

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Percepción que tiene el profesional de enfermería
sobre el soporte emocional que brindan los familiares
al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez
y del reingresante de los Servicios de Psiquiatría 1 y 20
del Hospital Víctor Larco Herrera, 2009**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORA

Marjorie Jayne Mendoza Zuasnabar

ASESOR

Alejandro Cuadros Valer

Lima-Perú

2010

**PERCEPCIÓN QUE TIENE EL PROFESIONAL DE
ENFERMERIA SOBRE EL SOPORTE EMOCIONAL QUE
BRINDAN LOS FAMILIARES AL PACIENTE
ESQUIZOFRÉNICO QUE INGRESA POR
PRIMERA VEZ Y DEL REINGRESANTE DE
LOS SERVICIOS
DE PSIQUIATRÍA 1 Y 20 DEL
HOSPITAL VICTOR
LARCO HERRERA
2009**

A DIOS

*Por darme la oportunidad
de existir y la fortaleza
para seguir adelante.*

*A mis padres **AURELIO Y TERESA** y
hermanos **RALPH Y PIERRE** por
brindarme su gran cariño y apoyo
incondicional durante esta etapa de
mi vida, por ser mi motivación de
cada logro y lucha constante*

Al Lic. ALEJANDRO CUADROS
*por su valiosa asesoría y
motivación permanente durante la
realización del presente estudio*

**Al HOSPITAL VICTOR LARCO
HERRERA** *por las facilidades
otorgadas para la realización del
presente estudio*

INDICE

	PÁG.
Índice De Tablas	vi
Resumen	vii
Summary	ix
Presentación	xi

I.- CAPITULO I: Introducción

A. Planteamiento del Problema	1
B. Formulación del Problema	5
C. Objetivos	6
D. Justificación	6
E. Propósito	8
F. Marco Teórico	8
F.1. Antecedentes	9
F.2. Base Teórica	13
1: Marco conceptual de Percepción	13
2: Persona Viviendo con esquizofrenia	18
3: Familia	41
3.1: Concepto de familia	41
3.2: Familia del paciente esquizofrénico	42
3.3: El paciente esquizofrénico en el contexto familiar	43
3.4: Soporte familiar	44
3.4.1: Soporte emocional	45
3.4.2: Necesidades emocionales	46
G: Definición Operacional de Términos	51

II.-CAPÍTULO II: Material Y Método	52
A: Tipo, Nivel y Método de Estudio	52
B: Sede de Estudio	52
C: Población y/o Muestra	54
D: Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	55
E: Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos	56
F: Plan de Análisis e Interpretación de Datos	56
G: Consideraciones Éticas	57
III.-CAPITULO III: Resultados Y Discusión	58
A: Datos Generales	58
B: Datos Específicos	59
Presentación, Análisis e Interpretación de Datos	
IV.-CAPITULO IV: Conclusiones, Limitaciones Y Recomendaciones	71
A. Conclusiones	73
B. Limitaciones	73
C. Recomendaciones	75

Referencia Bibliográfica

79

Bibliografía

81

Anexos

INDICE DE GRÁFICOS

NUMERO		Pág.
01	Percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional según principales necesidades emocionales humanas que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez al servicio de psiquiatría 1 y 20 del hospital Víctor Larco Herrera Lima- 2009	59
02	Principales necesidades emocionales que brindan los familiares al paciente esquizofrénicos que ingresan por primera vez al servicio de psiquiatría 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera 2009	63
03	Percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional según principales necesidades emocionales humanas que brindan los familiares al paciente esquizofrénico reingresante del servicio de psiquiatría 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera 2009	66
04	Principales necesidades emocionales que brindan los familiares al paciente esquizofrénicos reingresantes al servicio de psiquiatría 1 y 20 del hospital Víctor Larco Herrera 2009	69

PRESENTACIÓN

Acompañar a los pacientes que padecen esquizofrenia y compartir con ellos la experiencia de la lucha supone todo un reto y a su vez, un gran privilegio.

Un reto porque el acto de acompañar supone creer cada día en el valor intrínseco del soporte emocional acompañado de la Terapia sobre una enfermedad, que por su carácter deteriorante, exige una inversión de energía cuyo equilibrio a veces es difícil de delimitar. En este proceso de adaptación, la familia a través de la tolerancia al proceso y a la frustración será imprescindible para el tratamiento, recuperación y rehabilitación del paciente ya que este es inconsciente de su enfermedad y va necesitar el apoyo de la familia; y así evitar recaídas y por consiguiente posibles reingresos hospitalarios. Se trata de un verdadero aprendizaje de vida y apoyo emocional que se hace junto al paciente y es aquí este el camino de la aceptación de las propias capacidades y límites, a la vez que en las del paciente. Y es en este camino donde se establece el encanto del soporte emocional.

Las líneas ulteriores están dedicadas a describir la estructura, contenido y secuencia de la tesis que se presenta a continuación por tal de que el lector pueda hacerse una idea globalizada de su totalidad.

El contenido del trabajo aquí presente se desarrolla a partir de un objetivo que es de determinar la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez y del reingresante de los servicios de psiquiatría 1 y 20 llevados a cabo en el Hospital Víctor Larco Herrera el presente año; cuyo propósito es de brindar información fidedigna

al personal de salud específicamente al profesional de enfermería para que su intervención en la necesidades emocionales reales del paciente y familia sea más efectiva, para implementar programas psicoeducativos dirigidos a la familia incorporando estrategias de intervención, con la finalidad de mejorar y fortalecer el soporte emocional que la familia brinda al paciente psiquiátrico, así mismo para que implementen estrategias que hagan posible un sistema de seguimiento continuo orientado al paciente y familia

El presente trabajo de investigación esta comprendida por cinco capítulos que se desarrollan de la siguiente manera:

Capítulo I: Introducción, donde consta de: Planteamiento del Problema, Formulación del Problema, Objetivos, Justificación, Propósito, Marco Teórico y Definición de Términos.

Capítulo II: Material y Métodos, Se presenta el material y métodos; tipo, nivel y método de estudio, sede de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, plan de recojo de datos, procesamiento y presentación, plan de análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas.

Capítulo III: Resultados Y Discusión: Se presentan los resultados y discusión de los datos generales y específicos.

Capítulo IV: Conclusiones, Limitaciones Y Recomendaciones

Referencia Bibliográfica , Bibliografía y Anexos.

RESUMEN

La investigación realizada sobre Percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez y del reingresante de los servicios de psiquiatría 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera 2009 , es un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, tuvo como objetivo : determinar la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente adulto joven esquizofrénico que ingresa por primera vez y del reingresante de los servicios de psiquiatría 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera.

Se estudiaron con 28 profesionales de enfermería de los servicios 1 y 20 de psiquiatría, Siendo 24 profesionales de enfermería de sexo femenino y 4 de sexo masculino; las edades de los profesionales se encuentran entre 30 y 56 años siendo la edad promedio 43 años, el tiempo que trabajan en el hospital oscilan entre 3 y 29 años y el tiempo que trabajan en los servicios 1 y 20 se encuentran entre 3 y 20 años siendo el promedio 11 años, de esta manera cumplieron los criterios de inclusión. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario utilizando un diferencial semántico de las necesidades emocionales humanas, previo consentimiento informado de los profesionales de enfermería.

Los resultados fueron procesados y analizados en cuadros estadísticos. Estos fueron:

En la percepción del profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente que ingresa por primera vez,

de un total de 28 profesionales de enfermería (100%), 16 (57.1 %) tienen una percepción favorable, 7 (25%) tienen una percepción medianamente favorable, y 5 (17.9 %) una percepción desfavorable.

Respecto a la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico reingresante al servicio de psiquiatría 1 y 20 del hospital Víctor Larco Herrera, se observa que de un total de 28 profesionales de enfermería (100%), 7 (25 %) tienen una percepción favorable, 13 (46.4%) tienen una percepción medianamente favorable, y 8 (28.6 %) una percepción desfavorable sobre el soporte emocional que brinda la familia.

Los resultados del estudio nos indican que cuando un paciente esquizofrénico ingresa por primera vez a ser hospitalizado tiene mayor soporte emocional que le brinda su familia la cual favorecerá en su tratamiento, recuperación y rehabilitación, mientras que un paciente que tiene recaídas y por consiguiente reingresa la familia va deteriorando el soporte emocional que brinda al paciente.

PALABRAS CLAVES: Percepción, Esquizofrenia, Familia, Soporte Emocional, Necesidades Emocionales

SUMMARY

Research on perception of the nurse on the emotional support offered by the Family the schizophrenic patient who was admitted for the first time and Del Reingresante Psychiatric Services 1 and 20 the Victor Larco Herrera Hospital. 2009, is a study of application level, quantitative, descriptive cross-sectional method, aimed to: determine the perception of the nurse on providing emotional support for family members young adult schizophrenic patient who was admitted first reingresante and psychiatry services 1 and 20 Victor Larco Herrera Hospital.

Were studied with 28 female nurses of wards 1 and 20 of psychiatry, which met the inclusion criteria. Data were collected through a questionnaire using a semantic differential human emotional needs, prior informed consent of the nurses.

The results were processed and analyzed in statistical tables. These were:

In the nurse's perception of emotional support provided by the family the patient was admitted for the first time, a total of 28 nurses (100%), 16 (57.1%) have a favorable perception, 7 (25%) have a moderately favorable perception, and 5 (17.9%) had an unfavorable perception.

Regarding the perception of the nurse on providing emotional support for family members to reingresante schizophrenic patient psychiatric service hospital 1 and 20 Víctor Larco Herrera, shows that a total of 28 nurses (100%) , 7 (25%) have a favorable perception, 13 (46.4%) had moderately favorable perception, and 8 (28.6%) had an unfavorable perception of emotional support provided by the family.

The study results indicate that when a schizophrenic patient first enters the hospital has become more emotional support that gives your family which will foster in its treatment, recovery and rehabilitation, whereas a patient who has relapsed and therefore re-enters the deteriorating family offered emotional support to patient

KEY WORDS: Perception, Schizophrenia, Family, Emotional Support, Emotional Needs

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Panamericana de la Salud (Washington, 2001) sostiene que la salud mental es: "El núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social" (1). Cuando se ve alterado este estado se conoce como trastorno mental, reflejando estados de pérdida de juicio de la realidad y la falta de autocontrol de impulsos manifestando un desequilibrio emocional a través de la conducta.

Estos trastornos son reconocidos como un problema importante de salud pública, que según estimaciones y opiniones de expertos seguirán incrementándose en el transcurso del tiempo. La Organización Mundial de Salud (OMS) señaló en el año 2001 que el 1% de la población mundial, aproximadamente unos 450 millones de personas padecen de un trastorno mental o del comportamiento, es una de las diez enfermedades más discapacitante entre los 15 y 44 años de edad; sin embargo, el presupuesto para la salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud (2).

En Perú, un grave problema humano producto de la inequidad es la pobreza que se expresa gravemente en los problemas de calidad de

vida humana, funciona como barrera al desarrollo humano; generando estresores psicosociales y desencadenan una serie de problemas de salud mental, que se constituyen en una carga social creciente. La proporción de 1 a 1.5 % de la población; según estadísticas revelan que en las instituciones especializadas en Salud Mental y Psiquiatría, la esquizofrenia constituye una de las patologías de mayor porcentaje (2). Es frecuente, además, que los planes de salud no cubran los trastornos mentales y conductuales en la misma medida que otras enfermedades, a pesar que actualmente los pacientes esquizofrénicos son atendidos por el servicio social, siempre y cuando el padre o madre tengan seguro, el problema esta en que no todos los pacientes esquizofrénicos tienen seguros; hecho que genera importantes problemas económicos para los pacientes y sus familias.

Uno de los trastornos mentales mas frecuentes es la esquizofrenia, que se inicia generalmente en la adolescencia tardía o en los primeros años de la edad adulta, se caracteriza por distorsiones fundamentales de los procesos de pensamiento y percepción y por alteraciones de la afectividad. Esta enfermedad sigue un curso clínico variable, sin embargo puede esperarse una recuperación plena y duradera para casi la mitad de los individuos que desarrollan esta enfermedad, el tratamiento tiene tres componentes principales, en primer lugar existe medicación para controlar los síntomas y prevenir las recaídas, en segundo lugar, las intervenciones educativas y psicosociales ayudan a los pacientes y sus familias a comprender y hacer frente a la enfermedad y sus complicaciones y contribuyen a prevenir recaídas y en tercer lugar, la rehabilitación ayuda a los pacientes a reintegrarse en la comunidad y reemprender la actividad educativa o laboral, (3) siempre y cuando existan condiciones favorables para garantizar el proceso de rehabilitación.

Cuando el individuo no está en condiciones de solucionar satisfactoriamente sus problemas requiere de tratamiento en una

institución especializada para la atención, protección, rehabilitación; viéndose beneficiados a través de tratamientos farmacológicos y psicológicos, para reintegrarse a la vida social como miembro activo, sin embargo, el incumplimiento de tratamiento psiquiátrico por diversos factores hacen que el paciente reingrese a la institución (4). Entre estos factores, la familia juega un papel fundamental como protector o estresor, es decir desencadenante de las recaídas y por consiguiente el reingreso hospitalario. Ya que una de las características en el paciente psiquiátrico es la falta de conciencia de enfermedad y no reconoce la importancia de continuar con el tratamiento especializado vale decir de no acudir a ver a su médico periódicamente, de no tomar su medicamento. Entonces es la familia o alguna persona allegada al paciente la que tiene que encargarse de motivarlo, acompañarlo y brindarle las facilidades y la oportunidad de que acuda a la consulta. Algunos estudios han demostrado que una combinación regular de medicación, educación familiar y apoyo pueden reducir recaídas de un 50% a menos de un 10%, teniendo esta una continuidad de la asistencia debido a las necesidades de los pacientes y familiares (5).

Los estudios realizados por Julián Left: "Trabajando con Familias de Pacientes Esquizofrénicos 1997"; la mayoría siguiendo el modelo psicoeducativo, apoyan que la intervención familiar; acompañada de tratamiento farmacológico permite la reducción del número de hospitalizaciones y recaídas, mejorando el funcionamiento familiar, ocupacional y social del paciente (6). En este sentido, Figley, citado por Deisy Afanador y Elizabeth Suárez, dice, "la familia es un sistema de apoyo para los seres humanos durante y después de un evento crítico, y ese mismo sistema y sus miembros son afectados además de la víctima; y algunas veces hasta en un mayor grado"(7)

La susceptibilidad a recaer es una de las dificultades que existe en el tratamiento, y es preocupante porque una frecuencia en la rehospitalización no siempre es beneficiosa para el paciente, y por lo

contrario puede empeorar su condición y favorecer su cronicidad. En el estudio de Gloria García de Eggerstedt titulado: "Inasistencia del Paciente Psiquiátrico al control Post_Hospitalario", llevada a cabo en el Hospital Nacional Hermilio Valdizan 1990, dice: "La familia se va acostumbrando que el paciente permanezca mayor tiempo en el hospital que en la casa, el interés por su recuperación disminuye, con lo cual se le va desvinculando del ámbito familiar, social y laboral, se va originando pérdida de hábitos de la vida diaria como el autocuidado; y la adquisición de conductas de una persona institucionalizada" y una de sus conclusiones es que "los familiares responsables del paciente que tenían dos o más años de enfermedad tenían una actitud habitualmente intolerante, despreocupada, indiferente hasta llegar al rechazo mismo" (8).

El profesional de enfermería como miembro del equipo de Salud mental es quien tiene contacto más frecuente con el paciente y familia, la cual la ubica en una situación favorable para percibir y poder emitir juicios sobre el apoyo emocional que brinda la familia al paciente esquizofrénico; para crear una alianza más efectiva entre el paciente y familia encaminadas a recuperar y mantener la salud mental y evitar las recaídas del paciente y por lo tanto el reingreso hospitalario; planificando actividades en coordinación con los miembros del equipo de Salud Mental encargados a garantizar la atención integral del paciente, de acuerdo a sus necesidades emocionales, a través de sus roles asistencial, educativo y de investigación. Dorotea Orem afirma, que "la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo humano" (9).

De la experiencia clínica obtenida en el servicio de psiquiatría 1, consultorios externos y emergencia del hospital Víctor Larco Herrera con pacientes psicóticos, en especial pacientes adultos jóvenes con diagnóstico de esquizofrenia, se ha observado que han reingresado al

servicio en periodos cortos por diversos motivos, entre ellos: “El no cumplimiento de medicamentos, la falta de aceptación al tratamiento, la falta de seguimiento de los familiares sobre el tratamiento continuo, abandono y deficiente soporte familiar, bajos recursos económicos y abandono de sus consultas” (10), observándose que cuando un paciente ingresa por primera vez la familia se preocupa más por el paciente, y le brinda más apoyo emocional, esta situación podría explicarse porque: la familia del paciente esta preocupada por conocer acerca de la enfermedad, esta atravesando una crisis situacional fuerte, en el fondo tiene la esperanza de que su paciente se sanara totalmente. Mientras que en el paciente reingresante la familia se va despreocupando, no acude a las visitas en forma continua, ni muestra interés sobre el curso de la enfermedad, se conforma con verlo y proporcionarles alimentos, incluso no conversan con el paciente. Al interactuar con licenciadas en enfermería de dicha institución y con algunos familiares o conocidos que acudían a visitar al paciente en el hospital refieren que “la familia se cansa, en pacientes reingresantes , sienten temor a ser lastimados, no vienen todos los miembros de la familia cuando se le da de alta, que la mayor proporción de asistencia de familiares son de los pacientes que ingresan por primera vez”; así mismo refieren que: “Sin la familia no hay recuperación, y se ve que los pacientes reingresan porque no tienen apoyo de la familia”.

B) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Para el trabajo de investigación se formuló el problema siguiente:

¿Cuál es la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez y del reingresante de los servicios de psiquiatría 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera 2009?

C) OBJETIVOS:

Los objetivos formulados son:

General:

Determinar la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez y del reingresante de los servicios de psiquiatría 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera 2009

Específicos:

- ✓ Identificar la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional según principales necesidades emocionales humanas que brinda la familia al paciente adulto joven esquizofrénico que ingresa por primera vez al servicio de psiquiatría 1 y 20
- ✓ Identificar la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional según principales necesidades emocionales humanas que brinda la familia al paciente adulto joven esquizofrénico reingresante al servicio de psiquiatría 1 y 20

D) JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que uno de los trastornos mentales más frecuentes es la esquizofrenia, que se inicia generalmente en la adolescencia tardía o en los primeros años de la edad adulta y que el 1% de la población mundial, aproximadamente unos 450 millones de personas padecen de un este trastorno mental (11), el paciente va necesitar de un tratamiento en una institución especializada siendo hospitalizado, lo que va conllevar a cambios significativos en la cotidianeidad del paciente y familia, y además que soporta una serie de reacciones emocionales como producto de la: separación, la enfermedad, la situación angustiante que, independientemente de su

madurez para procesarla, altera en mayor o menor grado el ámbito personal y familiar, y aun mas conociendo que un paciente psiquiátrico tiene una enfermedad muy variable en su evolución y que necesita un tratamiento continuo y sostenido con el apoyo familiar y del personal de salud para la reincorporación activa como miembro de la sociedad (12, 13), y para evitar las posibles recaídas y con ello el reingreso hospitalario; se plantea esta investigación porque nos permitirá un mayor conocimiento y comprensión de la magnitud y características del problema actual de salud mental y esquizofrenia, determinando que el soporte emocional de la familia al paciente esquizofrénico es fundamental en su tratamiento y rehabilitación porque a través del soporte emocional que brinda y la expresión de las emociones básicas en las relaciones familiares permitirá reducir la ocurrencia de nuevos episodios de esquizofrenia y que estos sean menos riesgosos y de esta manera disminuir la proporción de recaídas. Debemos tomar en cuenta que un tercio de los casos consigue una mejoría significativa y duradera, otro tercio mejora en algún grado con recaídas intermitentes y una incapacidad residual y otro tercio experimenta una incapacidad grave y permanente, por lo que uno de los factores asociado a un buen pronostico es que exista apoyo familiar (14).

Consideramos que el profesional de enfermería dentro del área de salud mental, se encuentra en la facultad de desempeñar amplias funciones para favorecer la recuperación de la persona esquizofrénica, por consiguiente optimizar el cuidado, rehabilitación, y reinserción social del paciente psiquiátrico, en su rol social es un elemento terapéutico valioso ya que a través de su percepción sobre las vivencias del día a día y prácticamente que conviva las veinticuatro horas del día con las personas que padecen de esquizofrenia y las familias vinculadas a ellas; tiene como fin de lograr no solo la responsabilidad de la administración del tratamiento, sino que la familia se sienta implicada en el tratamiento, que apoye a su paciente y lo más importante que es la

rehabilitación y su consecuente reincorporación social al paciente a su familia y comunidad.

E) PROPÓSITO

Los resultados de la investigación permitirá brindar información fidedigna al personal de salud específicamente al profesional de enfermería para que su intervención en la necesidades emocionales reales del paciente y familia sea más efectiva, para implementar programas psicoeducativos dirigidos a la familia incorporando estrategias de intervención, con la finalidad de mejorar y fortalecer el soporte emocional que la familia brinda al paciente psiquiátrico, así mismo para que implementen estrategias que hagan posible un sistema de seguimiento continuo orientado al paciente y familia , y de esta manera reafirmar la labor educativa y fortalecer la labor social de la enfermera reorientando un soporte emocional positivo de la familia, con lo que se conseguirá disminuir el número de recaídas por lo tanto posible reingreso hospitalario.

F) MARCO TEORICO

F.1. ANTECEDENTES:

Existen trabajos de investigación previos realizados tanto a nivel nacional como internacional:

En el ámbito Nacional

Un estudio realizado por Luis Vílchez Salcedo, Ana Boza Huamani, Gisella Vargas Cajahuanca, sobre: "Factores Asociados al Reingreso de pacientes psicóticos en un pabellón de psiquiatría" en el Hospital Victor Larco Herrera entre los meses Julio 1997 y Junio 1998 cuyo objetivo fue determinar la ausencia de control médico, la falta de apoyo familiar, la presencia de efectos extrapiramidales, el abandono de la medicación y una pobre conciencia de enfermedad, son factores que determinan el reingreso de pacientes psicóticos en un pabellón de

psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera. El estudio es observacional, analítico y retrospectivo, se estudiaron 78 pacientes que reingresaron durante un periodo de un año, y el grupo central lo constituyeron 93 casos, basándose en la revisión de historias clínicas de los pacientes que reingresaban al pabellón N°2 del referido Hospital.

“Los resultados del estudio indican que la esquizofrenia fue el tipo de trastorno mental más asociado a los reingresos, seguido por los efectos secundarios, el abandono de la medicación, la falta de control médico y el pobre apoyo familiar. Por otro lado la conciencia de enfermedad fue escasamente significativa. Una conclusión que llega el estudio es que algunos de estos factores que se asocian a una alta frecuencia de reingresos pueden ser modificados a través de intervenciones con las familias ya sea en el ámbito hospitalario o en la comunidad; con un cambio de paradigma en manejo del paciente psiquiátrico agudo, sobre todo en la etapa previa al alta y mediante el reforzamiento y la mejora en la calidad de atención de nuestros pacientes ambulatorios”. (15)

Otro estudio de Juliana Lucia Mamani Oruro y Rosario Mayta Quispe realizaron un estudio cuyo título es “Participación de la Enfermera y la Familia en la Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico en el Centro de Salud mental Moisés Heresi”. Los objetivos que se trazaron fueron: determinar si la familia del paciente esquizofrénico tiene conocimiento y actitudes que contribuyen o no a la rehabilitación social, ocupacional y emocional del paciente. El tipo de estudio fue el descriptivo, utilizándose como medio de recolección

la escala de Likert, la población que se tomó fueron 52 familias de pacientes esquizofrénicos. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

“El 56% de familiares refieren que los pacientes no participan en la vida social de la comunidad ya que el 90 % de familiares no colaboran con la integración del paciente al grupo familiar y social. El 62.5% de familiares rechazan a los pacientes por considerarlo como una carga. El 70 % de familias no tratan con amabilidad y respeto al paciente” (16).

Gloria García de Eggerstedt en Lima el año 1990, realizó un estudio de título: “Inasistencia del Paciente Psiquiátrico al control Post_Hospitalario”, llevada a cabo en el Hospital Nacional Hermilio Valdizan; cuyos objetivos fueron: Identificar y analizar factores que intervienen en la existencia del problema. Identificar y clarificar la responsabilidad de la familia en el problema e implícitamente su rol consecuente para prevenirlo y Identificar la participación de enfermería en la determinación de este problema.

El método elegido fue el descriptivo utilizándose como medio de recolección de datos entrevista personal a familiares a través de visitas domiciliarias, la población sujeto fue de 116 pacientes. La conclusión a la que llegó fueron:

“Los familiares responsables del paciente que tenían dos o más años de enfermedad tenían una actitud habitualmente intolerante, despreocupada, indiferente hasta llegar al rechazo mismo”, “Respecto a la orientación de llevar al paciente al control post – hospitalario, fue dada por el médico a través de la comunicación verbal al igual que el continuar tomando medicinas, así mismo se vio que la enfermera no contribuye a una orientación más consecuente al paciente y familia”. “El concepto de

responsabilidad que tiene el familiar, es visto con sentimiento de culpa u obligación que le ocasiona el convivir, atender a su paciente enfermo, hay necesidad de la familia de recibir apoyo y guía del médico y enfermera".
"La enfermera cumplió un papel muy limitado en los pacientes motivo de estudio, en la orientación, preparación y continuidad del control post-hospitalario" (17)

En el ámbito Internacional

Un estudio realizado en España en el año 2001 el médico psiquiatra Francisco Bellver pradas, realiza la investigación: "Variables modificadoras de la asociación expresividad emocional familiar-recidivas en pacientes esquizofrénicos", con el objetivo de analizar los cambios de los niveles de emoción expresada posterior a una intervención familiar y determinar su relación con las recaídas a corto y mediano plazo de los pacientes con esquizofrenia, la metodología fue la cualitativa participativa descriptiva, en una muestra de 58 varones y 30 mujeres. Se realizan 3 evaluaciones, una basal previa a la intervención, otra inmediatamente tras concluir ésta y una última evaluación tras 5 años de la finalización de la intervención. En los hallazgos obtenidos de la primera evaluación fueron:

Se da un incremento de la emoción expresada de la familia, refiérase esta como una respuesta emocional exagerada y desproporcionada, intentos de ejercer un control excesivo sobre la conducta del paciente, hace referencia a la desesperanza, el autosacrificio, sobreprotección y manifestación emocional intensa; el autor enfoca esta emoción expresada de la familia como un principal factor en la recidiva de estos pacientes con esquizofrenia, es decir determina una relación directa entre el nivel de emoción expresada y el nivel de recidivas, tras

la realización de la intervención a la familia, según la evaluación se redujeron significativamente los niveles de la Expresividad Emocional, logrando con ello proporcionar un clima familiar estable y favorable para la rehabilitación evolutiva del paciente, pero en un espacio temporal, ya que una evaluación siguiente a los 5 años, muestran nuevamente un aumento de las recidivas de estos pacientes por la progresión de la emoción expresada negativa. Al respecto la percepción de los sentimientos negativos en los familiares próximos puede jugar un papel importante en como los estresantes externos afectan a los pacientes esquizofrénicos, si estos no logran mantenerse en un nivel bajo repercutirá en las recidivas, esto hace necesario descubrir otros factores que influyan en el incremento de la tensión familiar, muy aparte de la emoción expresada. El descenso de los de EE durante el período de realización de la intervención sólo se encontró asociado a la ausencia de recidivas y de reingresos. Una vez reducidos los niveles de EE mediante una intervención familiar éstos se mantuvieron con independencia de la tasa de recaídas o de rehospitalizaciones. (18)

El paciente esquizofrénico es el portador del trastorno mental de mayor incidencia a nivel mundial (1% de la población mundial). La terapia individual en la que el médico o la enfermera o cualquier miembro del equipo de salud llevan a cabo con el paciente esquizofrénico con la finalidad de darle soporte, es el más importante, ya que el psicótico es altamente sensible a su entorno. Si bien es cierto, todas estas terapias es de mucha ayuda para el paciente, nada de ello serviría si es que no se considera a la familia y el apoyo emocional de parte de estas como parte de la rehabilitación en el hospital y en el hogar, el papel de los familiares con el enfermo es de suma importancia en el tratamiento y recuperación, se trata de atenderlo en toda su capacidad para ayudarlo, promover su desarrollo personal y social; sin embargo se

observa en los estudios citados que la familia es responsable de las recaídas y los reingresos hospitalarios, viéndose que el paciente que tienen dos o más años de enfermedad la familia tiene una actitud habitualmente intolerante, despreocupada, indiferente hasta llegar al rechazo mismo por considerarlo como una carga, no los tratan con amabilidad y respeto al paciente esto hace necesario descubrir otros factores que influyan en el incremento de una intervención familiar para disminuir la tasa de recaídas o de rehospitalizaciones

F.2. BASE TEORICA:

1: PERCEPCION

1.1: Definición de percepción:

Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. (19)

No obstante que la percepción ha sido concebida como un proceso cognitivo, hay autores que la consideran como un proceso más o menos distinto señalando las dificultades de plantear las diferencias que ésta tiene con el proceso del conocimiento. Por ejemplo, Allport apunta que la percepción es:

“... algo que comprende tanto la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos. Si bien, algunos psicólogos se inclinan por asignar esta última consideración a la cognición más que a la

percepción, ambos procesos se hallan tan íntimamente relacionados que casi no es factible, sobre todo desde el punto de vista de la teoría, considerarlos aisladamente uno del otro. (Allport, 1974: 7-8).

La percepción es una experiencia sensorial consciente que supone la interpretación de los estímulos recibidos dándole significado y organización.

Por la percepción nosotros entramos en contacto con el mundo exterior. La percepción es un acto de naturaleza cognitiva, eminentemente complejo, en el que interviene toda la persona en su totalidad.

Según Kolb (1985), dice que la percepción se basa en aspectos cognoscitivos anteriores para luego ser un proceso intelectual, "percepción es el acto de conocer objetos, imágenes y pensamientos por medio de experiencias sensitivas o por medio de recuerdos"

La percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social. En el proceso de la percepción están involucrados mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como al inconsciente de la psique humana. En contra de la postura que circunscribe a la percepción dentro de la conciencia han sido formulados planteamientos psicológicos que consideran a la percepción como un proceso construido involuntariamente en el que interviene la selección de preferencias, prioridades, diferencias cualitativas y cuantitativas del individuo acerca de lo que percibe (este proceso se denomina preparación); al mismo tiempo, rechazan que la conciencia y la introspección sean elementos característicos de la percepción. (Abbagnano, 1986)

Al respecto, Merleau-Ponty ha señalado que la percepción no es un añadido de eventos a experiencias pasadas sino una constante construcción de significados en el espacio y en el tiempo.

“..Percibir no es experimentar una multitud de impresiones que conllevarían unos recuerdos capaces de complementarlas; es ver cómo surge, de la constelación de datos, un sentido inmanente sin el cual no es posible hacer invocación ninguna de los recuerdos. Recordar no es poner de nuevo bajo la mirada de la conciencia un cuadro del pasado subsistente en sí, es penetrar el horizonte del pasado y desarrollar progresivamente sus perspectivas encapsuladas hasta que las experiencias que aquél resume sean vividas nuevamente en su situación temporal. Percibir no es recordar. (Merleau-Ponty, 1975: 44)

Uno de los aspectos que ha sido privilegiado en los estudios tanto psicológicos como filosóficos sobre percepción es el de la elaboración de juicios, que se plantea como una de las características básicas de la percepción; los grupos humanos mediante pautas culturales y la apropiación de la información de los objetos y eventos del entorno permiten crear y recrear evidencias de su existencia y elaborar significados respecto de tales cosas dan significado y valores a las sensaciones, estructurando de esta forma la visión de la realidad, al tiempo que conforman las evidencias sobre el mundo, de modo que la información del ambiente se recoge y permite interactuar adecuadamente según las condiciones del medio físico y social, formulando juicios u opiniones sobre ellas, circunscribiendo a la percepción en el ámbito de la mente consciente.

1.2: Características de la Percepción:

- ✓ **Carácter de integridad:** El estímulo aunque tiene distintas propiedades se percibe como un todo único por lo que las

sensaciones cinéticas, táctiles y visuales se asocian con gran facilidad entre si.

- ✓ **Carácter racional:** El individuo ante los objetos o fenómenos de la realidad los interpreta según los conocimientos que ha recibido antes y según sus experiencias prácticas; para referir luego juicios verbales.
- ✓ **Carácter selectivo:** Está determinado por causas objetivas y subjetivas, en el primero tenemos cualidades de los mismos estímulos y particularidades de la condición extrema en la que se percibe el objeto; la causa subjetiva depende ante todo de la actitud del hombre hacia el objeto que actúa sobre él y esta depende de la significancia para las necesidades e intereses del sujeto de su experiencia anterior y del estado psíquico general en que se encuentre.

1.3: Medición:

La medición de la percepción puede darse en dos modalidades, directa e indirecta. La primera supone la presencia de la persona estímulo y selección de los datos que se obtienen a partir de la información que llega a nuestros sentidos y la segunda esta medido por el canal de comunicación.

Esta medición de la percepción interpersonal depende de la preferencia y de lo que se espera observar de acuerdo a experiencias previas, es decir que trata de asimilar los datos que llega tendiendo a formar conclusiones basados en datos mínimos, llegando a un juicio principal de la persona ya que no lo juzgamos una y otra vez. En relación a la extensión temporal, las características basados momentáneamente en una persona se juzga como permanente, constante e inmutable y por ultimo el efecto halo, que significa juzgar favorablemente a una persona inclinándose a sobreestimarla en

características de las cuales no tenemos prueba para calificarla y si la juzgamos desfavorablemente, entonces la subestimamos en otras áreas sin más evidencias.

1.4: Percepción del Profesional de enfermería:

Según Helmholtz “es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que, en la mayoría de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información”

La percepción que experimentan los individuos en determinadas situaciones incluye procesos más complejos que la utilización del simple procesamiento de la información. La percepción del profesional de enfermería se origina a partir de los sentidos y demás órganos sensoriales, es un proceso que implica organizar una información para poder emitir juicios sobre la participación del familiar acompañante del paciente esquizofrénico. Es de carácter íntegro; es decir va percibir percibe como un todo único, es de carácter racional, va a interpretar según los conocimientos que ha recibido antes y según sus experiencias prácticas; para referir luego juicios acerca de lo observado: y es de carácter selectivo porque está determinado por causas objetivas y subjetivas. Por el hecho que el profesional de enfermería va a percibir aquellos mensajes a que está expuesto según sus actitudes, intereses, escala de valores y necesidades. Es decir, va a operar un procesamiento de toda la información.

2: PERSONA VIVIENDO CON ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia ha constituido durante mucho tiempo una enfermedad desconocida y temida, que bajo el epíteto de 'loco' ha llevado a quien la padecía a ser recluido en grandes centros que se hacían llamar manicomios. Cumplían con el doble objetivo de atender y garantizar la supervivencia de personas a las que se consideraba

incapaz de ser autónomos, y proteger a la sociedad de los comportamientos imprevisibles asociados a la enfermedad. En estos manicomios, la vida de quien padecía esquizofrenia se reducía a un espacio vital reducido, con un estilo de vida totalmente organizado y bajo la amenaza de castigos cuando se salían del mismo. Todo ello con el objetivo de sanarse y superar la enfermedad y poder rehabilitarse como persona.

Sin embargo, pocos o ninguno lo consiguieron, y en la mayor parte de los casos sus vidas se apagaban entre las paredes del manicomio, en los límites de unos muros que siempre vieron, pero que nunca pudieron superar y con la pérdida de todo derecho como personas. Eran tiempos en los que los tratamientos que se aplicaban, vistos y analizados, con una perspectiva actual podrían parecer castigos, aunque entonces la intención era bien distinta y realmente se aplicaban con intención sanatoria.

Las personas que padecen esta enfermedad tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento. (20)

El deterioro de la función mental en estos enfermos ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con su capacidad para afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad. El psicótico no vive en este mundo (disociación entre la realidad y su mundo), ya que existe una negación de la realidad de forma inconsciente. No es consciente de su enfermedad.

El comienzo de la enfermedad puede ser agudo, es decir, puede comenzar de un momento para otro con una crisis delirante, un estado maníaco, un cuadro depresivo con contenidos psicóticos o un

estado confuso onírico. También puede surgir de manera insidiosa o progresiva.

El panorama de las personas con esquizofrenia ha mejorado en las últimas dos décadas. Si bien no se ha encontrado una cura definitiva, los tratamientos modernos permiten que los pacientes con esquizofrenia vivan vidas independientes y satisfactorias. Es importante que las personas que puedan padecer de la enfermedad obtengan un diagnóstico rápido para comenzar el tratamiento lo antes posible con el apoyo de la familia que desempeña un papel esencial en el apoyo de estas personas, siendo un parámetro clave para conseguir una recuperación estable en estos pacientes.

2.1 Concepto de Esquizofrenia:

Esquizofrenia significa mente dividida (mente escindida), poniendo un énfasis mayor en la fragmentación de la personalidad que en la evolución. (21)

La Organización mundial de la salud dice: “La esquizofrenia es una forma severa de enfermedad mental que afecta aproximadamente 7 por mil junto a población adulta, sobre todo en la categoría de edad 15-35 años. Aunque la incidencia sea baja (3-10,000), el predominio es alto debido a cronicidad”,

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) describe a la esquizofrenia como:

“Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno

compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede”. (22)

El concepto de esquizofrenia ha ido evolucionando progresivamente; es así que la magnitud del problema clínico ha traído de forma constante la atención de psiquiatras a través de la historia. Entre ellos:

Benedict Morel (1809-1873), psiquiatra francés, había usado el término *démence précoce* para describir a aquellos pacientes deteriorados cuya enfermedad empezaba en la adolescencia.

Emil Kraepelin (1856-1926) tradujo la *démence précoce* de Morel por *demencia precox*, un termino que subraya el proceso cognitivo distintivo (demencia) y en la edad de inicio temprana (precox) del trastorno. Los pacientes con demencia precox fueron descritos con un curso deteriorante a largo plazo y síntomas clínicos frecuentes del tipo alucinaciones y delirios.

Eugen Bleuler, acuñó el término esquizofrenia que sustituyó al de demencia precox en la literatura. Escogió este término para expresar la presencia de una escisión entre pensamiento, emociones y conducta en los pacientes afectados. Bleuler hizo hincapié en que, a diferencia de Kraepelin, la esquizofrenia no necesariamente tenía un curso deteriorante.

Según el Manual De Diagnostico De Los Trastornos Mentales (DSM-IV) la esquizofrenia se caracteriza por presentar al menos dos

de las siguientes características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia).

En conclusión, la esquizofrenia es un trastorno mental crónico que se caracteriza por alteraciones graves en diferentes funciones mentales. Suele iniciarse entre los 15-25 años en los varones, y entre los 25-35 años en las mujeres, aunque también puede comenzar en la infancia o en personas mayores. El riesgo de tener esta enfermedad durante toda la vida se ha calculado en aproximadamente 1% para la población general, y se estima que cada año se presentan 2 millones de casos nuevos en el mundo, con un costo humano y económico enorme.

2.2: Clasificación:

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales contiene en la actualidad cinco tipos de esquizofrenia y la CIE describe siete. Éstas son:

- (F20.0/295.3) **Tipo paranoide**: predominan los sentimientos de persecución, delirio de grandeza y alucinaciones auditivas delirios— el DSM exige que no haya desorganización en el lenguaje ni afectividad inapropiada o plana. (23)
- (F20.1/295.1) **Tipo desorganizado** o hebefrénica: predomina el discurso y comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada o plana.(24)
- (F20.2/295.2) **Tipo catatónico**: con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cérica (como muñeco de cera); puede llegar hasta el estupor catatónico, conllevando a una incapacidad para cuidar de sus necesidades personales.(25)

- (F20.3/295.9) **Tipo indiferenciado**: hay síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado ó catatónico.
- (F20.5/295.6) **Tipo residual**: donde los síntomas positivos están presentes tan sólo a baja intensidad. (26)

Los cifras entre paréntesis indican los códigos CIE/DSM respectivamente. El tipo desorganizado se conoce aún ampliamente como esquizofrenia hebefrénica.

La OMS reconoce además los tipos:

- (F20.4) **Depresión post esquizofrénica**: trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Raramente son tan importantes como para realizar un diagnóstico de depresión grave.
- (F20.6) **Esquizofrenia simple**: su desarrollo es insidioso. No manifiesta alucinaciones ni delirios. Es menos propiamente psicótica y muestra fundamentalmente síntomas negativos.

Es necesario subrayar que muchos de los síntomas positivos o psicóticos, pueden aparecer en gran variedad de trastornos y no sólo en la esquizofrenia (por ejemplo en la depresión, manía, psicosis reactivas y otros). Schneider (1975) estableció una lista de síntomas particulares de psicosis que él creía especialmente útiles para distinguir entre la esquizofrenia y otros trastornos que pueden producir psicosis. Éstos se llaman síntomas de primer orden o síntomas Schneiderianos de primer orden e incluyen el pensamiento sonoro, oír voces que dialogan entre sí, oír voces que comentan los propios actos, robo e influencia sobre el pensamiento, divulgación del pensamiento, percepciones delirantes, delirio de

influencia (todo lo experimentado es influido por otros).⁴⁵ Se ha discutido la confiabilidad de los 'síntomas de primer grado' para diagnosticar la esquizofrenia. No obstante, y de hecho, tienen todavía gran aplicación práctica en muchos lugares. (27)

2.3: Características:

La esquizofrenia implica un cambio en el funcionamiento previo ("ya no es el mismo, ha cambiado"). Inicialmente, la persona afectada suele presentar aislamiento social, desconfianza, dificultad para concentrarse, ansiedad y ánimo depresivo. El inicio de la enfermedad puede ser súbito o progresivo. (28)

Se cree que la esquizofrenia afecta principalmente a la cognición, pero también suele contribuir a la aparición de problemas crónicos de comportamiento y emoción. Las personas con esquizofrenia pueden tener trastornos adicionales, incluyendo depresión y trastornos de ansiedad. (29) Aproximadamente el 40% de los pacientes esquizofrénicos han consumido drogas al menos en una ocasión durante sus vidas. Ciertos problemas sociales, tales como el desempleo de larga duración, la pobreza y la falta de vivienda, son frecuentes en estos pacientes. Además, la esperanza media de vida de las personas con el trastorno es de 10 a 12 años menos que la de quienes no lo tienen, probablemente debido al aumento de problemas de salud física y una mayor tasa de suicidios. (30)

2.4 Signos y síntomas principales:

Diversos autores han sostenido que el diagnóstico de esquizofrenia se basa en síntomas que involucran la discriminación precisa entre enfermedad mental (aquello que satisface los criterios diagnósticos) y sanidad mental (que no los satisface). Van Os y otros autores⁽²²⁾ por ejemplo, han argumentado que esta división precisa

tiene poco sentido, en la medida que existen muchas personas normales que tienen experiencias psicóticas o ideas cuasi delirantes (31) sin que esto les signifique algún tipo de problema, alguna incapacidad, o que puedan ser diagnosticados como pacientes con esquizofrenia.

Existen comportamientos indicativos de los primeros signos de esquizofrenia como:

- Oír o ver algo que no está ahí.
- Sensación constante de estar siendo observado.
- Modo de hablar o escribir peculiar o sin sentido.
- Posturas corporales extrañas.
- Sentirse indiferente ante situaciones muy importantes.
- Deterioro académico o de funcionamiento en el trabajo.
- Cambios en la higiene y aspecto personal.
- Retirada creciente de las situaciones sociales.
- Repuestas irracionales, airadas o temerosas a sus seres queridos.
- Problemas para dormir o concentrarse.
- Comportamiento inadecuado o extraño.
- Extrema preocupación con la religión o lo oculto.

Bleuler identifico los síntomas fundamentales (o primarios) específicos de la esquizofrenia para desarrollar su teoría acerca de la escisión mental interna de estos pacientes. Estos síntomas eran las alteraciones en la capacidad de asociación, especialmente pérdida de

las asociaciones, las alteraciones de la afectividad, el autismo y la ambivalencia, sintetizadas como las cuatro Aes: Asociaciones, Afecto, Autismo y Ambivalencia. Bleuler también describió síntomas accesorios (secundarios), que eran aquellos síntomas que Kraepelin había establecido como principales indicadores de la demencia precoz: las alucinaciones y los delirios. (32)

Crow en 1980 propuso una clasificación de los pacientes esquizofrénicos en tipo I y Tipo II, basándose en la presencia o ausencia de síntomas positivos(o productivos) y los negativos (o de déficit). Los pacientes de Tipo I tienden a tener principalmente síntomas positivos y los de tipo II presentan en general síntomas negativos.

A: Los síntomas positivos.- Son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar. Son los siguientes:

- ✓ ***Ideas delirantes.*** Se trata de ideas falsas, como creer que alguien le está espiando o que es un personaje famoso, o que algún desconocido que camina detrás por la calle le está siguiendo.
- ✓ ***Alucinaciones.*** Consisten en ver, sentir, escuchar, oler o saborear algo que realmente no existe. La experiencia más común consiste en escuchar voces imaginarias (alucinaciones auditivas) que dan órdenes o hacen comentarios al individuo.
- ✓ ***Trastornos del pensamiento y del lenguaje.*** Pueden moverse de un tema a otro, de una manera carente de sentido, inventar sus propias palabras o sonidos, dar largos discursos sin llegar a decir apenas nada, etc. También pueden creer que les han robado los pensamientos, o que les han sido impuestos en su cabeza, etc.

- ✓ **Conducta Extravagante:** En el vestido, apariencia, conducta agresiva, agitada, conducta repetitiva, estereotipada

B: **Los síntomas negativos.**-Son aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden realizar cotidianamente.

- ✓ **Aplanamiento afectivo:** expresión facial invariable, disminución de los movimientos espontáneos, escasa gestualización, contacto visual escaso, poca reactividad afectiva, afecto inapropiado, pérdida de entonación
- ✓ **Alogia:** término acuñado para referirse al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición, pobreza del lenguaje, pobreza del contenido del lenguaje, bloqueo (interrupción del curso del lenguaje).
- ✓ **Aislamiento social:** Anhedonia, abarca las dificultades del paciente esquizofrénico para experimentar interés o placer. Puede expresarse como una falta de interés vital por las actividades normalmente consideradas placenteras o como una falta de involucramiento en relaciones sociales de distintos tipos como interés y actividades recreativas y sexuales, en relaciones con amigos, compañeros
- ✓ **Abulia, Apatía extrema, con gran desinterés:** En el aseo e higiene, inconstancia en el trabajo o escuela, falta de energía
- ✓ **Falta de atención:** La atención está a menudo alterada en la esquizofrenia. El paciente manifiesta problemas para concentrar su atención, o sólo es capaz de concentrarse esporádicamente y erráticamente. A veces ignora intentos de conversación con él

La clasificación diagnóstica de la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud establece cuatro subtipos de esquizofrenia: en donde observamos sus síntomas de acuerdo al subtipo de esquizofrenia

CIE-10 Los cuatro principales subtipos de esquizofrenia			
Subtipo	Sistemas afectados	Síntomas característicos	Comentarios
Paranoide	Pensamiento, percepción	Delirios (sobre todo de persecución)	El subtipo más común
Hebefrénica (desorganizada)	Emociones, voluntad	Afectividad inapropiada, simpleza, trastornos formales del pensamiento, fragmentación mental	Comienza en la adolescencia
Catatónica	Voluntad, actividad motora	Estupor, agitación, posturas extrañas, amaneramiento, negativismo	Cada vez más raro
Simple	Voluntad, personalidad	Retraimiento social, aplanamiento emocional, pobreza de	Comienzo insidioso de problemas del comportamiento

		ideas, disminución de los impulsos y la motivación	
--	--	---	--

Fuente: OMS (33)

2.4 Causas:

La investigación científica no ha logrado aún identificar qué causas provocan estos graves trastornos. Los muchos datos que ya se conocen sobre las causas y el curso de estos trastornos nos indican que su origen, mantenimiento y pronóstico obedecen a una compleja interacción de varios factores, puede deberse a causas genéticas, (Hay evidencia sobre la heredabilidad del diagnóstico de esquizofrenia) (34), neurobiológicos, neuroquímicos, neuropsicológicos y ambientales. La etiología de esta enfermedad es multifactorial, y aunque ninguna causa es suficiente para explicarla, los factores genéticos parecen ser la más relevante; así como ciertas condiciones psicosociales.

La investigación actual estima que el ambiente juega un considerable rol en la expresión de los genes involucrados en el trastorno. Esto es, poseer una carga genética importante no significa que la condición vaya a desarrollarse necesariamente (35)

Aunque múltiples investigaciones apuntan a un origen orgánico del trastorno, todavía se carece de un modelo consensual que explique su variada clínica, por lo cual se clasifica dentro de los "trastornos funcionales" (y no "orgánicos") Si consideramos que los síntomas positivos de la esquizofrenia son atenuados por los medicamentos, reconocemos implícitamente una base no sólo funcional, sino también neurológica del trastorno.

Existen teorías biológicas que explican las causas de la esquizofrenia:

Teorías genéticas:

Las teorías genéticas se basan en dos tipos de estudios:

1. Incidencia de esquizofrenia y grado de consanguinidad.
2. Grado de concordancia en gemelos.

Kallman (36) hizo estudios en que demuestra que gemelos monozigóticos que no han vivido juntos, tienen 77,6 por ciento de probabilidades de que uno se enferme, después de haberse declarado la enfermedad en el otro; mientras que si han vivido juntos, el porcentaje sube a 91,5 por ciento. El tipo de herencia ha sido muy debatido, pero la más aceptada en la actualidad es la teoría poligenética, enunciada por Falconer en 1965, que establece que hay varios genes involucrados. Sin embargo, también se acepta que los factores ambientales tienen importancia en la aparición de los síntomas, es decir, que existe una interrelación de factores genéticos y ambientales de tal forma que entre más carga genética se tenga, se requieren menos factores ambientales adversos y viceversa

Teorías bioquímicas:

Estas teorías se basan en que la esquizofrenia es el resultado de un cambio en la bioquímica cerebral que hace que su funcionamiento se altere.

Hay dos grandes grupos de teorías bioquímicas:

1. Las que postulan que se forman productos tóxicos a partir de sustancias fisiológicas normales (Teorías endotóxicas).
2. Las que establecen que los trastornos se originan en cantidades alteradas de neurotransmisores.

Teorías de la autoinmunidad:

Estas teorías tratan de correlacionar las alteraciones psicopatológicas de la esquizofrenia con una reacción de autoinmunidad del paciente hacia su propio cerebro, especialmente en estructuras corticales y del septum. Las más importantes son:

- a. Teoría de la taraxeína. El creador de esta teoría es Heath quien ha encontrado niveles anormalmente elevados de gammaglobulina en sujetos esquizofrénicos

Teorías virales:

Se ha mencionado como posible causa de la esquizofrenia a los virus ya que algunos tipos de encefalitis, como la producida por virus herpes simplex pueden simular una esquizofrenia aguda o crónica. (37)

Teorías neurofisiológicas:

Estas teorías se basan en que existen alteraciones neurofisiológicas cuyo origen no está claro.

Aunque existen varias, mencionaré solamente dos:

- a. Teoría del estado de sobrealerta (over-arousal): se ha visto que algunos esquizofrénicos presentan un estado de vigilia más elevado que lo normal. Clínicamente se aprecia que cuando se comienzan a descomponer, presentan insomnio que incluso puede durar varios días sin presentar evidencias de cansancio. Además, y especialmente los paranoides, pueden percibir ruidos de tan baja intensidad que pasan desapercibidos para otras personas y pueden estar atentos a varias cosas a la vez.

- b. Teoría de los potenciales provocados (evoked potentials): los potenciales provocados fueron descubiertos en 1875. Pero no fue sino hasta la década de 1950 que fueron estudiados extensivamente por Shagaas (38) y consisten en las variaciones que ocurren en el trazado del EEG cuando se aplican estímulos externos. Se ha visto que el S.N.C. se recupera más rápidamente en sujetos normales que en esquizofrénicos, hablando esto a favor de que existen alteraciones

nerviosas en la conducción de los impulsos nerviosos desde la periferia.

En conclusión Se puede apreciar que este campo de estudio de la esquizofrenia promete grandes acontecimientos en un futuro cercano. Sin embargo, en el momento actual no ofrece verdaderas explicaciones fisiopatológicas o etiológicas.

2.5 Pronóstico:

La esquizofrenia tiene un curso y un pronóstico variable pero es siempre una enfermedad mental crónica y deteriorante en algún grado; después de cada episodio (o "brote") de la enfermedad el paciente puede no alcanzar el nivel de funcionamiento previo y sentirse cada vez peor.

Teniendo en cuenta esta cronicidad de la esquizofrenia, se habla de Trastorno Esquizofreniforme en pacientes con síntomas de esquizofrenia pero menos de seis meses de evolución.

Los de comienzo brusco suelen tener mejor pronóstico. También la sucesión de crisis y fases de compensación marcarán el pronóstico del caso. Las crisis muy seguidas y extensas provocan mayor deterioro de la persona, ya que el verse afectado por unos síntomas tan absorbentes o el verse sometido a ingresos psiquiátrico, le hacen sentir que padece una grave enfermedad que limita su capacidad de recuperación futura.

A corto plazo (1 año), el pronóstico de esquizofrenia está íntimamente relacionado con el grado de fidelidad que guarda la persona al plan de tratamiento farmacológico. Sin tratamiento farmacológico, del 70 al 80 por ciento de las personas que han experimentado un episodio de esquizofrenia presentan durante los siguientes 12 meses un nuevo episodio. La administración continuada

de fármacos puede reducir a cerca del 30 por ciento la proporción de recaídas. A largo plazo, el pronóstico de la esquizofrenia varía. En general, un tercio de los casos consigue una mejoría significativa y duradera, otro tercio mejora en algún grado con recaídas intermitentes y una incapacidad residual y otro tercio experimenta una incapacidad grave y permanente. (39)

En el international Pilot study of schizophrenia (1288, OMS, 1985) se encontraron estos cinco predictores de mal pronóstico: el aislamiento social, la larga duración del episodio, los antecedentes de tratamiento psiquiátrico previo, el estado civil soltero e historia de problemas conductuales en la infancia, tales como faltar a la escuela y o motivar disgustos familiares.

Factores de buen pronóstico:

- ✓ Edad tardía de comienzo.
- ✓ Comienzo agudo de la enfermedad.
- ✓ Existencia de factores precipitantes: drogas.
- ✓ Ausencia de embotamiento afectivo.
- ✓ Factores precipitantes de la enfermedad claramente identificables.
- ✓ Si la persona presentaba buena adaptación social, sexual y laboral antes de la aparición de la enfermedad.
- ✓ Ambiente social y familiar favorable.
- ✓ Buen cumplimiento del tratamiento.
- ✓ Antecedentes familiares de trastornos de humor.
- ✓ Confusión y síntomas atípicos.
- ✓ El subtipo de mejor pronóstico es la Esquizofrenia Paranoide.

Factores de mal pronóstico:

- ✓ Inicio en edad temprana.
- ✓ Comienzo progresivo o insidioso de la enfermedad.
- ✓ Prevalencia de síntomas negativos.

- ✓ Aislamiento social o pocos sistemas de apoyo social.
- ✓ Trastorno previo de la personalidad.
- ✓ Embotamiento afectivo.
- ✓ Historia familiar de esquizofrenia.
- ✓ Larga evolución antes del primer contacto médico.
- ✓ Abuso de drogas.
- ✓ Presencia de anomalías cerebrales claras (ventrículos dilatados).
- ✓ Cuando la enfermedad no remite en tres años y hay múltiples recaídas.
- ✓ La esquizofrenia de tipo Desorganizado es la de mayor gravedad.

2.6: Tratamiento:

La esquizofrenia es una enfermedad crónica e inhabilitante, pero con buena respuesta al tratamiento. Dado que es un trastorno complejo, el tratamiento debiera ser multifacético. Existe un cierto consenso en el uso simultáneo de fármacos antipsicóticos, y de terapias psicológicas como el modelo cognitivo-conductual y psicoanalítica, (40)

El tratamiento de los trastornos esquizofrénicos debe abordarse de modo global con una amplia variedad de recursos asistenciales.

Los recursos han de ser:

- Médicos.
- Farmacológicos.
- Psicoterapéuticos.
- Rehabilitadores (rehabilitación psicosocial, ocupacional y laboral).
- Familiares (apoyo emocional, control de tratamiento).

Con un tratamiento adecuado, la persona con esquizofrenia puede tener una mejoría notable, principalmente de los síntomas psicóticos, no tanto de los síntomas negativos.

- ✓ **Tratamiento Farmacológico:** Los antipsicóticos son los fármacos más utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia y de las enfermedades relacionadas con ella; inicialmente se llamaron tranquilizantes mayores (en oposición a los "tranquilizantes menores" que ahora conocemos como ansiolíticos) o neurolépticos (por su capacidad para producir determinados efectos secundarios neurológicos), pero en los últimos años el término antipsicótico, que hace referencia a su acción terapéutica, se utiliza de forma casi general.

Son especialmente eficaces para reducir la intensidad de los síntomas "positivos", sobre todo de los síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios). No hay pautas claras de tratamiento que deberá ajustarse a la evolución del paciente. En cualquier caso, algunos ensayos clínicos han demostrado que una mayor adherencia al tratamiento terapéutico, es decir, la toma real de las dosis indicadas reduce significativamente la incidencia de recaídas. La dificultad de la adherencia al tratamiento radica en la falta de conciencia de enfermedad en muchos de los pacientes, lo que conduce a un abandono temprano o a un cumplimiento parcial de los tratamientos

Algunos antipsicóticos clásicos o típicos son el haloperidol, la clorpromazina y la flufenacina. Los principales antipsicóticos atípicos modernos son la clozapina, la olanzapina y la risperidona.

No existe dependencia de los antipsicóticos, ni se desarrolla tolerancia a sus efectos terapéuticos generalmente.

No se recomienda su suspensión brusca más que en casos de riesgo vital; la retirada de los antipsicóticos puede provocar algunos

efectos secundarios leves y transitorios, pero en ningún caso existe un síndrome de abstinencia como tal.

Además de los antipsicóticos, puede ser necesario el uso concomitante de antiparkinsonianos (para los efectos extrapiramidales), ansiolíticos, hipnóticos o antidepresivos.

Algunos pacientes requieren el uso de terapia electroconvulsiva. también conocida como terapia por electroshock, es un tratamiento psiquiátrico en el cual se inducen convulsiones utilizando la electricidad. Actualmente la TEC es utilizada mayormente para tratar la depresión aguda que no responde a otros tratamientos. La TEC se usa también para tratar manías, catatonia, esquizofrenia y otros desordenes mentales. (41)

El tratamiento psicofarmacológico es esencial en el tratamiento de la esquizofrenia y demás psicosis, pero es necesario un buen soporte terapéutico para la buena evolución de la enfermedad, este soporte es la rehabilitación psicosocial. Un ejemplo de ello es lo que ocurre cotidianamente, cuando el paciente toma su tratamiento y su única actividad es estar todo el día en la cama, o que tenga prescrita una medicación y por falta de conciencia de enfermedad y de control no se la tome, estos son algunos ejemplos de los muchos que ven los que trabajan en la rehabilitación de estos enfermos que tienen un diagnóstico y no saben que les pasa y por que su vida no puede ser igual que antes.

- ✓ Padecer un trastorno psicótico no puede ser el obstáculo que impida el desarrollo de roles sociales valiosos, como el trabajo o al menos una ocupación, vivienda, relaciones interpersonales y afectivas, consideración social y utilización de recursos comunitarios.(42)
- ✓ **La rehabilitación** Se entiende hoy como la proporción de la ayuda que requiere la persona para el desempeño psicosocial.

✓ **La rehabilitación psicosocial:**

Ampliamente definida, incluye varias intervenciones no médicas para las personas con esquizofrenia. Los programas de rehabilitación enfatizan la capacitación social y vocacional para ayudar a los pacientes recién diagnosticados o que han estado enfermos por un tiempo a superar dificultades en las áreas cognitivas o de habilidades sociales afectadas. se trabaja principalmente con el enfermo en su contexto familiar y no en una institución. La psicoeducación y otras intervenciones psicosociales ayudan al paciente y a sus familiares a manejar el trastorno de manera más efectiva, a reducir la disfunción social y laboral y a conseguir la reintegración social.

✓ **Psicoterapia individual:**

La psicoterapia individual incluye sesiones programadas con regularidad en las que el paciente conversa con su psicólogo o psiquiatra. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos, sentimientos o reacciones personales. El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva. También puede aprender a distinguir entre lo real y lo distorsionado

Educación familiar

Con frecuencia los pacientes son dados de alta del hospital y quedan a cuidado de sus familias, por esta razón es importante que los familiares aprendan todo lo que puedan acerca de los desafíos y problemas asociados con la enfermedad. También es útil que los familiares aprendan maneras de minimizar las recaídas, como son las estrategias para asegurar el cumplimiento del tratamiento. Es necesario que los familiares conozcan los servicios disponibles para

asistirles durante el período posterior a la hospitalización. El educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento se llama "psico-educación familiar".

El paciente necesita apoyo de un gran número de personas en diferentes roles. Entre ellas están los familiares, los profesionales de los programas terapéuticos residenciales y los programas por el día, los administradores de programas de acogida temporal para las personas que se encuentran sin vivienda, los amigos o compañeros de vivienda, los profesionales que manejan el caso clínico, las autoridades religiosas de iglesias y sinagogas, etc. (43)

Además de colaborar a obtener ayuda, la familia, los amigos, y los grupos de personas con condiciones similares, pueden proporcionar apoyo y fomentar que el paciente esquizofrénico recupere sus capacidades. Es importante plantearse metas alcanzables ya que un paciente que se siente presionado o criticado probablemente tendrá estrés, lo que puede causar un empeoramiento. Al igual que otros, las personas con esquizofrenia necesitan saber cuando están haciendo bien las cosas. A largo plazo, un enfoque positivo puede ser útil y quizás más eficaz que la crítica. Este consejo es aplicable a todas las personas que se relacionan con el paciente.

2.7: Cronicidad:

Es el progresivo deterioro de la personalidad del esquizofrénico o de la existencia de síntomas residuales que van a condicionar la vida del sujeto. La cronicidad puede ser sugerida por determinados diagnósticos, en cuya definición se da como criterio la larga duración de la enfermedad.

Bachrach, se va imponiendo una definición de la cronicidad basada en tres criterios:

- **Diagnóstico:** La cronicidad puede ser sugerida por determinados diagnósticos, en cuya definición se da como criterio la larga duración de la enfermedad. Así, la clasificación DSM-III-R introduce el aspecto temporal tanto en los trastornos de personalidad como en la psicosis esquizofrénica.

- **Duración:** Se define como "crónica" aquella enfermedad de larga duración o de frecuente recurrencia.

- **Disabilidad:** Incapacidad para la actividad personal, laboral o social.

Así, Shepherd, Wing y Morris describen tres niveles de discapacidad del enfermo mental:

- Discapacidad Primaria, referida al defecto producido por los síntomas de la enfermedad.

- Discapacidad Secundaria o hándicaps asociados a la experiencia de enfermedad o, más claramente, "reacciones personales adversas" a la enfermedad.

- Discapacidad Terciaria, derivada de la respuesta social a la enfermedad y la discapacidad.

2.8: Hospitalización del paciente esquizofrénico

La hospitalización consiste en la estancia del enfermo o lesionado en una institución sanitaria capaz de proporcionarle cuidados continuos y que cuenta con una personal de salud organizado.

El individuo hospitalizado experimenta diferentes amenazas emocionales en su bienestar y pasa por diferentes etapas durante su estancia hospitalaria (Robinson, 1984). En cada una de ellas afloran a la superficie diferentes preocupaciones y problemas emocionales relacionados con su enfermedad y con su capacidad de hacerle frente.

Las personas hospitalizadas tienen problemas físicos, emocionales y ambientales de forma simultánea. La mayoría de los individuos consideran la hospitalización como una crisis, es decir, como un acontecimiento imposible de superar. La verdadera crisis de la hospitalización es la separación del entorno familiar y de la propia casa, pasado a ser cuidado por personas extrañas en una institución impersonal e incómoda.

Cuando el individuo es incapaz de cuidarse hasta el punto de constituirse un peligro para sí mismo requiere ser hospitalizado (kaplan)

2.8.1: Ingreso hospitalario:

Centrada en el internamiento inicial, en un abordaje terapéutico y un programa asistencial, para transgredir la libertad de los pacientes para protegerlos de ellos mismos y de otras personas, como familiares o vecinos de la comunidad.

2.8.2: Factores que influyen en el reingreso del paciente esquizofrénico

a) Reingreso

Es el hecho de volver a ingresar a ser hospitalizado, se debe a las “recaídas” refiriéndose a ésta como la presentación de un cambio clínico centrado en el paso de la remisión de los síntomas positivos a la exacerbación de los mismos o bien un incremento significativo de los síntomas persistentes (44), esto se da debido a múltiples explicaciones, pueda que exista una pobre respuesta al tratamiento, una falta de precisión diagnóstica, desesperanza de la familia, entre otros (45).

Una frecuente hospitalización no es siempre beneficiosa para el paciente y por el contrario puede empeorar su condición y favorecer su cronicidad; entre éstos destacan los cambios en la capacidad de atención y concentración, preocupación, bloqueos de pensamiento, sentimientos de culpa, síntomas depresivos, ansiedad, irritabilidad, inquietud, anhedonia, ideas de autolisis, labilidad emocional, apatía, pérdida de interés, fatiga, percepciones anormales, cambios en la percepción de uno mismo y de los demás, suspicacia, conductas obsesivas, funcionamiento pobre socio-laboral y las reacciones agresivas.

Por este motivo es muy importante el trabajo en colaboración con el paciente y familia, que pueda explicar y registrar de manera subjetiva los síntomas precedentes de una recaída ya que las manifestaciones podrían estar contaminadas por síntomas residuales (McGorry, 2000).

Minuchín (1992) opina respecto de la recaída, que otra de las razones para depender del encuadre hospitalario es la necesidad de respiro que tiene la familia de un paciente mental, ya que éste se convierte en una carga insoportable de atención permanente, haciendo que con frecuencia se sientan atrapadas, culpabilizadas, con miedo, enojo, frustración e impotencia. Si no tienen apoyo psiquiátrico al alcance de la mano pueden sentirse aniquilados, y si no pueden recurrir a ninguna otra parte la internación comienza a aparecer como la única solución ante la crisis

b) Factores

- Actitudes familiares ansiógenas expresadas con regularidad. Lo que técnicamente ha sido bautizado como emoción expresada (EE) alta (nivel de crítica o sobreprotección emocional elevadas).

- Psicoterapias intensivas no estructuradas que resultan sobreestimulantes.
- Medicación neuroléptica no controlada o incompleta.

3: FAMILIA

3.1: Concepto de Familia:

Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.

Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar. Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad.

Goode y otros señalan dos de las funciones más importantes de la familia: la reproducción, que señala a la familia como una comunidad de vida, que nace, crece, educa, procrea a sus hijos y que a su vez van a dar origen a otras familias y así declina muere; la socialización y cuidado de los niños

Desde el punto de vista conductual Jackson da una definición:

“La familia es la unidad primaria de la sociedad y dentro de ella se desarrollan entre sus miembros funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples. La dinámica de la familia consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad”

(46)

En la actualidad, destaca la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos, etc.

En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad.

La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana

3.2: Familia del paciente esquizofrénico

Las funciones que tiene la familia en relación a sus miembros, es muy importante, ya que uno de los temores que con mayor frecuencia sufren los pacientes esquizofrénicos, provienen del sentimiento de pertenecer a un grupo y creer que nadie desea su compañía; pero la situación de la familia con un miembro diagnosticado de esquizofrenia, incluye en cada uno de los integrantes modificando su rol o funciones, ya que la familia se mueve como un sistema social en un conjunto entonces sus reacciones dependerá en la mayoría de los casos del pronóstico de dicha enfermedad.

La familia del paciente esquizofrénico es considerada un tipo de familia patológica ya que puede decirse con certeza que no hay ambiente de bienestar familiar, es una familia disfuncional, que rebasan los límites de la normalidad, la cual no hace nada por corregir estas disfuncionalidades que cada vez aumenta, todos sus miembros actúan independientemente, no existe dinámicas familiar.

Kaplan y freedman al respecto dicen:

“La familia tiene raíz en el concepto de que el paciente es un síntoma de patología familiar y que las alteraciones graves se encuentran relacionadas casualmente con la enfermedad mental o psicopatológica de los padres”

Miedelfort (1957) fue el primero en tratar el problema de la esquizofrenia trabajando sobre la familia, quien opinó que “Un cambio en la conducta de los miembros de la familia aumentará la probabilidad de un cambio benéfico en el paciente”. El papel que juega la familia en el desenvolvimiento clínico del paciente ha cambiado considerablemente.

3.3: El paciente esquizofrénico en el contexto familiar:

En un estudio reciente (Jara A, Gallado O; 1998), menciona que la esquizofrenia es un problema grave que aqueja a un porcentaje importante de personas de nuestra sociedad; esta situación no sólo afecta a estos individuos, sino que también a sus familiares que se ven envueltos en un mundo completamente desconocido y estresante. “Dentro de estas situaciones se divisan etapas de recibimiento de la enfermedad mental, al comienzo la familia responde con angustia y miedo porque se presentan cambios emocionales en la conducta del enfermo y temen a lo desconocido”.

Brow definió a la familia como un sistema emocional, las tensiones y conflictos afectan al sistema produciendo una alteración en él, mientras más alto sea el nivel de ansiedad o tensión dentro del sistema emocional más tenderán los miembros del sistema a retraerse de las relaciones externas y a aislarse internamente unos de otros.

Las alteraciones en la conducta de un esquizofrénico no se deben exclusivamente a su enfermedad; si no que intervienen otros factores sociales, además dependerá de los mecanismos de adaptación que

posee el paciente y como lo reciba su familia y comunidad; considerando por ello la participación de la familia en la rehabilitación social y no específicamente el clínico.

El paciente esquizofrénico cuando es dado de alta o captado en la comunidad continua su atención en su medio natural a responsabilidad de la familia como de satisfacer sus necesidades básicas, calor humano, aceptación, amistad, de lo contrario seria funesto originando recidivas y eminentemente hospitalización; así mismo la participación de la familia en el tratamiento psicofarmacológico principalmente, ya que en la actualidad es mayor y mejor que permite al enfermo hacer una vida extrahospitalaria.

3.4: Soporte familiar:

La familia, tiene un valor de refugio afectivo y de aprendizaje social. Es la primera y la más importante de las escuelas: en ella nacemos, por ella sufrimos, con ella disfrutamos y en ella descubrimos lo hermoso de sentir que gracias a ella alguien siempre te espera, que tu llegada da alegría, que amas y eres amado. La familia es, por lo tanto, un valor muy significativo (47)

Podría decirse con certeza que la familia es para el hombre algo totalmente necesario y por ende, se asume que es la forma que mejor permite al ser humano desenvolverse en la sociedad, puesto que entrega los valores, el apoyo y el cariño básicos para toda persona. El vivir en familia es algo que se tiene completamente asumido; nadie nos pregunta al nacer si lo deseamos o no, sino que simplemente es algo impuesto.

La familia influye mucho en la salud y en la enfermedad; por lo que cumple una función de suma importancia en el tratamiento y recuperación del paciente esquizofrénico. El papel de los familiares

con el enfermo es atenderlo en toda su capacidad para ayudar, confrontar y promover su desarrollo y para que esta participación sea efectiva es necesario que esta sea adecuada y orientada permanentemente. Como educadora la enfermera debe estar preparada para valorar lo que los familiares necesitan y desean conocer y deben ser capaces de dar información suficiente para incrementar su capacidad de afrontamiento y disminuir su ansiedad sin abrumarlos.

Una familia funcional y cohesionada estará en condiciones de garantizar una mejor calidad de vida para todos sus miembros. No obstante, no siempre ocurre así y en ocasiones hay incompreensión, violencia y maltrato físico y psicológico; esto crea un clima de inseguridad, temor y desconfianza. Por lo general los enfermos sufren las consecuencias más directas, con lo que se agrava su estado mental.

3.4.1: Soporte emocional:

“...Cuando uno se encuentra atravesando un momento difícil o recientemente lo han diagnosticado con una enfermedad, es muy probable que el apoyo emocional de los demás sea positivo para sobrellevar la situación” (48)

Ricardo Carmen Manrique, Psicoterapeuta dice: “Al hablar de apoyo emocional nos referimos a entrar en contacto con las emociones básicas que nos definen como individuos y como miembros de la especie humana, es decir, a aquel tipo de relaciones más simples que se originan en el interior de las familias, grupos tribales o clanes y que deberían mantenerse o ampliarse en agrupaciones sociales más grandes o complejas”. (49)

El apoyo emocional es un tipo de apoyo social y familiar; es el apoyo más importante e influyente, que consiste en escuchar al miembro enfermo de la familia, mostrar empatía hacia él y darle la sensación de que se le cuida y se le tiene afecto. A pesar de que estas categorías se superponen, los estudios indican que el apoyo emocional de la familia es lo que más influye en los resultados relacionados con la salud.

Se refiere al sentimiento de ser querido y de poder tener confianza en alguien. Es también saber que hay una persona para poder comunicarse y compartir emociones y vivencias y además saber que eres valorado.

3.4.2: Necesidades Emocionales Humanas

Según Marge Reddington y Muriel James y Louis Savary en su libro *Una Nueva Personalidad*, dicen que una necesidad es algo de lo que se precisa, es un requisito absoluto para la salud y la supervivencia. Todas las necesidades tienen la misma importancia para la existencia. No podemos vivir o existir de manera saludable, si no cubrimos mínimamente todas las necesidades.

Todos los humanos tienen necesidades emocionales básicas. Estas necesidades pueden ser expresadas como sentimientos, por ejemplo la necesidad de sentirse aceptado, respetado e importante. Mientras todos los humanos comparten estas necesidades, cada uno difiere en la intensidad de la necesidad, así como algunos necesitamos más agua, más alimento o más sueño. Una persona puede necesitar más libertad e independencia, otra puede necesitar más seguridad y conexiones sociales. Una puede tener una mayor curiosidad y una mayor necesidad de comprensión, mientras otro está complacido de aceptar lo que sea que se le haya dicho.

En familias disfuncionales son las necesidades emocionales las que no son satisfechas la mayor parte del tiempo. Es útil estar más alertas de estas necesidades emocionales como primer paso hacia la ayuda entre unos y otros para satisfacerlas adecuadamente.

Lista de algunas Necesidades Emocionales Humanas

Hay cuatro áreas de necesidades:

- Física y biológica.
- Emocional, psicológica, intelectual.
- Relacional.
- Espiritual.

Todas las necesidades son importantes y han de ser cubiertas al menos en cierto grado para mantener la salud y el bienestar personal, pero no todas tienen la misma urgencia para satisfacerlas, debemos tener en cuenta que las necesidades físicas y biológicas tienen preferencia sobre las otras, Las necesidades emocionales, relacionales y espirituales adquieren más importancia con la edad y en determinados estadios del desarrollo y de la vida.

Según Maslow, las necesidades inferiores son más potentes y tienen prioridades superiores. Una vez satisfechas, aparecen las necesidades superiores y la persona se motiva para satisfacerlas. Para él una persona necesita apoyo para desarrollarlas (emociones) y satisfacer sus necesidades básicas. Por lo que se ve que el medio también cumple un papel importante al establecer las motivaciones y fomentar el paso de un estado a otro. (50)

Dentro de la necesidades psicológicas y emocionales

Reconocimiento: a) por lo que somos, b) por nuestras cualidades c) por lo que hacemos. Se satisface por medio de CARICIAS en las relaciones sociales.

Ser amado: Que alguien se preocupe de mí, ser importante para otra persona.

Amar: Tener necesidad de amar a otras personas. La manifestación de esta necesidad de amar es un deseo de estar y/o de construir con la persona amada.

Autoestima: sentirnos importantes, experimentarnos a nosotros mismos como personas significativas.

Pertenecer: experimentar que pertenecemos a alguien, una familia, un grupo, una comunidad, etc.

De estructura:

Interna: Tener respuesta a las preguntas básicas sobre sí mismo, los otros y el mundo.

Externa temporal: tener el tiempo estructurado, con la sensación de confort o seguridad que da, el saber lo que ocurrirá y lo que tengo que hacer

Externa espacial: tener el espacio estructurado de modo que pueda orientarme en él, saber dónde me encuentro y a donde dirigirme en un momento dado.

El plan de vida proporciona estructura vital, que sea positivo o negativo depende del guión de vida de cada uno.

De seguridad: Estar a salvo de las amenazas de la satisfacción de las necesidades. Esta necesidad de seguridad tiene dos aspectos: Seguridad física y seguridad psicológica.

Contacto emocional: con uno mismo, con los otros.

Estímulo emocional e intelectual.

Sensación de logro, de que alcanzo en alguna medida los propósitos y las metas que me planteo.

Según Steve Hein trabajando sobre la inteligencia emocional, las necesidades emocionales que tiene cada niño y ser humano necesita se presenta en diferentes grados, cada uno de acuerdo a su naturaleza única, necesita sentirse: (51)

a salvo	interesado	optimista	satisfecho
aceptado	en control	orgullosa	seguro
admirado	en privacidad	perdonado	seguro de sí mismo
amado	entendido	poderoso	significativo
apoyado	escuchado	productivo	tratado
apreciado	exitoso	protegido	justamente
ayudado	importante	reafirmado	e
capaz	incluido	realizado	útil
claro (no confundido)	independiente	reconocido	valorado
)	instruido	relajado	disculpado
competente	interesado	respetado	digno
comprendido	libre		

contento	necesitado		
desafiado	notado		

Es importante tener presente que nuestras emociones básicas nos acompañarán a lo largo de nuestra vida, algunas veces serán placenteras, otras serán realmente incómodas y es muy poco lo que podemos hacer para cambiar eso, pero sí podemos aprender a controlar la manera como expresamos nuestras emociones, podemos desarrollar nuestra capacidad de percibir y satisfacer las necesidades emocionales de quienes cuentan con nuestro apoyo.

G: DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- ✓ **Percepción del profesional de enfermería:** Es la respuesta expresada sobre la impresión que tiene el profesional de enfermería acerca del soporte emocional que brinda el familiar al paciente. La cual es obtenida a través de la diferenciación semántica y valorada en favorable, indiferente y desfavorable.
- ✓ **Profesional de enfermería:** Enfermero(a) asistencial responsable de los pacientes durante su admisión, transferencia y alta de forma directa en el servicio de psiquiatría 1 y 20 del hospital Víctor Larco Herrera.
- ✓ **Soporte emocional:** Es el de favorecer en la satisfacción de las necesidades emocionales humanas del paciente por parte de la familia durante la hospitalización.
- ✓ **Paciente adulto joven esquizofrénico e:** Adulto de 20 a 40 años que es hospitalizado mas de una vez en el servicio de psiquiatría 1 y 20 del hospital Víctor Larco Herrera con diagnóstico de esquizofrenia

- ✓ **Paciente adulto joven reingresante:** Adulto de 20 a 40 años que es reingresa a ser hospitalizado 2 y 3 veces como máximo

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

A) TIPO Y METODO DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo es de tipo cuantitativo, ya que puede ser medido la variable y se obtienen datos apoyados en escalas numéricas permitiendo un tratamiento estadístico; es de nivel aplicativo porque se aplica en el campo de la salud, el método utilizado es el descriptivo, por la característica de la variable en estudio ya que se pretende describir las realidades como percibe el profesional de enfermería respecto al soporte emocional que brindan los familiares al paciente adulto joven esquizofrénico.

Es de corte transversal porque ha sido estudiada en un momento determinado de tiempo, y espacio.

B) DESCRIPCION DE LA SEDE DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el servicio de Psiquiatría 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera situado en la Av. El Ejercito No. 600 Magdalena del Mar.

El hospital es una Institución altamente especializada en psiquiatría y salud mental, cuya misión está expresada en : “Somos una institución publica, dependiente del Ministerio de Salud, que brinda servicios especializados de prevención, promoción, tratamiento recuperación y rehabilitación en psiquiatría y salud mental a la población a su cargo, con

calidad, calidez, equidad, oportunidad, accesibilidad y efectividad; con los recursos humanos comprometidos en el desarrollo institucional y con tecnología e infraestructura adecuada, coadyuvando a mejor calidad de vida de la población” (52)

Presta servicios de: Consulta Externa para adultos, consulta externa para niños y adolescentes; Emergencia, y Hospitalización .El área de hospitalización según el Reglamento de Organización y Función es vigente ,está conformado por departamentos; el departamento de psiquiatría integrado por el servicio N° 1 de varones y el servicio N° 20 de mujeres, El departamento de Adicciones conformado por el servicio N° 18, el departamento de Rehabilitación conformado por los servicios 2,4,5,7,8,9,12 y 13, La Unidad de Cuidados Especiales (UCE), Además ofrece los servicios de Odontología, Radiología, Exámenes Auxiliares (Laboratorio), Electroencefalografía Y Electrocardiograma, Servicio De Ambulancia Y Otros, destinados a la población cautiva.

El departamento de Enfermería es un órgano de apoyo y depende directamente de la Dirección General; La misión del departamento de enfermería consignado en el Manual de Organización y Funciones es: “Cautelar la salud mental de las personas, brindando una atención de tipo integral, humana, especializada, con eficiencia, eficacia y calidad al paciente familia y comunidad , promoviendo un ambiente saludable para contribuir al logro de los objetivos institucionales,. Esta integrado por enfermeros capacitados y comprometidos en el campo de la psiquiatría, salud mental y el desarrollo institucional”. El número

total de enfermeros es de 106 profesionales, distribuidos en los diferentes servicios.

La atención integral que brinda el profesional de enfermería es durante las 24 horas del día en los servicios antes mencionados, conjugándose la labor asistencial, administrativa, docente y de investigación; cada servicio de enfermería está a cargo de una Enfermera Jefe, enfermeras asistenciales asignadas en turnos rotativos de 12 horas laborales (guardias diurnas y nocturnas) y técnicos de enfermería. Los servicios de Psiquiatría 1 y 20 cuentan con 15 profesionales de enfermería cada uno, la capacidad instalada es de 60 camas en cada servicio, dividido en 3 áreas: iniciales, intermedios y pre alta, el tiempo promedio de hospitalización es de un mes y otros 2 meses por motivos ajenos a la evolución de la enfermedad, el diagnóstico más frecuentes en estos pabellones es la esquizofrenia, los usuarios van desde adultos jóvenes hasta adultos mayores, los horarios de visitas de los familiares a los pacientes hospitalizados son los días miércoles, sábados, domingos de 2 a 4 de la tarde. En el caso de tener que visitar al paciente fuera del horario establecido se podrá ingresar con permiso expedido por el médico

C.- POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio estuvo conformada por los 30 profesionales de enfermería asistenciales del servicio de psiquiatría 1 y 20 del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera; 15 profesionales de enfermería del servicio 1, siendo 4 de sexo masculino y 11 de sexo femenino, y 15 profesionales de enfermería del servicio 20 siendo en su totalidad de sexo femenino. Se contó con la participación de 28 de ellos,

viéndose uno de cada pabellón indispuerto a colaborar con el presente estudio.

- **Criterios de Inclusión:** Profesionales de enfermería que trabajen como mínimo 6 meses en los servicios de psiquiatría 1 y/o 20
- **Criterios de exclusión:** Profesionales de enfermería que no deseen participar en el estudio

D.- TECNICA E INSTRUMENTO:

La técnica que se utilizó para la presente investigación fue la entrevista y el instrumento utilizado para la recolección de la información se creó una escala de diferencial semántico, es un instrumento de evaluación psicológica creado por Charles Osgood, George Suci y Percy Tannenbaum, Se plantea que un concepto adquiere significado cuando un signo (palabra) puede provocar la respuesta que está asociada al objeto que representa; es decir, se reacciona ante el objeto simbolizado. La técnica se desarrolla proponiendo una lista de adjetivos opuestos, los cuales en conjunto miden las actitudes de las personas a palabras y conceptos de estímulos. (53)

Tanto los adjetivos como los conceptos están relacionados con la dimensión que se quiera medir. Se trata de una prueba semi-objetiva, pero no es un test, ya que se amolda a lo que el investigador quiera evaluar, por lo que no hay conceptos ni escalas tipificadas. (54)

En la investigación se pidió a los entrevistados (profesional de enfermería) que formulen un juicio acerca del soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico de acuerdo a la satisfacción de las principales necesidades emocionales humanas, se propuso la lista de las principales necesidades emocionales del ser humano, se puntúan en una escala de 1 al 5. Si la puntuación cae cerca

del polo positivo (en la escala 5) se considera que la percepción del profesional de enfermería sobre esa necesidad emocional que brinda la familia al paciente esquizofrénico es favorable, mientras que si cae cerca al polo negativo (en la escala 1) es desfavorable y una puntuación de 3 se considera como una percepción medianamente favorable.

El instrumento consta de 3 partes: la primera viene a ser la introducción donde se detalla el título y el objetivos de la investigación; la segunda parte corresponde a los datos generales del profesional de enfermería encuestado de los pabellones, la tercera parte corresponde al listado de Necesidades Emocionales humanas viéndose en una diferenciación semántica para identificar la percepción que tienen los profesionales de enfermería. **(Ver Anexo “B”)**

El instrumento de recolección fue validado por Juicio de expertos conformado por 7 profesionales de Salud con experiencia en investigación y/o campo familiar, entre Médico Psiquiatras, Licenciados en Enfermería y Licenciado en Psicología; los cuales validaron el contenido de las variables de estudio y en base a sus sugerencias y observaciones se realizaron los ajustes necesarios. Los resultados emitidos por los Jueces Expertos fueron procesados a través de una tabla de Concordancia para determinar la validez, donde si $p < 0.05$ la concordancia es significativa, dando como resultado en el instrumento del estudio $p = 0.03$ por lo cual se considera el instrumento valido. **(Ver Anexo “D”)**

E.- PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se inició al realizar el trámite administrativo respectivo, mediante un oficio dirigido a la Dra. del Hospital Víctor Larco Herrera, se solicitó el permiso con la finalidad de obtener las facilidades y autorización para la ejecución de la investigación.

Se obtuvo la aprobación del estudio por parte del Departamento de Capacitación por lo cual la autorización de la Directora del hospital, se establecieron coordinaciones con la unidad de Docencia e Investigación; así mismo con el Médico Jefe y del Enfermero Jefe de los servicio en estudio para la recolección de datos

Los datos fueron recolectados durante la primera semana del mes de febrero en la gestión del nuevo director del Hospital Víctor Larco Herrera elegido en el presente año, de acuerdo a los turnos rotativos de 12 horas laborales (guardias diurnas y nocturnas) 4 a 3 profesional de enfermería por turno, en ambos servicios en estudio, donde se les solicitó previamente su participación en dicha investigación, explicándoles los objetivos y la forma de llenar el instrumento

F.- PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el programa Microsoft Excel previa elaboración de tablas de códigos y tablas de matriz. Luego fueron tabulados dándoles valores a cada categoría para establecer valores finales de favorable, indiferente y desfavorable, para que posteriormente los resultados sean presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación de datos diseñados en base a los objetivos establecidos y considerando el marco teórico.

La investigación hizo uso de la estadística descriptiva pues se utilizó tablas, y medidas de resumen (proporción, media aritmética, desviación estándar, rango, varianza) para la descripción de datos.

G.- CONSIDERACIONES ETICAS

Considerando el principio ético de respeto a las personas, se aplicó el Consentimiento informado al profesional de enfermería. De este modo, se les informó los objetivos y el propósito de la investigación previo a la aplicación del instrumento, lo que hizo la libre participación del profesional de enfermería en la presente investigación. (**Ver Anexo "C"**)

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados obtenidos luego de haber aplicado el instrumento de recolección de datos a los profesionales de enfermería de los servicios 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera, los mismos que fueron procesados y presentados en cuadros estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación utilizando para ello el marco teórico correspondiente, con la finalidad de determinar las conclusiones del estudio.

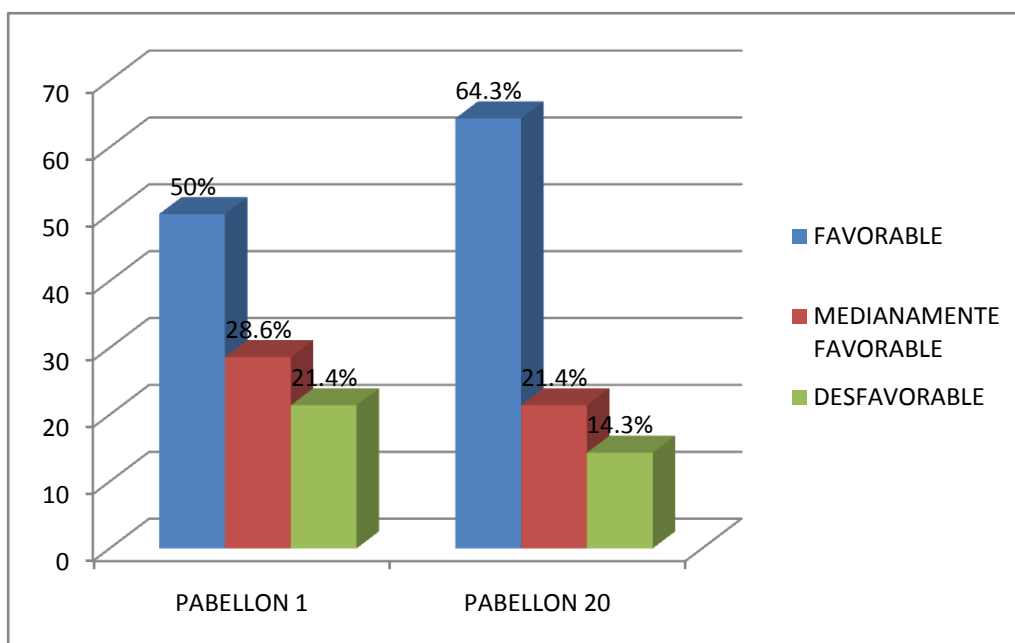
A) Datos generales

En el presente estudio participaron un total de 28 profesionales de enfermería asistenciales de los servicios de psiquiatría 1 y 20. En el servicio 1, 4 de los profesionales de enfermería son de sexo masculino y 16 del sexo femenino, y en el servicio 20 las 14 profesionales de enfermería son del sexo femenino. (Ver Anexo J) Las edades de los profesionales se encuentran entre 30 y 56 años siendo la edad promedio 43 años (Ver Anexo I), el tiempo que trabajan en el hospital oscilan entre 3 y 29 años y el tiempo que trabajan en los servicios 1 y/o 20 se encuentran entre 3 y 20 (Ver Anexo K) años siendo el promedio 11 años.

B) Datos Relacionados a la Percepción que tiene el Profesional de Enfermería sobre el Soporte Emocional que brinda la Familia al Paciente Esquizofrénico.

GRAFICO Nº 1

“PERCEPCIÓN QUE TIENE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL SOPORTE EMOCIONAL SEGÚN PRINCIPALES NECESIDADES EMOCIONALES HUMANAS QUE BRINDAN LOS FAMILIARES AL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO QUE INGRESA POR PRIMERA VEZ AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA 1 y 20 DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA LIMA- 2009



Fuente: Instrumento aplicado en el Hospital Víctor Larco Herrera servicios de psiquiatría 1 y 20, 2009

1.- Percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional según principales necesidades emocionales humanas que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez al servicio de psiquiatría 1 y 20 del hospital Víctor Larco Herrera.

En el Gráfico N° 1 respecto a la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional según principales necesidades emocionales que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez, se observa que de un total de 28 profesionales de enfermería (100%) encuestados, 16 (57.1 %) tienen una percepción favorable, 7 (25%) tienen una percepción medianamente favorable, y 5 (17.9 %) una percepción desfavorable. Así mismo se observa que en el servicio de psiquiatría 1 de un total de 14 (100%) profesionales de enfermería, 7 (50%) tiene una percepción favorable, así como también en el servicio de psiquiatría 20 de un total de 14 (100%) profesionales de enfermería, 9(64.3%) tiene una percepción favorable sobre el soporte emocional que brinda la familia al paciente esquizofrénico. (Ver Anexo L)

Considerando que la percepción del profesional de enfermería es un proceso mental, que se origina a partir de los sentidos y demás órganos sensoriales, que implica organizar una información en el trato directo con el paciente y familia para poder emitir juicios de carácter integro, racional interpretará según los conocimientos que ha recibido antes y según sus experiencias prácticas; para referir luego juicios acerca de lo observado) y selectivo; y que como miembro del equipo de salud mental va percibir aquellos mensajes expuestos según sus actitudes, intereses, escala de valores y necesidades sobre la participación del familiar acompañante del paciente esquizofrénico en los procesos de admisión, transferencia y alta en los servicios de psiquiatría. Sabiendo que la esquizofrenia es un trastorno mental crónico que se caracteriza por alteraciones de pensamientos y sentimientos, que afecta a la persona de una forma total, por lo que quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía

antes. Dicha persona puede empezar a comportarse de manera extraña, no puede explicar lo que le está sucediendo, tiene miedo de hacerlo o de creer que está enfermo y por lo tanto no pedirá ayuda ni se quejará en la mayoría de los casos de lo que le sucede, es por esto que la mayor parte de ellos y sobre todo al comienzo de la enfermedad no aceptan tomar medicación ni acudir al especialista, cuando esto ocurre es necesario la hospitalización para que haya un abordaje terapéutico y un programa asistencial, esto de alguna forma transgrede la libertad de los pacientes para protegerlos de ellos mismos y de otras personas, pero los familiares hacen frente a esta situación con el fin de conseguir la recuperación de su paciente.

Es aquí donde la familia cumple una función de suma importancia en el tratamiento y recuperación del paciente esquizofrénico. Va ayudar, confrontar y promover su desarrollo a través del apoyo emocional que es el más importante e influyente que consiste en escuchar al miembro enfermo, mostrar empatía hacia él, darle una calidad de relaciones afectivas; esto se refiere a hacerlo sentir querido, que se le cuida, apoya, que se le tiene afecto; que la familia se muestre tolerante y de hacerlo sentir que puede tener confianza en alguien. Es también saber que hay una persona para poder comunicarse y compartir emociones y vivencias y además saber que eres valorado. Y para que esta participación sea efectiva es necesario que esta sea adecuada y orientada permanentemente. Como educadora la enfermera debe estar preparada para valorar lo que los familiares necesitan y desean conocer y deben ser capaces de dar información suficiente para incrementar su capacidad de afrontamiento y disminuir su ansiedad sin abrumarlos.

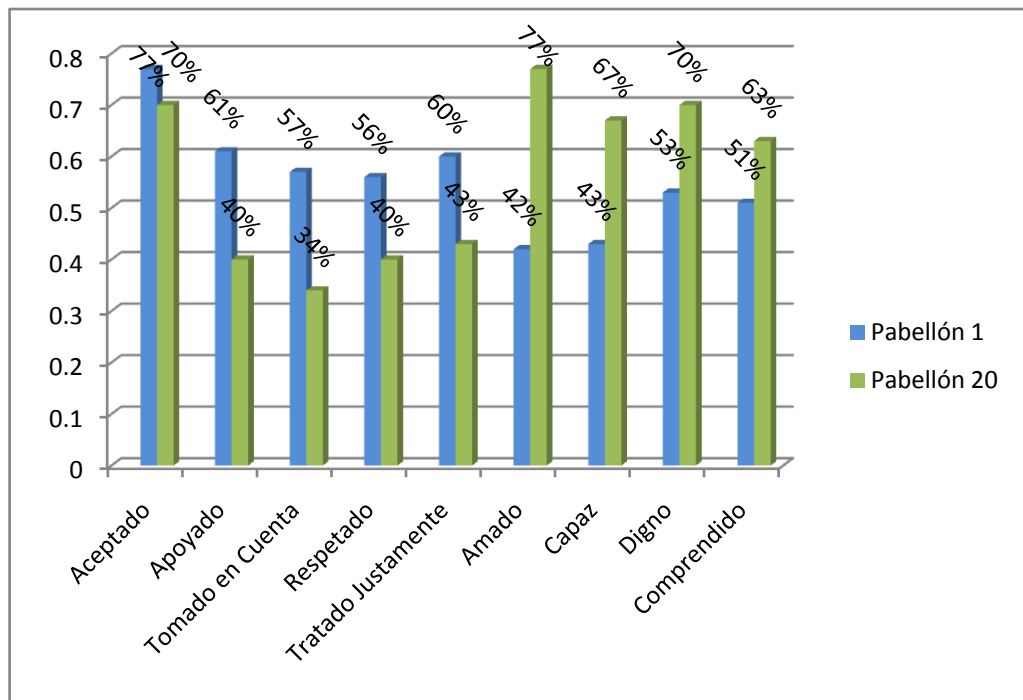
Por lo expuesto y de acuerdo a investigaciones anteriores citadas se deduce que el profesional de enfermería mediante juicios de lo observado sobre el soporte emocional que brinda la familia al paciente esquizofrénico que ingresa por primera en los procesos de admisión, transferencia y alta de los servicios de psiquiatría 1 y 20 es favorable (57.1%) ; debido a que cuando un paciente esquizofrénico ingresa a ser hospitalizado por primera vez se debe a los síntomas que presentan y es ahí donde los familiares

toman esta decisión para poder conseguir la recuperación del paciente, y sus expectativas son altas sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento, piensan que se van a curar, y sienten la necesidad de apoyar a su familiar para su pronta recuperación, muestran mayor interés por conocer la enfermedad, por lo que les brindan mayor satisfacción en sus necesidades emocionales, le dan importancia al paciente lo tratan con amor, lo aceptan, lo cuidan, confían en que el paciente pondrá de su parte con el tratamiento.

Sin embargo se observa también un porcentaje que 7(25%) profesionales de enfermería tienen una percepción sobre el soporte emocional de medianamente desfavorable, esto puede deberse a que dichos pacientes no cuentan con familias funcionales, o con algún cuidador encargado, o que las familias ya tengan antecedentes familiares y ya conozcan acerca de la enfermedad o haya tenido experiencias de hospitalización anteriores de otros familiares o conocidos.

Grafico N° 2

**PRINCIPALES NECESIDADES EMOCIONALES QUE
BRINDAN LOS FAMILIARES AL PACIENTE
ESQUIZOFRÉNICOS QUE INGRESAN
POR PRIMERA VEZ AL SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA 1 y 20 DEL HOSPITAL
VÍCTOR LARCO HERRERA
LIMA – PERÚ
2009**



Fuente: Instrumento aplicado en los servicios de psiquiatría 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera, 2009

2.- Principales necesidades emocionales que brindan los familiares al paciente esquizofrénicos que ingresan por primera vez al servicio de psiquiatría 1 y 20 del hospital Víctor Larco Herrera

En el gráfico N° 2 respecto a las Principales necesidades emocionales que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez se observa que la percepción del profesional de enfermería respecto a las necesidades emocionales son favorables apreciándose en primer lugar el de hacer sentir al paciente esquizofrénico Aceptado, en el servicio N° 1 (77%) , y amado (77%) en el servicio N° 20 (70%), en segundo lugar, Apoyado (61%) en el servicio N° 1, Digno(70%) en el servicio N° 20 y en tercer lugar: Tratado justamente (60%) en el servicio N° 1 ,Capaz (67%) en el servicio N° 20 y así sucesivamente las demás necesidades.

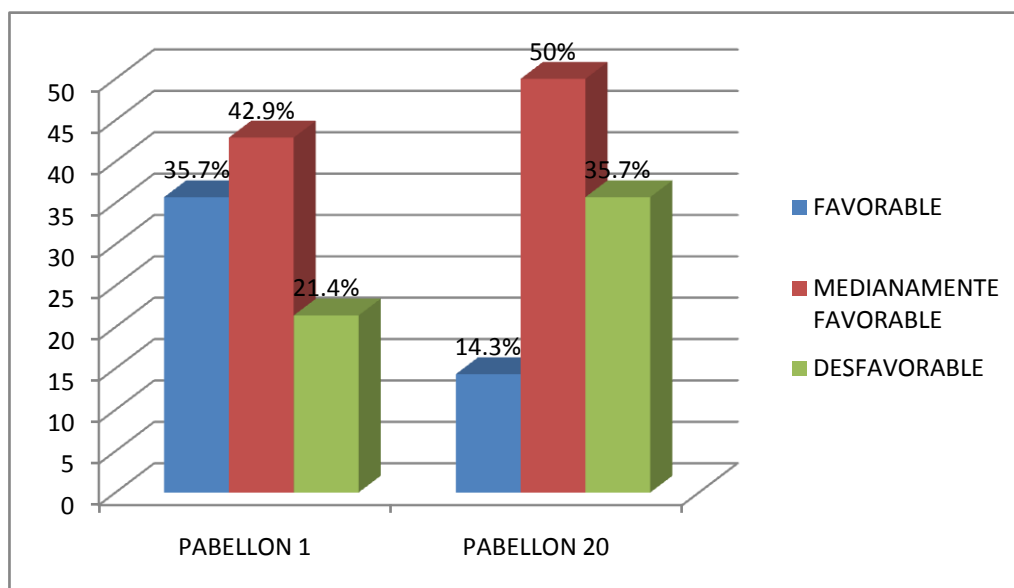
Según Maslow una persona necesita apoyo para desarrollarlas y satisfacer sus necesidades básicas. Las necesidades emocionales, relacionales y espirituales adquieren más importancia con la edad y en determinados estadios del desarrollo y de la vida.

Todos los humanos tienen necesidades emocionales básicas. Estas necesidades pueden ser expresadas como sentimientos, por ejemplo la necesidad de sentirse aceptado, respetado e importante. Mientras todos los humanos comparten estas necesidades, cada uno difiere en la intensidad de la necesidad, así como algunos necesitamos más agua, más alimento o más sueño. Una persona puede necesitar más libertad e independencia, otra puede necesitar más seguridad y conexiones sociales. Una puede tener una mayor curiosidad y una mayor necesidad de comprensión, mientras otro está complacido de aceptar lo que sea que se le haya dicho. Con el apoyo emocional adecuado, muchos pacientes esquizofrénicos pueden aprender a vivir solos, algunos logran tener una ocupación competitiva o alcanzan otras metas personales. El equipo de salud debe de comunicar, tanto al paciente como a la familia, un optimismo realista acerca de lo que se puede lograr, para que esta pueda ayudar al paciente y hacerlo sentir bien mediante la satisfacción de las necesidades emocionales.

De lo expuesto se deduce que los pacientes esquizofrénicos por la enfermedad que padecen necesitan de un soporte emocional favorable para poder cubrir sus necesidades básicas para su supervivencia, así como al satisfacer sus necesidades emocionales y por consiguiente tener un soporte emocional favorable estos pacientes esquizofrénicos pueden llevar un mejor tratamiento, recuperación y rehabilitación de esta manera ser competitivos a nivel social.

GRAFICO Nº 3

**“PERCEPCIÓN QUE TIENE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SOBRE EL SOPORTE EMOCIONAL SEGÚN PRINCIPALES
NECESIDADES EMOCIONALES HUMANAS QUE
BRINDAN LOS FAMILIARES AL PACIENTE
ESQUIZOFRÉNICO REINGRESANTE DEL
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA 1 y 20 DEL
HOSPITAL VICTOR LARCO
HERRERA
LIMA- 2009**



Fuente: Instrumento aplicado en el Hospital Víctor Larco Herrera servicios de psiquiatría 1 y 20, 2009

3.- Percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional según principales necesidades emocionales humanas que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que Reingresan al servicio de psiquiatría 1 y 20 del hospital Víctor Larco Herrera.

En el gráfico N° 3 respecto a la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional según necesidades emocionales humanas que brindan los familiares al paciente esquizofrénico reingresante, se observa que de un total de 28 profesionales de enfermería (100%), 7 (25 %) tienen una percepción favorable, 13 (46.4%) tienen una percepción medianamente favorable, y 8 (28.6 %) una percepción desfavorable sobre el soporte emocional que brinda la familia. Así mismo se observa que en el servicio de psiquiatría 1 de un total de 14 (100%) profesionales de enfermería 6 (42.9%) tiene una percepción medianamente favorable así como también en el servicio de psiquiatría 20 de un total de 14 (100%) profesionales de enfermería 7 (50%) tiene una percepción medianamente favorable sobre el soporte emocional que brinda la familia al paciente esquizofrénico. (Ver Anexo M)

El reingreso es el hecho de volver a ingresar a ser hospitalizado, se debe a las “recaídas”, refiriéndose a ésta como la presentación de un cambio clínico centrado en el paso de la remisión de los síntomas positivos o bien un incremento significativo de los síntomas persistentes, esto se da debido a múltiples explicaciones, biológicas, pueda que exista una pobre respuesta al tratamiento, una falta de precisión diagnóstica; como psicológicas, como la desesperanza de la familia, un alto nivel de emociones expresadas, el grado de la familia sobre el conocimiento de la enfermedad, entre otros . Una frecuente hospitalización no es siempre beneficiosa para el paciente y por el contrario puede empeorar su condición y favorecer su cronicidad. Los lineamientos para el tratamiento de la esquizofrenia planteados por la Asociación Psiquiátrica Americana, describe el papel indispensable de la intervención de las familias para disminuir las recaídas, y además mejorar el funcionamiento del paciente, disminuir la carga familiar, y

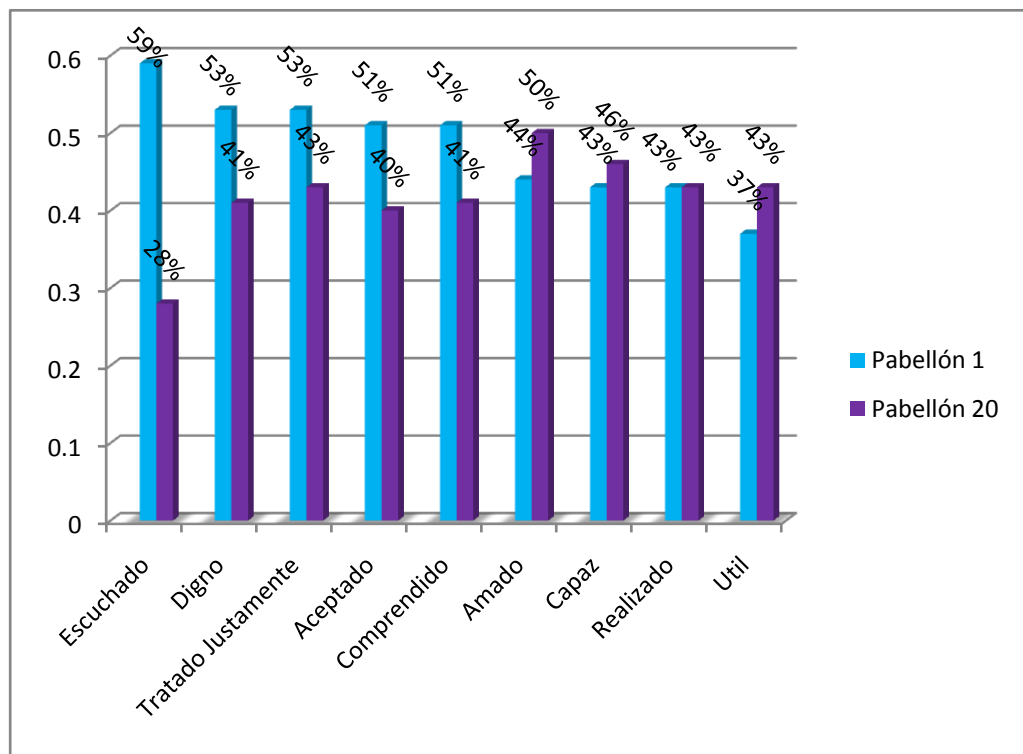
mejorar el funcionamiento de la familia. Entre los factores de recaídas y por lo tanto reingresos tenemos: Actitudes familiares de crítica o sobreprotección emocional elevada, y/o una medicación neuroléptica no controlada.

Por lo expuesto y por estudios de investigaciones citados anteriormente se deduce que la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brinda la familia al paciente esquizofrénico reingresante es 46.3% medianamente favorable, esto se debe a que la familia responsable del paciente que tiene dos o mas años de enfermedad tiene una actitud intolerante, despreocupada, indiferente hasta llegar al rechazo mismo, la familia ya sabe que la enfermedad es invalidante, y hay desesperanza de la familia, este soporte emocional medianamente favorable también puede estar marcado por otro factores como el factor económico para el cumplimiento del tratamiento.

Se observa también que existe un apoyo emocional desfavorable 28.6%, que puede deberse a que los recursos emocionales de la familia se hayan desgastado, así va teniendo una actitud desfavorable hacia el paciente esquizofrénico por lo tanto no satisface las necesidades emocionales de este como persona humana; presentan alguna situación desmoralizadora respecto a su tratamiento, por ignorar la enfermedad y escasas alternativas de enfrentarla, por votar o dejar sus medicinas una vez que este controlado ("supuestamente bien"), por no acudir al medico tratante o debido a que la familia se cansa, o que ya va conociendo la enfermedad y sabe que no se va curar, y es así que el soporte emocional que le brinda disminuye y todo esto hace que su recuperación del paciente pueda empeorar y así favorecer su cronicidad.

GRAFICO Nº 4

**PRINCIPALES NECESIDADES EMOCIONALES QUE
BRINDAN LOS FAMILIARES AL PACIENTE
ESQUIZOFRÉNICOS REINGRESANTES
AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA 1 Y 20
DEL HOSPITAL VÍCTOR
LARCO HERRERA
LIMA – PERÚ
2009**



Fuente: Instrumento aplicado en los servicios 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera 2009

4.- Principales necesidades emocionales que brindan los familiares al paciente esquizofrénicos reingresantes al servicio de psiquiatría 1 y 20 del hospital Víctor Larco Herrera Lima – Perú 2009

En el gráfico N° 4 referido a las Principales necesidades emocionales que brindan los familiares al paciente esquizofrénico reingresante se muestra que la percepción del profesional de enfermería respecto a las necesidades emocionales es medianamente favorable observándose las necesidades emocionales más satisfechas en los pacientes en primer lugar, es que la familia lo hace sentir : escuchado (59%) en el servicio N°1 y Amado en el servicio N° 20, en segundo lugar se encuentran las necesidades de : Digno y tratado justamente en el servicio N° 1 y capaz, realizado y útil en el servicio N° 20, y en tercer lugar las demás necesidades.

Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir un ingreso hospitalario para la realización de una intervención, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales, existe un incremento de la emoción expresada de la familia, refiérase esta como una respuesta emocional exagerada y desproporcionada, intentos de ejercer un control excesivo sobre la conducta del paciente. El pobre apoyo familiar esta asociado a los reingresos hospitalarios. El no favorecer la satisfacción de necesidades emocionales involucra no tener motivación para satisfacer otras necesidades como las principales que son las necesidades básicas para la supervivencia.

De lo expuesto se deduce que la percepción de enfermería en un paciente reingresante es medianamente favorable pero siempre va existir necesidades emocionales satisfechas, con menores porcentajes, esto debido a alteraciones en el soporte emocional que la familia brinda al paciente esquizofrénico lo que va contribuir al descuido del paciente en sus necesidades básicas y por lo tanto en las recaídas y reingresos hospitalarios.

CAPITULO IV

CONOCIMIENTOS, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Al realizar el presente estudio de investigación, he cumplido con el objetivo planteado, ya que los resultados permiten describir la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brinda la familia al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez y del reingresante de los servicios 1 y 20 lo que ha permitido obtener las siguientes conclusiones:

- La percepción del profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico en pacientes hospitalizados por primera vez es en su mayoría favorable. Caracterizándose en el servicio de psiquiatría 1 la satisfacción de necesidades emocionales del paciente en mayor número de hacerlo sentir aceptado, tomado en cuenta, tratado justamente, apoyado y respetado; y en el servicio de psiquiatría 20 los familiares satisfacen favorablemente la satisfacción de sus necesidades del paciente haciéndolo sentir aceptado, amado, capaz, digno y comprendido. Lo cual va favorecer en su pronóstico del paciente como en su tratamiento, recuperación y tratamiento del paciente esquizofrénico.

- La percepción del profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico en pacientes reingresante es en mayor porcentaje medianamente favorable. En el servicio de psiquiatría 1 mayormente se caracteriza por la satisfacción de necesidades emocionales para el paciente de hacerlo sentir escuchado, digno, tratado justamente, que tiene privacidad, aceptado y comprendido. Y en el servicio de psiquiatría 20 con los familiares satisfacen medianamente favorable sus necesidades emocionales del paciente de hacerlo sentir: Amado, capaz, realizado, tratado justamente y útil. Esta percepción de medianamente favorable sería porque en las familias se estaría generando una disminución de voluntad para poder satisfacer las necesidades emocionales que el paciente esquizofrénico como persona humana requiere, esto implicaría disminución de soporte emocional, posibles recaídas por lo tanto reingresos hospitalarios.

- Existe diferencia significativa en la percepción del profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brinda la familia de forma favorable al paciente esquizofrénico que ingrese por primera vez que en el paciente reingresante. Esto nos indica que cuando el paciente ingresa a ser hospitalizado por primera vez tiene mayor soporte emocional de su familia la cual favorecerá en su tratamiento, recuperación y rehabilitación, mientras que un paciente que tiene recaídas y por consiguiente reingresa la familia va deteriorando el soporte emocional que brinda al paciente. Esto podría modificarse a través de intervenciones en las necesidades emocionales reales del paciente y familia a través de programas psicoeducativos dirigidos a la familia, para mejorar y fortalecer el soporte emocional que la familia brinda al paciente psiquiátrico

- Tanto en investigaciones citadas y de acuerdo a los resultados del estudio se puede concluir que la familia brinda soporte emocional al

paciente esquizofrénico de forma favorable al inicio de la enfermedad, este soporte se refleja en la satisfacción de sus necesidades emocionales de forma favorable; mientras que cuando el paciente tiene dos o más años de enfermedad, recaídas y reingresos los familiares se van cansando, tienen una actitud intolerante, despreocupada, indiferente viéndose afectada la satisfacción de sus necesidades emocionales en el paciente esquizofrénico, por lo tanto un soporte emocional desfavorable para su recuperación y rehabilitación.

LIMITACIONES

La limitación de la presente investigación fue:

- Que los resultados y conclusiones son validos solo para la población investigada. (Servicio de psiquiatría N°1 y N° 20)

B. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Profundizar el estudio en todos los servicios del hospital a fin de tener datos globales que puedan ser generalizados a todo el hospital.
- Que se realice un estudio de corte cualitativo que permita abordar a mayor profundidad el tema.
- Que se profundice el estudio en poblaciones con mayor número de profesionales de enfermería para que se puedan visualizar mejor los datos sobre el soporte emocional que brinda la familia en el paciente hospitalizado por primera vez y el reingresante.

- Que se realice el estudio en otras instituciones especializadas en Salud mental para que se pueda conocer a través de la percepción del profesional de enfermería el soporte emocional que las familias brindan a los pacientes esquizofrénicos

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) (24) (33) **Organización Mundial De La Salud**. Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo. Ginebra: WHO 2001, 22
- (2) **Rotondo Humberto**. Revista Psiquiátrica Peruana. El Fenómeno del Cierre perceptivo en Esquizofrenia, Vol. Nº 1, 1957 , pág.22
- (3) **Utena, H.:** **Studies** on Relapse, course and outcome of Schizofrenia in Japan. Psychiatry, Clin, Neuroscience 1998. 45-47
- (4) **Tejada, Kenny**. MATOS, Delia; HIGUERAS, Leonardo; GALLI, Enrique: Investigación en Pacientes Psiquiátricos. Hospitalización Psiquiátrica en el Perú. Lima – Perú 1990
- (5) **García, Catalina M.**. Psicología social y de las organizaciones, comportamientos, pág. 20
- (6) **Left. Julián Trabajando** con Familias de Pacientes Esquizofrénicos. Perspectivas Sistémicas 1997.
- (7) **Caldas De Almeida J.M; Torres Gonzales Francisco**, Atención Comunitaria a personas con transtorno psicótico, Washington, OPS 2005, pag.13
- (8) **García De Eggerstedt, Gloria**, Tesis para optar título de licenciada en Enfermería- “Inasistencia del Paciente Psiquiátrico al control Post_Hospitalario”, llevada a cabo en el Hospital Nacional Hermilio Valdizan 1990
- (9) **Del Pozo; Torres H. A.; Salazar T. D.; Torres J.**; Actitudes familiares frente al paciente crónico hospitalizado. Anales del XII congreso nacional de psiquiatría. Pág. 180
- (10) **HISTORIAS CLÍNICAS De Los Pabellones Nº 1 Y Nº 20** del Hospital Victor Larco Herrera 2009.

- (11) **Greer Sullivan Kenneth B.; Wells M And Leake Barbara.** Factores de rehospitalización 1995, pág. 1749-1756
- (12) (13) **Herz- Mi; Lamberti- J.s** Prevención en esquizofrenia 1998, pág. 541-551
- (13) **Guirao, Miguelina.** Psicología Social, 1998 pag. 688
- (14) **Vargas Melgarejo, Luz María.** ALTERIDADES: Sobre el concepto de percepción, 1994 Págs. 47-53
- (15) **Vílchez Salcedo Luis, Boza Huamani Ana, Vargas Cajahuanca Gisella,** tesis sobre : "Factores Asociados al Reingreso de pacientes psicóticos en un pabellón de psiquiatría" en el Hospital Victor Larco Herrera entre los meses Julio 1997 y Junio 1998
- (16) **Mamani Oruro Juliana Lucia Y Mayta Quispe Rosario** realizaron un estudio cuyo título es "Participación de la Enfermera y la Familia en la Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico en el Centro de Salud mental Moisés Heresi
- (17) **García De Eggerstedt, Gloria** en Lima el año 1990, realizo un estudio de titulo: "Inasistencia del Paciente Psiquiátrico al control Post_Hospitalario", llevada a cabo en el Hospital Nacional Hermilio Valdizan
- (18) **Bellver Pradas, Francisco** realiza la investigación: "Variables modificadoras de la asociación expresividad emocional familiar-recidivas en pacientes esquizofrénicos"
- (19) **Dobson; Otero Y Rebolledo 1996 Horrnung, 1997; Hornung, Feldmann, Klingberg, Buchkremer Y Reker, 1999** Recaídas en Pacientes esquizofrénicos Pág. 110
- (20) <http://www.psicoactiva.com/esquizof.htm>

- (21) **La Clasificación Internacional De Las Enfermedades (CIE):** F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. Disponible en: http://www.psicoarea.org/cie_10.htm#20-29
- (22) (23) (24) (25) (26) **Medlineplus** 2008. «Esquizofrenia Enciclopedia médica en español. <http://www.psicoarea.org/cie>
- (27) **Harold Kaplan, Benjamin J. Sadock** Sinopsis de Psiquiatría pág. 520
- (28) (29) **Shawn Christopher, Shea** (2003). Entrevista psiquiátrica, 2da edición (en español), España: Elsevier, pp. 340.
- (30): **Sim K, Chua Th, Chan Yh, Mahendran R, Chong Sa** (2006). «Psychiatric comorbidity in first episode schizophrenia: a 2 year, longitudinal outcome study» *Journal of Psychiatric Research*. Vol. 40. n. ° 7. pp. 656–63.
- (31) **Brown S, Barraclough B, Inskip H** (2000). «Causes of the excess mortality of schizophrenia» *British Journal of Psychiatry*. Vol. 177. pp. 212–7.
- (32) **Johns Lc, Van OS J**. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 2001; 21 (8):1125-41.
- (34) **Er, Day S Peters, Mckenna J, Orbach G**. Measuring delusional ideation: the 21-item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophr Bull*, 2005; 30:1005-22.
- (35) **O'donovan Mc; Williams Nm, Owen Mj** (2003). «Recent advances in the genetics of schizophrenia» *Human Molecular Genetics*. Vol. 12 Spec No 2. pp.
- (36) **Kallman, F. J. In: Freedman, A. F. et al.:** “Comprehensive Textbook of Psychiatry, segunda edición, The Williams and Wilkins Co., Baltimore, USA, 1975; Vol. 1, pag. 869
- (38) **Meltzer, H.:** “Biology of Schizophrenia Subtypes: A Review and Proposal for Method of Study”. *Schizophrenia Bulletin*, 1979; Vol. 5(3):461 - 479.

- (39) **Weil-Malherbe, H. Y Szara, S.L.** "The Biochemistry of Functional and Experimental Psychoses", Charles C. Thomas, Springfield, 1971; pp. 193—202, y 130- 132
- (40) **Shagaas, Ch. "Evoked Potentials In Man", Ln: Grenell, R. Y Gabay, S.** "Biological Foundations of Psychiatry", Rayen Press, Nueva York, 1976; Vol. 1, pp. 199 253.
- (41) **Jose Isaac.** Tertulias de un Psicólogo 2009, Republica De Panamá.
- (42): **Tausk Victor:** Trabajos Psicoanalíticos (On the origin of the "Influencing Machine" in Schizophrenia), Ed. Gedisa, pp. 84-7432
- (43)(44) **Jaspers K.** Psicopatología General, 3ra. Edición, Ed. Beta, Buenos Aires. 1993. Pág. 523
- (45) **Schneider K.** Patopsicología Clínica, 4ta. Edición, Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1995
- (46) (47): **Inteligencia Emocional:** <http://eqi.org/nehs.htm>
- (48) **Arés Mucio P.**(2004) Familia y convivencia. La Habana : Editorial Científico-Técnica; p. 7
- (49) **Harrison Pj, Owen Mj.** Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications. Lancet. 2003; pag.417–9.
- (50) **Morales B Carolina, Pandolfi Paola, Perfetti Romina M.** Informe realizado sobre las Necesidades Humanas según A. maslow, Octubre 1998. Disponible en: <http://www.apsique.com/wiki/PersMasnh>
- (51) **Hein. Steve** Inteligencia Emocional, Necesidades Emocionales Humanas. Disponible en: <http://eqi.org/spanish.htm>
- (52) **Hospital Victor Larco Herrera** disponible en: <http://www.larcoherrera.gob.pe/>
- (53) (54) **Diferencial Semantico** disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/diferencial_sem
- (51)**Sanguinetti, Vincenzo; Md Y Roberson, Mary** Involuntary Psychiatric Admissions and Readmissions. American Journal of Psychiatry 1996 Pág. 392-296

BIBLIOGRAFIA

- **Barriga Silverio**, Psicología General editorial Ceac, S.A Perú, 164 Barcelona
- **Caldas De Almeida J.M; Torres Gonzales Francisco**, Atención Comunitaria a personas con transtorno psicótico, Washington, OPS 2005
- **Cook J. Sue, Lee Fontaine Karen**, Fundamentos Esenciales de enfermería en Salud Mental 2da edición 1993
- **Day, R. H.** Psicología de la percepción humana, México, Limusa, 1981
- **De Lourdes Eguiluz, Luz.** “dinámica de la Familia”2007
- **Dra. Palacín Lois María**, Estrategias de Apoyo Psicosocial: Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua. en: <http://www.acnefi.com/revista/n00720.htm>
- **Goldstein, Bruce** Sensación y Percepción 6ta edición 2005
- **Goleman, Daniel.** “Inteligencia Emocional” Disponible: <http://books.google.com.pe/books?id=d3A0gNxXoVQC&pg=PA27&dq=que+es+soporte+familiar#v=onepage&q=que%20es%20soporte%20familiar&f=false>
- **Instituto Nacional De Salud Mental “Honorario Delgado – Hideyo Noguchi”** <http://www.minsa.gob.pe/insmhdhn/esquizofrenia.htm>
- **Kaplan Harold I. Sadosck Benjamín J.**, Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la conducta, Psiquiatría clínica 8ª edición

- **Sauceda García Juan Manuel, Maldonado Durán Martín J.**, La familia, su dinámica y tratamiento, 2003
- **Shonle Cavan, Ruth**, “La Familia”. Edit. Argentina. 1997
- **The University Of Texas Harris County Psychiatric Center**, health Science Center at Houston en :
http://hcpc.uth.tmc.edu/spanish_schizophrenia.htm#living
- **Vargas Melgarejo Luz María** Sobre el concepto de la percepción, 1994 en: <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>
- **Yrizan Rojas Elena**, Curso de teoría de la dinámica familiar, centro universitario de tecnología educacional para la salud universidad de México, 1984

ANEXOS

INDICE

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de variables	I
B. Instrumento: Cuestionario	V
C. Consentimiento Informado	X
D. Grado de Concordancia entre Jueces Expertos según Prueba Binomial	XI
E. Determinación de la Validez del Instrumento	XIII
F. Tabla de Códigos	XVI
G. Matriz general	XIX
H. Categorización de la Variable	XXII
I. Grupo Etéreo de los profesionales de Enfermería de los servicios 1 y 20	XXIV
J. Sexo de los profesionales de Enfermería de los servicios 1 y 20	XXV
K. Tiempo de trabajo de los profesionales de Enfermería de los servicios 1 y 20	XXVI
L. Percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez al servicio de psiquiatría 1 y 20 del hospital Victor Larco Herrera Lima 2009	XXVII
M. Percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico reingresante al servicio de psiquiatría 1 y 20 del hospital Victor Larco Herrera Lima 2009	XXVIII

ANEXO "A" OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al	Es una estructuración de la realidad que interpreta y organiza la información recibida sensorialmente que posee la enfermera que atiende a los pacientes durante su admisión, transferencia y alta de forma directa del soporte emocional que brinda el familiar al paciente el cual abarca aspectos relacionados al	El familiar del paciente hace que este se sienta: Aceptado Admirado Amado Apoyado	Es la respuesta expresada sobre la impresión que tiene el profesional de enfermería acerca del soporte emocional que brinda el familiar al paciente, definiéndose este soporte como el de favorecer en la satisfacción de las necesidades emocionales humanas del paciente en sus	Soporte emocional: Favorable Medianamente favorable Desfavorable

<p>paciente adulto joven esquizofrénico que ingresa por primera vez y del reingresante</p>	<p>afecto, aceptación, ayuda, apoyo, seguridad, aliento que permiten al paciente enfrentar con optimismo su enfermedad y los problemas propios de la vida diaria</p>	<p>Apreciado Capaz Claro (no confundido) Comprendido Feliz Digno Motivado Que tiene privacidad Tomado en cuenta Escuchado</p>	<p>diferentes aspectos por parte de la familia durante la hospitalización, que será medido en, favorable medianamente favorable, desfavorable mediante un cuestionario de diferenciación semántica dirigida a la enfermera asistencial del servicio.</p>	
--	--	--	--	--

		Exitoso		
		Importante		
		Incluido		
		Independiente		
		Optimista		
		Productivo		
		Protegido		
		Realizado		
		Respetado		
		Satisfecho		

		Seguro de sí mismo Significativo Tratado justamente Útil Valorado		
--	--	---	--	--

ANEXO B
INSTRUMENTO
CUESTIONARIO

INTRODUCCION:

Buenos días mi Nombre es Marjorie Mendoza Zuasnabar, soy interna de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estoy realizando un estudio que tiene como objetivo conocer su percepción respecto al soporte emocional que brindan los familiares al paciente adulto joven esquizofrénico que ingresa por primera vez y reingresante que se encuentran hospitalizados en el servicio de psiquiatría 1 y 20 del hospital Víctor Larco Herrera.

En tal sentido solicito su colaboración respondiendo con sinceridad al cuestionario que a continuación se presenta, el cual tiene carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su colaboración.

DATOS GENERALES:

Edad: _____ **Sexo:** F () M ()

Tiempo que trabaja en el hospital: _____

Tiempo que trabaja en el servicio: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta un conjunto de enunciados a los que acompaña varios adjetivos opuestos, separados entre sí por 5 espacios vacíos numerados, usted debe responderá marcando con un aspa (X) un solo espacio, que según **su opinión LOS FAMILIARES** del paciente adulto joven **LE BRINDAN SOPORTE EMOCIONAL:**

5: Extremo positivo

1: extremo negativo

Ejemplo:

Si usted considera que los familiares hacen sentir al paciente alegre marcara con un aspa (X) cerca al extremo positivo (numero 5), y si considera que le hacen sentir triste cerca al extremo negativo (numero 1)

Alegre	5	4	3	2	1	Triste
	-----	----X-----	-----	-----	-----	
	Muy	alegre	alegre	triste	Muy	
	alegre		y/o triste		triste	

EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PRIMERA VEZ

EXTREMO POSITIVO	5 4 3 2 1	EXTREMO NEGATIVO
Aceptado	-----	Rechazado
Admirado	-----	Criticado
Amado	-----	Odiado
Apoyado	-----	Abandonado
Apreciado	-----	Despreciado
Capaz	-----	Incapaz
Claro (no confundido)	-----	Confundido
Comprendido	-----	Incomprendido
Feliz	-----	Infeliz
Digno	-----	Indigno
Motivado	-----	Desmotivado
Que tiene privacidad	-----	Que no tiene privacidad
Tomado en cuenta	-----	Ignorado
Escuchado	-----	No escuchado
Exitoso	-----	Fracasado
Importante	-----	Irrelevante
Incluido	-----	Excluido
Independiente	-----	Dependiente
Optimista	-----	Pesimista
Productivo	-----	Improductivo
Protegido	-----	Desprotegido
Realizado	-----	Frustrado
Respetado	-----	Humillado

Satisfecho	-----	Insatisfecho
Seguro de sí mismo	-----	Inseguro de sí mismo
Significativo	-----	Insignificante
Tratado justamente	-----	Tratado injustamente
Útil	-----	Inútil
Valorado	-----	De poco valor

EN PACIENTES REINGRESANTES

EXTREMO POSITIVO	5 4 3 2	EXTREMO NEGATIVO
	1	
Aceptado	-----	Rechazado
Admirado	-----	Criticado
Amado	-----	Odiado
Apoyado	-----	Abandonado
Apreciado	-----	Despreciado
Capaz	-----	Incapaz
Claro (no confundido)	-----	Confundido
Comprendido	-----	Incomprendido
Feliz	-----	Infeliz
Digno	-----	Indigno
Motivado	-----	Desmotivado
Que tiene privacidad	-----	Que no tiene privacidad
Tomado en cuenta	-----	Ignorado
Escuchado	-----	No escuchado
Exitoso	-----	Fracasado

Importante	-----	Irrelevante
Incluido	-----	Excluido
Independiente	-----	Dependiente
Optimista	-----	Pesimista
Productivo	-----	Improductivo
Protegido	-----	Desprotegido
Realizado	-----	Frustrado
Respetado	-----	Humillado
Satisfecho	-----	Insatisfecho
Seguro de sí mismo	-----	Inseguro de sí mismo
Significativo	-----	Insignificante
Tratado justamente	-----	Tratado injustamente
Útil	-----	Inútil
Valorado	-----	De poco valor

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad en participar en el estudio de investigación titulado: “Percepción Que Tiene El Profesional De Enfermería Sobre El Soporte Emocional Que Brindan Los Familiares Al Paciente Adulto Joven Esquizofrénico Que Ingresa Por Primera Vez Y Del Reingresante De Los Servicios De Psiquiatría 1 Y 20 Del Hospital Víctor Larco Herrera 2009” , habiendo sido informada del propósito así como de los objetivos y teniendo confianza plena de que la información que se obtenga del instrumento será solo y exclusivamente para fines del estudio en mención, además confío en que la investigadora utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Licenciado en Enfermería

ANEXO D

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	N° DE JUEZ								PROB
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	0	1	1	0	1	1	1	0.145

En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Se ha considerado:

0: si la respuesta es negativa

1: si la respuesta es positiva

Si Prob. < 0.05 , La concordancia en cada ítem será significativa, por lo tanto de el grado de concordancia es significativo para los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6, mientras q en el ítem 7 se hicieron modificaciones correspondientes.

El valor final de validación es:

$$\frac{\sum \text{Prob}}{\text{N}^\circ \text{ Ítems}} = \frac{0.2}{7} = 0.03$$

Por lo cual el instrumento es valido, según los jueces de experto.

ANEXO E

DETERMINACION DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez se solicito la opinión de los jueces de experto, además se aplico la fórmula R de Pearson a cada uno de los ítems de los resultados del cuestionario de la población de 14 enfermeros.

$$R = \frac{N \sum (xy) - \sum(x) \sum (y)}{[N (\sum x^2) - (\sum x)^2]^{1/2} [N (\sum y^2) - (\sum y)^2]^{1/2}}$$

En Pacientes Hospitalizados Por Primera Vez

N° de ítem	Coefficiente de Pearson
1	0.63
2	0.53
3	0.44
4	0.84
5	0.71
6	0.74
7	0.38
8	0.89
9	0.87
10	0.89
11	0.68
12	0.72
13	0.78
14	0.79
15	0.70
16	0.82
17	0.73
18	0.70
19	0.92
20	0.72

En Paciente Reingresantes

N° de ítem	Coefficiente de Pearson
1	0.15
2	0.72
3	0.57
4	0.36
5	0.02
6	0.56
7	0.54
8	0.73
9	0.41
10	0.74
11	0.53
12	0.63
13	0.78
14	0.63
15	0.75
16	0.65
17	0.76
18	0.31
19	0.47
20	0.32

21	0.63
22	0.59
23	0.76
24	0.80
25	0.50
26	0.52
27	0.68
28	0.78
29	0.70

21	0.60
22	0.61
23	0.77
24	0.65
25	0.63
26	0.35
27	0.41
28	0.69
29	0.89

Si $r > 0.20$ el instrumento es válido.

Por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de sus ítems.

ANEXO F

TABLA DE CODIGOS

DATOS GENERALES

➤ **EDAD (A)**

37 – 41	(1)
42 – 46	(2)
47 – 52	(3)
53 – 58	(4)

➤ **SEXO (B)**

Masculino	(1)
Femenino	(2)

➤ **TIEMPO QUE TRABAJA EN EL HOSPITAL (C)**

3 a 9 años	(1)
10 a 16 años	(2)
17 a 23 años	(3)
24 a 30 años	(4)

➤ **TIEMPO QUE TRABAJA EN EL SERVICIO (D)**

3 A 8 años	(1)
9 a 14 años	(2)
15 a 20 años	(3)

DATOS ESPECIFICOS

NUMERO DE ITEMS	PUNTUACION
1	5 4 3 2 1
2	5 4 3 2 1
3	5 4 3 2 1
4	5 4 3 2 1
5	5 4 3 2 1
6	5 4 3 2 1
7	5 4 3 2 1
8	5 4 3 2 1
9	5 4 3 2 1
10	5 4 3 2 1
11	5 4 3 2 1
12	5 4 3 2 1
13	5 4 3 2 1
14	5 4 3 2 1
15	5 4 3 2 1
16	5 4 3 2 1
17	5 4 3 2 1
18	5 4 3 2 1
19	5 4 3 2 1
20	5 4 3 2 1
21	5 4 3 2 1
22	5 4 3 2 1
23	5 4 3 2 1
24	5 4 3 2 1
25	5 4 3 2 1

26	5 4 3 2 1
27	5 4 3 2 1
28	5 4 3 2 1
29	5 4 3 2 1

ANEXO G

MATRIZ GENERAL

PABELLON DE PSIQUIATRIA 1																																
PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PRIMERA VEZ																																
DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS																												
A	B	C	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
3	2	4	3	4	3	4	5	4	4	3	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	4	4	3	5	5	5
2	1	2	2	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
1	2	1	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	3	3
1	1	4	1	2	3	4	4	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	1	2	3	2	2	
3	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
4	1	4	1	4	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	1	4	1	4	3	4	4	3	1	1	4	4	4	1	1	4	3	1
3	2	2	3	4	2	3	4	3	2	2	4	4	4	2	3	4	4	4	3	4	2	2	2	4	2	4	2	2	4	5	3	5
1	2	1	1	4	5	3	5	5	4	4	4	4	4	4	3	5	4	4	4	3	4	4	5	4	5	4	4	3	5	4	4	5
1	2	2	2	4	3	3	3	4	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2
3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	4	3	3	2	3	3	3	3	3
4	2	1	3	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	5	4	4
3	1	2	1	5	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4
2	2	3	2	4	3	5	4	3	4	5	3	3	4	3	3	4	4	3	5	4	2	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3
2	2	2	1	5	4	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	3	3	5	4	3	4	3	5	4	4	4	2	4	4	3	4

PACIENTES REINGRESANTES																																	
DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS																													
A	B	C	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
3	2	4	3	3	2	1	2	3	1	2	2	3	3	2	3	1	3	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	
2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	
1	2	1	4	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	4	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	
1	1	4	1	2	2	1	2	4	1	1	3	1	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	3	2	1	1
3	2	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	1	4	1	3	4	3	1	3	3	4	3	3	4	1	3	3	3	3	3	4	1	3	3	1	3	3	3	3	3	1	3	1	2
3	2	2	3	3	4	4	2	3	2	2	3	3	4	4	4	4	4	2	3	3	2	1	1	3	2	3	3	2	3	4	2	3	
1	2	1	1	2	1	3	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2	1	2	2	4	3	2	3	2	1	2	2	2	
1	2	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	1	
3	2	3	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
4	2	1	3	3	1	2	3	3	4	3	3	2	2	2	3	3	3	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	3	2	2	
3	1	2	1	2	3	2	2	1	1	2	1	3	1	1	1	2	1	3	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	3	1	1	
2	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	
2	2	2	1	3	2	3	3	2	2	2	3	3	4	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	4	2	3	2	2	3	2	2	2	

PABELLON DE PSIQUIATRIA 20																																	
PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PRIMERA VEZ																																	
DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS																													
A	B	C	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	TOTAL
2	2	2	1	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	110
3	2	3	2	3	2	4	3	2	4	2	4	2	4	4	2	2	2	1	2	4	1	2	2	2	3	2	2	1	2	4	3	3	74
4	2	3	2	1	1	5	5	5	5	1	5	3	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	119
1	2	1	1	5	1	3	2	3	1	1	2	3	3	1	2	3	3	1	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	2	65	
2	2	4	3	3	3	4	1	1	4	2	2	2	4	3	2	2	1	1	2	2	1	2	4	2	2	2	2	2	4	2	4	2	68
4	2	4	2	3	3	5	1	2	3	4	3	4	4	2	2	2	3	3	4	3	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	69
1	2	2	1	3	1	3	4	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	69
2	2	3	3	5	3	4	4	4	4	3	4	3	3	5	3	3	4	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	104
1	2	2	2	4	2	3	3	3	4	4	3	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	67
1	2	2	1	3	3	3	4	3	3	4	4	5	3	3	4	5	3	3	3	3	4	4	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	96
1	2	2	2	5	1	3	2	3	1	1	2	3	3	1	2	3	3	1	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	2	65	
3	2	3	2	3	3	4	1	1	4	2	2	2	4	3	2	2	1	1	2	2	1	2	4	2	2	2	2	2	4	2	4	2	68
4	2	3	3	3	3	5	1	2	3	4	3	4	4	2	2	2	3	3	4	3	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	69
3	2	3	3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	4	3	3	2	4	4	2	3	4	3	1	98	

PACIENTES REINGRESANTES																																
DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS																												
A	B	C	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
2	2	2	1	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	3	2	1	2	4	2	2	3	2	4	2	2	2	2	2	1	2	3	3	1	2	1	2	3	2	2	1	2	3	2	2
4	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	1	2	1	2	2	3	2
1	2	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1
2	2	4	3	1	2	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	4	2	2	2	2	1	3	2	3	2	
4	2	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	
1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2
2	2	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	1	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	1	2	3	3	3	1	3	3	3	2
1	2	2	2	2	1	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	1	2	2	4	3	2	3	2	1	2	2	2
3	2	3	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	1
4	2	3	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	3	3	3	1	2	3	3	4	3	3	2	2	2	3	1	3	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2

ANEXO H

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE

a.- Categorización De La Percepción En Pacientes Hospitalizado Por Primea Vez

Para la clasificación en 3 categorías se aplico la Escala de Estanones:

1.- Se determino el Promedio (x)

$$X = 90.29$$

2.- se realizo el cálculo de la Desviación Estándar (DS)

$$DS= 19.26$$

3.- Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 (s)$$

$$b = x + 0.75 (s)$$

$$a = 90.29 - 0.75 (19.26)$$

$$b = 90.29 + 0.75 (19.26)$$

$$a = 75.85 \approx 76$$

$$b = 104.74 \approx 105$$

FAVORABLE: Mayor de 105

MEDIANAMENTE FAVORABLE: Entre 76 y 105

DESFAVORABLE: Menor a 76

b.- Categorización De La Percepción En Pacientes Reingresantes

Para la clasificación en 3 categorías se aplico la Escala

1.- Se determino el Promedio (x)

$$X = 60.39$$

2.- se realizo el cálculo de la Desviación Estándar (DS)

$$DS= 11.28$$

3.- Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 \text{ (s)}$$

$$b = x + 0.75 \text{ (s)}$$

$$a = 60.39 - 0.75 \text{ (11.28)}$$

$$b = 60.39 + 0.75 \text{ (11.28)}$$

$$a = 51.9 \approx 52$$

$$b = 68.8 \approx 69$$

Carga subjetiva de la familia frente al cuidado del paciente esquizofrénico:

FAVORABLE: Mayor de 69

MEDINAMENTE FAVORABLE: Entre 52 y 69

DESFAVORABLE: Menor a 52

ANEXO I

TABLA N 1º

**EDAD POR GRUPO ETÁREO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE
LOS SERVICIOS 1 Y 20 DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
LIMA – PERU 2009**

EDAD POR GRUPO ETAREO	PROFESIONALES DE ENFERMERIA			
	SERVICIO 1		SERVICIO 20	
	N	%	N	%
37 – 41	4	28.6	5	35.8
42 – 46	3	21.4	3	21.4
47 – 52	5	35.7	3	21.4
53 – 58	2	14.3	3	21.4
TOTAL	14	100	14	100

ANEXO J

TABLA N°2

**SEXO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS 1 Y 20
DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
LIMA – PERU 2009**

SEXO	PROFESIONALES DE ENFERMERIA			
	SERVICIO 1		SERVICIO 20	
	N	%	N	%
FEMENINO	4	29	14	100
MASCULINO	16	71	0	0
TOTAL	14	100	14	100

ANEXO K

TABLA N 3º

**TIEMPO QUE TRABAJA EN LOS SERVICIO LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS 1 Y 20 DEL HOSPITAL VICTOR LARCO
HERRERA LIMA – PERU 2009**

TIEMPO QUE TRABAJA EN LOS SERVICIO	PROFESIONALES DE ENFERMERIA			
	SERVICIO 1		SERVICIO 20	
	N	%	N	%
3 A 8 AÑOS	5	35.8	4	28.6
9 A 14 AÑOS	3	21.4	6	42.8
15 A 20 AÑOS	6	42.8	4	28.6
TOTAL	14	100	14	100

ANEXO L

TABLA Nº 4

**PERCEPCIÓN QUE TIENE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL SOPORTE EMOCIONAL QUE BRINDAN LOS FAMILIARES AL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO QUE INGRESA POR PRIMERA VEZ AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA 1 y 20 DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
LIMA- 2009**

PERCEPCIÓN	TOTAL		PROFESIONAL DE ENFERMERÍA			
			SERVICIO 1		SERVICIO 20	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FAVORABLE	16	57.1	7	50	9	64.3
MEDIANAMENTE FAVORABLE	7	25	4	28.6	3	21.4
DESFAVORABLE	5	17.9	3	21.4	2	14.3
TOTAL	28	100	14	100	14	100

ANEXO M

TABLA N° 5

PERCEPCIÓN QUE TIENE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE
EL SOPORTE EMOCIONAL QUE BRINDAN LOS FAMILIARES AL
PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO REINGRESANTE VEZ
AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA 1 y 20 DEL HOSPITAL

VICTOR LAR COHERRERA

LIMA- 2009

PERCEPCIÓN	TOTAL		PROFESIONAL DE ENFERMERÍA			
			SERVICIO 1		SERVICIO 20	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FAVORABLE	7	25	5	35.7	2	14.3
MEDIANAMENTE FAVORABLE	13	46.4	6	42.9	7	50
DESFAVORABLE	8	28.6	3	21.4	5	35.7
TOTAL	28	100	14	100	14	100