

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A ORIENTAR A LA FAMILIA EN EL
CUIDADO DEL ENFERMO CON ESQUIZOFRENIA DE PERMISO EN EL
HOGAR. DEL SANATORIO MENTAL RESIDENCIAS SAN MARCOS
NIRGUA ESTADO YARACUY**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
PRESENTADO POR:**

TUTOR:

PROF. ZULAY VERDY

QUINTILIANI MARIA

AUTORAS:

GÓMEZ CARMINELLY

MENDOZA RAQUEL

C.I. 14.048.935

C.I. 10.368.927

C.I. 15.419.373

CARACAS, JULIO DEL 2006

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A ORIENTAR A LA FAMILIA EN EL
CUIDADO DEL ENFERMO CON ESQUIZOFRENIA DE PERMISO EN EL
HOGAR. DEL SANATORIO MENTAL RESIDENCIAS SAN MARCOS
NIRGUA ESTADO YARACUY**

**TUTOR:
PROF. ZULAY VERDY**

**AUTORAS:
GÓMEZ CARMINELLY
MENDOZA RAQUEL
QUINTILIANI MARIA**

CARACAS, JULIO DEL 2006

**Aprobado en nombre de la Universidad Central de Venezuela, por el
siguiente jurado:**

En Caracas, a los _____ días del mes de _____ del 2006

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por darnos la vida, fuerza y perseverancia para seguir adelante.

A nuestros padres por brindarnos su apoyo incondicional en todo el trayecto de nuestra profesionalización.

A nuestros profesores que cada uno apporto su grano de arena de arena en nuestra formación y en la realización de este trabajo.

A nuestros que han sido mi motivación de esfuerzo e incondicionales en su apoyo y ayuda en la culminación de mi carrera.

A nuestros esposos por tener la paciencia y comprensión en todo momento.

A todas aquellas personas que se encontraron involucradas en la realización de este trabajo

Gómez Carminelly
Mendoza Raquel
Quintiliani Maria

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirnos con tan noble profesión y darnos el entusiasmo e inteligencia para seguir adelante.

A la profesora Zulay Verdi por guiarnos en la realización de este trabajo y así lograr nuestras metas.

A la Sra. Carmen Quiroz por guiarnos en la aplicación del proyecto.

A Rafael López por ayudarnos en la realización del trabajo.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para que este trabajo se hiciera posible.

Gómez Carminelly

Mendoza Raquel

Quintiliani Maria

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
LISTA DE CUADROS	ix
LISTA DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO	
I EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	3
Objetivos de la Investigación	9
Justificación del Estudio	10
Alcances y Limitaciones	12
II MARCO REFERENCIAL	
Antecedentes de la Investigación	14
Bases Teóricas	19
III MARCO METODOLÓGICO	
Naturaleza de la Investigación	63
Fase I Estudio Diagnostico	64

Fase II Estudio de Factibilidad	64
Fase III Diseño del Proyecto	65

IV FORMULACIÓN DEL PROYECTO

Fase I Estudio Diagnostico	66
Objetivo del Proyecto	66
Propósito del Proyecto	66
Caracterización del proyecto	67
Naturaleza del Proyecto	67
Importancia del Proyecto	67
Ubicación sectorial y localización del proyecto	68
Estudio de Campo	69
Naturaleza de la investigación	69
Técnicas de Recolección de Datos	70
Validación y Confiabilidad del Documento	71
Procedimiento de la Investigación	74
Técnicas de Análisis de Datos	75
Análisis e interpretación de los Resultados	75
Conclusiones del Estudio Diagnostico	87
Fase II Estudio de Factibilidad	88
Estudio de Mercadeo	88
Estudio técnico	92
Estudio Financiero	98
Fase III Diseño del Proyecto	101
Presentación del Programa	101
Justificación	103
Objetivos del Programa	104
Especificaciones Curriculares	105

	Explicación de la estrategia para el facilitador	112
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	121
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
	ANEXOS	128
	A Instrumento	129
	B Certificado de Validación	133
	C Índice de Confiabilidad	136

LISTA DE CUADROS

CUADROS		PP.
1	Escala de la Confiabilidad	73
2	¿Conoce Ud. que es la Esquizofrenia?	76
3	¿Tiene conocimientos de las causas que originan la Esquizofrenia?	77
4	¿Sabe usted cuales son las manifestaciones de los pacientes con esquizofrenia?	78
5	¿Conoce cuales son los factores que influyen en la aparición de la Enfermedad?	79
6	¿Le han hablado sobre los tipos de Esquizofrenia que se pueden presentar?	80
7	¿Tiene conocimientos acerca del tratamiento de la Esquizofrenia?	81
8	¿Tiene conocimiento sobre el comportamiento y Conducta que puede presentar el enfermo?	83
9	¿ Sabe que cuidados debe prestarle al enfermo en el hogar?	84

10	¿Sabe Ud. cual es la importancia de la participación Familiar en el tratamiento del enfermo?	85
11	¿Le gustaría participar en talleres, reuniones y charlas para recibir orientación acerca de la esquizofrenia y los cuidados que debe proporcionarle a los enfermos en el hogar?	86
12	Tabla Flujograma del Proceso de transformación	96
13	Tabla Costos por Recursos Materiales	99
14	Tabla Estructura del Programa Educativo de Orientación Propuesto	108
15	Tabla Taller Inductivo	109
16	Tabla Unidad II	110
17	Tabla Unidad III	111

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO		PP
1	¿Conoce Ud. que es la Esquizofrenia?	76
2	¿Conocimientos acerca de las causas que originan la Esquizofrenia?	77
3	¿Sabe usted cuales son las manifestaciones de los pacientes con esquizofrenia?	78
4	¿Conoce Ud. cuales son los factores que influyen en la aparición de la Enfermedad?	79
5	¿Le han hablado sobre los tipos Esquizofrenia que se pueden presentar?	80
6	Conocimientos que poseen los familiares en cuanto al tratamiento de la Esquizofrenia	81
7	Conocimientos sobre el comportamiento y conductas presentadas por el Enfermo	83
8	Cuidados del enfermo esquizofrénico en el hogar	84
9	Participación familiar en el tratamiento del enfermo	85
10	¿Le gustaría participar en talleres para recibir orientación acerca de la esquizofrenia?	86

**PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A ORIENTAR A LA FAMILIA EN EL
CUIDADO DEL ENFERMO CON ESQUIZOFRENIA DE PERMISO EN EL
HOGAR. DEL SANATORIO MENTAL RESIDENCIAS SAN MARCOS
NIRGUA ESTADO YARACUY**

Autores:

**Quintiliani Maria
Gómez Carminelly
Mendoza Raquel**

**Asesor Técnico:
Prof. Verdi Zulay**

Resumen

La presente investigación se ubica en la modalidad de proyecto factible, apoyada en una investigación de campo de carácter descriptiva. Tuvo como propósito diseñar un programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar del Sanatorio Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy. Los participantes en el estudio fueron ciento seis (106) familias de enfermos con esquizofrenia del sector en estudio. Para obtener la información se diseñó y aplicó un instrumento tipo cuestionario de preguntas dicotómicas cerradas de respuestas Si – No conformado por veinte (20) ítem, el cual fue validado a través del juicio de expertos y su confiabilidad se determinó mediante la técnica Kurder Richardson (K_{R20}) reflejando que existe una confiabilidad muy alta del 60% valor que indica la confiabilidad del instrumento. El proceso se desarrolló en cuatro etapas: documental, de campo, analítica y proyectiva. Para realizar este trabajo se cumplieron los estudios: diagnóstico de factibilidad y diseño. El proyecto que se presenta pretende contribuir con la orientación educativa de los familiares de enfermos con esquizofrenia del sector en estudio, ofreciéndoles herramientas, métodos y técnicas prácticas que le permitirán el mejoramiento de la atención y cuidados de estos enfermos en el hogar. El programa propuesto está estructurado en tres (3) sesiones de trabajo que se desarrollan en modalidad de taller sobre esquizofrenia, comportamientos y conductas del enfermo con esquizofrenia y cuidados del enfermo con esquizofrenia en el hogar.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad mental es un visitante indeseable que puede presentarse inesperadamente en el seno de una familia, disfrazado de diversas maneras una de ellas es la mascara grotesca de la esquizofrenia, una de las afecciones que perturba con mas frecuencia la salud mental.

La esquizofrenia se presenta como un trastorno mental con síntomas que afectan el pensamiento, las emociones, el impulso y la conducta. Este de trastorno puede afectar a cualquier ser humano, por lo tanto, nadie esta excepto de sufrir esta enfermedad.

El individuo que sufre de esquizofrenia es un ser vulnerable a muchos problemas severos, en su proceder presenta conductas íntimamente relacionadas con su patología, con sus hábitos personales y las necesidades básicas, las cuales usan como mecanismo de defensa. Para la familia el vivir con un enfermo mental representa tener que enfrentarse y adaptarse a una decepción frecuente. La ansiedad sobre la conducta de la persona enferma y sin una guía de orientación donde los aleje de la impotencia que conlleva a los miembros de la familia al traslado del enfermo a un sistema de cuidado de salud mental y la posterior decisión de dejarlos abandonados a expensas de los miembros de la institución mental.

El personal de enfermería cumple un rol de gran importancia, en donde tiene como objetivo principal el utilizar la terapia familiar a través de la orientación, la cual debe estar dirigida a trabajar en conjunto (familia - enfermo) y así logra mayor solidez y que puedan reconocer, reducir y resolver los episodios negativos que el individuo enfermo presente y así proporcionarle un clima emocional propicio para un crecimiento saludable.

El objetivo de este trabajo de investigación es proponer un programa educativo dirigido a la familia en el cuidado del enfermo esquizofrénico de permiso en el hogar del Sanatorio Residencias San Marcos en Nirgua – Estado Yaracuy.

El presente estudio esta estructurado en cinco (5) capítulos: en el primer capitulo, se hace referencia al planteamiento del problema, objetivos general y específicos, justificación de la investigación, alcances y limitaciones. En el segundo capitulo se desarrolla el marco referencial, antecedentes de la investigación y bases teóricas. En el tercer capitulo se describe el marco metodológico, naturaleza de la investigación en sus tres fases. En el cuarto capitulo se presenta la formulación del proyecto y finalmente el quinto capitulo contenido de las conclusiones y recomendaciones, bibliografías y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Entre las enfermedades psiquiátricas, la esquizofrenia es considerada como el mas grave trastorno incapacitante, representa un disturbio del cerebro que se caracteriza por presentar distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento, la percepción y la efectividad trayendo consigo un alto deterioro psicológico, emocional, cognitivo y social del individuo que la padece.

Dicho, trastorno amenaza al individuo e interfiere con la capacidad de pensar claramente, conocer lo que es real, manejar emociones, tomar decisiones y relacionarse con otros; procurándole evidentes trastornos en las relaciones interpersonales que incluyen el retraimiento, expresiones inapropiadas de agresión y sexualidad, perdida de la percepción de las necesidades de otros excesiva demanda y marcada dificultad para establecer contactos significativos con otras personas.

Al respecto, Machado (1992) señala: “La esquizofrenia mas que ningún otro trastorno mental, constituye un problema sanitario de considerable magnitud porque: 1) Es una enfermedad que provoca un apreciable grado de incapacidad psíquica, 2) Afecta a un gran contingente de individuos jóvenes, 3) Influye negativamente sobre la constelación familiar del individuo enfermo, 4) Es una afección con tendencias a la cronicidad” (p.80)

De lo anterior expuesto se considera que la esquizofrenia representa la enfermedad crónica más grave y discapacitante con mas alto riesgo de que se cronifique, afecta a individuos a partir de la adolescencia y adultez joven, disminuyendo la productividad, ameritando tratamientos permanentes causando aumentos en los costos de salud y social, así como también aumenta el sufrimiento individual y familiar.

Mucho menos común que otras enfermedades crónicas, la esquizofrenia se da en alrededor de 150 de cada 100.000 personas o en un porcentaje de uno o uno y medio de la población, manifestándose generalmente en la adolescencia o juventud temprana.

Según la organización mundial de la salud (OMS), pública en el informe de salud mundial del año 2001 la esquizofrenia se ubica entre el 0.5 y 1% la tasa de incidencia 1/10.000 habitantes por año y que suele empezar con mayor frecuencia entre los 18 y 25 años en los hombres y de los 26 a los 45 en las mujeres, la relación hombre – mujer es igual a uno; pero en las mujeres el comienzo de la enfermedad es tardío y predominan los síntomas afectivos y el pronóstico es mejor, mientras que en el hombre hay un funcionamiento previo mas pobre, menos logros académicos, y mas síntomas negativos lo que hace peor el pronóstico, por lo que estudios basados en la población hospitalizada muestra un mayor porcentaje de varones internos en dependencias psiquiátricas de larga estancia.

En este mismo orden de ideas, en la morbilidad del programa de salud mental del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, registra que en Venezuela la esquizofrenia aparece entre las cinco principales causas de consultas por trastornos mentales en los últimos 20 años, pasando al primer lugar en el quinquenio de 1992 – 1996.

Siguiendo esta línea el centro de atención al esquizofrénico y la familia (CATESFAM) ubicado en la ciudad de Maracaibo, en el año 2003 según sus estimaciones publicadas en la pagina web señala que la suma de personas esquizofrenicas podría estarse acercando a las 200.000 personas, algunas internas en psiquiátricos, otros deambulan por las calles y una parte puede que se halla reincorporado a las actividades sociales.

Sobre la base de los señalamientos anteriores es importante señalar que cada vez es mayor el número de personas que aquejan esta enfermedad y considerar especialmente que el enfermo esquizofrénico es un ser vulnerable a muchos problemas severos en su proceder ya que presenta conductas inadecuadas íntimamente relacionadas con su patología, las cuales lo sumergen en un circulo de evitación, rechazo, criticas, ansiedad, miedo, vergüenza y culpa convirtiéndose en un estigma para quien la padece y demás miembros de su sistema familiar.

Las dificultades y problemas del enfermo esquizofrénico son cuantiosas considerando que existen cargas o costos emocionales, físicos, económicos y sociales. El hecho de vivir con un familiar esquizofrénico genera en primer lugar y se destaca el costo emocional el cual trae consigo sentimientos como: irritabilidad, angustias, trastornos del sueño, trastornos afectuosos, fobias, somatización y en mucho de los casos dependencias del alcohol y de otras sustancias psicoactivas; después el costo económico, pues surgen gastos excesivos por los medicamentos, la manutención del enfermo, así como faltas laborales por atenderlo lo que puede disminuir los ingresos; luego el costo físico, como el extremo cansancio, mal comer que genera gastritis, colitis y otras somatizaciones; finalmente el costo social, por la tensión que origina la estigmatización, aislamiento y falta de interacción social por vergüenza o rechazo de tener un familiar esquizofrénico, temor a

la conducta impredecible, pérdida de vínculos sociales, descuido de las necesidades personales de quien ejerce el rol de cuidador.

En este sentido Cook y Fontaire (1993), sostiene que “vivir con una persona que tiene trastornos psiquiátricos representa retos especiales para los miembros de la familia o para otros con quien los clientes tienen relaciones significativas” (p.116)

Por todo lo dicho, si se considera por una parte la enfermedad y la diversidad de problemas que se relacionan con ella, y por otra la posibilidad de que el núcleo familiar no se encuentre informado y preparado para asumir este retos puede entonces que ambas partes se vean aún más gravemente lesionadas dando lugar a innumerables trastornos en la familia. Es por ello que la familia debe recibir asistencia y apoyo para ser capaz de ayudar, tolerar, comprender al enfermo de manera efectiva. La familia es un soporte fundamental para el cuidado de los enfermos esquizofrénicos, es muy importante la información y la comprensión por parte de sus miembros ya que esto ayudara a mantener la armonía dentro del núcleo familiar.

Entorno a estas observaciones es preciso acotar que los profesionales de enfermería juegan un papel muy importante en cuanto a las actividades de educación referidas anteriormente como información y comprensión en las cuales pondrán especial interés en establecer un proceso interactivo en el que se logren objetivos de aprendizaje específico o cambios de conducta saludable.

Stuart y Sendeen (1992), refieren “La educación para la salud tiene como objetivo el fortalecimiento del individuo y el grupo a través del aprendizaje. Se basa en que muchas respuestas de adaptación inadecuadas

se deben a la falta de conocimiento y de formación, es decir, a la falta del control sobre la propia vida, al desconocimiento y estrategia de adaptación eficaces y a la disminución de la autoestima que estos problemas producen” (p. 83)

En este propósito las actividades educativas son encaminadas a transmitir los conocimientos necesarios, a los familiares y facilitar la comprensión de las relaciones y actitudes de los enfermos con esquizofrenia con la finalidad de guiarlos hacia objetivos y metas que le permitan aprender a cuidar a sus familiares con problemas esquizofrénicos.

En el Sanatorio Mental Residencias San Marcos, ubicado en la ciudad de Nirgua, Estado Yaracuy, se utiliza como parte del tratamiento psicoterapéutico que los enfermos esquizofrénicos superado el brote agudo reciban el alta transitoria bajo el cuidado de sus familiares con la finalidad de fomentar el reencuentro familiar; para ello el personal de enfermería le proporciona una serie de indicaciones y recomendaciones a los familiares para su estadía en el hogar.

Se ha observado con mucha frecuencia que antes de culminar el período de alta transitoria sufren una recaída en episodios agudos, por ende vuelven a la rehospitalización, lo que constituye el nombrado ciclo de la puerta giratoria o ida y vuelta. El problema lo constituye el hecho de que una vez declarada la enfermedad hay evidencias de que cada episodio agudo que enfrente el individuo hace mas intenso el defecto, se hace más difícil de tratar lo que incrementa el tiempo de recuperación, tratándose de un nuevo episodio agudo, en el cual el enfermo cursa con síntomas negativos y positivos que ameritan el aislamiento temporal, para preservar su seguridad, procedimiento difícil de entender por parte de los familiares, generándose un

sentimiento colectivo de miedo, vergüenza, desesperanza y culpabilidad con aptitudes de aprehensión basadas en falsas percepciones del problema que se deriva de una información evidentemente insuficiente de la patología tales como definición, signos y síntomas, etiología, tratamientos y los cuidados que hay que proporcionarles al enfermo en el hogar.

Por otra parte, se pone de manifiesto ante el sufrimiento espiritual del núcleo familiar la imperiosa necesidad de percibir y recibir apoyo emocional por parte de los prestadores de atención en especial del equipo de enfermería.

Todo lo antes planteado motiva una gran inquietud en las autoras de este trabajo y las estimula a plantearse las siguientes interrogantes.

¿ Tienen conocimiento los familiares del enfermo esquizofrénico acerca de la enfermedad, las causas, signos y síntomas, clasificación y factores influyentes ?

¿ Esta preparada la familia para prestar la atención del enfermo esquizofrénico en el hogar e identificar los síntomas positivos y negativos en el brote de un nuevo episodio?

¿ Es necesario que el equipo de enfermería desarrolle estrategias educativas para orientar a los familiares del enfermo esquizofrénico en cuanto a la patología y los cuidados del enfermo en el hogar ?

Motivadas a dar respuesta a las interrogantes antes mencionadas se plantea realizar un estudio de investigación titulado:

Propuesta de un programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar. del sanatorio mental residencias san marcos Nirgua Estado Yaracuy

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Proponer un programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar. del Sanatorio Mental Residencias San Marcos de Nirgua Estado Yaracuy.

Objetivos específicos

Determinar el conocimiento que poseen los familiares sobre el diagnóstico, causa, tipos, signos y síntomas y cuidados en el hogar del enfermo con esquizofrenia.

Identificar el conocimiento que poseen los familiares sobre los cuidados que deben tener las conductas negativas del enfermo con esquizofrenia.

Diagnosticar la necesidad de que los familiares reciban orientación de los cuidados que deben prestar al enfermo con esquizofrenia en el hogar.

Determinar la factibilidad de desarrollar un programa educativo dirigido a orientar a los familiares en los cuidados que deben prestar al enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar.

Diseñar un programa educativo dirigido a orientar a los familiares en los cuidados que deben prestar al enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El propósito de la propuesta es la orientación a los familiares del enfermo con esquizofrenia sobre los cuidados que deben tener con este en el hogar ya que el acortamiento en las estancias hospitalarias requiere que los clientes y familiares estén preparados para asumir en casa la convalecencia y la restitución o incorporación del enfermo a la sociedad entendiendo, además, la enfermedad y el tratamiento.

Es por ello, que la orientación a los familiares principalmente debe estar dirigida a entender que los enfermos con esquizofrenia, presentan un patrón de pérdida profunda o disminución del contacto con la realidad que disminuye de forma importante las relaciones sociales e interpersonales y existe una menor capacidad productiva. Además, cuando estos enfermos ingresan a un hospital o clínica, con frecuencia se llenan de sentimientos de temor y recelo; al ingresar el enfermo para recibir tratamiento, la enfermera y demás personas de atención tienen como finalidad establecer una relación de confianza.

Los síntomas y trastornos de conducta varían en intensidad y contenido, según el tipo clínico, pero la pérdida o disminución características del contacto con la realidad, la reducción en las relaciones sociales, interpersonales y la capacidad productiva son comunes en todos los tipos.

Se hace necesario que los familiares entiendan que los enfermos esquizofrénicos al igual que los enfermos con diabetes y otros padecimientos clínicos, con frecuencia necesitan servicio de salud de apoyo continuo y que en la actualidad muchos de ellos se restablecen logrando varios niveles de desempeño retornando a sus ocupaciones anteriores; otros a una

personalidad mas cómoda, pero con reducción de la capacidad para el trabajo y muchos regresan a su casa a un ambiente de supervisión y protección. Que estos enfermos al ser dados de alta después de tratamientos, retornando a su seno familiar, quizás por desconocimiento no pueden compartir las actividades y tareas comunes, pueden generar una conducta con retraimiento y resentimiento sin la capacidad e iniciativa de buscar ayuda lo que lo puede llevar a la degradación recaer y regresar a un hospital psiquiátrico.

Con la intervención temprana, mediante la orientación y enseñanza de los cuidados, el período de hospitalización y tratamiento breve combinado con un tratamiento continuo en su seno familiar evitan hospitalizaciones posteriores.

En torno a las aseveraciones anteriores, es que resulta vital el reconocimiento de los familiares como personas importantes que pueden ser de gran ayuda, si se les informa y prepara para reconocer las evidencias de la sobrecarga en las relaciones sociales y actividades comunales.

De esta manera, el objetivo principal de la terapia familiar, con la incorporación del programa de orientación, es tratar al familiar como un sistema social, en la cual el enfermo y sus familiares trabajan juntos para tener mas solidez, conducción y apoyo en la autonomía individual; por consiguiente, la orientación familiar proporciona una ayuda a estos para reconocer las necesidades del individuo.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Dentro del proceso de cambios planteados en el sistema de salud nacional y especialmente en el área de salud mental se está haciendo mucho énfasis en la consideración y aceptación de la persona como un sistema holístico que requiere de la atención y actuación bio-psico y social. De esta manera deben permanecer entrelazados y unificados todos estos aspectos como factores influyentes en el equilibrio u homeostasis funcional de personas, familias y comunidades.

En tal sentido, resulta preciso resaltar que para cada persona la familia es la primera y más importante comunidad; en ella las personas empiezan a conocerse, a relacionarse, a comunicarse, a descubrir sus cualidades, fortalezas y debilidades. La familia es el fundamento de la sociedad y la patria; si en la familia hay amor, unión, comunicación, sociabilidad, respeto y responsabilidad esas mismas cualidades se reflejan en la sociedad en general.

Es por ello, que la familia como conductor de los procesos humanos cuya misión principal es promover y fortalecer el crecimiento y el desarrollo de sus miembros requiere la mayor atención en cuanto a la formación humana, puesto que la base de la estructura social, así lo requiere.

El desenvolvimiento familiar estará de alguna manera influenciado por los objetivos a desarrollar en pro del establecimiento y fortalecimiento de familias en rangos más altos de bienestar espiritual, mental y emocional, lo cual se refleja en el entorno social de la misma y se proyectará la acción de una estructura educativa que trabaja en comunión con las mejores estrategias para involucrar a todos los actores del ámbito social.

Asumida la propuesta desde la perspectiva, se considera que no existen limitaciones para la misma y se aspira establecer una base teórico practica referencial que pueda ser aplicada en otras instituciones sanitarias donde sus actores estén interesados en innovar el proceso educativo sanitario en virtud del deber de promocionar la salud.

Por otro lado, se constituye en un precedente para la consulta en la elaboración de estudios similares, incluso con una mayor amplitud en el tratamiento del tópico, dadas las diferentes vertientes que se desprenden del contenido del programa que se propone.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

Antecedentes de la Investigación

En los últimos años un gran número de investigadores se han propuesto realizar estudios dirigidos a reforzar los vínculos sociales como una forma de reducir los efectos negativos de los acontecimientos que provocan estrés. Además de fortalecer la integridad bio-psicosocial de las personas, el grupo familiar y las comunidades a través de la entornación, la educación y la participación.

En relación a esta segunda parte se mencionan algunas investigaciones relacionadas y dan apoyo con el estudio planteado.

Iciarte Javieri (1998) realizó un estudio titulado "Conocer el funcionamiento de la familias, en las cuales uno de sus miembros es un enfermo mental orgánico (daño cerebral, retardo mental, epilepsia y demencia senil) en el Centro de Salud Mental Norte (CESAME); el objetivo de este estudio fue investigar la funcionabilidad familiar de 35 enfermos. Los resultados le arrojaron que de las familias estudiadas el 28.6% presento una dinámica disfuncional, el 34.6% semifuncional y el 37.1% funcional comprobando estadísticamente que la dinámica familiar es fenómeno independiente tipología de estas familias Y del ciclo vital familiar encontrándose una asociación causal entre el nivel socioeconómico y la dinámica de estas familias.

Relacionándose mejor funcionabilidad familiar con mejor nivel económico, similar asociación se verificó entre el grado de instrucción del cuidador del enfermo y la dinámica familiar. Concluyendo que los cuidadores que poseían mayor nivel de instrucción pertenecían a familias funcionales.

La validez que reviste este estudio para esta investigación es que refleja en sus resultados la importancia de la capacitación del núcleo familiar ya que el nivel de instrucción posee gran significación en la funcionabilidad y dinámica familiar.

Un estudio considerado como información para el desarrollo de este trabajo es el realizado por Medina María y Nieves Carmen (1999) titulado "Participación de la Enfermera en la Educación de la familia del individuo con alteraciones de salud mental para la reincorporación en el hogar". Se realizó en el Hospital Psiquiátrico "Dr. José Ortega Duran" de Bárbula estado Carabobo con una población de 13 enfermeras que proporcionan atención directa a la persona con alteración de Salud Mental. Para recopilar la información se elaboró un instrumento tipo cuestionario utilizando preguntas cerradas Si, NO, AV (algunas veces), para garantizar la confiabilidad al instrumento se utilizó el coeficiente de correlación (Alfa de Crombach).

Los resultados de esta investigación dieron a conocer estadísticamente que la participación de la enfermera en la educación es deficiente, por cuanto no ayuda al grupo familiar al mantenimiento de la estructura de sus roles señalando que el 69,23% no lo realizan, en relación con la motivación por parte de la enfermera para que la familia verbalice las causas que alteran la dinámica se evidenció que el 41,1 % no lo realizan. Una vez obtenido los resultados se evidencia que las enfermeras encuestada

aún cuando poseen un nivel académico superior, no realizan las actividades educativas para educar al grupo familiar.

Los resultados de este estudio refleja la necesidad que existe de establecer programas educativos que dirijan la actuación de Enfermería en el proceso enseñanza aprendizaje del enfermo y la familia , en la contribución del reconocimiento, comprensión, tratamiento y rehabilitación del enfermo esquizofrénico.

Otro estudio que proporciona un aporte importante para esta investigación fue realizado por Meléndez y Rodríguez (1999) Titulado: " Participación de la familia en la atención del usuario esquizofrénico que asiste a la consulta de Psiquiatría de la Unidad Psiquiátrica San Felipe estado Yaracuy". Presentaron un estudio descriptivo que tuvo como propósito determinar la participación de la familia en la atención del enfermo esquizofrénico que asiste a la consulta de Salud Mental en la Unidad Sanitaria de San Felipe Estado Yaracuy. El Universo estuvo conformado por un total de 50 familias de usuarios esquizofrénicos de los cuales fueron seleccionado treinta, que representan el 33% de la población con un error máximo admisible de 5% y un 90% de confiabilidad. Los resultados obtenidos demuestran que el 46.7% de los usuarios son de sexo femenino y el 53.3% del sexo masculino, ubicados en edad productiva, procedentes de diferentes municipios del Estado Yaracuy. Los familiares encuestados son padres, madres, hermanos y otros que participan en la atención del usuario esquizofrénico por preferencia de las opciones siempre y algunas veces para respetar, escuchar e intervenir acompañando y apoyándolo en el tratamiento.

Los resultados este estudio sustentan la presencia de datos positivos en relación a la participación de la familia en la atención del enfermo

esquizofrénico; lo que indica que la familia tiene la disposición de atender y ayudar al enfermo. Por lo consiguiente esto refleja la importancia de establecer acciones de orientación para que esta atención y ayuda sea efectiva.

Díaz y Morales (2000), realizaron un estudio titulado “ Propuesta de un programa de orientación dirigido a los padres sobre los problemas de salud que puedan influir en el rendimiento académico en la unidad educativa Antonio José de Sucre Valencia, el objetivo de estudio fue el proponer el programa educativo o estrategias educativas relacionadas con la promoción de la salud. El diseño de la investigación es no experimental el tipo de la investigación es proyecto factible; utilizaron un instrumento de tipo cuestionario con respuestas si y no, los resultados demostrados que los padres tiene déficit de información sobre la salud del escolar, especialmente en lo referido a nutrición, eliminación, accidentes y enfermedades infecciosas. En relación a estos resultados se elaboro una propuesta educativa basada en la teoría del aprendizaje de Albert Balduras “.

Mendoza (2001) planteo como investigación una propuesta para un programa sobre cuidados directos dirigidos a los familiares de los enfermos que padecen enfermedades cerebro vasculares (ECV) en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Central Dr. Jesús Maria Casal, Acarigua Estado Portuguesa, cuyo objetivo fue diseñar un programa educativo sobre cuidados directos dirigidos a los familiares de enfermos con ECV para lo cual realizaron un estudio diagnóstico que confirma la necesidad de la propuesta, la muestra estuvo conformada por 21 sujetos a quienes aplicaron un cuestionario con el fin de determinar sus conocimientos. La fase diagnostica arrojó que el 71% de los encuestados desconocían la enfermedad y el 67% no conocían los factores de riesgo para sufrirla así como también 71% no

tenía ninguna experiencia en los cuidados de los enfermos y 67% no tenían información sobre los cuidados. En líneas generales el nivel de conocimiento es bajo en 57% de la población y en 90% desconoce que los cuidados deben ser brindados por los familiares; estos resultados abalaron el diseño de la propuesta y reafirma la necesidad de su aplicación posterior.

Delgado, Marín y Perdomo (2004), realizaron un estudio titulado “Orientación educativa que brinda el personal de enfermería a los familiares de enfermos esquizofrénicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas durante el segundo trimestre del 2004. cuyo objetivo fue determinar la orientación educativa que brinda el personal de enfermería al enfermo esquizofrénico, un estudio descriptivo prospectivo transversal; la muestra estuvo conformada por 12 familiares de enfermos esquizofrénicos a quienes se aplicó un instrumento de 23 ítems tipo cuestionario de respuestas si y no. Los resultados obtenidos arrojaron que los familiares tuvieron más respuestas negativas que positivas en cuanto a los conocimientos de la enfermedad, mientras que en relación a los cuidados en el hogar hubo más o menos homogeneidad entre las respuestas negativas y positivas por lo que constituye que la orientación brindada por enfermería a los familiares es deficiente y se deben reforzar los conocimientos a través de la orientación a los familiares para lograr una mejor recuperación del enfermo esquizofrénico”.

Bases Teóricas

La orientación educativa forma parte del conjunto de factores que favorece la calidad de la enseñanza, así como también de los objetivos de todos los centros de enseñanza y de las funciones que todo profesional debe atender.

Del mismo modo, supone la puesta en marcha de un conjunto de actuaciones encaminadas a asegurar por un lado una educación integral con un objetivo claramente establecido dirigido a individuos con diferentes requerimientos de conocimientos y por otro un proceso educativo que se ajuste al máximo a las características y necesidades de todos y cada uno de ellos.

La Escuela Universitaria de Ciencias de la Familia (2004), define orientación como “ Un proceso de ayuda continua a todas las personas, en todos sus aspectos, con una finalidad de prevención y desarrollo, mediante programas de intervención educativa y social basadas en principios científicos y filosóficos ” (P. 4).

Por consiguiente se puede entender como un proceso sistemático de ayuda en orden a conseguir una correcta toma de decisiones ante situaciones relacionadas con la falta de información.

La educación tiene como máximo objetivo el desarrollo de las capacidades, habilidades y potenciales de la persona, siendo entonces la orientación un agente facilitador de ese desarrollo.

La actividad orientadora debe dirigirse a modificar aspectos concretos tanto del marco educativo, como del contexto social y concienciar al orientado de la existencia de factores ambientales que puedan obstaculizar sus objetivos personales, con el fin de generar una aptitud activa que consiga el cambio de tales factores.

Por su parte la educación para la salud tiene por objetivo el fortalecimiento del individuo y el grupo a través del aprendizaje actuando en cuatro niveles que son: 1) aumentar los conocimientos, 2) facilitar la comprensión, 3) informar el donde y como adquirir los recursos necesarios, 4) potenciar las habilidades de lo individuos o grupos.

En combinación estos dos componentes, educación para la salud y orientación forman un binomio que sirve para todo en general, proporcionando una ayuda directa o indirectamente en el proceso de desarrollo integral del individuo a través de diferentes líneas de facilitación que podrían ser constituido por padres, familiares, amigos, médicos, enfermeras, terapeutas utilizando como vía el asesoramiento individual, grupal e inclusive comunitario.

Así como también ambos procesos llevan inmersos tres principios básicos a atender: 1) Principio de prevención, que toma sentido al anticiparse a la aparición de circunstancias o situaciones que puedan ser un obstáculo al desarrollo de una personalidad sana e integra, propiciando que pueda desarrollar al máximo su potencialidad. 2) Desarrollo de capacidades, conviene fomentar el desarrollo de capacidades necesarias para afrontar las demandas de cada etapa evolutiva y proporcionarle la situaciones de aprendizaje que facilite el proceso en las mismas. 3) Principio de intervención social, basado en la observación e intervención de los elementos o factores

ajenos al marco educativo, que puedan incidir de forma importante bloqueando su desarrollo.

De acuerdo a todos estos señalamientos resulta importante precisar que la familia es un soporte fundamental para el cuidado de los enfermos esquizofrénicos siendo de vital importancia e imperiosa necesidad la orientación educativa en cuanto a todo lo referido a esta patología que pueda recibir conjuntamente con el reforzamiento de la educación para la salud que propicia en el núcleo familiar la adquisición y fortalecimiento de hábitos de vida saludable para mantener la armonía en la familia.

Por consiguiente y precisando en cuanto a la orientación lo más importante desde el punto de vista de la familia, es en primer lugar reconocer los síntomas de la esquizofrenia al comienzo y posteriormente en las crisis y saber como actuar en tales casos.

De allí la importancia de que enfermería asuma un papel activo al ofrecer esta orientación fundamentada en los conocimientos sobre la enfermedad y los cuidados que deben proporcionarle en el hogar al enfermo esquizofrénico los cuales se describen a continuación.

La Esquizofrenia

La esquizofrenia es mas un síndrome que una enfermedad y puede constar de cualquier combinación de síntomas y reacciones. Aunque hay gran variedad de expresiones conductuales conocida como esquizofrenia no se ha llegado a un acuerdo universal sobre su definición ni acerca de su etiología predisponente o desencadenante.

Los primeros conceptos sobre la esquizofrenia se basan en gran parte en los formulados por Kraepelin, Blender, Meyer quienes según descripciones de Guzmán Machado (1992) Kraepelin juntó varios síndromes mentales de los cuales concluyó que eran manifestaciones de una sola patología, a esto dió, el nombre de demencia precoz, Blender pensó que la enfermedad no era una demencia sino un estado de disarmónico de la mente en la cual había una división en la armonía de la personalidad, por último Meyer lo enfocó como una desorganización del hábito mental producida por una desadaptación progresiva de la personalidad y el resultado de está es el abandono final de la realidad. (P. 79)

De los señalamientos anteriores se puede inferir que la esquizofrenia se trata de un grupo de trastornos de origen psicógenos donde existe una correlación, en el pensamiento, los sentimientos y las dificultades de individuo para distinguir la realidad de la fantasía.

En resumen Cook y Fontaine (1994), exponen una definición en donde la señalan como “ trastornos mentales con tendencias a la cronicidad que altera el funcionamiento y están caracterizados por síntomas psicóticos que incluyen alteraciones del pensamiento, de la percepción, de los sentimientos y de la conducta” (P. 251)

En general se considera que un individuo esquizofrénico es incapaz de armonizar con eficiencia sus estímulos e inhibiciones a través de adaptaciones y mecanismos de defensa maduros; no logran crear un concepto satisfactorio del cuerpo y un concepto claro que establece de sí mismo. En términos psicoanalíticos, se dice que los esquizofrénicos representan a aquellas personas que no han logrado llevar a cabo los procesos o fuerzas necesarias para la integración de su yo, y logran la

flexibilidad para resolver los conflictos que surgen entre sus impulsos siendo deficiente su capacidad para adaptarse a las demandas de la sociedad con la que se enfrentan.

Etiología de la Esquizofrenia

En relación a los factores etiopatogénicos la esquizofrenia tiene una génesis multifactorial donde se entremezclan la herencia, los factores biológicos, la personalidad premorvida, el medio familiar, los factores socioculturales y ambientales etc. Es por ello que no se pueden afirmar con precisión las causas o factores que inciden en la aparición de la enfermedad, ya que no se ha descubierto el origen de la misma. Sin embargo, la mayoría de los expertos están de acuerdo en que una serie de factores combinados con un riesgo genético contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

Algunas teorías sugieren que debido a que la esquizofrenia generalmente se manifiesta por primera vez durante los cambios hormonales de la pubertad, estos cambios son los que provocan la enfermedad en aquellos con predisposición de la misma. Además, consideran otros factores internos como infecciones virales, factores de gran estrés como pobreza o violencia y otros factores externos similares como posibles causas del trastorno.

Factores Influyentes

Cada persona podría definir de forma distinta las enfermedades mentales, en función de lo que son para él los posibles factores causales. Para aplicar la aparición de las enfermedades mentales se han propuesto diversas hipótesis a saber:

1) Hipótesis biológica: propone como causa las disfunciones anatómicas y fisiológicas.

2) Hipótesis del aprendizaje: propone como causa los patrones adquiridos de conducta de inadaptación.

3) Hipótesis cognitiva: propone como causa los déficit o lagunas de conocimiento o de conciencia.

4) Hipótesis psicodinámica: propone como causa los conflictos intrapsíquicos y los problemas de desarrollo.

5) Hipótesis ambiental: propone como causa los factores de estrés y las respuestas negativas a los factores ambientales.

Dicho de otro modo existe un fin de factores que bien podrían ser predisponentes, precipitantes o perpetuantes para que se desencadene la esquizofrenia; por consiguiente todo aquello que afecte el estado de salud afecta también la conducta de salud. Entre estos factores y para ser mas específicos se pueden citar de manera puntual los de índole externos como el desempleo, la carencia de vivienda, el déficit de educación, la desnutrición que trae como consigo una diversidad de frustraciones por insatisfacción de necesidades básicas elementales para el desarrollo del individuo y que por ende dan lugar a la formación de conductas inapropiadas afectando de manera crucial la estructura interna del entorno familiar y social.

Síntomas de la Esquizofrenia

En lo que se refiere la clínica de la esquizofrenia, el trastorno es en su comienzo se caracteriza por una variedad de manifestaciones psicopatológicas en las que ocurren graves alteraciones de los siguientes aspectos: lenguaje y comunicación, contenido del pensamiento, percepción, afecto, sensación del ser, voluntad, relaciones con el mundo entero y la conducta.

Según Toman (2004), señala “ los síntomas de la esquizofrenia están divididos generalmente en dos categorías, los positivos y los negativos” (P. 2)

En relación a los síntomas positivos, se aclara que estos no se trata de que estos sean buenos sino, que consisten en aquellas cosas que el enfermo hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar ilusiones, alucinaciones y las ideas delirantes.

Las ilusiones son referidas por Isaacs (1998), como “interpretación errónea de los estímulos reales del entorno” (P. 98)

En otras palabras las ilusiones son interpretaciones falsas de un estímulo real o mala interpretación, perceptual de imágenes sensitivas, percibiéndose el objeto en forma distorsionada, se produce debido a estados afectivos intensos.

Seguidamente la misma autora acota que las alucinaciones son “falsas creencias sensoriales que suelen aparecer en respuesta a estímulos

que provocan ansiedad. Pueden aparecer en cualquiera de los cinco sentidos” (p. 98)

De hecho son percepciones sensoriales falsas, sin un estímulo externo concreto son productos mentales que surgen del interior del enfermo y por ello no se relacionan con el mundo externo pueden ser: auditivas, olfatorias, visuales, táctiles, gustativas y cinestésicas.

Con respecto a las ideas delirantes Guzmán Machado (1992), refiere que “Son juicios erróneos no modificables por la experiencia ni por la argumentación lógica y pueden ser de contenido variado” (P. 97)

Estas son también llamadas delirios, y se refiere a ideas absolutamente falsas en los enfermos creen ciegamente y que persisten a pesar de intentar explicarlo, es decir, las afirman aunque se trate de creer lo contrario, y su contenido revela los problemas personales del pensamiento que pueden presentarse como ideas delirantes de percepción, de grandeza, místicas o religiosas, hipocóndricas o de referencia, celotípicas, culpabilidad o auto acusación siendo estas últimas causas de suicidio.

En lo que respecta a los síntomas negativos también es preciso hacer la aclaración que no se refiere a la actitud de la persona, si no a una carencia de algunas características que deberían estar allí, o lo que es lo mismo, aquellas cosas que el enfermo deja de hacer y los individuos sanos suelen hacer cotidianamente, como pensar con lucidez y lógica, experimentar sentimientos hacia las otras personas o cosas, tener voluntad, emprender tareas encomendadas.

En este sentido Gabbard (2002) identifica los síntomas negativos y refiere “Los síntomas negativos de la esquizofrenia son mejor categorizados

como una ausencia de función , estos incluyen afectos restringido, pobreza de pensamiento, apatía y anhedonia” (p.184).

El afecto restringido o aplanado describe una respuesta emocional o apagada a una situación, la pobreza de pensamiento también llamado pensamiento autista se refiere a una preocupación por las propias experiencias, el pensamiento autista es inteligible, para la propia persona. Los esquizofrénicos piensan y expresan sus pensamientos según reglas de lógicas privadas y complicadas, interfiere con el habla y hace difícil la comunicación. La anhedonia se estima como la incapacidad de experimentar placer lo que produce en el esquizofrénico esterilidad emocional

De manera .comparativa Isaacs (1998) hace mención a los síntomas de la esquizofrenia y refiere que” pueden tipificarse mediante los cuatro ACS de Blender en: A- autismo: el cliente se retira y no interactúa con el mundo real, retrocediéndose hasta un mundo interno de fantasías. B- trastornó de afectividad: sentimientos inadecuados a la situación, que pueden ser planos o estar embotados o ser inadecuados a lo que seria de esperar en una situación dada. C- asociaciones inconexas: falta de relación lógica entre los pensamiento y las ideas que hace el lenguaje y el pensamiento inexactos, vagos, difusos y sin centrar. D- ambivalencia: emociones conflictivas y opuestas que suceden al mismo tiempo, resultando sentimientos enfrentados simultáneos”.(p99)

Como puede observarse de esta manera se engloban las características cognitivas, conductuales y afectivas a grandes rasgos puestos que en realidad la esquizofrenia cursa con una gran variedad de síntomas que van a depender de la forma clínica que se instale y de las etapas de los episodios, como por ejemplo: en la etapa aguda los síntomas predominantes son: a) Estado depresivo: con aspecto débil y alejamiento del contacto .b)

Estado de excitación, en que el enfermo no tiene posición definida en el presente y manifiesta numerosas ideas incoherentes y así mismo la fuga al estado maniaco. c) Estado confusional con persistencia de un cierto grado de vigilancia. d) Estado delirante, con múltiples ideas delirantes .

Así como también todos los estados pueden estar acompañados de irritabilidad, angustia, mareos, insomnio, palpitaciones, movimientos extraños, excitación psicomotriz, gestos repetitivos (movimientos estereotipos) trastornos respiratorios y gastrointestinales

Tipos de esquizofrenia.

Las formas clínicas de la esquizofrenia han sido ampliamente descendidas por gran cantidad del área quienes las han tipificado de acuerdo a la sintomatología caracterizada de mayor frecuencia para cada trastorno

Según Guzmán Machado (1992) las describe clásicamente en cuatro formas:

“1- Esquizofrenia simple: caracterizada por un empobrecimiento de la afectividad y una pérdida del interés, de la motivación y la iniciativa. 2- Esquizofrenia hebefrenica. De importancia los síntomas afectivos tales como insulsez , la superficialidad y la incongruencia. 3- Esquizofrenia catatónica: denominada por los trastornos de la psicomotricidad. 4- Esquizofrenia paranoide cuyos síntomas predominantes son las ideas delirantes de contenido fundamentalmente persecutorio y las alucinaciones”.(p 99-100).

La esquizofrenia simple en su condición patológica es la menos llamativa desde el punto de vista clínico, su principio es usualmente de progreso muy lento y su desarrollo puede detenerse durante largos períodos de tiempo, en ellas son muy frecuentes los giros raros de la conducta, considerados desde el punto de vista social como excentricidades y no como síntomas de una enfermedad mental, las relaciones humanas íntimas faltan siempre. La vida del esquizofrénico simple es marcada por la seriedad de su incapacidad emocional y la ineficacia de sus esfuerzos de la adaptación.

La tipo hebefrenico, es la más maligna de las esquizofrenias, tiene el pronóstico mas sombrío y las menos accesible a las médidias terapéuticas, su inicio es muy lento y en ocasiones es subaguda , casi nunca es aguda , sucede que las características hebefrenicas llegan gradualmente a asumir un papel mas importante en su sintomatología .Las ideas delirantes y las alucinaciones (con frecuencia visuales) son predominantes y pueden ser de índole particularmente extraña y fantástica, el enfermo muestra completa falta de consideración para todo lo convencional que ordinariamente regula la conducta adulta del hombre, y come con los dedos, se masturba abiertamente, orina y defeca en lugares y horas inadecuadas. La risa y el sentido exagerado del ridículo son cosas a las que acude como defensa en contra de la ansiedad, siendo esta conducta el indicativo para los observadores como la desintegración casi total de la personalidad.

La paranoide como característica clínica sobresaliente presenta una extrema suspicacia precedida casi uniformemente por delirios de persecución y en este particularmente es afligido y convencido de que esta siendo influido por algo o que existe un complot contra él o que en realidad recibe daño de enemigos personales o de grupos hostiles; en algunas ocasiones, las ideas delirantes subrayan las alteraciones corporales

producidas por estas fuerzas malévolas, son frecuentes la presencia de voces amenazadoras o que expresan advertencias. El enfermo puede creer que es un gran militar, un personaje importante de la política o religión y llegar a creerse una divinidad; así como también puede referirse al hecho de que el enfermo hable con dios, con los ángeles y recibe alguna comisión especial lo que puede predisponer a violencia dirigida a los demás o a si mismo.

El tipo catatónico es la variedad que corresponde a la edad mas corta de comienzo entre los tipos clásicos, probablemente es la que tiene un principio más agudo. A pesar del cuadro clínico perturbador que presenta tiene el mejor pronostico de cualquiera de los otros subgrupos o formas clínicas; no es bien conocido el porque sucede, pero lo agudo del principio y la índole tan radical de los esfuerzos de defensa pueden ser factores que contribuyen a ello. Son dos lo cuadros clínicos principales, que ocasionan alteración en repetidas sucesiones en forma externa y son denominadas estupor catatónico y excitación catatónica.

En el estupor catatónico plenamente desarrollado, el enfermo puede abandonar todas las formas voluntarias de actividad motora; puede permanecer inmóvil en la llamada posición fetal durante largos períodos de tiempo, sin hablar y con los cerrados o abiertos inmóviles; en este estado puede haber perdida involuntaria de la orina o del excremento, no en el sentido de que estos fenómenos se presenten en enfermos neurológicos o con alguna lesión central o periférica del sistema central, si no en el sentido de absoluta indiferencia o de ausencia de la conciencia en lo relativo a estas funciones corporales a tal punto que no puede ingerir alimentos ni líquidos por la boca siendo necesaria la alimentación por medio de sonda gástrica o por vía parenteral. Mientras que en la excitación catatónica, el enfermo

puede comportarse de manera enteramente salvaje, impredecible, con actividad motora incesante que se señala por su intensidad fría y furiosa; estos enfermos parecen inmunes a la fatiga pero en realidad se agotan hasta un grado muy peligroso y pueden actuar de manera destructiva para los demás.

En esta variedad de tipología, además, se menciona en la nomenclatura oficial únicamente para ser mención de ellas las de tipo esquizo-afectivo, tipos agudos y crónicos no diferenciados o esquizofrenia indiferencial, la infantil o de la niñez o de tipo residual.

En este mismo orden de ideas y en vista de los múltiples síntomas e indicios combinados que producen sintomatología esquizofrénicos, ninguna forma única o conjunto de reglas puede aplicarse al cuidado del enfermo, es por ello que debe mantenerse especial atención a sus actitudes y forma de actuar sobre todo en el núcleo familiar, considerando estrictamente que estos trastornos se vinculan muy cerrada y fundamentalmente a un componente afectivo.

Tratamiento de la Esquizofrenia

Hasta la actualidad, no se ha encontrado un tratamiento que la cure, por desconocerse la causa que la produce, con el fin de atenuar su sintomatología y disminuir al máximo el compromiso o empeoramiento de la misma, se utilizan medicamentos llamados antipsicóticos o neurolépticos. Todos ellos tiene en común que corrigen un desequilibrio químico que les permite a algunas células del cerebro comunicarse mejor y aliviar las alucinaciones, los delirios y los desordenes del pensamiento asociados a la enfermedad, los cuales son usados bajo la supervisión de un psiquiatra.

Los psicofármacos son sustancias químicas de origen natural o sintéticas que presentan una acción específica sobre el psiquismo, o sea, que son susceptibles de modificar la actividad mental actuando sobre diversas áreas psíquicas como estado de consciencia, sensopercepción, psicomotricidad, afectividad, conducta entre otros. Tienen una actividad específica sobre otros órganos y sistemas a los que afecta en grados variables desde lesiones subclínicas a cuadros severos.

Deben tenerse en cuenta muchos factores cuando se usan antipsicóticos con los enfermos esquizofrénicos como por ejemplo: la historia familiar de respuesta a los fármacos, los efectos secundarios potenciales, la sedación inicial que puede tener ventajas para el enfermo joven y agitado pero ser inaceptable para el anciano o el enfermo somático, y las sustancias de larga acción que pueden ser adecuadas para el enfermo crónico que para el enfermo agudo.

Los agentes antipsicóticos más utilizados en la esquizofrenia son los Fenotiacinas y las Butifenonas ambas pertenecientes al grupo de los neurolepticos. La Fenotiacinas tiene un efecto intenso sedante, deprime la corteza cerebral, el hipotálamo y el sistema límbico, bloqueando la neurotransmisión a nivel de la sinapsis; controla la agresividad, bloquea la neurotransmisión sináptica producida por la dopamina, disminuyen los signos y síntomas de la psicosis y por su acción anticolinérgica controla náuseas y vómitos. Comprende tres subgrupos el alifático representado por Clorpromazina nombre comercial del Lagartil y Sinogan, Piperidinico representado por la Tioridazina, nombre comercial del Meleril y Mayectil y el Piperacínico, representante Trifleroperazina (Stelazine) y la Flufelacina (Moditen).

Las Butirufenonas se comportan como antialucinatorios y sedantes con efectos neurológicos parecidos a las Fenotiacinas, al igual que estas, están indicados en los desordenes psicóticos , control de tics, tratamientos cortos de hiperactividad y la terapia parenteral de la esquizofrenia, los más conocidos son el Haloperidol (Haldol) y el Dihidrobenezoperidol (Properidol).

Hoy en día debido al continuo avance de la ciencia progresivamente se han incluido nuevos medicamentos al área clínica y comercial entre ellos los llamados neurolépticos atípicos representados por Clozapina nombre comercial (Lepronex) y la Risperidona (Risperdal y Risperid) que además de aliviar los síntomas negativos actúan sobre la otra sustancia del cerebro, serotonina, cuyo exceso se considera el responsable de dichos síntomas de esquizofrenia, la ventaja de estos es que no producen efectos secundarios.

Los antipsicóticos se administran por dos vías: oral en forma de gotas o comprimidos y parenteral (inyectable) en forma de ampollas de efecto inmediato o de depósito.

Es importante resaltar que los antipsicóticos pueden producir una gran variedad de efectos secundarios indeseables; entre ellos según Cook y Fontaine (1993) tenemos:

“Los efectos autónomos que incluyen los efectos anticolinérgicos, efectos antiadrenérgicos y los efectos convulsionantes” (p. 580).

Los efectos anticolinérgicos incluyen sequedad de la boca, estreñimiento, retención urinaria, y fracaso en la acomodación para la visión de cerca. Los efectos antiadrenérgicos incluyen vasodilatación e hipotensión

ortostática y las convulsiones se producen con dosis extremadamente altas siendo los epilépticos los más susceptibles a este efecto secundario.

Los antipsicóticos pueden hacer que los enfermos se sientan lentos, menos animados y rígidos, o que sienta temblor en las manos y pies. Así como también pueden sentirse inquietos y que no puedan sentarse calmadamente. Pueden surgir con las sustancias de alta potencia o incisivas tales como la Flufenacina y el Haloperidol los llamados efectos extrapiramidales tales como el Parkinsonismo, las reacciones distónicas agudas, la acatisia y las discinesias tardías.

El Parkinsonismo producido por los antipsicóticos se distingue del parkinsonismo clásico por los efectos iniciales en los músculos de la cara y el cuello que luego se propagan a los hombros y tronco; las reacciones distónicas agudas tiene una aparición abrupta con atemorizantes espasmos musculares en la cabeza y el cuello; la acatisia es la incapacidad de estarse quieto sentado de pie presentándose una sensación subjetiva de ansiedad y la discinesia tardía incluye movimientos de la lengua, cara y mandíbula, así como también movimientos de masticación e involuntario de las extremidades.

Estos efectos secundarios extrapiramidales aparecen como consecuencia de un aumento significativo de la dosis o dosis alta de los medicamentos. La posibilidad de desarrollar estos efectos secundarios pueden estar reducidos utilizando la más baja dosis efectiva posible o utilizando uno de los más nuevos medicamentos antipsicóticos atípicos.

Un efecto secundario poco común de los antipsicóticos es el síndrome neuroléptico maligno que involucra una rigidez y temblor severo que puede causar fiebre y otras complicaciones severas.

También pueden presentarse efectos endocrinos y metabólicos entre estos y más común son los trastornos sexuales que incluyen la disminución de la libido, dificultad para conseguir y mantener la erección presentándose en el enfermo masculino la imposibilidad de llegar a sentir un orgasmo y la eyaculación precoz o retrograda. En la paciente femenina se puede presentar amenorrea, hirsutismo, galactorrea y en ambos sexos una ginecomastia y aumento de peso.

En este mismo orden de ideas y dirección es preciso acotar que en fase aguda el tratamiento está dirigido a terminar el presente episodio psicótico agudo. Esta fase del tratamiento incluye hospitalización y otros intensivos de cuidados, en cuanto a los síntomas prodómicos tales como agresividad e ira, rechazo a los alimentos, hábito de descanso inadecuado, e inseguridad con intento de suicidio.

La hospitalización se establece en los casos que los enfermos no son capaces de manejarse en la comunidad; se utiliza para realizar el estudio correspondiente del diagnóstico, estabilización rápida con la medicación y el establecimiento de actividades terapéuticas que favorezca la capacidad funcional y una vuelta rápida a la comunidad.

Del mismo modo es importante señalar que se suelen utilizar otros recursos terapéuticos como: coadyuvantes, tratamiento auxiliares de pauta

psico-biológica o quimioterapia tales como terapia electro convulsiva, terapia individual, terapia conductista, terapia de grupo y la terapia familiar.

La terapia electro convulsiva según Cook y Fontaine (1993) , se basa en:

“La introducción de una corriente eléctrica a través de unos electrodos puestos en las sienes. Después de la preparación, los electrodos humedecidos se colocan en sus sitios firmemente y se produce una convulsión tónica de 5 a 15 segundos después de la introducción de una corriente de 70 a 130 voltios durante 0,1 a 0,5 segundos”(p.133).

Esta técnica es utilizada en el caso de fracasos de los psicofármacos; generalmente en estado de agitación incontrolada, estupor catatónico con sus potenciales peligros de deshidratación y desnutrición en la esquizofrenia con síntomas depresivos y violencia, el tratamiento consiste de 8 a 12 sesiones de electrochoque aplicado en días alternos.

La terapia individual esta orientada en proporcionar un trato único, individualizado tomando en cuenta la jerarquía de sus necesidades; dirigidas hacia la realidad con el objetivo de aumentar la confianza del enfermo, disminuir sus niveles de ansiedad fortaleciendo su autoestima y auto concepto. Al respecto Cook y Fontaine (opcit) refiere:

“En la terapia individual para el cliente esquizofrénico, el lugar es extremadamente importante por que el es muy sensible al ambiente. Es esencial el respeto por el cliente, debe mantenerse una programación regular de citas y avisar con anterioridad la falta o alguna de ellas. El establecimiento mutuo de objetivos fomenta

también una terapia individual eficaz. Es esencial escuchar como actuación técnica para formar una relación terapéutica” (p.582)

En este propósito se establece una relación de ayuda de vital importancia para el ámbito de la enfermería en salud mental y psiquiátrica; la cual demanda de una comunicación amplia y efectiva como un medio que permita transmitir información e intercambiar sentimientos, ideas y opiniones e influir en la conducta de otros.

Siguiendo en esta misma secuencia se hace referencia a la terapia conductista cuyo objetivo es disminuir las conductas inadecuadas que acompañan a los trastornos esquizofrénicos y al entrenamiento en habilidades sociales mediante técnicas de interpretación de roles y reforzamientos de las conductas aceptadas.

Al respecto Cook y Fontaine (opcit) señala:

“La terapia conductual se basa en la evidencia de que toda conducta es aprendida, así que la no deseable o la desadaptación puede cambiarse por una conducta deseable y adaptativa. El terapeuta utiliza un conjunto de principios establecidos para desplazar las expectativas del cliente de esperanzas y alivios de la ansiedad para disminuir la fuerza de la conducta de desadaptación”(p.131-132).

Esta otra terapia también involucra fundamentalmente a la enfermería psiquiátrica quienes basadas en la filosofía de la profesión orientaran su cuidado en virtud de desempeñarse como un elemento educativo y una fuerza de maduración moldeadora de conducta con el objeto de dirigir el avance de la personalidad.

Seguidamente está la terapia de grupo la cual puede desarrollarse de manera ambulatoria y su éxito es maximizado cuando se combina con la farmacoterapia. En este sentido Cook y Fontaine (opcit) señalan:

“la terapia de grupo es una modalidad de tratamiento basada en el aprendizaje interpersonal. Los clientes experimentan conflictos de origen intrapersonal e interpersonal. Por tanto la experiencia de grupo permite a los clientes individualmente superar la transferencia y derivar una experiencia emocional correcta de las visiones internas, personales y compartidas” (p.126).

De acuerdo al planteamiento anterior esta modalidad de tratamiento se centra en el apoyo de los compañeros quienes viven situaciones similares y recalca el desarrollo de la visión interior de los miembros del grupo quienes observan y describen mediante la libre asociación sus propios y mutuos sentimientos, pensamientos y experiencias proporcionando una base importante sobre lo que cada integrante del grupo descubre formas de conductas más satisfactorias.

Finalmente y como punto de mayor interés para esta investigación se encuentra la modalidad de terapia familiar, la cual se centra en el sistema familiar como benefactores de apoyo, comprensión, compasión y respeto; fomentando la resolución y manejo del estrés en los familiares mediante la información y orientación acerca de la enfermedad y su tratamiento.

La terapia familiar según apreciaciones de Stuart y Sudeen (1992) se debe desarrollar según las siguientes premisas:

- “1.- Análisis de la estructura familiar, incluyendo la fase de desarrollo, roles responsabilidades, reglas y valores.
- 2.- Exploración de las actitudes de la familia hacia el enfermo mental.
- 3.- Análisis del clima emocional de la familia.
- 4.- Identificación de los apoyos sociales de que dispone la familia.
- 5.- Identificación del nivel de comprensión de la familia sobre el problema del enfermo y los planes de tratamiento” (p, 115-116).

Se hace necesario que para el desarrollo de esta modalidad de tratamiento de vital importancia e interés para todos los miembros del grupo psiquiátrico se debe tratar que la familia participe en la valoración o por lo menos gran parte de sus miembros. Se harán planes para determinar el número de sesiones, miembros a incluir y la localización de las mismas. Es importante acatar que la participación familiar esta indicada cuando se determina que el sistema familiar esta afectado y por ende surge el deterioro del funcionamiento familiar dirigiendo la actuación a procurar que la familia se adapte al enfermo y mejorar la comunicación general como también las relaciones interpersonales entre todos los miembros de la misma.

En el marco de las observaciones anteriores hay que hacer notar que la participación familiar es soporte fundamental para el cuidado del enfermo esquizofrénico; la familia además de proporcionar un ambiente seguro para que sus miembros crezcan y se desarrollen también es una unidad básica de protección física y de seguridad la cual crea una atmosfera que influye en desarrollo cognitivo y psicosocial de sus miembros. La familia en la que se educa física y emocionalmente a sus miembros, invita a cada integrante a desarrollar sus capacidades dentro de la unidad familiar y de esta manera, ocuparse de otras personas en la familia, en la comunidad y en la sociedad.

En contraste con lo antes señalado Kozier (1995), afirma: “La familia es un lugar de raíces, refugio y rejuvenecimiento, que es a través de la experiencia de la vida en la familia donde la persona aprende a participar y contribuir productivamente a la sociedad. ” (p. 333)

Sobre la base de las consideraciones es que se apoya la premisa de la educación al enfermo y la familia proporcionándole las herramientas necesarias para reafirmar valores personales y familiares que fortalezcan los cimientos de la unidad familiar y contribuyan a manejar las situaciones estresantes, mantener la capacidad de adaptación de sus miembros, modificar las conductas inadecuadas e insatisfactorias y resolver los problemas con la mayor eficacia y efectividad posible.

De allí la importancia de que enfermería establezca estrategias educativas que proporcionan psicoeducación básica acerca de la enfermedad y su manejo vinculado al enfermo y la familia, integrándoles en la dinámica, promoviendo la participación activa y adecuada conjuntamente con el empleo de mecanismos de apoyo y empatía entre el equipo asistencial y la familia indicando que el principal objetivo y beneficio es la reducción en número de recaídas minimizando al máximo la hospitalizaciones y reducir la carga subjetiva familiar.

Programa Educativo

La educación es un medio esencial que sirve de apoyo a través de la adquisición de nuevos conocimientos sobre diversas temáticas que contribuyen al mejoramiento de las condiciones de vida del individuo.

En este particular Navarro Y Romero (2000), señalan, “ Educación para la salud es la actividad principal para la promoción de la salud, se inicia desde el hogar en la primera infancia, hasta formación y afianzamiento de los conocimientos. ” (p. 23)

Es preciso acotar que las actividades correspondientes de la educación para la salud se fundamentan en la variedad de necesidades de aprendizaje que pueda tener un individuo, familia o comunidad y que pueden ser satisfechas a través de una diversidad de estrategias educativas tales como charlas, talleres, publicaciones de revistas o periódicos, pautas publicitarias o microprogramas televisivos o radiales y programas educativos personalizados.

En tal sentido y de manera particular para el interés de este estudio se desarrolla el basamento teórico del programa educativo que según Psicología de la Educación para Padres y Profesionales (2005), los define como:

“ Instrumento curricular donde se organizan las actividades educativas de enseñanza – aprendizaje, que permite orientar al docente en su práctica con respecto a los objetivos a lograr, las conductas que deben manifestar los alumnos, las actividades y contenidos a desarrollar, así como las estrategias y recursos a emplear con este fin. ” (p.1)

Dadas las consideraciones que anteceden se puede inferir que los programas educativos influirán en el individuo acondicionando y suministrando los conocimientos requeridos, así como enfatizando el método de enseñanza mas pertinente, tomando en consideración que la esencia de la enseñanza esta en la transmisión de información mediante la

comunicación directa o apoyada en la utilización de medios auxiliares, de mayor o menor grado de complejidad y costo.

Para la elaboración del programa educativo se sugieren una serie de pautas en el planteamiento de la materia y consistirá en la selección, organización y distribución en el tiempo de los contenidos, actividades, técnicas de enseñanza, recursos auxiliares, técnicas de evaluación correspondiente a una materia o área de contenido.

Debe señalarse que el programa educativo utilizado en el área de la salud específicamente se refiere a una orientación sobre medidas preventivas y de educación general del programa de salud propiamente dicho; cuyo propósito final es contribuir en lo individual y en colaboración con los demás a conseguir el nivel de funcionamiento óptimo mediante la enseñanza y la prestación de salud, además, estos pueden ser dirigidos a grupos de personas o comunidades.

En este sentido Kozier (opcit), agrega que “Los programas sobre promoción de salud se pueden desarrollar en muchas partes y pueden ofrecer a personas y familiares, en su hogar, en la comunidad, en el colegio, hospital o lugar de trabajo.” (p.309)

Es por ello que la enfermera debe apoyar, estimular y establecer, fortaleciendo su rol de educador, todas las medidas y estrategias educativas como un motor impulsador de desarrollo que, subsiguientemente sea utilizado como un mecanismo de retroalimentación positiva fortaleciendo su desarrollo futuro, en el instante que las exigencias aparecidas convengan para asegurar la transformación continua y sostenible del entorno del

individuo en aras de su propio beneficio como ente biológico y de la colectividad de la cual es él un componente inseparable.

Ahora bien la elaboración de los programas educativos deben reunir características muy particulares como lo son: la flexibilidad, la continuidad, unidad y realidad. La flexibilidad se refiere a que los programas deben ser flexibles y adaptables, es decir, deben tomarse las previsiones necesarias con el fin de adoptar mecanismos de ajustes a los cambios que se operen; en cuanto a la continuidad debe ser un proceso continuo, la falta de continuidad va contra la idea de racionalidad, por lo que no se deben abandonar las metas, ello implicaría malgastar los recursos y atentar contra el concepto de eficiencia. La unidad hace referencia a formar una integración orgánica, armónica y coherente y la realidad exige que se establezcan objetivos claros y precisos, enmarcados dentro de la realidad de lo que se requiere enseñar y que responda a las necesidades del individuo.

En virtud de los señalamientos anteriores es que se amerita que se constituya un programa educativo promovido por enfermería en el cual se cifren todos los esfuerzos para proporcionar información y orientación clara y precisa a los enfermos y familiares acerca de la esquizofrenia de manera detallada haciendo especial énfasis en las conductas negativas que hay que vigilar en el enfermo y los cuidados que se han de proporcionar al enfermo en el hogar durante su periodo de remisión y rehabilitación.

Cuidados del Enfermo en el Hogar

A lo largo de los planteamientos hechos, se hace necesario, explicar a los familiares y que estos entiendan que los enfermos esquizofrénicos al igual que los enfermos diabéticos y otros padecimientos clínicos, con

frecuencia requieren de servicios de salud de apoyo continuo y en la actualidad muchos de estos enfermos se reestablecen en varios niveles de desempeño retomando ocupaciones anteriores, otros a una personalidad más cómoda por la reducción en la capacidad para el trabajo y muchos regresan a su casa simplemente a un ambiente de supervisión y protección.

Así como también que estos enfermos al ser dados de alta después de un periodo de tratamiento, pueden presentar debido a los efectos colaterales de los medicamentos una conducta con retraimiento, apatía y aislamiento que disminuye su capacidad de iniciativa de buscar ayuda al experimentar nueva sintomatología por lo que puede paulatinamente o de manera súbita descompensarse, recaer y regresar a un episodio agudo mas severo a un centro de hospitalización u hospital psiquiátrico.

Pero, si la intervención temprana a través de los conocimientos adquiridos mediante la orientación y la enseñanza de los cuidados tiene éxito, en el establecimiento de relaciones basadas en la comunicación provechosa, el periodo de hospitalización y tratamiento breve combinado con un tratamiento continuo en su seno familiar evitarán hospitalizaciones posteriores.

Sin duda, para lograr que la familia se concientise e intervenga en el tratamiento, estabilización y reestablecimiento del enfermo, es conveniente y necesario que conozcan las conductas negativas que se pudiesen presentar en un momento determinado y por ende el cuidado que debe prestarle para minimizar las posibles complicaciones de estas.

Entre estas conductas negativas tenemos: Agresividad e Ira, los enfermos esquizofrénicos como ya se ha explicado anteriormente pueden

presentar como ante sala a un episodio agudo de instalación progresiva; como consecuencia de las alteraciones del pensamiento en cuanto a forma y contenido, una conducta peligrosa para sí mismo y para los demás ante la sospecha de ser nuevamente internados manifestándose coléricos, irritables y temerosos que pueden generar una conducta violenta que altere la tranquilidad del ambiente, atemorizando su entorno. Por lo que, es necesario prevenir este tipo de comportamientos y solucionar el problema a la mayor brevedad posible aportando medidas de seguridad y considerando la situación de manera prudente.

En cuanto a intentos de suicidio, es importante tener en consideración el estado patológico en se encuentra el enfermo mental, precisamente por la carencia de sus facultades mentales es muy vulnerable a la inseguridad debido a su estado patológico y como consecuencia de las ideas delirantes, alucinaciones e ideas de minusvalía por baja autoestima como frustración, resentimiento y desesperanza que pueden ocasionarle el deseo o intento de suicidio. Por esta razón, la funcionabilidad de las atenciones en este momento estarán encaminadas a mantener una relación positiva con el enfermo y demostrarle respeto empleando términos apropiados para dirigirse a ellos.

Además muy elemental será proporcionarle un ambiente de seguridad; la vigilancia continua para impedir que se lesione y permitir la expresión de sentimientos de culpa e ira, al mismo tiempo que se le proporcione ánimo y apoyo.

Cuidados a Considerar en la Agresividad, Ira e Intento de Suicidio

- 1.- Mantener su entorno en un ambiente de seguridad.

2.- Establecer comunicación y crear confianza.

3.- Aumentar el autoestima y comunicarse con los demás.

Conductas o Problemas:

- Ideación, ruminación o planeación de suicidio.
- Actividades o intentos suicidas.
- Disminución de la autoestima.
- Sentimientos de minusvalía.
- Falta de control en su entorno.

1.- Mantener al enfermo en un ambiente de seguridad (Acciones)

- ❖ Vigilar constantemente el uso de recipientes de vidrio como ceniceros, vasos, saleros, etc.
- ❖ Asegurarse que los espejos si son de vidrios estén cuidadosamente fijos.
- ❖ Mantener los objetos punzo cortantes (tijeras, navajas, agujas, etc.) fuera del alcance del enfermo, permitir su uso únicamente bajo supervisión.
- ❖ Proporcionar el uso de rasuradoras eléctricas de ser posible, ya que las rasuradoras descartables pueden romperse y quitarles las hojillas.
- ❖ Mantener en resguardo los instrumentos que pueden ser utilizados como armas tales como: mango de sacudidor, martillo, taco de billar, bates de béisbol, etc. y equipos peligrosos como cables de electricidad, mecates, desatornilladores, etc.
- ❖ Mantener en el sitio de seguridad objetos de que se usan para limpieza o mantenimiento tales como, líquidos limpiadores, destapa cañerías, veneno para roedores, insecticida, etc.

- ❖ Colocar en depósitos seguros los medicamentos de uso domésticos.
- ❖ Limitar o controlar el uso de cerillos y encendedores.
- ❖ No permitir que fume en los cuartos.
- ❖ Utilizar el contacto físico como precaución, el enfermo puede percibir este contacto como una amenaza.
- ❖ Detectar cualquier signo de ansiedad creciente y tratar de disminuirla enseñándole relajación muscular o animándolo a realizar juegos o deportes no competitivos.
- ❖ Iniciar y promover interacciones planificadas, cortas y frecuentes que no supongan ninguna exigencia al enfermo.

2.- Establecer comunicación y crear confianza, acciones a seguir:

- ❖ Ofrecerle al enfermo ayuda por un período específico con fines de entablar comunicación.
- ❖ Hablar con él de sus sentimientos y darle el tiempo suficiente para expresarse.
- ❖ Escucharle, prestarle especial atención a lo que esta comunicando en forma verbal y no verbal.
- ❖ No realizarle preguntas abiertas y definidas, evitar aquellas que tengan solo monosílabas como respuestas.
- ❖ Ser sinceros y no emitir juicios de ninguna índole.
- ❖ Conocer los sentimientos propios y no permitir que estos perjudiquen la interacción con el enfermo.
- ❖ Indicar al enfermo cuando no se entiende lo que trata de decir, tomando responsabilidad de indicarle que no se ha entendido y pedirle que se explique, dándole así mismo la responsabilidad de que sea explícito.

- ❖ Expresar preocupación y apoyo.
- ❖ Fomentar la impresión de los sentimientos de desesperanza y confusión.
- ❖ Reconocer los propios sentimientos (cólera, tristeza, frustración) para manejarlos de forma constructiva.
- ❖ Evitar situaciones potencialmente estresante como discusiones, criticas y comentarios peyorativos.
- ❖ Animarlo a que exprese sus sentimientos en lugar de actuar en forma impulsiva.
- ❖ Comentar con el enfermo los incidentes que le proporciona la cólera y las alteraciones de conducta.
- ❖ Realizar proyectos de terapia ocupacional y ejercicios como actividades constructivas para minimizar el cólera y la angustia.
- ❖ Utilizar métodos apropiados para el manejo de la cólera demostrándole en su propia conducta en situaciones molestas para de esta forma ir modelando la actitud del enfermo.
- ❖ Usar el humor como juicio recordando que el raciocinio es lento y hay algunos enfermos que no entienden fases humoristas y se corre el riesgo de una inapropiada interpretación.
- ❖ No permitir actitudes de manipulación ni hacerle parecer tonto.
- ❖ No provocar discusiones con el enfermo ni convertirse en participante de una lucha de poder.

3.- Aumentar el autoestima y comunicarse con los demás, acciones a seguir:

- ❖ Proporcionar la atención de una forma sincera y con interés.
- ❖ Apoyarle en todos sus éxitos, cumplimiento de responsabilidades, proyecto e interacciones personales.

- ❖ Proporcionarles actividades simples, que puedan ser fácilmente ejecutadas por el enfermo y con rapidez.
- ❖ Ayudar al enfermo a descubrir aspectos positivos respecto así mismo y a otras personas, sus vocaciones y virtudes, etc.
- ❖ Esperar que el enfermo llene y cumpla sus propias responsabilidades y apoyarlo para que lo haga evitar presiones y críticas.
- ❖ Proporcionarle retroalimentación positiva directa que le señalen la consecución de responsabilidad en la ejecución de tareas.
- ❖ Fomentar actividades durante momentos del día cuando el enfermo se ve con mayor capacidad de concentración, a fin de que pueda participar activamente.
- ❖ Comenzar con actividades pequeñas a corto plazo para asegurarse de que las cumplirá con éxito.
- ❖ Adentrar la interacción en una actividad o actividades pequeñas en pequeños grupos con los que comparta intereses particulares.
- ❖ Acercarse al enfermo con tranquilidad y optimismo comunicándole ideas de que tendrá éxito en su meta.
- ❖ Responder verbalmente a todo lo que enfermo hable que sea acorde con la realidad reforzarle su conversación con la realidad.
- ❖ Mantener una actitud cómoda cuando se siente con el enfermo en silencio, demostrando que la presencia atenta y preocupada es una forma de apoyo no verbal.
- ❖ Permitir sin animar que el enfermo llore, permaneciendo con él dándole apoyo y brindándole privacidad cuando pida permanecer a solas.

Otras conductas negativas a considerar y la cuales requieren atención precisa y efectiva son: rechazo de los alimento y malos hábitos de descansos.

El rechazo de los alimentos por lo general estos problemas se observan en los enfermos deprimidos, con ideas de minusvalías o baja autoestima que argumentan no merecer la comida, así como también los agresivos, autodestructivos o autistas quines no aceptan la vajilla en la que le sirven los alimentos por estar confundidos, los hiperactivos o temerosos de ser envenenados por lo que las acciones estarán dirigidas a lograr que el enfermo mantenga la homeostasis y ganar la confianza para lograr la ingesta de alimentos.

En cuanto a los malos e inadecuados hábitos de descanso los individuos emocionalmente perturbados duermen mal, debido a múltiples razones entre ellas el uso de tratamientos antipsicóticos el cual altera significativamente el ritmo del sueño, vigilia, algunos duermen de manera excesiva otros por lo contrario sufren de insomnio siendo este el trastorno más frecuente.

El insomnio es la incapacidad para obtener cantidad y calidad adecuada de sueño, de hecho, las personas con insomnio suelen dormir mas de lo que se supone. Este se puede presentar de tres tipos: insomnio inicial o incapacidad de quedarse dormido, insomnio intermitente que consiste en despertarse frecuentemente o insomnio terminal que se refiere al despertamiento prematuro e incapacidad ulterior de conciliar el sueño; todos estos pueden deberse o resultan de la hiperestimulación mental por la ansiedad, en consecuencia se debe actuar a razón de conseguir el desarrollo

de hábitos que induzcan al sueño y la reducción de distracción ambiental o interrupciones del sueño, como también el aumento de actividades diurnas.

Cuidados a considerar relacionados al rechazo de los alimentos y malos o inadecuados hábitos de descanso.

1.- Mantener una nutrición suficiente, con regularidad de los emuntorios y reposo adecuado.

Conducta o problema

- Negación a ingerir alimentos.
- Dificultad para deglutir.
- Perdida considerable de peso.
- Desnutrición.
- Hidratación insuficiente e irregularidad de los emuntorios.
- Inanición.

1.- Facilitar una nutrición adecuada

- ❖ Ofrecerle alimentos líquidos nutritivos y agua con frecuencia en pequeñas cantidades.
- ❖ Ofrecerle alimentos que puedan tomar con poco esfuerzo, es decir, fáciles de masticar y que a la vista resulten apetitosos.
- ❖ Ofrecerle batidos ricos en proteínas, pueden elaborarse con helados, leche en polvo o también suplementos dietéticos.
- ❖ Si sufre de síntomas gastrointestinales como por ejemplo náuseas o acidez, ofrecerle alimentos blandos y ligeros. Ligeramente

carbonatados, evitar alimentos fritos, las cremas de aderezo y los alimentos condimentados.

- ❖ Tomar en cuenta las preferencias alimenticias del enfermo.
- ❖ Realizarle medición del peso con regularidad.
- ❖ Proporcionarle alimentos con alto contenido de fibra y vegetales que promuevan la regularidad del vaciamiento intestinal.
- ❖ Observar la regularidad del vaciamiento intestinal del enfermo; no permitir que se produzcan impactaciones fecales, además tomar en consideración que la inactividad, la ingestión de tranquilizantes mayores y la disminución de la ingesta de alimentos pueden ser causa de estreñimiento.
- ❖ Servir los alimentos y dejar que el enfermo observe su preparación o permitir que contribuya en esta.

2.- Reposo adecuado, conductas o problemas.

Trastorno del sueño: el enfermo despierta regularmente en la noche, duerme en exceso o sufre de insomnio.

Acciones a seguir:

- ❖ Fomentar los períodos de descanso, la tranquilidad, promover la relajación y reducir el ruido.
- ❖ Procurarle actividad durante todo el día.
- ❖ Procurarle una rutina nocturna regular como por ejemplo un baño de agua tibia y lecturas en un ambiente tranquilo.
- ❖ Ser cortés pero firme para fijar límites respecto al tiempo que el enfermo podrá pasar en cama, determinar el tiempo específico cuando el enfermo debe despertar por la mañana y cuando podrá reposar.
- ❖ Proporcionarle un sitio tranquilo y apacible para su reposo.

- ❖ Hablarle por períodos breves durante las horas nocturnas para ayudarle a aliviar la ansiedad y transmitirle seguridad antes de regresar a la cama.
- ❖ No permitirle que duerma durante mucho tiempo en las horas diurnas.
- ❖ Disminuir los estímulos del medio ambiente por ejemplo, conversaciones en voz alta, luces brillantes en horas nocturnas.
- ❖ Limitar el consumo de café u otras bebidas que contengan cafeína, espacialmente en el crepúsculo o en la noche.
- ❖ Utilizar la medicación a la hora de acostarse, por razón necesaria como sea indicado para facilitar el sueño.

En la misma forma, es importante hacer mención de otro tópico de significativa importancia en la atención y cuidado del enfermo esquizofrénico como los es el tratamiento con psicofármacos, psicotropos o psicoactivos, tomando en cuenta que estos son agentes químicos que afectan el cerebro, al sistema nervioso y a los sentimientos, las emociones y la conciencia de diversas formas, que además mientras su administración se ocasionan efectos colaterales que deben ser conocidos por sus familiares y orientarlos para ser minimizados en la medida posible; estos efectos colaterales se pueden presentar en diferentes sistemas entre ellos:

Cardiovasculares: problemas mas frecuentes hipotensión ortostatica y arritmias.

Acciones:

- ❖ Medir el pulso y la tensión arterial con frecuencia en diferentes posiciones (sentado, acostado y de pie). Orientar al enfermo a cambiar de postura lentamente.

- ❖ Orientar al familiar para que indague en el enfermo, y al enfermo para que comunique cualquier sensación de taquicardia, mareo o sofocación.

Anticolinérgicos: problemas mas frecuentes boca seca, visión borrosa, retención de orina y estreñimiento.

- ❖ Boca seca, orientar al familiar para que le proporcione con frecuencia caramelos o chicles sin azúcar para aliviar la sequedad bucal.
- ❖ Visión borrosa, orientar al familiar para que mantenga vigilancia en signos de torpeza y tropezones para dar aviso al medico tratante.
- ❖ Retención urinaria y estreñimiento, orientar al familiar para que mantenga vigilada la frecuencia y cantidad de excreción del enfermo y aconsejarle mantener una frecuente ingesta de líquidos, fibra y estimularlo a realizar ejercicio físico.

Fotosensibilidad: problemas de quemaduras solares y erupciones. Se debe aconsejar a los familiares la menor exposición al sol posible por parte del enfermo, así como la utilización de gafas y protección solar.

Sedación: problemas somnolencia y falta de vigilancia, orientar al familiar a que se administre la dosis del medicamento antes de irse a la cama y evitar que realice actividades que requieran estar alerta mientras esta sedado.

Síntomas extrapiramidales: problemas seudoparkinsonismo, reacción distónica aguda, acatisia, disinecia tardía; orientar al familiar mediante explicación sencilla a reconocer los síntomas: a) Seudoparkinsonismo, consta de

facies de máscara, postura rígida y encorvada, marcha arrastrando los pies, babeo, temblores, movimientos frecuentes en las manos “contar monedas”. b) Reacción distónica aguda, consta de contracciones de lengua, cara, cuello y espalda, movimientos de contracción en el que todo el cuerpo se arquea de forma tetánica (opistónos) y crisis oculogiras en las que los ojos mirando quedan hacia arriba. c) Acatisia, consta de intranquilidad motora y excesivo caminar. d) Disinecia tardía, consta de movimientos de torsión y sacar la lengua, soplidos, chasquidos y lamentos.

En todos estos casos se debe orientar al familiar a que describa y comunique inmediatamente los signos presentados al médico tratante y acuda a consulta a la brevedad que le sea posible.

Así como también es conveniente informar a los familiares en relación a la medicación y su interacción con otros medicamentos y sustancias en especial con el consumo de alcohol ya que este es frecuentemente utilizado en reuniones sociales y familiares. Hacerle saber que el consumo de alcohol a corto plazo puede no revelar más que una sensación de bienestar pero que a largo plazo y con mucha regularidad tiene un efecto devastador en el curso de la esquizofrenia.

En esta perspectiva es importante resaltar que el profesional de enfermería debe internalizar la vital función orientadora y cumplir con su propia responsabilidad ética y profesional de proporcionar a los enfermos, familiares y comunidad en general los insumos informativos necesarios para fomentar los cambios de conductas y comportamientos que promuevan estilos y hábitos de vida apropiados que disminuyan notablemente el desequilibrio originado por situaciones estresoras causantes de crisis personales e interpersonales. Por consiguiente el personal de enfermería

debe incentivar la orientación basada en un cuerpo de conocimientos utilizando materias educativas que le permitan comunicarse de forma clara, relevante y actual, es por ello que apoyada por contenidos antes expuestos dirigirá el programa educativo con la finalidad de desarrollar en los familiares del enfermo con esquizofrenia fuerza positiva que le ayuden a satisfacer la demandas y necesidades tanto del enfermo como de todo el núcleo familiar.

Dadas las condiciones que anteceden en el contexto de la orientación educativa se fundamentará utilizando la filosofía de Hidelgard E. Peplau en su modelo de enfermería psicodinamica o de relación Interpersonal de ayuda quien según Ann Marriner y Fomey, sostienen que:

“La enfermería tiene un rol educativo, una fuerza de maduración que intenta favorecer el avance de la personalidad en dirección de una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva” (p.329)

Las afirmaciones de la teorizante nos indica el horizonte del desempeño profesional de enfermería firmemente sustentado en un proceso continuo de experiencia y formación, requiriendo de esta forma que la enfermera se mantenga constantemente informada para que pueda desarrollar la orientación adecuada a los enfermos y familiares proporcionándole apoyo profesional.

Esta teorizante analizó la acción de enfermería utilizando una estructura interpersonal en donde la comunicación era un proceso de problemas que tenia lugar en donde el comunicarse es utilizado para la solución de problemas dentro de la relación; un proceso de colaboración en el que la enfermera podía asumir muchos roles para ayudar a los enfermos a cubrir sus necesidades y a crecer y desarrollarse continuamente.

Peplau creyó que según se resolvían los conflictos y ansiedades de los clientes, se reforzaba su personalidad, entendiendo a cada persona como un individuo moldeado por la cultura, reconoció cuatro fases en la relación terapéutica: orientación, identificación, profundización y resolución. Durante la primera fase de orientación el individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional; surge entonces la confianza y la relación de aceptación (rapport) entre la enfermería y el cliente para que pueda tener lugar una valoración correcta y una fijación de objetos mutuos; a medida que la relación se profundiza surge la fase de identificación en ella tanto la expectativa de la enfermera como la del cliente aumentan, el cliente empieza a confiar en la enfermera y la visualiza como alguien que puede ayudarle en ella se identifican los problemas y se discuten las soluciones iniciales.

Se va avanzando a la tercera fase, en esta el enfermo puede oscilar entre la dependencia y la independencia, es cuando la enfermera establece mas intensivamente la interrelación y devuelve la confianza al enfermo permitiendo profundizar y analizar las soluciones. La última fase que es la resolución implica un proceso de liberación que, para tener éxito, depende de la anterior cadena de acontecimientos; es preciso resolver las necesidades de dependencias psicológicas del enfermo y promover la creación de relaciones de apoyo para fortalecer su capacidad para valerse por sí mismo.

Es así como la fuerte relación enfermera cliente que había sido construida durante las otras fases de ayuda al enfermo a cumplir con éxito el reto de la resolución. La teorizante describe una serie de roles que las enfermeras deben asumir en la diferentes fases de su relación con el enfermo entre ellas se mencionan: el rol de persona extraña en el cual debe hacerse hincapié en el respeto y el interés positivo; la enfermera debe

aceptar al enfermo tal cual es, como una persona emocionalmente capaz, y tiene que hacer un esfuerzo para decir lo que desea que escuche el enfermo. El rol de persona hábil, en esta la enfermera debe dar respuestas específicas a las preguntas, pero necesita mostrarse sensible a las situaciones que implican sentimientos o se relacionan con problemas mayores. También puede desempeñar el papel de maestra o líder, ayudando al enfermo a aprender mediante la participación activa en las experiencias. Así mismo puede actuar como consejera, como sustituta y ayudar al enfermo a verla como un individuo, y no en el marco de una relación colocada por sentimiento pasados reactivos.

Mediante el desenvolvimiento de cada uno de estos roles la personalidad de la enfermera marca una diferencia sustancial en los resultados del aprendizaje del enfermo durante el periodo en le presten cuidados, tomando en cuenta que el campo de actuación de la enfermera no esta limitado, pudiendo actuar en todas partes donde se desenvuelven actividades vitales del hombre sea en la escuela, hospital, comunidad, trabajo y en los tres niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.

En el marco de los señalamientos anteriores se da sustentación a la aplicabilidad de la teoría propuesta por Hildergard E. Peplau en la presente investigación considerando su modelo conceptual de interrelación personal de ayuda para fomentar el establecimiento de estrategias educativas que promuevan la promoción de la salud pretendiendo lograr un bienestar en el ser humano y el fortalecimiento de conductas apropiadas ante situaciones generadoras de estrés y contribuir al equilibrio emocional de los miembros del sistema familiar.

Definición de Términos Básicos

Afasia o Disfasia: es la pérdida generalmente parcial y más o menos acentuada de la función del lenguaje; imposibilidad para comunicarse mediante cualquier tipo de lenguaje.

Afectividad: es lo relativo a las emociones, sentimientos, ánimo, totalidad del acontecer emotivo.

Afecto: es la expresión extrema del estado de ánimo, de los sentimientos y las emociones, que se traducen en conductas, palabras y gestos.

Agnosia: pérdida de la facultad de reconocer un objeto por medio de los sentidos corporales, debido a la ausencia de percepciones por incapacidad del sistema nervioso.

Agresividad: estallidos de rabia, ira, furia, desproporcionada al estímulo acompañada de agitación, agresión y destructividad.

Aislamiento: acción y efecto de aislar o aislarse, incomunicación, desamparo.

Alucinaciones: percepciones falsas en ausencia de un estímulo externo. Fenómenos perceptivos espontáneos, no deseados, originados fuera del sujeto y carentes de base real.

Ambivalencia afectiva: ocurrencia simultánea e involuntaria de sentimientos opuestos.

Ansiedad o angustia: sentimiento de temor sin motivo aparente, sensación de que algo malo va a ocurrir, pero sin certeza.

Apatía: carencia de afecto, incapacidad para gozar o sufrir.

Autismo: estado de alejamiento de la realidad acompañado de un predominio relativo o absoluto de la vida interior.

Bradilalia: lentitud y calma en el hablar.

Bloqueo del pensamiento: es la interrupción brusca del flujo del pensamiento. Debilitación progresiva del flujo de pensamiento.

Comportamiento: conjunto de reacciones de un individuo que son accesibles al observador exterior. Maneras de ser y actuar de los animales y los hombres, manifestaciones objetivas de su comportamiento global.

Comunicación: conducta consistente en transmitir una información o un mensaje a otro individuo.

Conducta: conjunto de acciones orgánicas, motoras, psíquicas y verbales por las cuales un individuo intenta adaptarse a una situación.

Conflicto: es una situación derivada por los dilemas emocionales e intencionales frente a un problema. Estado del organismo sometido a la acción de motivaciones incompatibles.

Confusión: disminución del estado de alerta, desorientación o incoherencia.

Confusión mental: estado caracterizado por desorientación temporal, oscurecimiento muy acentuado de la conciencia, incoherencia de las ideas y perplejidad.

Depresión: reacción prolongada de tristeza o frustración ante pérdidas emocionales; tristeza, desaliento, pesimismo.

Desesperanza: desvanecimiento del ánimo y la esperanza que demuestra sentimientos de aflicción.

Ecolalia: forma de verbigeración en la que se repite en forma inmediata y automática lo que el individuo acaba de oír.

Estereotipia: movimiento repetido no dirigido con un grado de complejidad muy variable.

Estupor: estado de conciencia caracterizado por ausencia de respuestas del cual el sujeto solo puede salir por medio de estímulos rigurosos y repetidos.

Esquizofrenia: conjunto de trastornos de causa incierta que influyen de manera invariable, perturbaciones del pensamiento en un sensorio claro y con frecuencia síntomas característicos como alucinaciones, delirios, conducta aberrante y deterioro en el nivel general del funcionamiento.

Euforia: manifestación extrema de bienestar, locuacidad, optimismo, estado placentero contagioso pero frágil, seudofelicidad inmotivada y superficial.

Exaltación: júbilo intenso con sentimientos de grandeza.

Hostilidad: sentimiento de inamistad o de oposición.

Manierismo: comportamiento psicomotor inusual que incluye pases peculiares, marcha estudiada o extravagante.

Mutismo: negación voluntaria a expresarse supresión voluntaria de la expresión verbal.

Personalidad: son todas aquellas cualidades objetivas y subjetivas que caracterizan a una persona o individuo.

Pesimismo: predominio de ver y juzgar las cosas desde lo mas desfavorable.

Psíquico: que tiene relación con el espíritu, con la conciencia.

Psiquismo: conjunto de características psicológicas de un individuo.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Naturaleza de la Investigación

Esta investigación se basa en la modalidad de proyecto factible, definida según el manual UPEL (1998) como “la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organización o grupos sociales” (p.7)

El proyecto se apoyo en una investigación de campo, la cual según Arias (1999) consiste “ en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna.” (p.48) Lo anterior también se fundamenta en la planteado por Hurtado (1998) al señalar que:

“se denomina investigación descriptiva de campo a los estudios cuyo propósito es describir un evento obteniendo de fuentes vivas o directas, en

su ambiente natural, es decir, en el contexto habitual al cual ellas pertenecen sin introducir modificaciones de ningún tipo de dicho contexto”(p.220)

De acuerdo a las características del proyecto factible se desarrollan la tres (3) primeras fases, es decir, la Fase I Estudio diagnóstico, la Fase II Estudio de Factibilidad y la Fase III Diseño del Proyecto, las cuales se describen a continuación:

Fase I Diagnóstico

El diagnóstico, determinó la necesidad de la puesta en marcha del proyecto, a través de una investigación de campo, en relación a este Alonso (1995) señala que el mismo “ será, la vía científica que brinde la información necesaria para actuar, es decir, para tomar decisiones adecuadas a las necesidades concretas y los problemas detectados en la practica en cada persona, lugar” (p.14). Esta fase permitió obtener la información requerida sobre la necesidad de un programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar del Sanatorio Mental Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy.

Fase II Estudio de Factibilidad

Esta fase determinó la necesidad de la puesta en marcha del proyecto, la misma permitió saber cuantas personas serán beneficiadas con la ejecución del proyecto, se realizaron los estudios de mercadeo, técnico y financiero.

El estudio de mercadeo determino la demanda y la oferta del proyecto; el estudio técnico demostró la viabilidad técnica y la disponibilidad de los recursos técnicos que permitirán obtener un proyecto de optima calidad con usa adecuado de los recursos, y estudio financiero determinó la disponibilidad de dinero para la ejecución del proyecto. Se estableció un cronograma de actividades para la ejecución del programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar del Sanatorio Mental Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy. Finalmente se redactaron las conclusiones del estudio de factibilidad, para luego proceder al diseño del mismo.

Fase III Diseño del Proyecto

Esta fase consistió en la descripción detallada de todos los pasos para formular el proyecto, se redactaron las alternativas de solución al problema planteado en el estudio para luego ser presentado a las instituciones y personalidades que permitan ejecutarlo. Es en esta fase donde se plasma la alternativa de solución del problema planteado, se presentaron de manera clara las ideas para su debida ejecución y posterior evaluación. El diseño esta basado en la revisión bibliográfica y en los resultados obtenidos a través de la investigación de campo, esto permitió estructurar el programa educativo de orientación y la temática a desarrollar en los talleres atendiendo las necesidades de los encuestados.

CAPITULO IV

FORMULACIÓN DEL PROYECTO

Fase I Estudio Diagnóstico

Objetivo

Diseñar un Programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar del Sanatorio Mental Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy.

Propósito del Proyecto

La enfermería tiene como incumbencia especial la necesidad del individuo en acción o actividades de auto cuidado, provisión y administración de este cuidado de forma ininterrumpida en orden a mantener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o de la lesión y manejarse y salir adelante con sus efectos. A medida que la sociedad avanza científica,

tecnológica y económicamente; se hace mas evidente la necesidad de ejecutar el trabajo con procedimientos y métodos más eficaces, no sólo para lograr mejorar niveles de eficiencia, sino para lograr un grado más alto de satisfacción de las personas, familiares y comunidades.

La educación y orientación tanto a enfermos como familiares con alteraciones mentales como la esquizofrenia es una necesidad sentida en la búsqueda de calidad de atención y cuidados, la misma debe implementarse considerando lo imperativo de que la enfermera asuma la educación como un compromiso personal continuo y que este sea cumplido por medio de la orientación y enseñanza de los grupos poblacionales donde exista el problema y así lo amerite, por lo tanto, debe estar incorporada en la planificación de atención de cuidados de enfermería.

En este sentido, con la elaboración y presentación de este proyecto se pretende contribuir específicamente con la formación del personal de enfermería, ofreciéndole herramientas que le permitan desarrollar atención y cuidados de manera efectiva a los enfermos y familiares que padecen la esquizofrenia en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos, ubicado en Nirgua Estado Yaracuy.

Caracterización del Proyecto

Naturaleza del Proyecto

El presente proyecto tiene una naturaleza pública, porque esta dirigida a los familiares de los enfermos con esquizofrenia recluidos en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos dependiente de Instituto Autónomo de Salud del Estado Yaracuy (PROSALUD) y a su vez este dependiente del Ministerio

de Salud y Desarrollo Social, es de carácter social y se orienta al mejoramiento de la calidad de atención y cuidados de los enfermos con esquizofrenia de la institución antes descrita.

Importancia del proyecto

Para que enfermería haga su máxima contribución a los cuidados de salud, se necesitan enfermeras(os) que puedan utilizar un enfoque que dé solución a los problemas de salud para cuidar, pensando y actuando crítica y analíticamente sobre este; integrando competencia intelectual con pericia clínica que pueda ser demostrada en diferentes situaciones. Lo que precisa el reconocimiento de que gran parte de los cuidados de salud para individuos y grupos deben ser ejecutados por ellos mismos, es decir, las mismas personas. Los profesionales de salud están para ayudarles donde el autocuidado, su propio cuidado es inadecuado en cuanto a satisfacer sus necesidades.

De allí que, la familia como un sistema social humano es un sistema continuamente abierto al cambio con necesidades de interactuar y ser influido por otros sistemas de la comunidad que le aporten desarrollo para mejorar su papel de proporcionar apoyo emocional y seguridad a sus miembros por lo que es de vital importancia promover estrategias que fomenten autocuidados efectivos que influyan en el desarrollo cognitivo y psicosocial de cada uno de ellos, es por ello que el presente proyecto pretende satisfacer la necesidad de orientar a los familiares del enfermo con esquizofrenia en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos e instituciones sanitarias del estado Yaracuy.

Ubicación sectorial y localización física del proyecto

El proyecto se ubica en el sector salud, se podrá desarrollar en las instalaciones del Sanatorio Mental Residencias San Marcos, ubicado físicamente a orillas de la carretera panamericana en la entrada del sector la Madrileña en la ciudad de Nirgua, municipio Nirgua del estado Yaracuy.

Estudio de Campo

Naturaleza de la Investigación

Esta investigación se ubica en la modalidad de proyecto factible, basada en una investigación descriptiva de campo. Se entiende como proyecto factible “la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar, problemas, requerimiento o necesidades de organizaciones o grupos sociales” manual de especializaciones, maestrías y tesis doctorales de la UPEL (1998).

Del mismo modo, la investigación es descriptiva tal como lo señala Hurtado (1998) cuando expone que las investigaciones cuyo propósito es describir un evento obteniendo los datos de fuentes vivas o directas en su ambiente natural, es decir, el contexto habitual al cual ella pertenece, sin introducir modificaciones de ningún tipo de dicho contexto.

Por otra parte, es una investigación de campo la cual según Arias (1999) consiste en “la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variables algunas”(p.48)

Por lo anterior expuesto esta investigación es un proyecto factible por que se diseño un programa educativo de orientación dirigido a los familiares en el cuidado del enfermo con esquizofrenia en el hogar en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos Nirgua Estado Yaracuy, el cual se desarrollo de acuerdo a las fases diagnostica, factibilidad y diseño del proyecto.

Sujetos de estudios

De acuerdo a lo señalado por Hurtado (1998), la población en una investigación representa “un conjunto de elementos, seres o eventos, concordantes entres sí en cuanto a una serie de características, de las cuales se desea obtener alguna información”(p.142)

En este sentido, la población de estudio estuvo conformada por 106 familiares de los enfermos que padecen esquizofrenia recluidos en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy.

Muestra

Se realizo un muestreo aleatorio no probalístico y estuvo representada por treinta (30) familiares que visitan a los enfermos con esquizofrenia de permanencia desde hace dos (2) o tres (3) años.

Técnicas de Recolección de Datos

Para obtener la información se diseñó un cuestionario de opinión, que permitió determinar la necesidad de diseñar un programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del paciente con esquizofrenia en el hogar en el Sanatorio Residencias San Marcos Nirgua Estado Yaracuy, el mismo estuvo estructurado en una sola parte contentiva de 20 preguntas tipo dicotómicas cerradas en escala de respuestas Si y No.

Validación y Confiabilidad del Documento

La validez según Hurtado (1998) es “el grado en que el instrumento realmente mide las variables que pretenden medir” (p.414)

Al respecto, atendiendo a las exigencias metodológicas, el instrumento fue sometido a una validación de contenidos a través de juicios de expertos, para determinar el grado en que los ítem son una muestra significativa de todo el contenido a medir y representan los objetivos e indicadores del estudio. Se le solicitó revisar cada ítem y seleccionar su opinión entre las siguientes alternativas; dejar, modificar, eliminar, e incluir pregunta. Las recomendaciones del juicio de expertos, permitieron estructurar el instrumento definitivo, aplicado a los sujetos del estudio.

Por otra parte, la confiabilidad del instrumento permite conocer la consistencia interna, para determinarla se aplicó una prueba piloto a un grado de diez (10) familiares de los enfermos esquizofrénicos no pertenecientes a la muestra, con características similares a la población en

estudio con el fin de determinar el grado de homogeneidad de las respuestas emitidas, se calculó el coeficiente de confiabilidad a través de la fórmula estadística.

Confiabilidad

Una vez que se realizó la selección del cuestionario y de haber definido el estudio, se procedió a establecer la confiabilidad, mediante el análisis de las dimensiones e indicadores para medir el rango de estabilidad del cuestionario en su aplicación.

Dentro de esta perspectiva Hernández Sampieri, R.- Fernández Collado, C. - Baptista Lucio, P. (1998), sostienen que: "La confiabilidad de un cuestionario de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados» (p. 242). Para determinar la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a (10) individuos representantes de la población en condiciones similares que no formaron parte de la muestra.

Para efectuar el cálculo de la confiabilidad de un cuestionario existen infinidad de fórmulas que generan coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, siendo "0" una confiabilidad nula y 1 una confiabilidad máxima, mientras más se acerca el valor a cero más factible es el error en la medición.

A efectos de esta investigación se concluyó utilizar el Coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson (KR20), utilizado para escalas dicotómicas (Sí – No) administración de una única prueba el cual emplea información fácil de obtener y cuya fórmula es:

$$K_{R20} = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum p * q}{S^2 t} \right]$$

Donde:

K_{R20} = Coeficiente de confiabilidad Kurder Richardson

K = Número de ítems

p = Proporción respuestas correctas

q = Proporción respuestas incorrectas

$S^2 t$ = Varianza de los porcentajes de la prueba

Los resultados se interpretaron de acuerdo con el siguiente cuadro de relación:

Tabla. Escala de Confiabilidad

ESCALA	CATEGORÍA
0 – 0,20	Muy Baja
0,21 – 0,40	Baja
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Alta
0,81 – 1	Muy Alta

Fuente: Pérez, G. (1981)

Sustituyendo los resultados obtenidos de la matriz de doble entrada elaborada bajo el programa Microsoft Excel 2003 (ver anexo pag. xx), en el cuestionario:

$$K^{R20} = \frac{20}{20 - 1} \left[1 - \frac{4.07}{19.84} \right]$$

$$\alpha = 1.05 * [1 - 0.205]$$

$$\alpha = 0.83$$

comprobado el valor obtenido de 0.83 por la tabla presentada por Pérez (1981), refleja una confiabilidad "Muy Alta". Según Hernández Sampieri, R. ; Fernández Collado, C. ; Batista Lucio, P. Ya citados, los valores de los índices de confiabilidad de estos resultados son muy satisfactorios, lo que confirma que de ser aplicado el cuestionario en otros grupos los resultados serian similares por que la confiabilidad sobre pasa el 60% en todos los casos.

Procedimiento de la Investigación

La investigación se realizo en cuatro (4) etapas las cuales se especifican a continuación:

Etapla documental: se realizo a través de los métodos de análisis conceptual de las investigaciones o trabajos realizados con la problemática planteada. Se cumplió a través de: recopilación bibliográfica de diferentes fuentes, análisis conceptual de marco teórico de la investigación, síntesis de antecedentes relacionados con la situación problemática, elaboración de la parte metodológica de la investigación incluyendo el cuestionario y el instrumento de validación.

Etapla de campo: consistió en trabajo de campo, permitió extraer la información requerida de manera directa de la realidad. Se solicito ante la dirección, administración y departamento de enfermería del Sanatorio Mental

Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy el listado de enfermos con esquizofrenia, familiares y personal de enfermería, luego se emitió una comunicación convocatoria a los familiares de los enfermos para la aplicación del instrumento, el cual se valió a través del juicio de expertos una vez redactada la versión final del mismo se aplicó a los sujetos de estudios.

Etapa analítica: en esta fase se establecieron los criterios de evaluación, tabulación y análisis de la información, utilizando los métodos de la estadística descriptiva. Se tabularon los datos en cuadros de frecuencia y porcentaje por cada uno de los ítem que conformaron el instrumento. Se analizaron e interpretaron los resultados utilizando una escala de interpretación porcentual y se compararon con las investigaciones a fines consultadas. Se elaboraron las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los resultados obtenidos.

Etapa proyectiva: en esta fase se revisó la bibliografía relacionada con la problemática planteada y se diseñó el programa educativo dirigido a orientar a los familiares de los enfermos con esquizofrenia en el hogar en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy señalando: justificación e importancia, objetivos, factibilidad y estructura (recursos, costos y plan de acción).

Técnicas de Análisis de los Datos

Una vez recopilada la información, se procedió la codificación y análisis de los datos. Se elaboraron las tablas respectivas para ubicar la frecuencia y porcentajes, las cuales facilitaron el análisis e interpretación de los resultados. Las cifras obtenidas se presentan en tablas y en gráficos donde se visualizan los resultados de las respuestas emitidas por los

encuestados, luego se procedió a redactar las conclusiones del estudio diagnóstico.

Análisis e interpretación de los resultados

A continuación se hace una descripción del análisis e interpretación de los resultados obtenidos a través del instrumento, aplicado a los familiares de los enfermos con esquizofrenia en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy.

Tabla No. 01

Distribución de frecuencias y porcentajes de respuestas dadas por los familiares de los enfermos con esquizofrenia de acuerdo al ítem 1 ¿Conoce Usted que es la esquizofrenia?

Ítem 1			
Si		No	
Familiares	%	Familiares	%
6	20	24	80

Fuente. Instrumento Aplicado (2004)

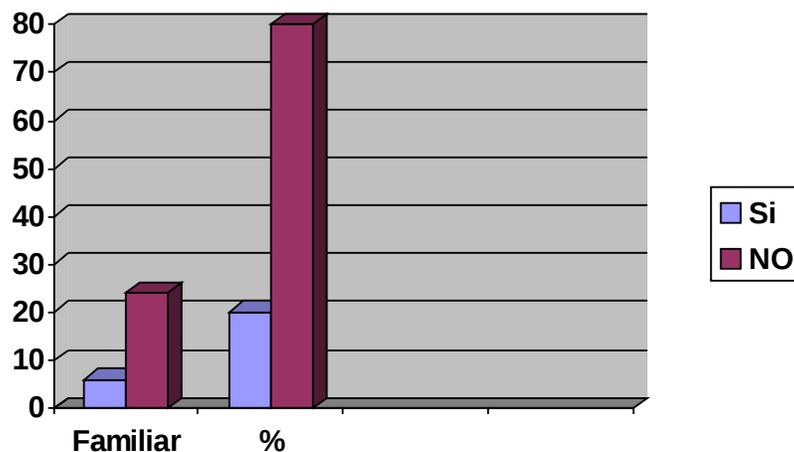


Grafico No. 01 ¿Conoce Ud. que la Esquizofrenia?

De acuerdo a los resultados obtenidos en cuanto al conocimiento de la esquizofrenia el 80% de la muestra manifiesta no tener conocimiento y el 20% refiere tener conocimiento. Situación que refleja el déficit de conocimiento por parte de los familiares lo que refleja la necesidad de recibir una orientación adecuada y efectiva.

Tabla No. 02

Distribución de frecuencias y porcentajes según respuestas dadas por lo familiares de los enfermos con esquizofrenia de acuerdo a el ítem 2 ¿Tiene conocimiento acerca de las causas que originan la esquizofrenia?

Ítem 2			
Si		No	
Familiares	%	Familiares	%
16	53,3	14	46,6

Fuente. Instrumento Aplicado (2004)

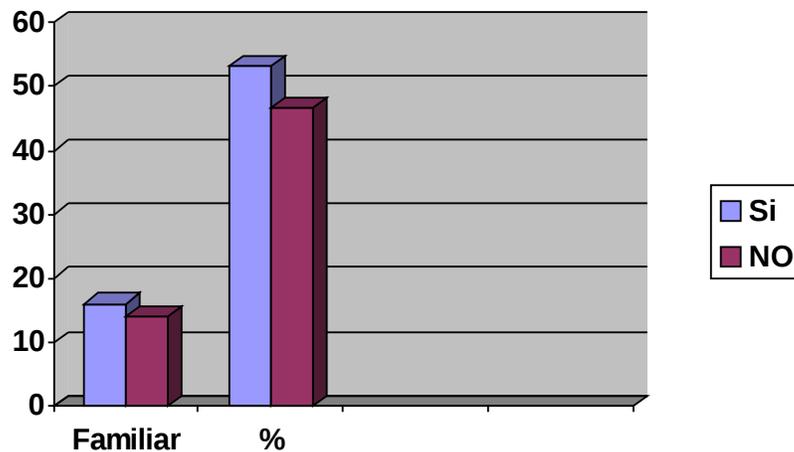


Grafico No. 02 ¿Conocimientos acerca de las causas que originan la Esquizofrenia?

De acuerdo a los resultados de este ítem en cuanto al conocimiento de las causas que originan la esquizofrenia se obtiene que el 53,3% refieren tener conocimiento de las causas y el 46,6% que no lo tienen. Ello demuestra que casi la mitad de la población necesita recibir orientación afirmando así la necesidad del programa educativo planteado.

Tabla No. 03

Distribución de frecuencias y porcentajes según respuestas dadas por lo familiares de los enfermos con esquizofrenia de acuerdo a el ítem 3 ¿Sabe cuales son los signos y síntomas que presenta esquizofrenia?

Ítem 3			
Si		No	
Familiares	%	Familiares	%
15	50	15	50

Fuente. Instrumento Aplicado (2004)

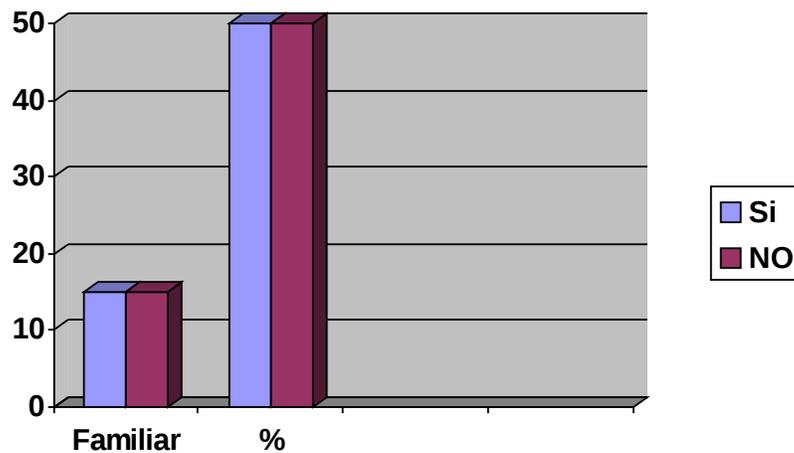


Grafico No. 03 ¿Sabe usted cuales son las manifestaciones de los pacientes con esquizofrenia?

De acuerdo a los resultados del ítem Sabe cuales son los signos y síntomas que presenta esquizofrenia se observa que existe una igualdad de proporción de 50% entre el Si y No, situación que puede obedecer a la experiencia vivida con su familiar mas que a la orientación recibida.

Tabla No. 04

Distribución de frecuencias y porcentajes según respuestas dadas por lo familiares de los enfermos con esquizofrenia de acuerdo a el ítem 4 ¿Conoce cuales son los factores que influyen en la aparición de la enfermedad?

Ítem 4			
Si		No	
Familiares	%	Familiares	%
17	56,6	13	43,3

Fuente. Instrumento Aplicado (2004)

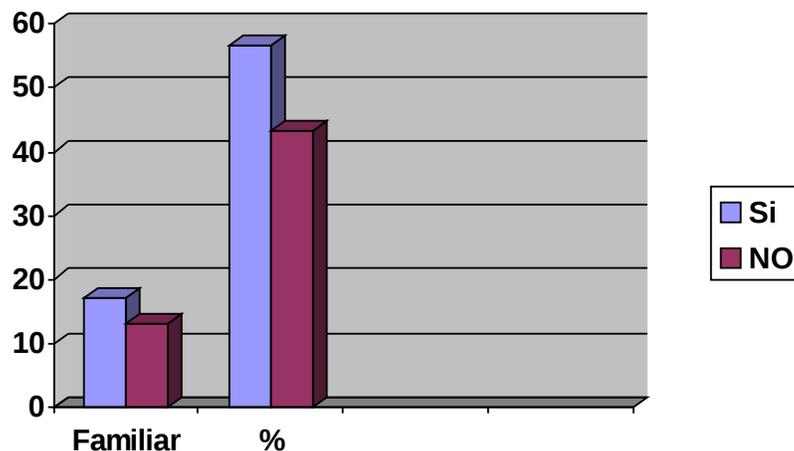


Grafico No. 04 ¿Conoce cuales son los factores que influyen en la aparición de la enfermedad?

De acuerdo a los resultados de este ítem Conoce cuales son los factores que influyen en la aparición de la enfermedad se observa que el 56,6% de la muestra manifestaron tener saber cuales son los factores que influyen y el 43,3% no tienen información. Este resultado pudiese relacionarse con el de la tabla No. 02

Tabla No. 05

Distribución de frecuencias y porcentajes según respuestas dadas por lo familiares de los enfermos con esquizofrenia de acuerdo a el ítem 5 ¿Le han hablado sobre los tipos de esquizofrenias que se puedan presentar?

Ítem 5			
Si		No	
Familiares	%	Familiares	%
5	16,6	25	83,3

Fuente. Instrumento Aplicado (2004)

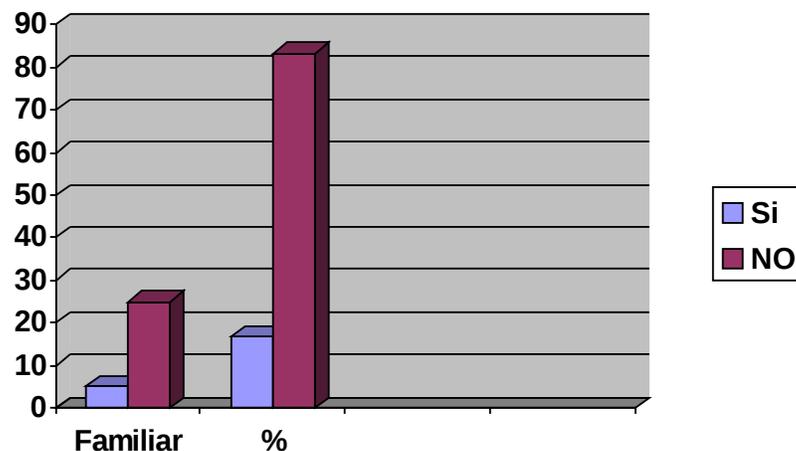


Grafico No. 05 ¿Le han hablado sobre los tipos de esquizofrenias que se puedan presentar?

La información obtenida acerca de los tipos de esquizofrenias que se pueden presentar; se observar que el mayor porcentaje 83,3% de la muestra manifiesta no tener información y el 16,6% si la tiene. Esto evidencia la falta

de conocimiento que posee el familiar en cuanto a las características y diferencias entre un trastorno y otro, reflejando la necesidad de recibir orientación educativa.

Tabla No. 06

Distribución de frecuencias y porcentajes según respuestas obtenidas de los familiares de los enfermos con esquizofrenia de acuerdo a los conocimientos que poseen en cuanto al tratamiento de la esquizofrenia en el Sanatorio Mental Residencias San Marco Nirgua

Ítem	Si		No	
	Familiares	%	Familiares	%
6	7	23	23	77
7	8	27	22	73
8	4	13	26	87
Media	6	21	24	79

Fuente. Instrumento Aplicado (2004)

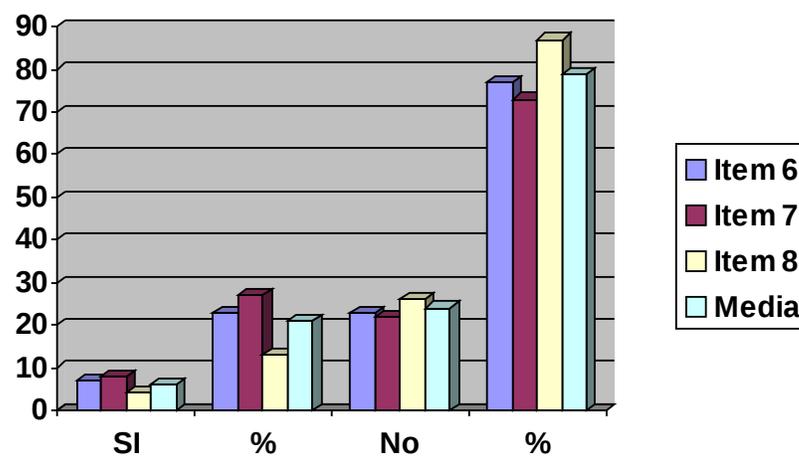


Grafico No. 06 Conocimientos que poseen los familiares en cuanto al tratamiento de la esquizofrenia.

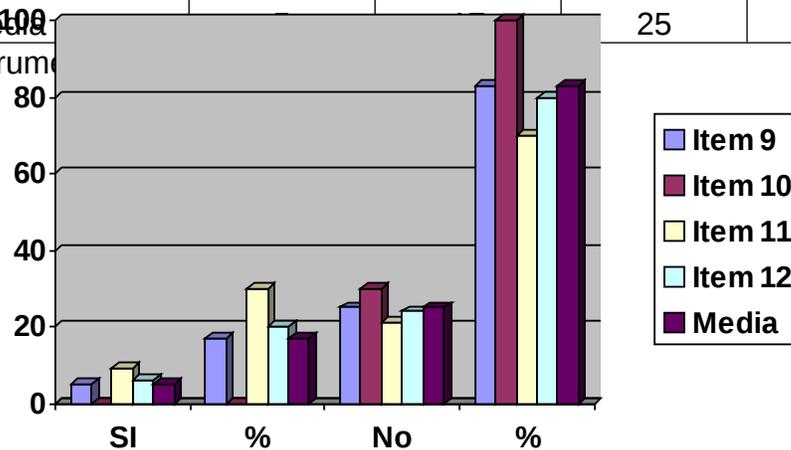
En los resultados obtenidos en la tabla 06 se reflejan la respuestas obtenidas de los familiares en relación al tratamiento de la esquizofrenia; donde se demuestra que el 79% de la muestra no posee información acerca del tratamiento que se cumple, como administrarla, ni los efectos secundarios; mientras que el 21% si posee información. Este resultado evidencia la poca información sobre el tratamiento que poseen los familiares, lo que resulta un obstáculo para el reestablecimiento del enfermo tomando en cuenta que el puntual cumplimiento de los psicofármacos asociados a la participación efectiva en las terapias depende de recuperación y mantenimiento del enfermo esquizofrénico; así como también muestra la necesidad de ser orientado en cuanto a este tópico de importancia.

Tabla No. 07

Distribución de frecuencias y porcentajes según respuestas obtenidas de los familiares de los enfermos con esquizofrenia de acuerdo a los conocimientos que poseen sobre el comportamiento y conductas que pueden presentar el enfermo esquizofrénico.

Ítem	Si		No	
	Familiares	%	Familiares	%
9	5	17	25	83
10	0	0	30	100
11	9	30	21	70
12	6	20	24	80
Media	10	30	25	83

Fuente. Instrumento



**Grafico No. 07 Conocimientos sobre el comportamiento
Y conductas presentadas por el enfermo.**

En cuanto al conocimiento sobre el comportamiento y conductas que pueden presentar el enfermo esquizofrénico los resultados obtenidos de los familiares encuestados muestra que el 83% no tienen ningún conocimiento y el 17% si lo posee. Estos resultados evidencia la escasa información acerca del comportamiento y conductas que pueden presentar los enfermos, lo que no es beneficioso en las relaciones interpersonales ya que el desconocimiento no favorece la comprensión y trato cuando el enfermo asume determinadas conductas, de allí la importancia y necesidad de recibir una buena orientación educativa.

Tabla No. 08

Distribución de frecuencias y porcentajes según respuestas obtenidas de los familiares de los enfermos con esquizofrenia en relación a los cuidados en el hogar.

Ítem	Si		No	
	Familiares	%	Familiares	%
13	8	27	22	73

14	8	27	22	73
15	6	20	24	80
16	7	23	23	77
17	4	13	26	87
Media	7	22	23	78

Fuente. Instrumento Aplicado (2004)

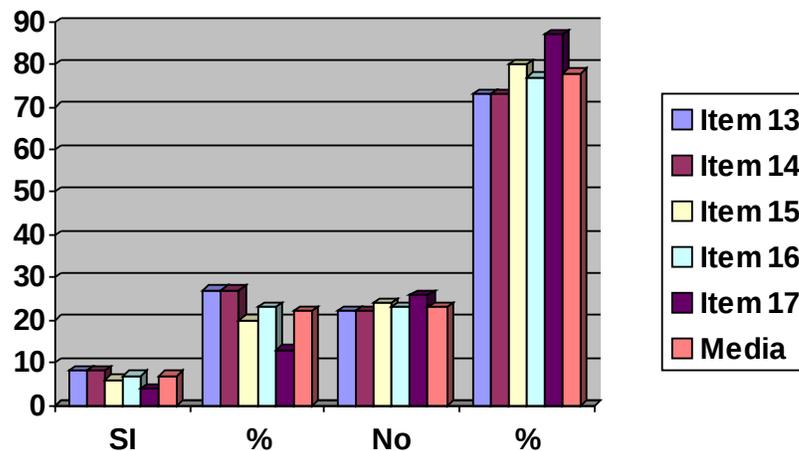


Grafico No. 08 Cuidados del enfermo con esquizofrenia en el hogar.

Los resultados obtenidos en la tabla 09 en relación a los cuidados de los enfermos con esquizofrenia en el hogar muestra que el 78% de los encuestados manifestaron no poseer orientación acerca de estos y 22% si la poseen. Estos resultados demuestran la gran necesidad de que reciban orientación con la finalidad de promover cuidados apropiados al enfermo y disminuir el estrés de los familiares al recibir insumos que le ayuden a manejarlos con mayor y mejor propiedad.

Tabla No. 09

Distribución de frecuencias y porcentajes según respuestas obtenidas de los familiares de los enfermos con esquizofrenia en relación a la importancia de la participación familiar en el tratamiento del enfermo.

Ítem	Si		No	
	Familiares	%	Familiares	%
18	4	13	26	87
19	14	47	16	53
Media	9	30	21	70

Fuente. Instrumento Aplicado (2004)

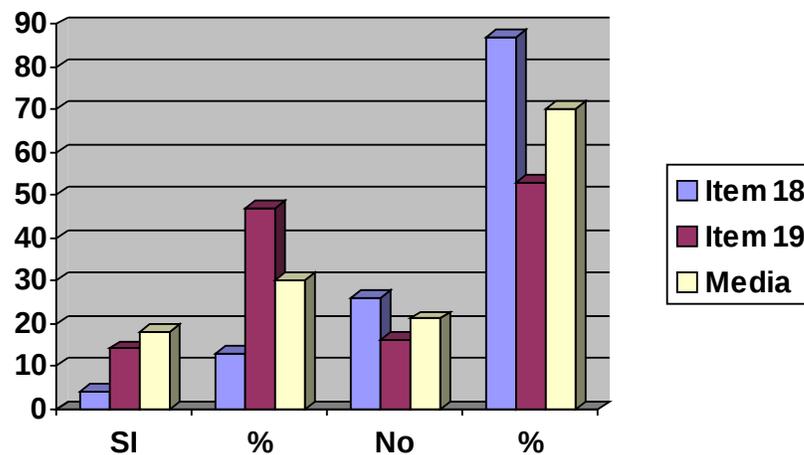


Grafico No. 09 Participación Familiar en el tratamiento del enfermo.

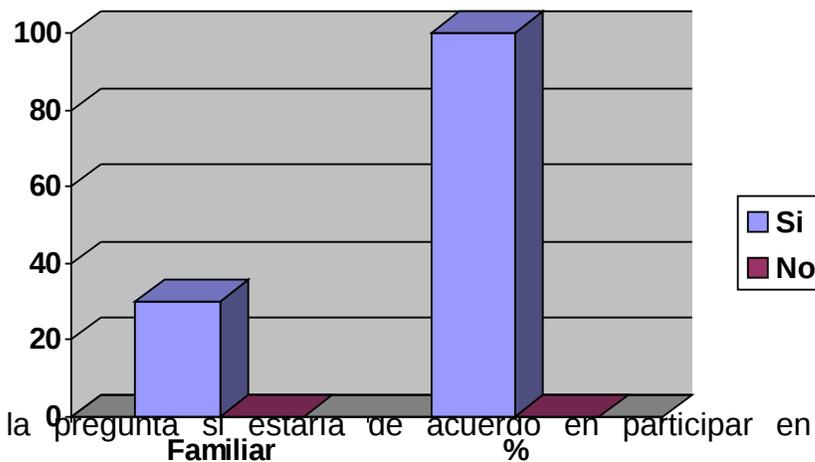
La tabla 09 presenta la distribución de datos en relación a la importancia de la participación familiar en el tratamiento del enfermo donde se observa que el 30% de los encuestados manifestaron tener información de tal importancia, mientras que un 70% indico no saber. Es posible que si tengan la información pero que esperan ser más tomados en cuenta y desean recibir mejor orientación al respecto.

Tabla No. 10

Distribución de frecuencias y porcentajes según respuestas obtenidas de los familiares de los enfermos con esquizofrenia en relación al ítem 20 ¿Le gustaría participar en talleres, reuniones o charlas para recibir orientación acerca de la esquizofrenia y los cuidados que debe proporcionarle al enfermo en el hogar?.

Ítem 20			
Si		No	
Familiares	%	Familiares	%
30	100	0	0

Fuente. Instrumento Aplicado (2004)



En la pregunta si estaría de acuerdo en participar en talleres, reuniones o charlas para recibir orientación acerca de la esquizofrenia y los cuidados que debe proporcionarle al enfermo en el hogar? el 100% de los familiares manifestaron su interés, ánimo y compromiso en este tipo de actividades. La que evidencia la necesidad que sienten por obtener conocimientos que le ayuden y faciliten el manejo, trato y comprensión de su enfermo.

Conclusiones del Estudio Diagnóstico

La atención sanitaria en atención mental y psiquiátrica en la actualidad carece de programas de orientación educativa que promuevan los cambios

que garantizan el mejoramiento de la calidad de los cuidados que se le presten a los enfermos esquizofrénicos.

Existe la disposición de los familiares de los enfermos con esquizofrenia recluidos en el Sanatorio Mental Residencias San Marco en colaborar con la ejecución del programa educativo de orientación el cual es necesario para fortalecer los lazos familiares favoreciendo el desarrollo psicoafectivo personal de cada uno de sus miembros y potenciar las relaciones familiares con acciones efectivas en el cuidado del enfermo.

El programa educativo de orientación que se propone responderá a la necesidad de formar a los familiares de los enfermos con esquizofrenia recluidos en el Sanatorio Mental Residencias San Marco en Nirgua Estado Yaracuy, quienes son los pilares fundamentales como unidad básica de la sociedad en los que recae la educación y el apoyo familiar que permiten un desarrollo psicosocial de cada uno de sus miembros incorporándolos a la sociedad con la visión de ser útiles, productivos, creativos y responsables.

El programa educativo de orientación permite a los familiares de los enfermos con esquizofrenia conocer aspectos teóricos y prácticos acerca de la enfermedad y facilitará las herramientas necesarias para mejorar la calidad de los cuidados que ellos desarrollen.

También el programa debe orientar a los familiares de los enfermos con esquizofrenia sobre, los factores psicosociales que determinan el éxito de la atención y los cuidados pertinentes en este proceso patológico que garanticen una participación efectiva y propiciar el mejoramiento personal en virtud de desarrollar una vida social mas productiva y responsable, todo esto

con la finalidad de prestar mejor atención los aspectos psíquicos de todos y cada uno de los miembros de la esfera familiar.

Fase II Estudio de Factibilidad

Esta fase determino la necesidad de la puesta en marcha del proyecto, la misma permitió saber cuantas personas serán beneficiadas con la ejecución del proyecto, se realizaron los estudios de mercadeo, técnico y financiero. De igual manera se realizo el estudio legal.

Estudio de Mercadeo

Su finalidad es determinar que existe un elevado número de personas interesadas en el proyecto, en el casa del estudio titulado propuesta de un programa educativo dirigido a orientar a la familia en cuanto a los cuidados del enfermo esquizofrenia en el hogar; la demanda de personas es mayor por cuanto el tema estudiado es de particular interés para cualquier persona, que desee tener conocimiento sobre la enfermedad mental considerando que estadísticamente la incidencia presenta cada vez un considerable aumento.

El tema en estudio viene a representar el producto en mercadeo siendo este de poca oferta, esto significa que actualmente ningún autor a escrito o desarrollado un manual, modulo o programa educativo dirigido en especial al área de enfermería.

El estudio de mercadeo evidencio la existencia de un numero considerable de familiares de los enfermos con esquizofrenia recluidos en el Sanatorio Mental Residencias San Marco en Nirgua Estado Yaracuy, que dadas las condiciones presentan la necesidad de ser orientados en aspectos generales concernientes a la esquizofrenia como patología y los cuidados

que deben prestársele al enfermo esquizofrénico en el hogar a su salida de permiso temporal y alta transitoria o definitiva por lo que se justifica la puesta en marcha del programa.

El producto principal: lo constituyen los familiares de los enfermos esquizofrénicos que están recluidos en el Sanatorio Mental Residencias San Marco en Nirgua Estado Yaracuy.

El producto secundario: esta constituido por los enfermos esquizofrénicos recluidos en el Sanatorio Mental Residencias San Marco en Nirgua Estado Yaracuy.

El producto terciario: esta constituido por los estudiantes de enfermería y otras personas interesadas en el proyecto y comunidad en general.

El área de mercadeo en términos técnicos comprende la demanda y la oferta; siendo la primera el grupo de personas que solicitan o quieren el producto (el programa educativo). La oferta representada en los investigadores, organismos o instituciones que diseñen el producto (el investigador).

Comportamiento de la Oferta

Situación actual de la Oferta

En la actualidad la oferta esta representada por la instituciones capacitadas para diseñar manuales o programas enfocados en el cuidados de los enfermos con alteraciones mentales o esquizofrenicas (consultas

psiquiátricas, hospitales psiquiátricos, asociaciones tales como el centro de atención al esquizofrénico y la familia (ATESFAM), cuerpo de bomberos, policía, hospitales generales u organismos gubernamentales que dirijan sus programas a la atención de la familia y la salud mental) estos se han manifestados como entes positivos obviando el interés por presentar alternativas de capacitación en el personal sanitario para la intervención participativa de orientar a los familiares de los enfermos esquizofrénicos en relación a la patología en general y el cuidado que deben mantenerle en el hogar para fomentar y propiciar de manera efectiva su reincorporación social estable y segura.

Situación futura de la Oferta

En la presentación de este programa se enmarca un precedente que sirva de basamento para otras investigaciones de la misma índole, estimándose que existirá una oferta mayor en manuales y programas dirigidos a satisfacer las necesidades educativas de las personas con familiares que atraviesan una enfermedad mental lo que es de gran importancia para el personal de enfermería y público en general.

Comportamiento de la Demanda

Situación actual de la Demanda

En la actualidad existe un alto número de personas interesadas por el producto (programa educativo de orientación), pues como ya sea ha explicado en los párrafos anteriores la oferta de estos sistemas de orientación son escasos, y la incidencia de enfermos con problemas mentales asciende a medida que crece más la población general, por lo que la cantidad de personas con miembros en su familia con este tipo de

enfermedad se eleva considerablemente, y además considerando la existencia de otras personas que ameritan de esta información como lo es la población de enfermería, otros profesionales o población en general que deseen aprender sobre las enfermedades mentales, a incrementando la necesidad de que exista alguna especie de texto que pueda brindar información y apoyo, que a su vez ayude a la persona a comprender más la patología de esta enfermedad.

Situación futura de la Demanda

El desarrollo del programa a las persona interesadas facilitará la disposición de un conjunto de conocimientos y mecanismos que permitan una mejor comprensión y trato a las personas con padecimientos mentales y que y que el actualidad no se emplean, habitualmente en la atención a la población o a los individuos afectados.

Estudio Técnico

Este estudio permitió demostrar la viabilidad técnica del proyecto el cual se justifica por ser una alternativa que se ajusta a los criterios de optimización en cuanto al entrenamiento de los familiares de los enfermos con esquizofrenia en cuanto a los cuidados que debe prestarle en el hogar en el Sanatorio Mental Residencias San Marco en Nirgua Estado Yaracuy. Este estudio se cumplió a través de las siguientes etapas: tamaño del proyecto, factores condicionantes, proceso de transformación, localización, organización y plan de ejecución.

Tamaño del Proyecto

Tamaño del Proyecto: por las características y la relevancia de este proyecto se puede considerar como un macro proyecto debido a que se puede desarrollar en instituciones como: consulta psiquiátricas, publicas y privadas, hospitales psiquiátricos, asociaciones de atención al enfermo con esquizofrenia y su familia, hospitales generales en los cuales funcione el programa de salud mental y enfermedades psiquiátricas, cuerpo de bomberos, policías y comunidades y un estimado de personas que puedan ascender a cien.

Capacidad del proyecto: existe un estimado cuantioso de personas que requieren el proyecto, pues el mismo se puede desarrollar en cualquier organización.

Factores Condicionantes

Factores condicionantes del tamaño: el proyecto a sido diseño para preparar el personal de enfermería del área psiquiátrica, por lo cual el proyecto se desarrollará dentro del Sanatorio Mental Residencias san Marco centro psiquiátrico de referencia nacional.

Tamaño del mercado: inicialmente el programa atenderá a treinta (30) familiares de enfermos esquizofrénicos del sanatorio mental, matrícula ubicada dentro de un mercado cautivo con un posible crecimiento hacia los miembros de otras instituciones sanitarias interesadas en disponer del programa educativo de orientación.

Capacidad de financiamiento: en razón que el proyecto se aplicará en las instalaciones del Sanatorio Mental Residencias San Marco en Nirgua Estado Yaracuy, se contó con el apoyo estricto de dirección de esta institución en cuanto al financiamiento del programa, ya que este no requiere de un cuantioso presupuesto siendo financieramente viable la extensión de este programa en otros centros o instituciones de salud dependerá de la decisión que asuman las direcciones y/o administraciones de estos.

Disponibilidad de los recursos materiales y humanos: el recurso humano esta disponible, ya que, se cuenta con el personal medico especializado y de enfermería que esta capacitado para llevar a cabo las actividades requeridas. También se cuenta con los recursos materiales necesarios tales como: infraestructura física en buen estado con disponibilidad de ambientes y equipos.

Problemas de transporte: los participantes del programa no tendrán limitaciones en este aspecto, ya que, es fácil el acceso de transporte hasta el Sanatorio Mental Residencias San Marco estando este ubicado en la autopista Panamericana donde es constante la afluencia de transporte publico.

Problemas institucionales: para la ejecución del proyecto no existen elementos legislativos, políticos, educativos, confrontación de planes o programas que determinen una restricción adicional al tamaño definido en función de los demás factores condicionantes. Por lo tanto, institucionalmente están dadas las condiciones para la implementación del programa en función del tamaño del proyecto, todo esto será posible de acuerdo a la disposición de las autoridades a las cuales se les presentará para su aprobación e implementación.

Capacidad administrativa: la capacidad administrativa esta sujeta a la decisión del programa de salud mental y enfermedades psiquiátricas del Instituto Autónomo de la Salud (PROSALUD) Yaracuy, la cual cuenta con la experiencia necesaria para la administración del programa de esta índole.

Proceso de transformación: implica que las autoridades del centro psiquiátrico desarrolle un plan de acción para dotar la estructura y el material necesario que se requiera para la actividad del programa educativo para orientar a los familiares del enfermo con esquizofrenia en forma permanente.

Descripción del proceso de transformación: para lograr la transformación del insumo principal se hace necesario que las enfermeras adquieran una serie de conocimientos y habilidades en la atención y orientación de los familiares del enfermo con esquizofrenia para su participación efectiva y que las incorpore en su trabajo diario con la finalidad de mejorar las destrezas.

Flujograma de Proceso de Transformación

Estado Inicial	Proceso de Transformación	Estado Final
<p>Insumos Principales</p> <p>Personal de enfermería del sanatorio mental, consultas psiquiátricas y hospitales generales.</p>	<p>Proceso</p> <p>Talleres sobre: esquizofrenia, comportamiento y conductas negativas del esquizofrénico, cuidados del enfermo con esquizofrenia en el hogar.</p>	<p>Producto Principal</p> <p>Directivos de los centros de salud, enfermeras entrenadas para crear y sostener un sistema coordinado de trabajo diario con el propósito de mejorar la atención sanitaria que coadyuve a desarrollar la promoción de salud que satisfaga las necesidades del entorno.</p>
<p>Insumos Secundarios</p> <p>Personal de enfermería capacitado en psiquiatría y médicos capacitados en el área psiquiátrica.</p>	<p>Equipo Material</p> <p>Ambiente propicio, retroproyectores, laminas de acetato, rotafolió, material impreso, bibliografía, televisores, reproductor de videos, cd's, equipos de audio, etc.</p>	<p>Producto Secundario</p> <p>Enfermos con esquizofrenia y familiares quienes optimizarán su desenvolvimiento social mediante la obtención de conocimientos científicos y prácticos que ayudaran a minimizar en gran medida el estrés y estigmatización social.</p>
<p>Insumos Terciarios</p> <p>Otros organismos interesados en este programa.</p>	<p>Material Humano</p> <p>Médicos especialistas en psiquiatría, estudiantes de enfermería, enfermeras, directivos interesados,</p>	<p>Producto Terciario</p> <p>Enfermos con esquizofrenia y familiares recibiendo una atención y cuidados de salud de mejor calidad.</p>

Localización del Proyecto

Macrolocalización: el proyecto se ubica en el estado Yaracuy.

Microlocalización: el proyecto será ejecutado como prueba piloto en el Sanatorio Mental Residencias San Marco ubicado en la población de Nirgua Estado Yaracuy.

Obra física: no procede ya que solo realizara la propuesta y otras personas interesadas en poner en practica el proyecto decidirán todo lo que se puede utilizar para comercializar dicho diseño.

Organización del Proyecto

Organización para la formulación: la idea de diseñar un programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia en el hogar; surge por que en la actualidad el personal de enfermería no ha recibido capacitación en relación a su participación docente para facilitar la orientación e información a los familiares con enfermos que padezcan algún trastorno psiquiátrico.

Partiendo del principio educativo surge la idea de diseñar este proyecto con el propósito de contribuir con la capacitación del personal de enfermería al ofrecerle herramientas que le permitan mejorar la calidad de atención y vida de los enfermos con esquizofrenia y sus familiares.

El estudio se realizo en tres fases: diagnóstico, factibilidad y diseño. Primeramente para dar forma a la idea se consulta profesores especialistas en proyectos factibles, en psiquiatría tanto de medicina como de enfermería,

posteriormente se procedió a la realización del estudio diagnóstico, el consiguiente estudio de factibilidad y finalmente se diseñó el programa.

Organización para la operacionalización: esto queda de parte de la organización encargada de ejecutar el proyecto.

Conclusiones del Estudio de Mercadeo

Una vez realizado el estudio de mercadeo se concluye que, el proyecto es factible por cuanto existe un número suficiente, de inicialmente treinta (30) familiares de enfermos con esquizofrenia que demanda la implementación del programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar del Sanatorio Mental Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy. En consecuencia, la demanda justifica el programa planteado. Así mismo se demostró que existe una oferta que satisface los requerimientos de dicha demanda y se evidencia la disposición de los familiares de participar en el programa, se aspira que en razón de la capacidad de la vida útil del proyecto se pueda atender la demanda futura según el comportamiento de ésta.

Estudio Financiero

Este estudio permitió establecer las formas de obtener los recursos financieros necesarios para cubrir los costos del proyecto. Partiendo del análisis de costos se determinaron las necesidades de financiamiento y en consecuencia se comprobó la viabilidad financiera.

Análisis de costos

Los recursos necesarios para la implementación del programa se obtendrán a través de la Dirección del Sanatorio Mental residencias San Marcos, en vista de que esta institución cuenta con diversos recursos tales como: médicos y licenciadas en enfermería especialistas en psiquiatría, personal de enfermería entrenado en la temática, personal administrativo y obrero. En el Sanatorio Mental Residencias San Marcos existen los ambientes requeridos para el desarrollo del programa y los recursos materiales como son: pizarrones, retroproyectores, equipo audio visual, sillas y otros.

Costos por Recursos Humanos

El personal capacitado para el desarrollo y puesta en practica del proyecto no genera costo adicional, por el contrario manifiestan realizarlo a modo de colaboración, ya que esto promueve la educación continua en servicios.

Costos por Recursos Materiales

Cantidad	Descripción	Costo Unit.	Total
1	Retroproyectores	300.000	300.000
40	Laminas de Acetato	800	32.000
1	Reproductor	80.000	80.000
6	cd's	2.000	12.000
1	Resma de papel bond	8.000	8.000
10	Marcadores	800	8.000
1	Borrador	1.000	1.000
100	Material impreso	70	7.000
2	Cintas de video	8.000	16.000
1	Vhs	180.000	180.000
1	Televisor	200.000	200.000

Necesidades totales de capital: considerando como marco de referencia el análisis de costos se considera suficiente para adquirir los recursos materiales y humanos necesarios para la ejecución del programa.

Capital disponible: para el desarrollo de este proyecto se cuenta con un capital disponible de bolívares 839.000,00 provenientes del aporte institucional, en consecuencia no se requiere de un recurso adicional ya que este es financieramente accesible y no causa desequilibrio económico a la institución puesto que esta cuenta con la mayoría de los recursos necesarios.

Capital requerido: no se hace necesario el requerimiento de un aporte adicional ya que los recursos necesarios para asegurar la puesta en marcha del programa fueron asegurados y de fácil adquisición por la Dirección del Sanatorio Mental Residencias San Marcos.

Programa de financiamiento: las necesidades de capital serán cubiertas por financiamiento interno, lo cual permitirá cubrir los recursos financieros requeridos.

Conclusión del Estudio Financiero

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio financiero se puede afirmar que es factible la implementación del programa planteado. Por ser un proyecto de tipo social, los gastos indicados serán cubiertos de forma gentil por la Dirección del Sanatorio Mental Residencias San Marcos y los participantes en colaboración con las autoras de la investigación, evidentemente que el beneficio cualitativo que se logrará en los participantes contribuirá en la calidad de los cuidados del enfermo esquizofrénico en el

hogar y las familias con parientes recluidos en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy.

Fase III Diseño del Proyecto

Formulación de la Propuesta Educativa

Presentación del Programa

Los enfermos con trastornos esquizofrénicos presentan un patrón de pérdida profunda o disminución del contacto con la realidad que disminuye de forma importante las relaciones sociales e interpersonales y existe una menor capacidad productiva. Cuando estos enfermos ingresan a un hospital o clínica, con frecuencia presentan temor o recelo; al ingresar al establecimiento para recibir tratamiento, la enfermera y demás personal de atención tiene la necesidad de establecer una relación de confianza con el enfermo y sus familiares en la cual debe fomentar estrategias informativas y de orientación que hagan comprender que estos enfermos al igual que los enfermos con diabetes y otros procedimientos crónicos, necesitan servicios de salud de apoyo continuo. Así como también es importante que comprendan los síntomas y trastornos de conducta para que tengan el conocimiento y entiendan el porque de su pérdida de disminución del contacto con la realidad, la reducción en las relaciones personales e interpersonales y la discapacidad productiva; y de esta manera sea minimizado el estrés familiar que esto produce.

De la misma forma informarle que en la actualidad muchos de estos enfermos se reestablecen a ciertos niveles de desempeño retornando a sus ocupaciones anteriores; otros a una personalidad mas cómoda pero

reducción de la capacidad para el trabajo y muchos regresan a su casa o a un ambiente con supervisión y protección.

Todo esto va a depender de una intervención temprana exitosa en la que se establezcan relaciones provechosas entre los del equipo sanitario, el enfermo y los familiares durante el periodo de hospitalización. Los familiares son personas importantes que pueden ser de gran ayuda para el reestablecimiento y reinserción social del enfermo, informándoles y preparándoles para reconocer comportamientos inadecuados antes de que produzcan episodios críticos para la vida social del enfermo y su núcleo familiar.

Es por ello, que este estudio refleja la necesidad de tratar a la familia como un sistema social en el cual el enfermo y sus familiares trabajen juntos para obtener más solidez, conducción y apoyo en la autonomía individual de cada uno de sus miembros. Los objetivos de la orientación es ayudar a los familiares a conocer las necesidades del individuo enfermo, reducir o disminuir sus conflictos y ansiedades, establecer relaciones adecuadas, ayudarlos a enfrentarse en forma satisfactoria a los factores estresantes del núcleo familiar y fomentar un clima emocional que proporcione su crecimiento saludable.

Justificación

Dentro del proceso de cambios planteados en el sistema de salud nacional y específicamente en el área de salud mental se está haciendo mucho énfasis en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia con una visión holística de enfermedad y del tratamiento de las personas con esta patología. Las investigaciones actuales sobre la efectividad del tratamiento en la esquizofrenia indican que el mayor beneficio se encuentra asociado con la combinación de la fármaco terapia y la rehabilitación psicosocial con la orientación familiar.

Por otra parte, la educación para la salud es un derecho ciudadano que se encuentra recogida en numerosas organizaciones internacionales entre muchos podemos destacar las recomendaciones del Alma Ata, los objetivos del programa salud para todos en el año 2000, la carta de Ottawa y las diversas reuniones de la organización mundial de la salud encaminadas a tratar aspectos relacionados con el comportamiento sanitario, la promoción de la salud y la formación de personal sanitario. Todas estas instituciones afirman que la educación para la salud constituye experiencias educativas diseñadas para predisponer, capacitar y reforzar adopciones voluntarias de comportamientos individuales y colectivos conducentes a la salud física y mental.

Por tanto, en virtud de lo antes señalado y tomando en cuenta la necesidad de recibir orientación por parte de la familia en cuyo seno existe un enfermo esquizofrénico ya que parece bien fundada la impresión de que, cualquiera que sea la fachada presentada por la familia al observar que se acerca casualmente, y sea o no que los miembros de la familia individualmente considerados, a parte del enfermo esquizofrénico sean

diagnosticados como enfermos, la familia misma, como unidad social tiende a constituir una familia enferma hasta tanto no se utilicen estrategias de orientación y afrontamiento individual para cada, uno de sus miembros.

En este sentido, el presente programa pretende satisfacer las necesidades de orientación educativa en los familiares de los enfermo esquizofrénicos recluidos en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy, para que estos puedan utilizar con mayor eficiencia y eficaz comunicación, motivar al núcleo familiar a destacarse como participantes activos en el desarrollo y crecimiento psicosocial de su familia propiciando conductas responsables y el fortalecimiento del autoestima familiar ante las exigencias sociales. En consecuencia el programa propiciara el éxito del afrontamiento familiar contribuyendo a minimizar en gran medida la estigmatización social del enfermo y de su familia.

Visto de esta forma, este trabajo pudiera beneficiar a otras instituciones sanitarias del estado Yaracuy, se aspira que el programa sea conocido por las autoridades locales y regionales y sirva de referencias para futuras investigaciones relacionadas con la problemática planteada.

Objetivo General

Orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar del Sanatorio Mental Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy.

Objetivos Específicos

1.- Informar a la familia del diagnóstico de la esquizofrenia, y sus características.

2.- Propiciar la terapia familiar en el marco del desarrollo de la orientación.

3.- Promover estrategias de apoyo emocional y espiritual fomentando la comunicación abierta.

4.- Proporcionar orientación educativa acerca de los comportamientos y conductas negativas del enfermo esquizofrénico.

5.- Orientar al núcleo familiar acerca de los cuidados del enfermo esquizofrénico en el hogar.

Objetivo Terminal

Al finalizar el programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar. Serán capaces de comprender en términos generales la patología e identificar los cuidados que deben prestarles.

Especificaciones Curriculares

Unidad I

1.- Esquizofrenia

❖ Definición

- ❖ Tipos
- ❖ Características
- ❖ Diagnóstico
- ❖ Tratamiento
- ❖ Pronostico

Unidad II

2.- Comportamientos y conductas negativas del enfermo esquizofrénico.

- ❖ Agresividad e Ira
- ❖ Rechazo de los alimentos
- ❖ Hábitos de descanso inadecuados
- ❖ Inseguridad e intento de Suicidio

Unidad III

3.- Cuidados del enfermo esquizofrénico en el hogar

- ❖ Establecer comunicación y crear confianza
- ❖ Aumentar la autoestima
- ❖ Mantener la higiene personal y auto cuidado
- ❖ Fomentar buenos hábitos de descanso
- ❖ Mantener un ambiente de seguridad

Estrategias Metodológicas

- ❖ Exposición oral por parte del personal de enfermería
- ❖ Dinámicas grupales
- ❖ Terapias de interacción y relación

- ❖ Exposición explicativa con argumentos teóricos científicos sobre acciones.

Tiempo de Duración

El programa se desarrollara en tres (3) sesiones, una vez a la semana, 180 minutos cada sesión por tres (3) semanas.

Duración total: 540 minutos

1^{era} Sesión: - Esquizofrenia
- Dinámicas grupales

2^{da} Sesión: - comportamiento y conductas negativas del enfermo con esquizofrenia.
- Terapias de interacción y Relajación

3^{era} Sesión: - Cuidados del enfermo con esquizofrenia en el hogar
- Repaso, Dinámicas y Evaluación
- Despedida

Estructura del programa educativo de orientación propuesto en esta investigación.

Actividad	Contenido	Duración
Jornada de Inducción Taller 1	Unidad I - Esquizofrenia: Definición, Características, Diagnóstico, Tratamiento, Pronostico - Dinámicas grupales	180 minutos
Taller 2	Unidad II - Comportamiento y conductas negativas del enfermo con esquizofrenia - Terapias de interacción y relajación	180 minutos
Taller 3 Último encuentro	Unidad III - Cuidados del enfermo con esquizofrenia en el hogar - Repaso, dinámica y evaluación - Despedida	180 minutos

Facultad de Medicina

Escuela Experimental de Enfermería

Taller inductivo 1 ^{er} Encuentro Duración 180 minutos				
Objetivo terminal: Al finalizar la unidad los familiares estarán en capacidad de verbalizar la definición de esquizofrenia, factores influyentes, etiología, tipos, signos y síntomas, tratamiento.				
Objetivo específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
Al finalizar las actividades de enseñanza-aprendizaje el familiar logrará explicar con sus propias palabras lo referido a la esquizofrenia.	<p>Esquizofrenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición - Factores influyentes - Etiología - Signos y síntomas - Tratamiento Farmacológico (Antipsicóticos) - Auxiliares: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Terapia Electroconvulsiva ❖ Terapia Individual ❖ Terapia Conductista ❖ Terapia de Grupo ❖ Terapia Familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica Grupal “ ¿A que te dedicas?” - Exposición oral - Roll Play - Dramatización: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Imitando los síntomas 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudiantes de enfermería U.C.V - Médicos - Enfermeras <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laminas - Rotafolios - Tripticos 	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnostica -Coevaluación -Auto-Evaluación -Formativa

Universidad central de Venezuela

Facultad de Medicina

Escuela Experimental de Enfermería

Unidad II 2 ^{do} Encuentro Duración 180 minutos				
Objetivo terminal: Al finalizar la unidad los familiares estarán en capacidad de verbalizar el reconocimiento del comportamiento y las conductas del enfermo con esquizofrenia.				
Objetivo específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
Al finalizar las actividades de enseñanza-aprendizaje el familiar logrará explicar con sus propias palabras el reconocimiento del comportamiento y las conductas negativas del enfermo con esquizofrenia.	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento y conductas negativas - Agresividad e Ira - Rechazo de los alimentos - Hábitos de descanso inadecuados - Inseguridad e Intento de Suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica grupal. “un nuevo día” - Exposición oral - Presentación del video realizado a los enfermos “La esperanza de vivir” - Dinámica grupal “La liga del saber” 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estudiantes de enfermería U.C.V - Médicos y Enfermeras <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retroproyector - Laminas. - Rotafolios - Trípticos - Hojas blancas y lápices - Televisor y Vhs 	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnostica -Coevaluación -Auto-Evaluación -Formativa

Universidad central de Venezuela

Facultad de Medicina

Escuela Experimental de Enfermería

Unidad III 3 ^{er} Encuentro Duración 180 minutos				
Objetivo terminal: Al finalizar la unidad los familiares estarán en capacidad de verbalizar los cuidados que deben prestar al enfermo con esquizofrenia en el hogar.				
Objetivo específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
Al finalizar las actividades de enseñanza-aprendizaje el familiar logrará explicar con sus propias palabras el reconocimiento los cuidados que deben prestar al enfermo con esquizofrenia en el hogar.	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer comunicación y crear confianza - Aumentar la autoestima - Mantener su higiene personal y autocuidado - Fomentar buenos hábitos de descanso - Mantener un ambiente de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica grupal “Armonía para el aprendizaje” - Exposición oral explicativa con argumentos teóricos científicos. - Dinámica Grupal “Buenos deseos” 	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> - estudiantes de enfermería U.C.V - Médicos y Enfermeras Materiales: <ul style="list-style-type: none"> - Retroproyector - Laminas. - Rotafolios - Trípticos - Hojas blancas y lápices - Reproductor y Cd's 	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnostica -Coevaluación -Auto-Evaluación -Formativa

Explicación de la Estrategia para el Facilitador

Taller Inductivo 1^{er} encuentro

1^{era} Estrategia: ¿A que te dedicas?

Objetivo: presentación de los participantes al inicio del taller.

Descripción de la Estrategia: se trata de una estrategia que invita a los participantes a conocerse entre sí.

Instrucciones:

- ❖ El facilitador dice a los participantes que el objetivo de esta dinámica es presentarse cada uno para conocer su nombre y a que se dedica.
- ❖ Una vez que los participantes se hallan sentado, se turnaran para levantarse y presentarse.

Tiempo de duración 30 minutos.

2^{da} Estrategia: Exposición Oral.

Objetivo: que los participantes logren conocer que es la esquizofrenia, etiología, signos y síntomas, factores influyentes y tratamiento.

Descripción de la estrategia: consiste en hacer una exposición oral con palabras sencillas y de forma ordenada sobre la esquizofrenia.

Instrucciones:

- ❖ El facilitador hace una breve instrucción del tema que se va a tratar.
- ❖ El facilitador inicia la exposición del tema utilizando el material de apoyo como: laminas, retroproyectors, rotafolios, trípticos, etc.
- ❖ Una vez concluida la exposición, los participantes pueden realizar preguntas y así permitir la libre exposición de ideas y opiniones del grupo.
- ❖ El facilitador presenta un resumen de lo expuesto.

Tiempo de duración 90 minutos.

3^{era} Estrategia: “Dramatización imitando los síntomas”

Objetivo: alentar la participación de los miembros del grupo para que expresen sus sentimientos y actitudes sobre la esquizofrenia.

Descripción de la estrategia: consiste en realizar por los participantes una representación teatral de una situación hipotética sobre el tema tratado.

Instrucciones:

- ❖ El facilitador explicara a los miembros del grupo el objetivo de la dinámica.
- ❖ El facilitador debe seleccionar a los participantes que desean participar.
- ❖ Las persona seleccionadas actuarán para el resto del grupo alguna situación previamente elegida.
- ❖ Para un mejor resultado cada participante puede elegir libremente el papel que desee interpretar.
- ❖ El resto del grupo permanecerá atento a lo que ocurre en el foro.
- ❖ Posteriormente a la representación se elaborarán criticas y conclusiones generales.
- ❖ Para finalizar el facilitador realizará la despedida e invitará a los participantes a la segunda parte del taller.

Tiempo de duración 60 minutos.

Unidad II 2^{do} Encuentro

1^{era} Estrategia: Dinámica Grupal “Un nuevo día”

Objetivo: inducir a los participantes a adquirir armonía para la segunda parte del taller.

Descripción de la estrategia: se trata de una estrategia para dar la bienvenida a los participantes para la realización de la segunda parte del taller.

Instrucciones:

- ❖ El facilitador se dirigirá a los participantes dándoles la bienvenida y así crear un clima de armonía.
- ❖ El facilitador invita a los participantes a expresar sus sentimientos.
- ❖ El facilitador explicara brevemente la programación para el desarrollo de la segunda parte del taller.

Tiempo de duración 30 minutos.

2^{da} Estrategia: Exposición Oral

Objetivo: que los participantes logren conocer los comportamientos y conductas negativas del enfermo con esquizofrenia.

Descripción de la estrategia: consiste en realizar una exposición oral con palabras sencillas coherentes y de forma ordenada sobre los comportamientos y conductas negativas del enfermo con esquizofrenia.

Instrucciones:

- ❖ El facilitador realizará una breve introducción del tema a tratar.
- ❖ El facilitador iniciará la exposición del tema utilizando el material de apoyo seleccionado.
- ❖ Al final de la exposición se iniciara el ciclo de preguntas y respuesta entre los participantes y expositores para el intercambio de ideas.
- ❖ Posteriormente el facilitador presentará las conclusiones.

Tiempo de duración 75 minutos.

3^{era} Estrategia: presentación del video realizado a los pacientes “la esperanza de vivir”

Objetivo: dar a conocer la instalaciones donde se encuentran los enfermos para así disminuir el nivel de estrés de los familiares.

Descripción de la estrategia: se basa en la presentación de un video grabado en las instalaciones donde se encuentran los enfermos.

Instrucciones:

- ❖ El facilitador explicará a los participantes el objetivo de la estrategia.
- ❖ El facilitador se ubicará de forma adecuada para presentar el video.
- ❖ Al finalizar la presentación del video los participantes podrán expresar sus inquietudes.
- ❖ El facilitador dará respuestas a dichas inquietudes.

Tiempo de duración 30 minutos.

4^{ta} Estrategia: La liga del saber

Objetivo: reforzar el aprendizaje del tema y evaluar la comprensión del tema.

Descripción de la estrategia: consiste en la participación del grupo a través de preguntas que realizará el facilitador.

Instrucciones:

- ❖ El facilitador debe presentar previamente una serie de preguntas sobre el tema expuesto.
- ❖ El facilitador formará subgrupos según el número de participantes.
- ❖ Se establece el orden de participación de los subgrupos.

- ❖ El facilitador inicia con una de las preguntas que tiene elaboradas.
- ❖ Tendrá que responder el grupo que le corresponda en el orden de participación, teniendo la posibilidad de discutir entre sí las respuestas.
- ❖ Cada subgrupo tiene tiempo limitado para responder de uno a tres minutos.
- ❖ Cada respuesta correcta tiene un valor de dos puntos.
- ❖ En caso que el subgrupo que le corresponda no contestara correctamente, cualquiera de los otros subgrupos (el que lo solicite primero) lo puede hacer y de contestar correctamente se gana un punto.
- ❖ El subgrupo que tenga el mayor número de puntos es el que gana.
- ❖ El facilitador guía un proceso para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

Tiempo de duración 45 minutos.

Unidad III 3^{er} Encuentro

1^{era} Estrategia: Dinámica grupal “Armonía para el aprendizaje”

Objetivo: inducir a los participantes a adquirir armonía para mejorar el aprendizaje (disminuir el nivel de estrés)

Descripción de la estrategia: se trata de una estrategia que invita a los participantes a relajarse, prepararlos para el taller y facilitar el aprendizaje.

Instrucciones:

- ❖ El facilitador solicita a los participantes que se sienten en una silla, en una postura cómoda con la columna recta y apoyando los pies sobre el piso.
- ❖ El facilitador da las siguientes instrucciones a los participantes:
 - Colocar las palmas de sus manos sobre las piernas de manera que las palmas de las manos queden hacia arriba.
 - Cerrar por un momento los ojos y mientras prestar atención a su respiración.
 - Tomar aire y terminar de inhalar hasta contar hasta diez lenta y suavemente; retener el aire mientras cuentas hasta diez.
 - Exhalar el aire hasta contar hasta diez y quedarse sin aire hasta contar hasta diez lenta y suavemente.
 - Repetir el ejercicio varias veces.

-Este ejercicio se puede complementar solicitando a los participantes que repitan, mientras lo realizan una frase corta como me siento muy bien.

- ❖ Utilizar como apoyo un fondo musical que invite a meditar.
- ❖ El facilitador guía un proceso para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

Tiempo de duración 60 minutos.

2^{da} Estrategia: Exposición oral explicativa con argumentos teóricos científicos

Objetivo: lograr que los participantes conozcan más sobre la esquizofrenia.

Descripción de la estrategia: es aquella donde se debe hacer con palabras sencillas para que así los participantes logren conocer sobre la esquizofrenia.

Instrucciones:

- ❖ El facilitador hace una pequeña introducción sobre el tema a tratar.
- ❖ El facilitador debe lograr que los participantes conozcan sobre la esquizofrenia.

- ❖ El facilitador inicia la exposición oral utilizando métodos audio visuales como retroproyector, Trípticos, etc.
- ❖ El facilitador culmina la charla y después debe lograr que los participantes expresen lo que entendieron.
- ❖ El facilitador realice un resumen de todo lo expuesto.

Tiempo de duración 60 minutos.

3^{era} Estrategia: Buenos deseos

Objetivo: dirigida a clausurar de forma emotiva y gratificante el taller.

Descripción de la estrategia: invita a los participantes a expresar un mensaje de despedida y buenos deseos para el resto del grupo.

Instrucciones:

- ❖ Llegado el final del taller el facilitador explicará el objetivo de la dinámica.
- ❖ El facilitador solicita a los participante que dirijan un mensaje de despedida y buenos deseos para el resto del grupo.

- ❖ El mensaje debe estimular el crecimiento de las personas, en ningún caso debe ser negativo.

Tiempo de duración 60 minutos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1.- En la primera fase se detecto que los familiares de los enfermos con esquizofrenia de permiso en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy, requerían de orientación general en cuanto a la esquizofrenia y los cuidados que deben prestarles a estos en el hogar.

2.- A través del estudio de factibilidad, se determino la viabilidad del programa, en vista de que los estudios de mercadeo, técnico y financiero arrojaron resultados favorables con respecto al programa de orientación. Los estudios antes referidos, indican que los familiares de los enfermos esquizofrénicos de permiso en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos en Nirgua Estado Yaracuy, como producto

secundario, poseen las características apropiadas según su estado inicial para recibir el programa educativo de orientación, de igual forma este puede ser a futuro desarrollado por el personal de enfermería de otras instituciones sanitarias similares y de atención general.

3.- El programa tiene como propósito ofrecer a los enfermos la orientación educativa y destacar la responsabilidad de los familiares de los enfermos esquizofrénico desde el punto de vista de su participación efectiva en el desarrollo de los procesos de adaptación psicosocial de los enfermos en su reinserción a la sociedad.

4.- Al diseñar el programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia en el hogar se instrumentaron todos los elementos y factores que conforman la estructura del mismo refiriendo la temática a tópicos de interés y de importancia para los familiares.

Recomendaciones

Las conclusiones expuestas anteriormente y los resultados obtenidos durante el desarrollo del presente trabajo de investigación, aportan los elementos esenciales de manera de plasmar una serie de reflexiones para que sean tomadas en cuenta por diversos individuos e instituciones que estén necesitadas en recibir un programa educativo de orientación referido a la atención y cuidados de salud de tanto interés e importancia para la población en general.

1.- Divulgar los resultados obtenidos en la presente investigación a los organismos competentes e interesados como: instituciones de atención psiquiátrica, consultas psiquiátricas, asociaciones de ayuda al enfermo esquizofrénico y familia; con la finalidad de dar a conocer la problemática y limitaciones de conocimiento de estos familiares y sean considerado como puntos de referencias para indagar la condición informativa de familiares y enfermos en instituciones de similar características.

2.- Incentivar al personal de enfermería para que continúe con la orientación educativa a los familiares de enfermos esquizofrénicos de manera que persista en ellos el deseo de participar en el programa educativo de orientación, considerando que la enseñanza en enfermería debe estar centrada en dar respuesta a todas aquellas interrogantes que surjan promoviendo mayor contribución a los cuidados de salud.

3.- Se sugiere a las autoridades sanitarias locales y regionales, establecer los mecanismos pertinentes para que el presente trabajo de investigación sea revisado periódicamente de manera de controlar las variables de demanda del programa y las variables que inciden en el costo de la implementación del mismo.

4.- Se recomienda a las autoridades sanitarias locales y regionales, tomar en consideración el presente trabajo de investigación e implementarlo a la mayor brevedad posible; como respuesta a la imperiosa necesidad que tiene los familiares de enfermos esquizofrénicos de recibir orientación educativa en relación a la

esquizofrenia, cuidados de enfermo esquizofrénico en el hogar además de recibir apoyo psicoespiritual que les ayude a disminuir el estrés y la estigmatización social.

BIBLIOGRAFÍA

Arias G, Fernando (1999). Introducción a la Técnica de Investigación en Ciencia de la Administración y el Comportamiento, Editorial Trillas México.

Cook, S y Fontaine, K. (1993). Fundamentos Esenciales de Enfermería en Salud Mental, Segunda Edición Interamericana Mc Graw Hill, Madrid – España

Delgado, Maria y Perdomo (2004). Orientación Educativa que Brinda el personal de Enfermería a los familiares de Enfermos Esquizofrénicos. Tesis de Grado U.C.V Escuela Experimental de Enfermería.

Diario Salud, Tratamiento Psicosociales en Esquizofrenia. En línea www.google.com, fecha de consulta octubre 2004.

Díaz M, Mórals Z (2000). Propuesta de un Programa de Orientación Dirigido a los Padres sobre los Problemas de Salud que pueden Influir en el Rendimiento Académico del Escolar. Tesis de Grados, U.C.V Escuela Experimental de Enfermería.

Glen, G. (2002). Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica, Editorial Médica Panamericana S,A., Buenos Aires – Argentina.

Guzmán Machado, A. (1992) Manual de Psiquiatría, 1^{era} Edición Disinlimed C.A., Caracas.

Hernández S. Roberto (2003). Metodología de la Investigación, 3^{era} Edición Mc Graw Hill, México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Batista Lucio, Pilar (1998), Metodología de la Investigación, 1era Edición Mc Graw Hill Interamericana, México.

Howard H. Goldman (1994), Psiquiatría General Manual Moderno, 3^{era} Edición, D.F. México – Santa Fé de Bogota.

Hurtado, J (1998), Metodología de la Investigación Holística, Ediciones Sypal 1^{era} Edición, Caracas.

Iciarte, Javieri (1998) Conocer el Funcionamiento de la Familia en los cuales uno de sus Miembros es un Enfermo Mental Orgánico en el Centro de Salud Mental Norte Césame.

Isaacs Ann (1998) Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, 2da Edición Mc Graw Hill, Madrid – España.

Kold L y Brodi K (1995), Psiquiatría Clínica, 10ma Edición Interamericana Mc Graw Hill, México.

Kossier B, Erb G. y Bufalino P (1994), Fundamentos de Enfermería, Interamericana Mc Graw Hill, México.

Kossier B, Erb G. Y Blais, K (1995), Conceptos y Temas de la Práctica de Enfermería, México.

Kyes J; Hoflina Ch. (1997), Enfermería Psiquiátrica, 3^{era} Edición Mc Graw Hill, México.

Marriner, A. (1997) Modelos y Teorías de Enfermería, 3era Edición Hacourt Brace, Madrid – España.

Medina María y Nieves Carmen (1999), Participación de la enfermería en la educación de la familia de Individuo con alteraciones de la salud mental para la recuperación en el hogar.

Meléndez y Rodríguez (1999), Participación de la familia en la atención del usuario esquizofrénico que asiste a la consulta de psiquiatría, San Felipe Estado Yaracuy.

Mendoza, B (2001), Propuesta para un programa sobre cuidados directos dirigidos a los familiares de los enfermos que padecen enfermedades cerebrovasculares (ECV). Tesis de grado U.C.V. Escuela Experimental de Enfermería.

Monografías.com, Proceso de enseñanza y aprendizaje en línea
http://www.monografías.com/trabajos7/proe/proe_shtml Abril 2004.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999), La esquizofrenia en línea, www.paho.org fecha de consulta Diciembre 2004.

Orientación Educativa en línea <http://www.brujulaeducativa.com> fecha de consulta enero 2005.

Pérez, Galán (1981), Evaluación de los Aprendizajes. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.

Psicopedagogia.com Psicología de la educación para padres y profesionales en línea, www.psicopedagogia.com, fecha de consulta enero 2005.

Stuart, G. y Sundeen, S. (1992), Enfermería Psiquiátrica, Interamericana Mc Graw Hill, Madrid - España.

Torman, R (2001), Esquizofrenia: folleto para familias y enfermos en línea, www.tripoesgongob.com, fecha de consulta Octubre 2004

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (1990) Manual de trabajos de grado especialización y maestría vicerrectorado de post grado, Caracas.

ANEXOS

Anexo (A) Instrumento

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Escuela Experimental de Enfermería

Estimado amigo (a):

El presente instrumento tiene como objetivo obtener la información para diseñar un programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar del Sanatorio Mental Residencias San Marco en Nirgua Estado Yaracuy, para realizar una investigación para optar al título de licenciados en enfermería.

Se agradece de antemano su colaboración en el sentido de que ofrecerá su opinión en cuanto a la necesidad de implementar medidas efectivas para lograr mejores resultados en su recuperación.

En tal sentido la información recabada será confidencial y del estricto uso de los investigadores por lo tanto su colaboración es un valioso aporte para el estudio.

Gracias.

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Escuela Experimental de Enfermería

Instrucciones: a las siguientes proposiciones responda afirmativa o negativamente marcado con una (x) su respuesta.

Instrumento

1.- ¿Conoce Ud. Que es la Esquizofrenia?

Si () No ()

2.- ¿Tiene conocimiento acerca de las causas que originan la esquizofrenia?

Si () No ()

3.- ¿Sabe usted cuales son las manifestaciones de los pacientes con esquizofrenia?

Si () No ()

4.- ¿Conoce cuales son los factores que influyen en la aparición de la enfermedad?

Si () No ()

5.- ¿Le han hablado sobre los tipos de esquizofrenias que se puedan presentar?

Si () No ()

6.- ¿Tiene algún conocimiento del tratamiento que se le cumple al enfermo esquizofrénico?

Si () No ()

7.- ¿Le han explicado como debe administrarle los medicamentos al familiar enfermo?

Si () No ()

8.- ¿Sabia Ud. Que la fatiga, la falta de energía y la depresión son efectos secundarios del tratamiento que pueda presentar el enfermo?

Si () No ()

9.- ¿Tiene conocimiento sobre el comportamiento y conducta de la persona esquizofrénica?

Si () No ()

10.- ¿Le han informado como identificar las conducta negativas que puede presentar el enfermo?

Si () No ()

11.- ¿Sabia Ud. que el enfermo puede presentar ideas delirantes, alucinaciones e intentos de suicidios como síntomas de su enfermedad?

Si () No ()

12.- ¿En el caso de presentarse una recaída en enfermo Ud. podría reconocer las manifestaciones de un nuevo episodio de crisis?

Si () No ()

13.- ¿Cuando su familiar sale de permiso al hogar, Ud. tiene información de cómo debe ser alimentado para mantenerle una nutrición adecuada?

Si () No ()

14.- ¿Le han informado en relación a como mantenerle un descanso y sueño apropiado?

Si () No ()

15.- ¿Sabia Ud. que el uso de bebidas alcohólicas pueden provocar una recaída al enfermo?

Si () No ()

16.- ¿Le han explicado la importancia de la higiene personal y la comunicación efectiva para el enfermo?

Si () No ()

17.- ¿Tiene Ud. información de cómo fomentar y mantener el fortalecimiento de la autoestima en su familiar?

Si () No ()

18.- ¿Ha recibido información sobre la importancia de la terapia familiar como parte del tratamiento para el enfermo y para todos los miembros de la familia?

Si () No ()

19.- ¿Sabía Ud. que el apoyo familiar y la recreación es importante para la recreación del enfermo?

Si () No ()

20.- ¿Estaría de acuerdo en participar en talleres, reuniones o charlas para recibir orientación acerca de la esquizofrenia y los cuidados que deben proporcionarle al enfermo en el hogar?

Si () No ()

Anexo (B) Certificado de Validación

Certificación de validez

Yo, _____ C.I.: _____

en mi carácter de experto en: _____

certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrollan los Técnico Superiores en Enfermería Gómez Carminelly, Mendoza Raquel y Quintiliani Maria, en su trabajo especial titulado “propuesta de un programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia en el hogar en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos Nirgua Estado Yaracuy”.

En Caracas a los _____ días del mes de _____ del 2005

Nombre: _____

C.I.: Nro: _____

Firma: _____

Certificación de validez

Yo, _____ C.I.: _____

en mi carácter de experto en: _____

certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrollan los Técnico Superiores en Enfermería Gómez Carminelly, Mendoza Raquel y Quintiliani Maria, en su trabajo especial titulado “propuesta de un programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia en el hogar en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos Nirgua Estado Yaracuy”.

En Caracas a los _____ días del mes de _____ del 2005

Nombre: _____

C.I.: Nro: _____

Firma: _____

Certificación de validez

Yo, _____ C.I.: _____

en mi carácter de experto en: _____

certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrollan los Técnico Superiores en Enfermería Gómez Carminelly, Mendoza Raquel y Quintiliani Maria, en su trabajo especial titulado “propuesta de un programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia en el hogar en el Sanatorio Mental Residencias San Marcos Nirgua Estado Yaracuy”.

En Caracas a los _____ días del mes de _____ del 2005

Nombre: _____

C.I.: Nro: _____

Firma: _____

Anexo (C) Índice de Confiabilidad

Índice de Confiabilidad (Kr-20) Kurder Richardson – Prueba Piloto

Variable: PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A LOS FAMILIARES DE ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS

Sujeto/ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	17
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	17
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
5	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	15
6	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	6
7	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	5
8	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	15
10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
Sumatoria	3	6	7	4	7	4	4	5	4	0	4	4	4	4	4	8	3	3	7	0	32
Media	0,30	0,60	0,70	0,40	0,70	0,40	0,40	0,50	0,40	0,00	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,80	0,30	0,30	0,70	0,00	8,50
Varianza	0,21	0,24	0,21	0,24	0,21	0,24	0,24	0,25	0,24	0,00	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	0,16	0,21	0,21	0,21	0,00	19,84
Desv/est.	0,48	0,52	0,48	0,52	0,48	0,52	0,52	0,53	0,52	0,00	0,52	0,52	0,52	0,52	0,52	0,42	0,48	0,48	0,48	0,00	
P	0,30	0,60	0,70	0,40	0,70	0,40	0,40	0,50	0,40	0,00	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,80	0,30	0,30	0,70	0,00	
q	0,70	0,40	0,30	0,60	0,30	0,60	0,60	0,50	0,60	1,00	0,60	0,60	0,60	0,60	0,60	0,20	0,70	0,70	0,30	1,00	
p x q	0,21	0,24	0,21	0,24	0,21	0,24	0,24	0,25	0,24	0,00	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	0,16	0,21	0,21	0,21	0,00	4,07

Sumatoria de p*q = 4,07

Varianza de la prueba = 19,84