado del paciente con el equipo de salud mental.	9	75	3	25	0	0
11. Establece una alianza terapéutica con otros miembros del equipo de salud.	12	100	0	0	0	0
12. Valora el aspecto psicológico del paciente con problemas de salud mental.	12	100	0	0	0	0
Total Promedio	11	92	1	8	0	0

Fuente: Instrumento aplicado (Garrido, 2009).

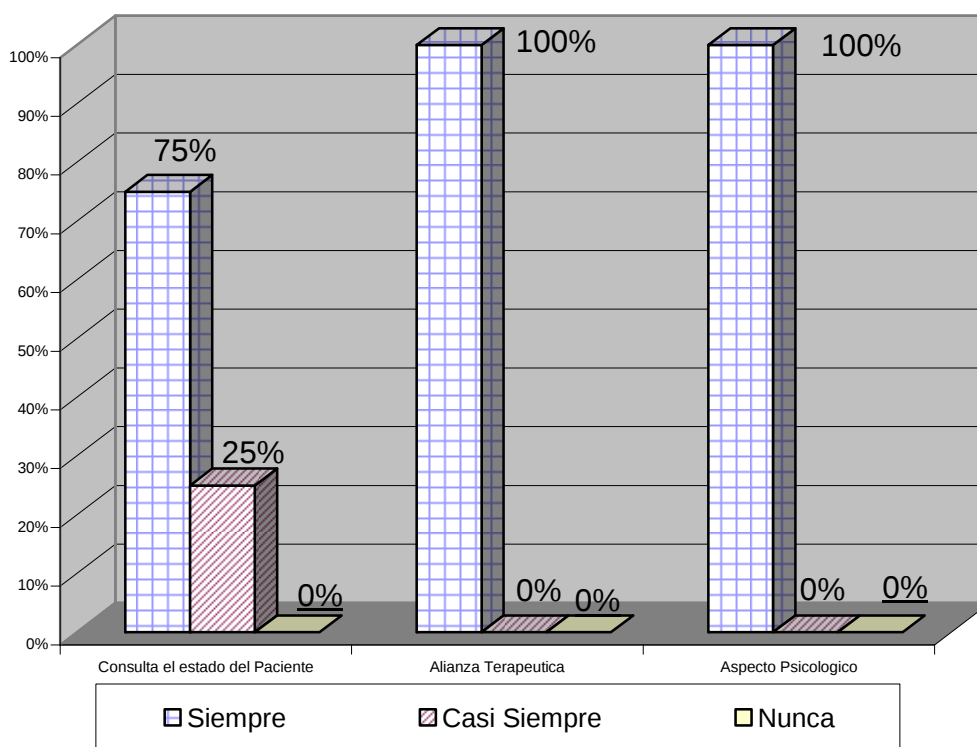
Análisis e Interpretación

De los resultados evidenciados en el gráfico N0 6, relacionado al Sub. Indicador Establecer una alianza Terapéutica, se puede observar que un 92% de los profesionales de enfermería encuestados respondieron siempre y el 8% restante casi siempre.

Esto coincide con teorizantes como Pérez (2004) quien cita: la enfermera debe Establecer y mantener una alianza terapéutica, lo cual constituye la base sobre la que se sustenta el tratamiento: es importante que el profesional que trata al paciente establezca una alianza terapéutica de apoyo.

Gráfico No. 6

Distribución relativa de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Establecer una alianza Terapéutica en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009



Fuente: Cuadro No. 6

Cuadro No. 7

Distribución relativa y porcentual de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica pan el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Valoración Psicológica tu el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naguanagua Estado Carabobo. Año 2.009

Items	Alternativa					
	Siempre		Casi Siempre		Nunca	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
13. Realiza historia de enfermería	0	0	9	75	3	25
14 Realiza informa social.	12	100	0	0	0	0
Total Promedio	6	50	5	38	1	12

Fuente: Instrumento aplicado (Garrido, 2009).

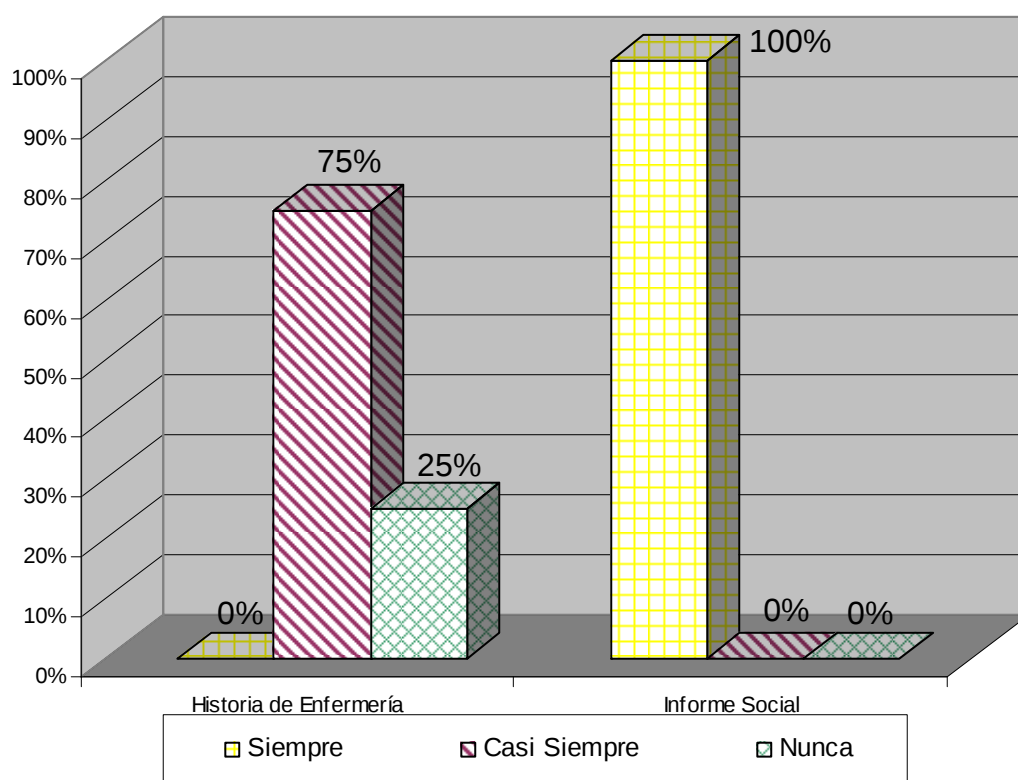
Análisis e Interpretación

De las deducciones evidenciadas en el gráfico N0 7, relacionado al Sub. Indicador Valoración Psicológica, se puede apreciar que un 50% de los profesionales respondieron siempre, un 38% casi siempre y un 12% restante indico nunca.

Estos resultados evidencian la necesidad de realizar historia de enfermería que permita una valoración psicológica del paciente, evaluando aspectos subjetivos y objetivos del usuario, tal como refiere Carnevali (1998) quien destaca que se deben considerar aspectos como: disminución en la autoestima, cambio continuo dependencia- independencia, disminución en al capacidad mental, por lo que entre los problemas que comúnmente generan estos cambios que incluyen la depresión, las reacciones paranoicas, el insomnio y la ansiedad.

Gráfico No. 7

Distribución relativa de respuesta del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Valoración Psicológica en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S. de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009



Fuente: Cuadro No. 7

Cuadro No. 8

Distribución relativa y porcentual de respuesta del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Valoración Social en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S. de Naguanagua Estado Carabobo. Año 2.009

Items	Alternativa					
	Siempre		Casi Siempre		Nunca	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
15. Recolecta datos de la familia donde se desenvuelve el paciente.	12	100	0	0	0	0
16. Toma en cuenta aspecto del entorno del paciente.	9	75	3	25	0	0
Total Promedio	11	88	1	12	0	0

Fuente: Instrumento aplicado (Garrido, 2009).

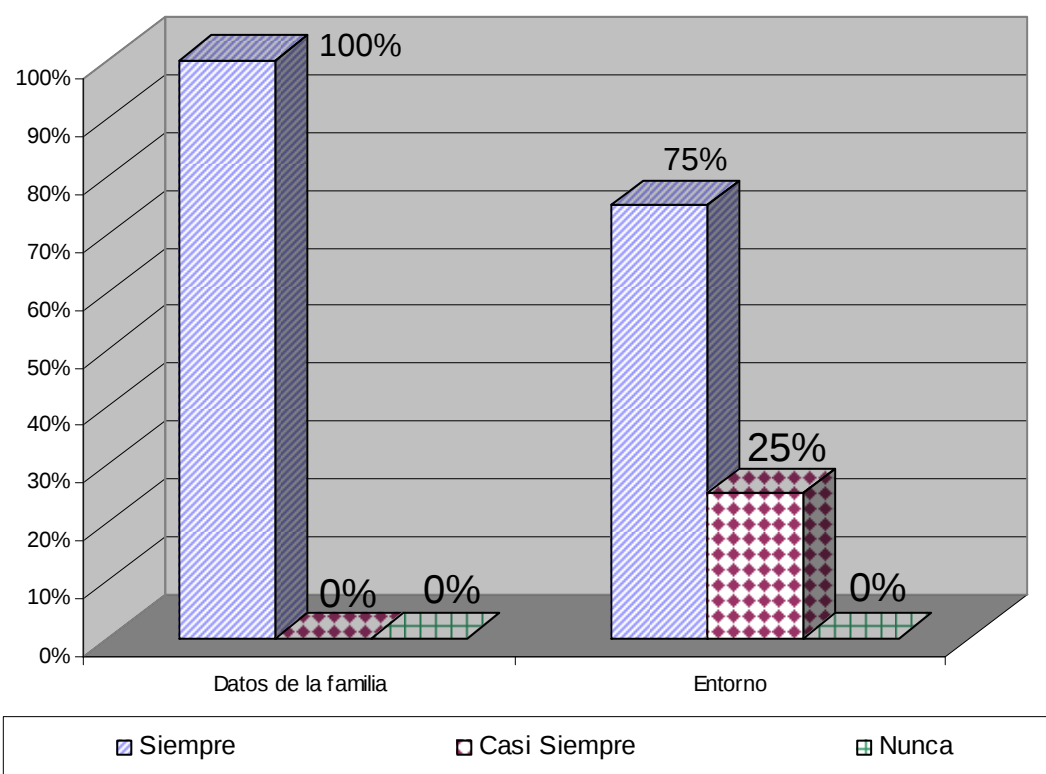
Analysis e Interpretación

Respecto al grafico No. 8, en relación al Sub. Indicador Valoración Social se estima que el 88% de los profesionales siempre lo hacen y un 12% casi siempre.

De allí se infiere que estos profesionales de enfermería realizan la Valoración Social del paciente, tal como refiere Babb (1998) que a través de la valoración del ciclo vital de tipo familiar, laboral y social, se determinan cambios tales como estatus, ingresos económicos, estilo de vida contemporáneo por muerte, posesiones, que generan dichos cambios como soledad y aislamiento. El ambiente físico en que se desenvuelve la persona tiende a acelerar o retardar su proceso de salud mental.

Gráfico No. 8

Distribución relativa de respuesta del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Valoración Social en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009



Fuente: Cuadro No. 8

Cuadro No. 9

Distribución relativa y porcentual de respuesta del personal de enfermería sobre las Estrategia que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Reacciones Emocionales en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009

Items	Alternativa					
	Siempre		Casi Siempre		Nunca	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
17. Valora las reacciones emocionales en su entorno familiar.	0	0	9	75	3	25
18. Explica al familiar sobre las reacciones emocionales	7	58	5	42	0	0
Total Promedio	4	29	7	59	1	12

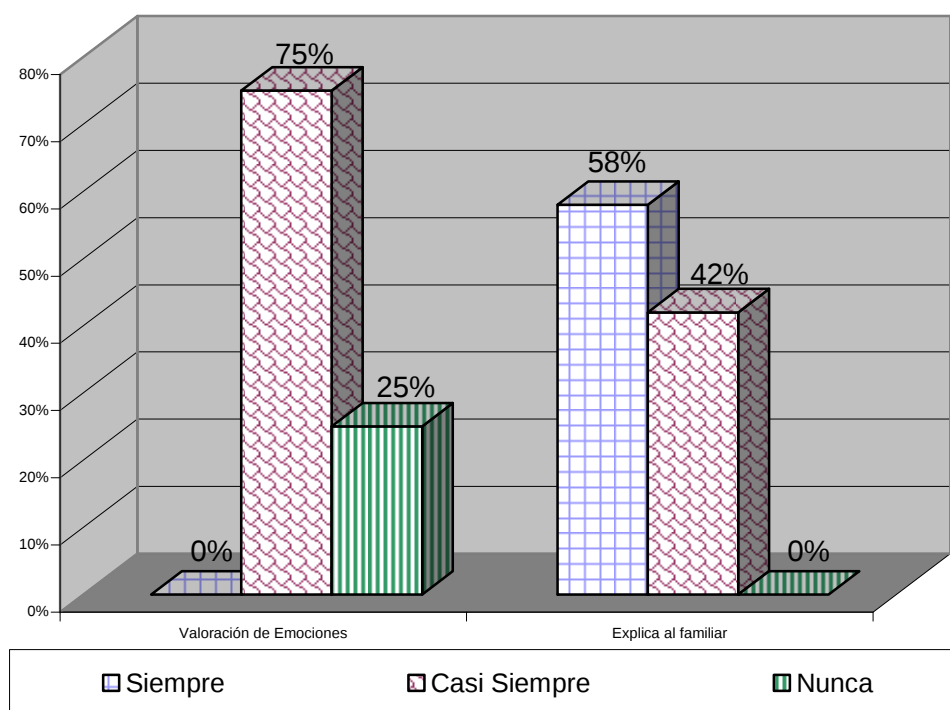
Fuente: Instrumento aplicado (Garrido, 2009).

Análisis e Interpretación

Referente al gráfico N0 9, Sub. Indicador Reacciones Emocionales se demuestra que el 59% de los profesionales de enfermería casi siempre realiza la valoración de este aspecto, un 29% siempre y el 12% restante indica que nunca. Esto se contrapone a lo expresado por Robert (2000), sobre que se debe considerar que las emociones actúan como nexo entre los sucesos del medio ambiente externo y las respuestas que presenta un individuo y de allí sirven para promover el aprendizaje de información que nos ayudaría a dar respuestas adecuadas en el futuro.

Grafico No. 9

Distribución relativa de respuestas del personal de enfermería sobre las Estrategias que Aplica para el cuidado del paciente Esquizofrénico según el Sub. Indicador Reacciones Emocionales en el Ambulatorio “Luis Guada Lacau” del I.V.S.S de Naganagua Estado Carabobo. Año 2.009



Fuente: Cuadro No 9

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Sobre la base de los resultados obtenidos en este estudio, y en concordancia con los objetivos de la investigación, se presentan las siguientes conclusiones.

En referencia al primer objetivo específico de la investigación, identificar la intervención del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con problemas de salud mental, se obtuvo en cuanto al subindicador visita domiciliaria, que la mitad de la población encuestada Nunca realiza esta acción de cuidado.

Más de la mitad de los participantes informó que nunca realizar pesquisas de pacientes en deserción de la consulta de salud mental.

Con respecto al Sub. Indicador Inclusión Social, se puede apreciar que la mayoría de los profesionales de enfermería encuestados indicaron que siempre realiza acciones para la inclusión social de estos pacientes.

Acerca del Sub. Indicador Educación al paciente y a la familia sobre la Enfermedad y Tratamiento, se puede apreciar que un índice muy bajo de los participantes en el estudio Siempre realizan estas acciones.

Relacionado al Sub. Indicador disminuir la conducta inhibida, se puede evaluar que un poco más de la mitad de los encuestados respondieron casi siempre realizan acciones dirigidas a lograr este objetivo.

En referencia al Sub. Indicador fomentar la autoestima se observar que los participantes Siempre aplica acciones de cuidados con este fin.

En cuanto a si, estimula al paciente a mejorar su aspecto y aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo la mayoría respondió casi siempre lo hace.

Relacionado al Sub. indicador establecer una alianza terapéutica, se puede observar que la mayoría de los profesionales de enfermería encuestados respondieron que siempre Lo hace.

Referido al segundo objetivo específico de la investigación, establecer las estrategias que utiliza el personal de enfermería en el cuidado de pacientes con problemas de salud mental, se obtuvo que solo la mitad de los encuestados siempre realiza la Valoración psicológica.

La mayoría siempre realiza la Valoración Social, y un poco mas de la mitad Casi Siempre valora las reacciones emocionales.

Recomendaciones

Informar sobre los resultados de la investigación al Departamento de Enfermería del Ambulatorio Urbano Luis Guada Lacau, a fin de que sean tomados en cuenta para reconocer debilidades detectadas con el estudio y convertidas en fortalezas.

A las autoridades de enfermería de la institución de salud, se le recomienda poner en práctica acciones educativas dirigidas a orientar a la población en estudio sobre la necesidad de realizar la valoración del paciente en su entorno familiar y

social, lo cual repercute en la calidad de vida de estos pacientes.

Hacer llegar los resultados de la investigación a los profesionales de enfermería que participaron en la investigación, a fin de se emprendan acciones dirigidas a fomentar estrategias de cuidado integral a pacientes con problemas de salud mental.

Exponer los resultados de la investigación en jornadas científicas de enfermería psiquiátrica relacionadas con el tema en estudio.

Realizar una réplica de este estudio en otras instituciones de salud, a fin de comparar los resultados con otros estudios sobre el tema, a fin de formular un diagnóstico que permita proponer a las autoridades de los distintos centros e instituciones de salud la implementación de programas que ayuden a mejorar la calidad de atención al paciente psiquiátrico y a su entorno familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOSTA, I (2003). **Cuidados de Enfermería al Paciente Psiquiátrico**. Harcourt Brace. España.
- ALVARADO, P (2000) **Metodología de la Investigación I y II**. Mérida-Venezuela. FIJNDASEUP.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) **Clasificación de las Enfermedades Mentales según la DSM IV**. Disponible: www.psicoactiva.com. Consulta: Noviembre 2007.
- ARIAS, F. (2000), **El Proyecto de Investigación**. Guía para su Elaboración. Caracas: Episteme.
- ATK[NSOSN, L (1985). **Fundamentos de Enfermería**. McGraw Hill. México.
- BADD, M (1998) **Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental** Doyma Libros. España.
- BARON, F y Byrne, O (1984) **Discriminación ante la esquizofrenia**. Ediciones Diana. Bogotá.
- BATALLA, C (2000) **El Cuidador Familiar en las Psicosis: ¿es posible construir un lugar de encuentro entre red sanitaria formal e informal?**. En: La Psicosis en la Comunidad. 8-10. Junio 2000. Santiago de Compostela. España.
- BECKMAN, S (1994), **Apoyo al Paciente Psiquiátrico**. Ediciones Harcourt Brace. Barcelona.
- BERESTEINE, S (1987) **Estigma social. Prejuicio y discriminación sobre la esquizofrenia**. Ediciones Mac Graw Hill. México.
- BERMEJO, C (1999). **Humanizar la salud**. Ediciones salde Terra. España.
- BORGES, M (2001). **Situación en salud mental en América Latina**. Información en línea. Disponible: www.salud.com.ve. [Consulta: 15 de marzo de 2008]
- BORREL, P., (2002). **Estigma social. Prejuicio y discriminación sobre la esquizofrenia**. Disponible: www.salud.com.es. Consulta: febrero 2007.

- BRAUNDWALD, P, Wilma, L y Cooper, T (2001)
- BUBER, L. (2001). **El Cuidado como Acción Humanitaria**, 1 Ed. Editorial Alfa. Madrid:
- CABALLERO, L(2006) **Información Que Posee El Grupo Familiar de los Pacientes con Diagnostico De Esquizofrenia Paranoide Atendidos En La Consulta Del Centro De Salud Mental Sur Del Ambulatorio 810**. Valencia Estado Carabobo. Venezuela.
- CASTILLO, A. (2002). **Propuesta de un programa educativo dirigido al personal de enfermería**. Los Teques Estado Miranda. Venencia.
- CARNEVALI, L (1998) **Los aspectos del Psicoanálisis en Enfermería comunitaria** España: Paulint
- COOK, S y Fontaine, K (1998) **Fundamentos esenciales de Enfermería en salud Mental** Mc Graw Hill Interamericana. Nueva York.
- DUEÑAS, R (2000) **Atención a la Salud Mental**. Mc graw Hill. 2da Edición. México.
- FIOUERA, E; Méndez, O; Montafto, A; Pérez, A; Sánchez, R. (1999). **Enfermería comunitaria Modulo Instruccional**. Universidad Central de Venezuela.
- FROM, T (1976) **Psicoanálisis en la Sociedad Contemporánea**. Ediciones Trilla. México.
- GANDSTAFP, M (1998) **Espacios para la Salud Mental. Oficina Regional De Educación De La fiasco Para América Latina y El Caribe**. Santiago De Chile.
- GORDILLO, M (1995) **Psicología**. Editorial Paidos, lera Edición. Argentina.
- GÓMEZ, C (2005) **Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social**. Editorial Mc Graw Hill. 2da Edición. México..
- HAQUIN, C; Larraguibel, M y Cabezas, Jorge (2004) **Factores protectores y de riesgo en salud mental tu niños y adolescentes de la ciudad de Calama**. Revista chilena de pediatría. V° 75. N° 5. Santiago. Octubre 2004. ISSN 0370-4106 versión impresa.

- HENRÍQUEZ, J (2000) **La Educación Para la Salud**: Aportaciones de la Psicología de la Salud. Centro de Promoción de la Salud de Tetuán-Madrid.
- JHONMARSHALL, R (2000) **Motivación y Emoción**. Editorial Interamericana. 4da Edición. España.
- MCCLOSKEY, E y Hulechek, M(2000) Clasificación de las intervenciones de enfermería. Editorial Mosby. España.
- MALAVE, S., Pérez, Machado, N. (2000). **Proyección en la detección y tratamiento precoz en caso mental**. Trabajo Especial de Grado Colegio Universitario de Los Teques Cecilio Acosta. Venezuela.
- MARRINER, A Y Ralle, M (2003) **Modelos y tendencias de Enfermería**. Mac Graw Hill Interamericana. Cuarta Edición. México.
- MARTINEZ, M (2006) **Vivencias del profesional de enfermería comunitaria a través del cuidado ofrecido a las personas con problemas de salud mental que acuden al Ambulatorio La Libertad del Municipio Juan José Flores de Puerto Cabello estado Carabobo**. Trabajo de Post Grado. Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. San Juan de los Morros. Venezuela.
- MARTINEZ, M (2004) **Manual de Enfermería Psiquiátrica**. Editorial Trillas. México. D.F
- MARYLAND, V (1998) **Familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa**: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. Atención Primaria. Julio—Agosto; 26 (3): 139-145
- MINISTEMO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (2005) **Publicaciones Periódicas**. Disponible:www.salud.coni.es. España. Consultada: Abril 2007.
- MONTOYA, M (2004) **Neurociencias y ciencias de la Salud**. Revista de la Asociación Española de Psiquiatría. Madrid. España.
- MORENO, A (2005). **Cuidados de Enfermería**. 2da Edición. Editorial diana. Colombia.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1946) [en línea]; [URL:http://foal.representacionanet/FOAL/Castellano/Actualidad/Noticias/Noticial GO7.htm](http://foal.representacionanet/FOAL/Castellano/Actualidad/Noticias/Noticial GO7.htm)[consultada el 24 de marzo de 2007]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1993) [en línea];
URL:<http://foal.epresentaciones.net/FOAL/Castellano/Actualidad/Noticias/NoticiaLGO7.htm>[consultada el 24 de mayo de 2007]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 55° **Cumbre Mundial de la Salud** (1998), Promoción de la salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006) [en línea];
URL:"<http://foal.epresentaciones.net/FOAL/Castellano/Actualidad/Noticias/NoticiaLGO7.htm>[consultada el 24 de mayo de 2007]

Plan Nacional de desarrollo. (2006). Disponible: www.mpd.gob.ve/pndr/plan.htm
Consulta: [12 de Junio 2008]

PEREZ, K (2004) **Salud Mental Comunitaria**. Disponible:
www.portalsaludmental.com. Consulta: [12 de Junio 2008]

PEREZ, A (2005) **Psiquiatría y Salud Mental**. Sociedad Chilena de Psiquiatría.
Universidad de Chile.

POLANCO, M (2002) **La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática**. Ediciones Paidós. España.

POLIT, B y Hungler, D (2000) **Investigación Científica en Ciencias de la Salud**.
2da Edición. Mc Graw Hill. México.

QUESADA, O (2005). **Salud Mental. Reflexiones para vivir mejor**. Binass
Editores. 2da Edición. Santiago de Chile. Chile.

RAMÍREZ, E (2006) **Reflexiones para la Salud Mental**. Ediciones tecnova.
Colombia.

RODRIGUEZ, A. (2005) **Contextos de colaboración: entre el deseo y la realidad**.
En Trabajo Social Hoy No. 31. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo
Social y AA. SS. de Madrid.

ROGERS, M (1975) **Apoyo Familiar al Paciente Psiquiátrico**. Ediciones Diana.
Colombia.

SABINI, L (2002). **Psicología**. Editorial Paidós. 4ta Edición. Buenos Aires. Argentina.

SÁENZ, I, Campos, P y Ontoso, A (2000), **Salud Pública**. Universidad de Barcelona. España.

SANCHEZ, J (2000). Psicoterapia y Salud mental. Gedka Editores. 2da Edición. Bilbao. España.

SMITH, TyGennan, E (1975) Reforma Psiquiátrica y Familia. Papel y opiniones. Granada. España. (mimeografiado).

TUCKER, W (2001) **Cuidados del Paciente Psiquiátrico**. Harcourt Brace. España.

WATSON, J (1989). **Perspectivas de Enfermería en el cuidado humano**. Conferencia en el Medical Center de Colorado. U.S.A. Estimada Colega

ANEXO A
INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

Estimada Colega

El cuestionario que a continuación se le presenta, se encuentra dirigido a obtener información relacionada a la intervención de enfermería en el cuidado de personas con problemas de salud mental.

Los datos por Ud. Suministrados, serán utilizados como fuente de información para la realización de un trabajo de investigación realizado, como requisito parcial para obtener el Título de Licenciado en Enfermería, en la Universidad central de Venezuela, por lo tanto, se agradece su mayor colaboración al respecto.

Gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES

1.El cuestionario esta estructurado con preguntas con tres alternativas de respuestas donde debe contestar según la siguiente escala

Siempre (1)

Casi siempre (2)

Nunca (3)

Casi Nunca (4)

2. Para responder las preguntas que se le presentan marque con una “X” según la respuesta que considere correcta.

3. Utilice Bolígrafo

4. No deje preguntas sin contestar.

5. No firme el cuestionario. Recuerde que es de carácter confidencial.

6. En caso de duda, consulte al facilitador.

CUESTIONARIO

ITEMS	ENUNCIADO	1	2	3	4
1	Realiza visitas domiciliarias al paciente con problema de salud mental.				
2	Se preocupa por realizar pesquisas de pacientes en deserción de la consulta de salud mental.				
3	Mantiene registros de seguimiento del paciente.				
4	Realiza acciones para orientar a la familiar sobre la inclusión social del paciente.				
5	Le indica que actividades puede realizar su familiar.				
6	Pasa tiempo necesario con el paciente aun cuando este no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente.				
7	Proporciona actividades dirigidas a hacerlo sentir que puede expresar sus sentimientos.				
8	Realizar acciones par fomentar la autoestima del paciente con problemas de salud mental (orientarlo sobre el baño, aseo personal).				
9	Estimula al paciente a mejorar su aspecto y acepta la mayor responsabilidad por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo.				
10	Consulta el estado del paciente con el equipo de salud mental.				
11	Establece una alianza terapéutica con otros miembros del equipo de salud.				
12	Valora el aspecto psicológico del paciente con problemas de salud mental.				
13	Realiza historia de enfermería.				
14	Realiza informe social.				
15	Recolecta datos de la familia donde se desenvuelve el paciente.				
16	Toma en cuenta aspecto del entorno donde se desenvuelve el paciente.				
17	Valora las reacciones emocionales del paciente en su entorno familiar.				
18	Explica al familiar sobre las reacciones emocionales del paciente.				