



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ENFERMERÍA SALUD MENTAL**



CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO EN HIGIENE Y ALIMENTACIÓN DE USUARIOS ESQUIZOFRÉNICOS EGRESADOS DE UN PROCESO DE REHABILITACIÓN

AUTORES:

Br. González, Elena
Br. Sacía, Lourdes
Br. Sánchez, Analía
Br. Scala, Tamara
Br. Sosa, Luís

TUTORES:

Lic. Enf. Meliá, Silvia
Lic. Enf. Díaz, Alvaro

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2006

INDICE

Resumen.....	2
Agradecimientos.....	3
Introducción.....	4
Planteamiento del problema.....	6
Criterios de selección del problema.....	6
Fundamentación.....	7
Objetivos.....	12
❖ General.	
❖ Específicos.	
Marco Conceptual.....	13
Aspectos Metodológicos.....	22
❖ Tipo de estudio.	
❖ Área de estudio.	
❖ Universo y muestra.	
❖ Unidad de observación.	
❖ Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.	
❖ Definición y operacionalización de variables.	
Resultados.....	26
Análisis e Interpretación de los Resultados.....	48
Conclusiones.....	52
Sugerencias- Propuestas.....	54
Bibliografía.....	55
Anexos:	
❖ Anexo N° 1.....	58
Carta de Permiso Ético para operacionalizar el Proyecto de Investigación	
❖ Anexo N° 2.....	60
Protocolo de Investigación	
❖ Anexo N° 3.....	84
Instructivo del formulario	
❖ Anexo N° 4.....	87
Formulario	
❖ Anexo N° 5.....	90
Consentimiento Informado	
❖ Anexo N° 6.....	92
Entrevistas	

RESUMEN

Este trabajo de Investigación tiene como objetivo conocer las características del comportamiento, relacionado a la higiene y la alimentación en usuarios esquizofrénicos que se encuentran en su domicilio. Los mismos debían ser egresados de un proceso de rehabilitación.

Se realizó en la República Oriental del Uruguay, Montevideo y zonas aledañas.

Es un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo, con corte transversal.

Se aplicó una entrevista personalizada y estructurada utilizando el formulario como instrumento para recolectar y registrar la información, en el cual están contenidas las variables elegidas para el estudio.

Del análisis relacionado a la caracterización de la población de estudio se destaca lo que predominó: sexo masculino, en una franja etaria comprendida entre los 21 a 35 años, solteros, viviendo con padre y/o madre, no trabajan y realizan actividades recreativas.

Relacionado a la variable higiene no se observó déficit en la higiene personal ni en la del entorno excepto en un caso. Relacionado a la alimentación no presentaron apragmatismos en el consumo o preparación del alimento; Sí se observó, pero en un número menor de casos, adicciones y sustitución de los mismos.

Es importante destacar la existencia de un usuario soltero, con nivel académico terciario, independencia económica, viviendo solo, pero sin contención familiar, el cual se lo observó con déficit en su higiene personal y la de su entorno.

Esto denota la relevancia y la necesidad de la familia como soporte social, marcando la importancia de Enfermería en el seguimiento domiciliario y su participación en el proceso de rehabilitación en todas sus etapas.

El protagonismo de la comunidad y el gobierno es fundamental en la reinserción social de los individuos que padecen trastornos psiquiátricos.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer en primer lugar a nuestros tutores: Profesora Licenciada en Enfermería Silvia Meliá y Profesor Licenciado en Enfermería Álvaro Díaz que nos han dedicado el tiempo, los conocimientos, y la paciencia necesaria para que este trabajo de investigación fuese posible, realizando las correcciones pertinentes de nuestros errores y nuestros horrores siempre con un excelente nivel profesional y calidad humana.

También deseamos dar las gracias a la Doctora Psiquiatra Claudia Ceroni y a la Licenciada en Psicología Graciela Caballero, Directora y Subdirectora respectivamente del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público quienes además de proporcionarnos la información y el material necesario para la selección de nuestra población objeto de estudio, se involucraron en nuestro proyecto, aportando nuevas ideas y entendiendo plenamente nuestros objetivos.

Queremos realizar un reconocimiento especial a todos los que de alguna manera colaboraron o no, con este trabajo, (familiares, compañeros de trabajo, amigos etc.) pues de todos aprendimos algo que nos permitió seguir avanzando por el camino de la investigación y el conocimiento.

Finalmente nuestro más sincero agradecimiento a todos los usuarios esquizofrénicos, sus familiares y allegados que han contribuido con este proyecto, de manera totalmente desinteresada y que sin ellos, no hubiera sido posible su realización.

INTRODUCCIÓN:

El trabajo que se expone a continuación fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, de la Facultad de Enfermería, pertenecientes a la Universidad de la República, cursando 4º ciclo, 1º módulo.

Es una Investigación cuantitativa de tipo descriptivo, retrospectivo, con corte transversal.

Se realizó en la capital de la República Oriental del Uruguay, ciudad de Montevideo y sus zonas aledañas.

Tiene como objetivo, conocer en el hogar, las características del comportamiento relacionadas a higiene y a alimentación en usuarios esquizofrénicos egresados de un proceso de rehabilitación.

Para lograr dicho objetivo se seleccionó a usuarios esquizofrénicos, que participaron de un proceso de rehabilitación en el Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público y egresaron del mismo entre los años 2003 al 2005.

Se considero este periodo de tiempo, debido a las características de inestabilidad presente en esta patología (científicamente explicable) y observada al realizar la búsqueda en historias clínicas, en donde se encontró que la mayoría de los usuarios no culminan el proceso de rehabilitación e incluso algunos sólo concurren a la entrevista de ingreso.

La esquizofrenia es considerada una enfermedad mental crónica de larga evolución, con gran potencial de deterioro y desorganización, que unida a otros procesos psicopatológicos evoluciona hacia la cronicidad y marginación, por lo que se hace necesario una intervención adecuada y específica.

Es por ello que "se considera a la rehabilitación, como proceso que permite intervenir, sobre los factores de riesgo de cronificación, para lograr la disminución de la prevalencia de las recaídas, el freno al proceso de deterioro, una mejor adaptación y por ende una calidad de vida satisfactoria" (Blassi, R. 1999).

La rehabilitación es entonces, el proceso de reaprendizaje de actitudes y conductas necesarias, para poder realizar las actividades de la vida diaria de la manera más independiente y activa posible.

Permite la toma de control de la vida, haciendo partícipes a su familia y al grupo social que integra. De esta forma se potencia la autoestima.

Es importante destacar que la participación de Enfermería en este proceso permite que se valore cada área del funcionamiento humano (físico, mental, emocional, energético, espiritual, social).

Con la finalidad de establecer objetivos propios para cada usuario, estableciendo un plan de acción para la recuperación específica del mismo.

Enfermería enseña a identificar sentimientos y emociones y así demostrarlos a través de la verbalización y el cuerpo, a controlar la ira y mejorar los impulsos, así como las frustraciones y la estimulación desde el punto de vista intelectual y ocupacional.

Es importante destacar que los usuarios esquizofrénicos son individuos con muchas carencias sociales, como la falta de cuidado y de atención que se les brinda, debido a la presencia de marginación y estigmatización que se asocia a esta patología.

Es por ello fundamental la comunicación como proximidad de contacto donde se facilita la integración emocional haciendo sentir al usuario como persona íntegra capaz de enfrentar por sí mismo las exigencias de la vida.

El Centro Diurno y Seguimiento (centro elegido) es una dependencia del Hospital Psiquiátrico Público, no cuenta con la participación de Enfermería dentro del equipo de salud en el proceso de rehabilitación, por ello y por no considerar específicamente dentro de sus objetivos de trabajo los cambios generados en el comportamiento relacionados al propio cuidado en higiene y alimentación, la relevancia de nuestra elección.

Se define como un Servicio de Cuidados Psiquiátricos, intermedio entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio, ofrece un espacio de alta contención para los usuarios que se encuentren en situación de riesgo (situación de crisis o egreso de internación).

Conocer las características del comportamiento, en higiene y alimentación permite valorar y determinar signos y síntomas negativos, indicadores del estado de salud mental.

Estas conductas forman parte del propio cuidado del individuo y es en el hogar donde ejerce la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana.

Detectar déficit en ellas implica actuar en forma oportuna y eficaz, previniendo posibles complicaciones.

En la búsqueda sobre antecedentes de la temática abordada, no se encontró específicamente en el ámbito nacional investigaciones relacionadas a higiene y alimentación en usuarios esquizofrénicos. Pero existen investigaciones sobre temáticas relacionadas con la esquizofrenia y la importancia de la rehabilitación a nivel nacional e internacional.

Es relevante aportar a este Centro y a todos los que participan en procesos de rehabilitación en el área de Salud Mental, conocimientos sobre estos comportamientos que permitan elevar su calidad de atención, siendo esta investigación el punto de partida para investigaciones posteriores.

"Enfermería como disciplina veladora de cuidados, por su cercanía con los usuarios e interés por ellos debe participar en el proceso de rehabilitación formando parte del equipo de Salud Mental".

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuales son las características del comportamiento relacionadas a higiene y alimentación de los usuarios esquizofrénicos en su hogar, egresados del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público?

CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL PROBLEMA:

Conveniencia:

Se entiende que conocer las características del comportamiento, en el hogar, en usuarios esquizofrénicos, egresados de un proceso de rehabilitación permite valorar y detectar signos y síntomas negativos que hacen referencia de su estado de salud mental.

Su déficit pone en manifiesto una posible descompensación, lo cual implica actuar de forma oportuna y eficaz previniendo posibles complicaciones.

Relevancia:

Es de suma importancia la realización de este trabajo de investigación, ya que consiste en la valoración del estado de salud mental actual de los usuarios esquizofrénicos, desde el punto de vista de enfermería; dichas características no son valoradas en el Centro Diurno y Seguimiento, dado que no existe esta disciplina.

A través de la valoración y la observación de factores que determinan el estado de salud mental de estos usuarios, se hace posible realizar una prevención oportuna.

Esta investigación permite realizar aportes en actividades de rehabilitación a todos los integrantes del equipo de salud, elevando la calidad de atención brindada haciendo énfasis en la incorporación de Enfermería dentro de este proceso.

Factibilidad – Viabilidad:

Dado que se cuenta con los recursos humanos, materiales y financieros se considera que es posible realizar la investigación planificada. Se dispone de un marco institucional que presenta la población seleccionada lo que hace viable la realización del estudio. Se dispone además del tiempo necesario para ejecutar el protocolo diseñado para esta investigación.

FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA:

Se elige abordar a los usuarios esquizofrénicos, porque dentro de las enfermedades mentales existentes, la esquizofrenia es la más grave. Debido a sus características y a la escasa información existente en la sociedad es vinculada en muchas ocasiones con actos de violencia, que la lleva al rechazo familiar, social y la conducen a su estigmatización.

El usuario esquizofrénico muchas veces expresa sus vivencias con patrones no del todo comprensibles por otros, su forma de comportarse es diferente al común de las personas, esto hace que los demás no sepan como enfrentar estas diferencias por no poseer el conocimiento adecuado.

Los familiares sienten la carga de tener en su hogar, un enfermo esquizofrénico, lo que implica el cuidado y la responsabilidad por largos periodos de tiempo debido a que es una enfermedad crónica.

Este estigma no es ajeno a Enfermería, lo cual se ve reflejado en la escasa existencia de esta disciplina en el equipo de salud dedicado a estos usuarios.

Como futuros Licenciados en Enfermería es de interés profundizar en este tema, debido a la escasa información e investigaciones existentes en nuestro país. Como integrantes de la sociedad no estamos ajenos al aumento de las tensiones de la vida diaria, las cuales influyen en la determinación del sufrimiento psíquico que se ve reflejado en la aparición de nuevos casos.

Sobre la base de los objetivos planteados, el conocer las características del comportamiento (higiene y alimentación) en el hogar, en usuarios esquizofrénicos rehabilitados, permite identificar el estado de salud mental (proceso de deterioro), lo cual implica actuar de forma oportuna con el fin de prevenir la descompensación y elevar la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), admite que hay en el mundo más de 40 millones de personas que sufren trastornos mentales graves, otros 250 a 300 millones presentan sufrimientos menos graves pero aún invalidantes y un número no determinado e impredecible presenta sufrimientos psíquicos asociados a procesos mórbidos de carácter orgánico.

Se decide abordar las características del comportamiento relacionadas a higiene y alimentación por ser parte del propio cuidado del individuo. El hogar es el lugar en el cual el individuo ejerce la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana, por ello se decide abordarlos en este ámbito.

Investigar estas conductas (higiene y alimentación), permite conocer su grado de autonomía. Estos aspectos son indicadores que hacen referencia al deterioro en su estado de Salud Mental. Su déficit pone en manifiesto una posible descompensación, lo cual implica actuar en forma oportuna y eficaz.

Para evitar el deterioro, prevenir la descompensación y elevar su calidad de vida se hace necesaria la participación en un proceso de rehabilitación. Ya que la rehabilitación es un proceso en el cual el usuario integrado a su familia y al grupo social toma el control de la vida cotidiana a través de acciones graduales las cuales potencian su autoestima y por ende su autonomía. Esto le permite una mayor capacidad de afrontamiento en las diferentes situaciones.

“En este proceso es relevante la presencia de Enfermería intra y extramuros (seguimiento domiciliario), por su relación de cercanía lo cual estimula las capacidades y potencialidades a través de un proceso terapéutico interpersonal, educacional, con actitud de cuidado liberador, responsable, haciendo partícipe a su familia” (Meliá, 2005).

Existen centros de rehabilitación Públicos y Privados. Se eligió como centro de referencia para la realización de la investigación, al Centro Diurno y Seguimiento, dependencia del Hospital Psiquiátrico Público debido a que enfermería no forma parte del equipo de salud y por la ausencia de rehabilitación específica en hábitos cotidianos. Este centro realiza un proceso de rehabilitación de corta estadía entendida como nexo entre la hospitalización y el hogar. Con objetivos claros y precisos, los cuales son: impacto de la hospitalización, estabilización de signos y síntomas, y adherencia al tratamiento farmacológico.

Antecedentes del tema: En la búsqueda sobre antecedentes de la temática abordada, no se encontró específicamente en el ámbito nacional investigaciones relacionadas a higiene y alimentación en usuarios esquizofrénicos. Pero existen investigaciones sobre temáticas relacionadas con la esquizofrenia y la importancia de la rehabilitación a nivel nacional e internacional que se detallan a continuación.

En el ámbito internacional:

- ❖ Ramón Blassi sostiene que: “existen 2 millones de nuevas personas afectadas de esquizofrenia por año y una expectativa de sufrirla a lo largo de la vida de 1 %, unido a los índices de nuevos crónicos, los abandono del tratamiento tras el alta, y recaídas nos conduce a un compromiso ineludible y continuado en Rehabilitación Psicosocial Integral en la Comunidad”.
- ❖ Talbott sostiene que: “solo un 25% de los esquizofrénicos sigue un tratamiento de postcura, 20% lo abandona después del alta y un 50% al año”.
- ❖ Baldorany sostiene que: “un 35% de las recaídas se producen a los 6 meses, un 55% al año y un 15% a los tres años”
- ❖ Torres González, Prof. Coordinador, realizó un documento para el Consenso Internacional propuesto por la Red Maristan en julio de

1999, que describe los cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos que viven en la comunidad. Este documento hace referencia, entre otros, a la educación o reeducación de las capacidades básicas interpersonales y sociales, para que las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos puedan vivir una plena integración social, con el goce de la suficiente autonomía y capacidad para afrontar por sí mismos las actividades de la vida diaria, consolidando el cuidado e higiene personal, el cuidado diario del hogar: limpieza y otras tareas domésticas, alimentación: compra de alimentos y preparación de comidas, haciendo relevancia a la educación en estas conductas pero sin describir sus características.

- ❖ Los docentes Cervantes Hugo, Oliva Xiomara, Del Pozo Mirtha y tec. Didy Yarura, realizaron un estudio para determinar el costo total del tratamiento de la esquizofrenia en el Hospital Provincial Docente "Comandante Gustavo Machin", de Santiago de Chile, determinan que cerca de la mitad del presupuesto anual de esta institución está dedicada a la terapia de estos usuarios, pero de incrementar la eficiencia, disminuir los días de hospitalización y desarrollar adecuadamente la psiquiatría comunitaria se lograría reducir los gastos en casi una tercera parte.

Este estudio de Investigación no es específico del comportamiento de los usuarios esquizofrénicos en higiene y alimentación.

A nivel Nacional:

- ❖ Sanabia Cristina, Licenciada en Enfermería, en el libro "Enfermería en Salud Mental" Conocimientos, desafíos y esperanzas (Meliá 2005), plantea en el Capítulo Nº 16 una forma de intervención de Enfermería en Salud Mental Comunitaria, denominada "espacio de escucha". En donde se crea una relación de ayuda y confianza entre el usuario y enfermería, con finalidad terapéutica basada en la cotidianidad. Que muestra modelos de relación, patrones diferentes de funcionamiento cotidiano, para que el usuario pueda expresar emociones, sentimientos y formas de afrontamiento, con el fin de aumentar su autonomía y mejorar su capacidad adaptativa al medio y a su entorno.

Meliá Silvia y Sanabia Cristina, Licenciadas en Enfermería, en el capítulo Nº 19 del libro anteriormente mencionado, hacen referencia a un modelo de intervención de Enfermería en Salud Mental integrando al usuario con su familia. El objetivo es fortalecer las potencialidades, ofrecer modelos de convivencia basados por el respeto, el afecto, la comunicación y la reinserción social y familiar.

Para la aplicación de dicho modelo se seleccionó a un usuario esquizofrénico con episodios de abuso de drogas y con internaciones en centros psiquiátricos. Este modelo de intervención le permitió regresar a su hogar, trabajar y continuar sus estudios.

Estos artículos no son específicos del comportamiento en los usuarios esquizofrénicos relacionados a higiene y alimentación.

❖ Pardo Vicente, Médico Psiquiatra
Curbelo Osmio, Médico Psiquiatra
Del Castillo Renee, Licenciada en Psicología, Licenciada en Enfermería
Grumbaum Susana, Médica Psiquiatra
Regazzoni Eliana, Licenciada en Psicología
Kaplan Miguel, Economista, Análisis Estadísticos
Presentan en la revista de Psiquiatría publicada en junio del año 2002/01
"Evolución retrospectiva de un Programa de Rehabilitación Psicosocial de un Centro de Día para adultos", siendo este un análisis retroprospectivo epidemiológico, clínico y de funcionamiento de usuarios con patologías psiquiátricas severas, ingresados en un Programa de Rehabilitación Psicosocial de un Centro de Día, en sus primeros diez años. Se diseña un protocolo para analizar las características clínicas de la población y evaluar los resultados de la intervención.
Este estudio no es específico del comportamiento relacionado a higiene y alimentación en los usuarios esquizofrénicos.

❖ Arduino Margarita, Médico Psiquiatra
Porciúncula Horacio, Médico Psiquiatra
Gines Ángel, Médico Psiquiatra
Presentan en la revista de Psiquiatría publicada en agosto del año 2000
"La reforma psiquiátrica de Emilia Romagna y el Programa de Salud Mental en Uruguay", el estado actual del Programa de Salud Mental del Uruguay, en consideración con la transformación obtenida en Emilia Romagna (reforma Psiquiátrica Italiana).
Presentan propuestas para profundizar y avanzar en los lineamientos de la estrategia uruguaya en Salud Mental, pero no se hace referencia a las características del comportamiento en higiene y alimentación.

❖ Desde mediados de la década de 1980 y promovidos por los procesos de Democratización, en algunos países de la región del Cono Sur se inicia movimientos de salud mental y reforma psiquiátrica que procuran la transformación de los modelos convencionales de la psiquiatría (aislar en manicomios). Este proceso se sustenta en la concepción de la salud mental como resultado de la historia y la cultura, de los estilos y condiciones de vida y de las políticas sociales y de salud.

Propone la atención descentralizada, interdisciplinaria e intersectorial con perfil comunitario.

En nuestro país en el año 1985, se comenzó a elaborar un Plan Nacional de Salud Mental, interesado por el respeto en los derechos humanos, con participación e inserción de las personas con trastornos mentales.

En el año 1995 se comenzó a poner en funcionamiento el Programa basado en los siguientes objetivos:

- **Desinstitucionalización del enfermo mental.**
- **Limitar la cronificación.**
- **Desestigmatizar la enfermedad mental.**
- **Reinserción social del usuario psiquiátrico**
- **Prevenir la descompensación psiquiátrica.**
- **Promover y prevenir la salud mental.**

El propósito es mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales. A su vez, la calidad de vida va a depender de las posibilidades que tengan de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales (Máx. Neef).

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1) GENERAL

Conocer las características del comportamiento relacionadas a higiene y alimentación de los usuarios esquizofrénicos en su hogar, egresados del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público, en el periodo comprendido entre los años 2003/ 2005.

2) ESPECIFICOS:

- a) Caracterizar a los usuarios esquizofrénicos egresados en el periodo 2003/2005 del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público según sexo, edad, domicilio, nivel de instrucción, estado civil, y núcleo familiar.
- b) Identificar características del comportamiento relacionado a higiene personal y su entorno, de los usuarios esquizofrénicos en su hogar.
- c) Identificar características del comportamiento relacionado a alimentación (preparación y consumo) de los usuarios esquizofrénicos en su hogar.
- d) Detectar conductas negativas del comportamiento relacionadas a higiene y alimentación.

MARCO CONCEPTUAL

Desde la concepción holística (teoría globalizadora) del concepto **hombre-salud**, se considera a éste como una unidad bio-fisiológica y energética, psicológica, psicosocial y espiritual, que se encuentra en constante interacción consigo mismo, con otros seres humanos y con el medio ambiente.

Se puede entender por salud a la búsqueda del máximo desarrollo de las capacidades y potencialidades de las personas y grupos poblacionales, para satisfacer sus necesidades en un marco de comunicación, participación y aprendizaje.

Uno de los resultados de este proceso es el desarrollo de la capacidad de transformación de los sujetos, de los grupos y del entorno en el que estén insertos, en la búsqueda de mejores niveles de calidad de vida para todos. Supone la capacidad de adaptación activa y/o superación del sufrimiento bio-psico-social producida durante las crisis vitales habituales y accidentales.

En el análisis de la historia de los conceptos sobre **salud y enfermedad** se observa que adoptan diversas formas según las culturas y momentos históricos que se producen. Esto habla de que conceptos como salud y enfermedad, tienen que ver con hechos y con valoraciones construidas socialmente

La salud y enfermedad no pueden separarse en términos absolutos. Muchas veces no es posible distinguir entre lo normal y lo patológico pues existe un dinamismo entre ambos conceptos.

A continuación se citan algunos autores que definen el proceso salud-enfermedad, por considerarlos ligados a nuestro trabajo de investigación:

Máx.-Neef: Plantea que la calidad de vida es consecuencia de la satisfacción de las Necesidades Humanas Fundamentales y que esto es posible por medio de un plan de desarrollo que se refiera a las personas y no a los objetos. Todas las personas tienen las mismas necesidades lo que varía es la forma de satisfacerlas. Los satisfactores varían en función de cultura y del mercado disponible. Son formas de ser, estar, tener y de hacer que satisfacen o no las Necesidades Humanas Fundamentales. Estas necesidades son: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, libertad, ocio, creación, participación e identidad.

...“Cualquier necesidad humana fundamental no satisfecha de manera adecuada produce una patología, hasta el momento se han desarrollado tratamientos para combatir patologías individuales o de pequeños grupos, pero hoy en día nos vemos enfrentados a una cantidad de patologías colectivas que aumentan de manera alarmante, para los cuales los tratamientos aplicados han resultado ineficaces.”

Según el Dr. **Ferrara:** “la salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos de la interacción con su mundo físico, mental y social que le imponen, y cuando en esta lucha logra

resolver conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, **mental** o social en la que vive o modificarla según necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y la solución de los mismos, es el bloqueo y la imposibilidad de resolver los conflictos (físico, mental, social) lo que define la patología”.

Partiendo de una concepción integral de la salud, se considera que la **salud mental** constituye uno de los elementos de la salud integral del sujeto, **junto** con la salud física y la salud social, de la misma manera como lo sostiene la Organización Mundial de la Salud (OMS.).

Vicente Galli la define como: “un estado de relativo equilibrio e interacción de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración, con crisis previsible e imprevisible, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social.”

La mayoría de los individuos con problemas mentales son capaces de pensar y de actuar de forma lógica, incluso cuando sus conductas son inadaptadas. No obstante para un determinado grupo de personas, la realidad aparece distorsionada y alterada. Estos individuos padecen una **psicosis**: incapacidad para reconocer la realidad, para relacionarse con los demás o para afrontar las exigencias de la vida. La psicosis más grave es la **esquizofrenia**, un conjunto de trastornos relacionados que se caracterizan por pensamientos, percepciones, y comportamientos desorganizados.

La esquizofrenia afecta al 1% de la población mundial y se distribuye por igual en hombres y mujeres aunque puede surgir en cualquier nivel socioeconómico, es más frecuente en los más desfavorecidos. El 10% de estos individuos esquizofrénicos acaba suicidándose debido al intenso malestar que conlleva el trastorno (Andreasen, 1995).

La esquizofrenia comprende un grupo de trastornos con causas heterogéneas y que agrupa a individuos cuyos síntomas clínicos, respuestas al tratamiento y curso de la enfermedad pueden ser muy variados.

A través de la lectura de varios autores acerca de la etiología de la esquizofrenia, se considera que la misma se produce de una conjunción de factores del propio individuo como lo que lo rodea (su medio ambiente), esto corresponde al modelo estrés diátesis, el cual integra factores biológicos, psicosociales y ambientales. Postula que una persona tiene una vulnerabilidad específica (diátesis) que, cuando se activa por algún factor ambiental estresante, permite que aparezcan acciones inadaptadas correspondientes a la esquizofrenia.

La esquizofrenia ejerce un impacto significativo en todas las áreas del funcionamiento del individuo, produciendo en muchas ocasiones automatismo mental invalidante y apragmatismos que en su mayoría les impide el relacionamiento social e incluso el desarrollo personal.

A pesar de que cada individuo se comporta de manera única, muchos parecen compartir signos, síntomas y conductas generales, dependiendo de la etapa evolutiva de la enfermedad.

A continuación se detallan, profundizando en los relacionados con el trabajo de investigación: higiene y alimentación.

- **Apariencia física:** es la de un ser humano desaseado y desarreglado. Su atención se centra en los problemas internos, lo cual impide por lo general que busquen comida o refugio. La higiene personal suele ser pobre y la imagen personal está distorsionada.
- **Percepción** (modo en que el ser humano ve al mundo): los individuos con este trastorno padecen alucinaciones (falsas entradas sensoriales sin estímulo externo), ilusiones (falsas percepciones de estímulos reales), y agnosia (incapacidad para reconocer objetos o personas familiares del entorno). Las alucinaciones pueden tomar la forma de olores, sonidos, sabores, visiones, tacto, o sensaciones de alteración de la actividad interna del organismo.
- **Emoción:** el afecto, es decir la expresión externa de las emociones propias, se describe como embotado, plano, inapropiado o lábil. Otras respuestas emocionales incluyen la alexitina (dificultad para identificar o describir las emociones), la apatía (ausencia de preocupación, interés o sentimientos), y la anhedonia (incapacidad o disminución para experimentar placer en la vida).
- **Cognitivo** (intelectual): suelen presentar problemas de atención, memoria, y empleo del lenguaje. El pensamiento puede incluir delirios (ideas falsas y fijas que no se basan en la realidad), ideas de referencia (creencias de que ciertas personas o medios de comunicación hablan de uno), desrealización (pérdida de los límites del yo, es decir, incapacidad para distinguir donde acaba el propio organismo y donde comienza el medio ambiente).
Las **dificultades del lenguaje** comprenden varios usos incorrectos. El habla del esquizofrénico incluye ciertas características inusuales: asociaciones fonéticas, pensamiento incorrecto, ecolalia, fuga de ideas, asociaciones libres, ideas de referencia, mutismo, neologismo, y mezcla de palabras.
El **pensamiento** varía ampliamente, desde el contacto con la realidad hasta el pensamiento fantástico. Las experiencias negativas se recuerdan mejor que las positivas. Los individuos pueden manifestar perseveración (repetición de la misma idea en respuesta a diferentes preguntas) o pobreza del pensamiento (falta de incapacidad para generar nuevos pensamientos o seguir un hilo del pensamiento). Las personas con

esquizofrenia crónica tienen escasa introspección sobre sus problemas. Su capacidad de juicio está a menudo deteriorada. Suele existir una disminución generalizada de las actitudes intelectuales a medida que el trastorno evoluciona.

- **Conducta:** tienen escaso control de sus impulsos e incapacidad para manejar su resentimiento. Pueden lesionarse a sí mismos y a los demás o actuar en respuesta a alucinaciones que les ordenan realizar algo. La carencia de energía o motivación (abolição) suele llevar a una escasa actividad laboral o escolar, al desempleo y a la falta de hogar. La incapacidad para afrontar la depresión y la ausencia de respaldo social suponen un elevado riesgo de suicidio. Muchos se niegan a cumplir el tratamiento, de manera que no toman la medicación o abusan del alcohol y las drogas.

Relacionado con la alimentación, suelen negarse o comer en demasía, esconder o desechar los alimentos, incluir adiciones como suplemento a las comidas (mate y cigarrillos), etc.

La higiene suele ser pobre, su apariencia personal se observa como un individuo desprolijo, desarreglado, desaseado. Existe falta de interés por su propia imagen o por el contrario un excesivo arreglo personal "extravagancia".

- **Socialmente,** son incapaces de establecer o mantener relaciones con los demás. Las conductas sociales suelen ser inapropiadas. La autoestima es baja y puede existir confusión en la identidad sexual. Tienen escasos amigos y muestran escaso interés para realizar actividades. Muchos prefieren estar solos a causa de las alucinaciones o los sentimientos paranoicos. Las pocas relaciones familiares y sociales que conservan suelen tener un curso escabroso.

⚡ **Higiene:**

El déficit en el estado de higiene en los usuarios esquizofrénicos, es uno de los primeros signos detectados en el comienzo de la enfermedad. Esto se debe a que su atención se centra en problemas internos que llevan a abandonar este hábito.

Esta falta de autocuidado es detectada por los familiares o personas allegadas, quienes en muchas ocasiones relacionan este déficit con la etapa evolutiva en la cual se encuentra el individuo (adolescencia) o por la presencia de un proceso estresante que lo involucra, por lo cual le restan importancia.

Los familiares o allegados deciden consultar a un profesional terapéutico, cuando la falta de higiene afecta el relacionamiento social.

A partir de esta etapa, el déficit en esta conducta está relacionada por la presencia de: delirios, apatía, apragmatismos, etc., trastornos que afectan diferentes áreas del funcionamiento involucrando y afectando esta conducta. Dado que la higiene forma parte del propio cuidado del individuo se define como: el conjunto de actividades que realiza el individuo para mantenerse limpio y aseado con el fin de mantener su salud.

Una higiene adecuada le permite al individuo prevenir enfermedades, relacionarse socialmente y elevar su calidad de vida.

↓ **Alimentación:**

Junto con la higiene, la alteración en la alimentación es otro de los signos presentes en el comienzo de la esquizofrenia, detectados generalmente por familiares o personas allegadas.

Estos cambios incluyen: negarse o comer en demasía, esconder o desechar los alimentos, incluir adicciones como suplemento a las comidas (mate y cigarrillos), etc.

Algunos de estos cambios conductuales se deben a la presencia de delirios o respuesta a los mismos, en donde se asocia a la comida a diferentes temáticas (envenenamiento, etc.), estados de ansiedad, apatía, etc.

Algunos usuarios pueden presentar automatismo, que les impide la búsqueda de alimentos.

Otro factor importante es la presencia de apragmatismos que imposibilita la preparación y el consumo.

Máx Neef considera la alimentación como una necesidad humana fundamental (subsistencia), cuya satisfacción permite obtener una calidad de vida adecuada y la no satisfacción produce una patología.

Se define a la alimentación como: la actividad del propio cuidado del individuo que por medio de la incorporación de nutrientes que le permite subsistir y elevar su calidad de vida.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia también pueden clasificarse en dos amplias categorías: **síntomas positivos y negativos**. Los síntomas positivos están relacionados con los pensamientos y los comportamientos inadaptados e incluyen alucinaciones, problemas con el habla, y conductas extrañas.

Los síntomas negativos hacen referencia a la ausencia de mecanismos de adaptación y comprenden afecto aplanado, abandono del autocuidado (higiene y alimentación) y pobreza del habla.

Aunque muchas personas tienen diversos signos, síntomas y conductas, el diagnóstico se realiza basándose en los más predominantes, cumpliéndose entre otros el llamado **Síndrome de Discordancia** integrado por: impenetrabilidad (hermetismo, no comparte proyectos, ilusiones, no permite indagar sobre él), desapego (habla de cosas emotivas que ni su rostro ni sus gestos comparten), ambivalencia (te amo, te odio), extravagancia (incoordinación en la apariencia física y en sus actos). Los cinco subtipos de la esquizofrenia son: catatónica, desorganizada o hebefrénico, paranoide o parafrenia, indiferenciado y residual.

REHABILITACIÓN PSÍCOSOCIAL – ROL DE ENFERMERÍA

La esquizofrenia es considerada una enfermedad mental crónica de larga evolución, con gran potencial de deterioro y desorganización, que unida a otros procesos psicopatológicos evoluciona hacia la cronicidad y la marginación, por lo que es necesario una intervención adecuada y específica. Es por ello "se considera a la rehabilitación, como proceso que permite intervenir, sobre los factores de riesgo de cronificación, para lograr la disminución de la prevalencia de las recaídas, el freno al proceso de deterioro, una mejor adaptación y por ende una calidad de vida satisfactoria" (Blassi, R. 1999).

La rehabilitación es entonces, el proceso de reaprendizaje de actitudes y conductas necesarias, para poder realizar las actividades de la vida diaria de la manera más independiente y activa posible.

Permite la toma de control de la vida, haciendo partícipes a su familia y al grupo social que integra. De esta forma se potencia el autoestima.

Gilman afirma que en la continuidad de los cuidados postcura (C.C.P), los resultados son significativos, un 25% de los casos evolucionan sin secuelas y de un 45- 66% con una mejoría significativa.

Otros autores indican que hay hasta un 90% de recaídas sin C.C.P y solo un 41% con ellos.

Es fundamental el rol de Enfermería dentro del proceso de rehabilitación psicosocial, que por su relación de cercanía favorece el fomento de las capacidades del usuario. Esto estimula la toma de decisiones, dando así poder a la persona traducido en el desarrollo de la autoestima y un mayor afrontamiento a las situaciones de la vida diaria.

Una herramienta dentro de la Enfermería es la docencia la cual es una arma fundamental dentro del proceso de rehabilitación, ya que permite que junto al usuario, se brinden conocimientos para la toma de decisiones, llevando al individuo al pleno ejercicio de sus facultades en la comunidad.

Es importante destacar que la participación de Enfermería en este proceso permite que se valore cada área del funcionamiento humano (físico, mental, emocional, energético, espiritual, social).

Con la finalidad de establecer objetivos propios para cada usuario, estableciendo un plan de acción para la recuperación específica del mismo.

Enfermería enseña a identificar sentimientos y emociones y así demostrarlos a través de la verbalización y el cuerpo, a controlar la ira y mejorar los impulsos, así como las frustraciones y la estimulación desde el punto de vista intelectual y ocupacional.

Connotar positivamente, elogiar y alentar la valorización de pequeñas acciones, gestos y emociones. Creando junto al usuario, donde la creatividad debe ser estimulada en cada momento del proceso, con actitud de cuidado.

Este cuidado es considerado por Enfermería como: desvelo, solicitud, diligencia, atención, buen trato, de tal forma que es una actitud mediante la cual el enfermero se centra con el otro con desvelo y solicitud.

Es importante destacar que los usuarios esquizofrénicos son individuos con muchas carencias sociales, como la falta de cuidado y de atención que se les

brinda, debido a la presencia de marginación y estigmatización que se asocia a esta patología.

Es por ello fundamental la comunicación como proximidad de contacto donde se facilita la integración emocional haciendo sentir la usuario como una persona íntegra capaz de enfrentar por sí mismo las exigencias de la vida.

El Centro Diurno y Seguimiento (centro elegido) es una dependencia del Hospital Psiquiátrico Público, el cual no cuenta con la participación de Enfermería dentro del equipo de salud en el proceso de rehabilitación, por ello y por la ausencia de rehabilitación en los cambios generados en el comportamiento relacionados al propio cuidado (higiene y alimentación) la relevancia de nuestra elección.

CENTRO DIURNO Y SEGUIMIENTO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PÚBLICO.

Se define como un Servicio de Cuidados Psiquiátricos Intermedio entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio que ofrece un espacio de alta contención para los pacientes que se encuentren en situación de riesgo ya sea que atraviesen una situación de crisis o que al egresar de una internación precisen un seguimiento más estrecho de su evolución.

Tiempo de permanencia: Hasta 6 meses aproximadamente.

Número de usuarios a asistir: Hasta 35

Equipo Técnico: Técnicos de Salud Pública: 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 1 psicomotricista (dos veces por semana); 3 docentes del CODICEN (10 hrs. semanales cada uno); los psicólogos que colaboran en forma honoraria coordinando el grupo terapéutico y los talleres de expresión íntegra y radio.

Perfil de Población a ser asistida:

- Usuarios que al egresar de una internación precisen un seguimiento más estrecho de su evolución por su situación clínica o socio-familiar.
- Usuarios que en seguimiento ambulatorio transiten por una situación de descompensación o crisis cuyo seguimiento exceda las posibilidades de asistencia en la Policlínica, sin que justifique una hospitalización a tiempo completo. Algunas de estas situaciones podrían ser por ejemplo: acentuación o agravamiento de la sintomatología, tránsito por acontecimientos vitales que pongan en riesgo la estabilidad del paciente, riesgo de auto o heteroagresión.
- Usuarios que al egresar de la internación tengan indicación de un seguimiento en algún Centro diurno para el que no están aún en condiciones de asistir.

No se admitirán - usuarios con trastornos graves de la personalidad de tipo antisocial o en los que el trastorno central sea el consumo de sustancias.

Tampoco se admitirán usuarios en los que la problemática al egreso esté centrada en causas sociales exclusivamente: carencia de sostén familiar o social, carencia de vivienda o recursos económicos, trámites de pensión, etc.

Objetivos Terapéuticos del Centro Diurno

Objetivos Generales:

- Brindar un espacio terapéutico de alta continencia.
- Asegurar la continuidad del tratamiento indicado a través de la coordinación con las Instituciones que correspondan según cada situación particular.
- Ayudar a la recuperación y restablecimiento de aquellos usuarios que al egresar de una internación se considere conveniente un control más estrecho de su evolución por las características sintomáticas o las de su entorno socio-familiar, así como de los pacientes que estando en seguimiento ambulatorio transiten por una situación de crisis.
- Preparar a los usuarios que precisen de un tratamiento de Rehabilitación en algún Centro diurno para estar en mejores condiciones de comenzarlo, ayudando a generar una mayor conciencia de enfermedad así como de la conveniencia del tratamiento.
- Realizar prevención primaria, secundaria y terciaria del usuario y su medio socio-familiar.
- Desarrollar tareas asistenciales, docentes y de investigación.

Objetivos específicos:

- Ayudar al procesamiento del efecto traumático que implica la situación de hospitalización, descompensación o crisis.
- Apuntar a restituir el funcionamiento más adaptado anterior a dicha situación.
- Trabajar en la elaboración de un proyecto terapéutico a continuar cuando egrese.
- Mejoría y estabilización de síntomas.
- Lograr una mayor conciencia de morbilidad y de conveniencia de seguir un tratamiento.
- Lograr una mayor adherencia al tratamiento.
- Coordinar con el equipo de asistencia de la Policlínica donde el paciente es seguido las acciones a instrumentar así como con las Instituciones a donde el usuario podrá ser derivado una vez finalizada esta etapa del tratamiento.

- Trabajar con la familia en diferentes aspectos:
- Brindar el apoyo que sea necesario para transitar esta etapa de la enfermedad y del tratamiento, así como poder entender e integrar los cambios que la nueva situación produce.
- Informarla en todo lo referente a la enfermedad, sus secuelas así como sus posibilidades terapéuticas.
- Concientizarla acerca de la importancia de seguir el tratamiento indicado.
- Apuntar a que pueda colaborar y apuntalar al paciente a continuarlo.

Estrategia Terapéutica:

Se integran los distintos recursos biológicos, psicoterapéuticos y sociales en una estrategia de abordaje individual y grupal según el proyecto terapéutico convenido con el paciente.

Eje Individual

- Seguimiento psiquiátrico coordinado con psiquiatra tratante.
- Seguimiento psicoterapéutico cuya frecuencia es indicada según cada caso.

Eje Grupal

- El programa de actividades a seguir se establecerá para cada usuario según su situación clínica y preferencias.
- Se llevan a cabo actualmente las siguientes actividades grupales: grupo terapéutico, grupo de seguimiento, psicomotricidad, radio, música, taller de expresión Integral, cerámica, jardinería.

Evaluación

Se está aplicando por parte de una residente y dos postgrados de la Clínica Psiquiátrica. La escala de Evaluación de la actividad global (EEAG) que evalúa la situación global del usuario al Ingreso, a los 3 meses y al egreso lo que será continuado posteriormente por el equipo técnico.

Impacto esperado

- Disminución del número y duración de las internaciones.
- Coordinación de los distintos recursos terapéuticos disponibles en una estrategia de abordaje Integral que asegure el seguimiento del usuario y su pasaje por las distintas estructuras que correspondan a sus crecientes niveles de autonomía.

(Datos obtenidos de la Subdirectora del Centro Diurno y Seguimiento, Licenciada en Psicología Graciela Caballero).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

> Tipo de estudio:

Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo con un corte transversal, en el cual se investiga las características del comportamiento de los usuarios esquizofrénicos, relacionadas a higiene (personal y de su entorno) y alimentación (preparación y consumo). Dichos usuarios son egresados del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público.

> Área de Estudio:

La investigación se realiza en el lugar de residencia de los usuarios esquizofrénicos (hogar).

> Universo:

Todos los usuarios esquizofrénicos, que realizaron actividades de rehabilitación en el Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público en el período del 2003 al 2005. Total 24 usuarios.

Criterios de inclusión:

- ❖ Usuarios esquizofrénicos egresados del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público que participaron del proceso de rehabilitación (período considerado por dicho centro de 6 meses a 1 año).
- ❖ Todos los usuarios esquizofrénicos que han egresado del centro entre los años 2003 al 2005.

Este criterio es seleccionado debido a la característica de inestabilidad presente en esta patología (científicamente explicable) y observada al realizar la búsqueda en las historias clínicas, en donde se demuestra que la mayoría de los usuarios no culminan el proceso de rehabilitación e incluso algunos sólo concurren a la entrevista de ingreso. Esto nos lleva a extender el período de tiempo a considerar.

- ❖ Residentes de Montevideo o en zonas aledañas.

➤ **Muestra:**

Todos los usuarios esquizofrénicos rehabilitados en el Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público dentro del periodo 2003 al 2005 que residen en Montevideo y zonas aledañas.

Según los criterios de selección, la muestra quedó conformada por 19 usuarios, de los cuales 3 no se lograron concretar (2 se negaron a ser entrevistados y 1 se encuentra en situación de calle) **quedando un total de 16 usuarios.**

➤ **Unidad de observación:**

Usuarios esquizofrénicos egresados del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público que se encuentran en su hogar.

➤ **Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

El método a emplearse es la encuesta, mediante la aplicación de una entrevista estructurada y personalizada. El instrumento que se utilizará para recolectar y registrar la información será el formulario, en el cual estarán contenidas las variables elegidas para el estudio.

Debido a las características de los usuarios esquizofrénicos (anteriormente descriptas), en las variables higiene y alimentación se agregan dos preguntas dirigidas al familiar o persona responsable con el fin de dar mayor validez a las respuestas dadas por el usuario.

➤ **Definición y operacionalización de variables:**

Edad:

Definición conceptual: período de tiempo transcurrido en el ser humano desde el momento del nacimiento al momento actual.

Escala de medición: variable cuantitativa continua.

Sé operacionaliza: en años cumplidos.

Sexo:

Definición conceptual: características biofisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, alude a las características de sus aparatos reproductores, funcionamiento y características secundarias.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Sé operacionaliza en: femenino y masculino.

Domicilio:

Definición conceptual: lugar físico en donde reside la persona en el momento actual.

Escala de medición: variable cualitativa ordinal.

Sé operacionaliza en: casa, apartamento, pensión, hogar psiquiátrico.

Nivel de instrucción:

Definición conceptual: corresponde al nivel de formación académica obtenida hasta el momento actual.

Escala de medición: variable cualitativa ordinal.

Sé operacionaliza en:

- ❖ Analfabeto.
- ❖ Primaria completa.
- ❖ Primaria incompleta.
- ❖ Secundaria completa.
- ❖ Secundaria incompleta.
- ❖ Terciaria.
- ❖ Otros (estudios complementarios).

Núcleo familiar:

Definición conceptual: personas que viven con el usuario, teniendo o no vínculo de consanguinidad.

Escala de medición: cualitativa nominal.

Sé operacionaliza en:

- ❖ Solo.
- ❖ Padre y/o madre.
- ❖ Pareja.
- ❖ Otros familiares.
- ❖ Otros.

Estado civil:

Definición conceptual: condición de una persona en relación a sus obligaciones y derechos civiles, también nos permite conocer el rol que ocupa dentro de la familia.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Sé operacionaliza en:

- ❖ Soltero
- ❖ Casado.
- ❖ Viudo.
- ❖ Divorciado.
- ❖ Unión libre.

Ocupación Laboral:

Definición conceptual: actividad que realiza un individuo por la cual recibe remuneración.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Se operacionaliza en:

- ❖ Trabaja.
- ❖ No trabaja.

Actividades Recreativas:

Definición conceptual: actividades que realiza un individuo que le permite el relacionamiento social.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Se operacionaliza en:

- ❖ Realiza actividades recreativas.
- ❖ No realiza actividades recreativas.

Higiene:

Escala de medición: variable cualitativa ordinal.

Definición conceptual: actividades que realiza el individuo para mantenerse limpio y aseado, con el fin de conservar su salud.

Sé operacionaliza en:

- ❖ Estado general (sucio - limpio)
- ❖ Se baña solo (con iniciativa propia). /Se baña con estimulación.
- ❖ Cantidad de veces por semana/ mes (baño completo).
- ❖ Considera que está limpio.
- ❖ Elige su ropa
- ❖ Vestimenta acorde con el clima.
- ❖ Cambio de ropa (cantidad de veces)
- ❖ Lava su ropa.
- ❖ Higiene de su entorno.
- ❖ Higiene de su dormitorio.

Alimentación:

Definición conceptual: Suministrar nutrientes que permitan al individuo funcionar orgánicamente.

Escala de medición: variable cualitativa ordinal.

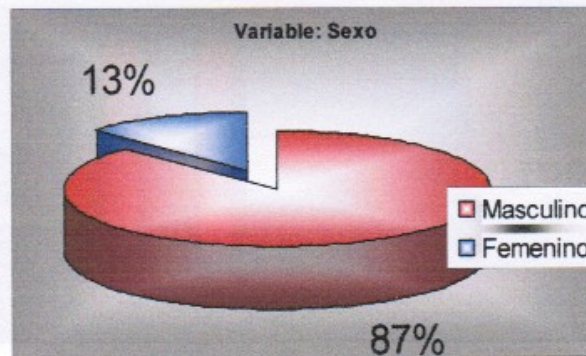
operacionalización de variables:

- ❖ Lugar donde se alimenta (hogar, merendero, otros).
- ❖ Preparación de los alimentos (solo, con ayuda, no prepara).
- ❖ Ingiere los alimentos preparados (consume, esconde, desecha).
- ❖ Consumo de mate (número de veces en el día).
- ❖ Sustitución de las comidas por sustancias adictivas (mate, café, cigarrillos, otros).
- ❖ Conservación de los alimentos (presencia de heladera y utilización)

Plan de tabulación de datos

1.1 Sexo

Sexo	FA	FR%
Masculino	14	87.50%
Femenino	2	12.50%
N° Total	16	100%

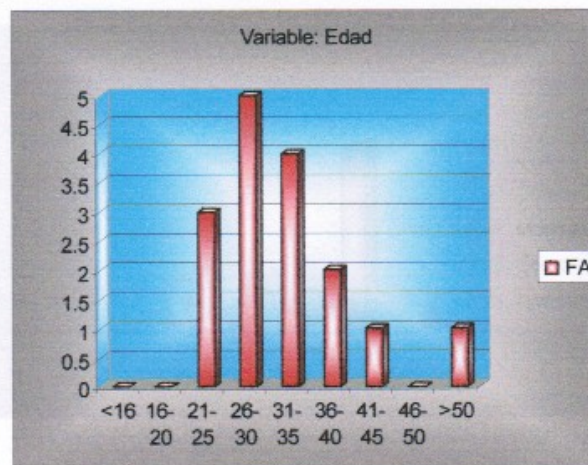


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

De la observación se desprende que el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino con un 87.50% y el menor al sexo femenino con un 12.50%.

1.2 Edad

Edad	FA	FR%
<16	0	0%
16-20	0	0%
21-25	3	18.75%
26-30	5	31.25%
31-35	4	25%
36-40	2	12.50%
41-45	1	6.25%
46-50	0	0%
>50	1	6.25%
N° Total	16	100%

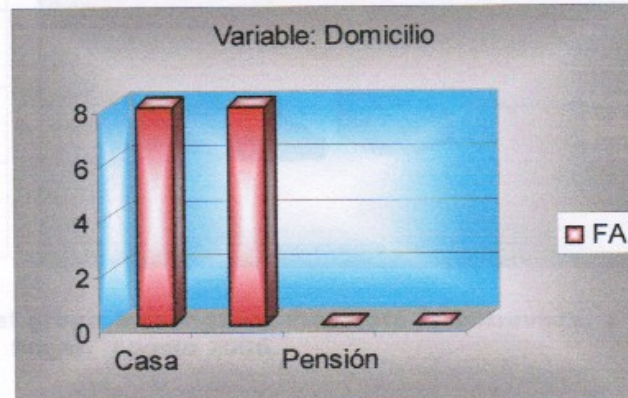


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se desprende, que el mayor porcentaje se ubica en usuarios comprendidos entre 26 y 30 años, con un 31.25%, le siguen con un 25% los comprendidos entre 31 y 35 años, 18.75% los comprendidos entre los 21 y 25 años, 12.50% los comprendidos entre los 36 y 40 años y con igual porcentaje de 6.25% están los comprendidos entre 41 y 45 años y los mayores de 50 años. No se registraron porcentajes en menores de 20 años, ni en la edad comprendida entre 46 y 50 años.

1.3 Domicilio

Domicilio	FA	FR%
Casa	8	50%
Apto.	8	50%
Pensión	0	0%
H. Psiq.	0	0%
N° Total	16	100%

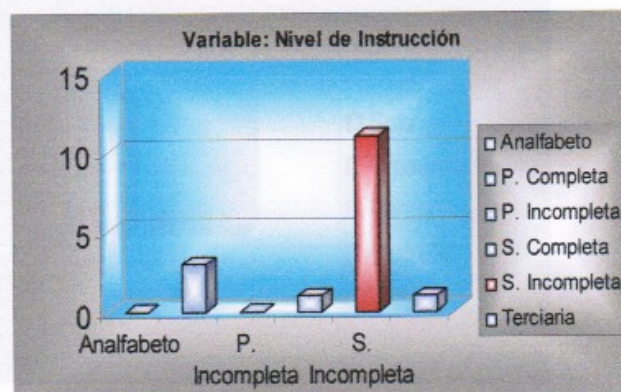


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se observa que los porcentajes se dividen equitativamente entre los que viven en casa y en apartamento, 50% cada uno.

1.4 Nivel de instrucción

Instrucción	FA	FR%
Analfabeto	0	0%
P. Completa	3	18.75%
P. Incompleta	0	0%
S. Completa	1	6.25%
S. Incompleta	11	68.75%
Terciaria	1	6.25%
N°. Total	16	100%

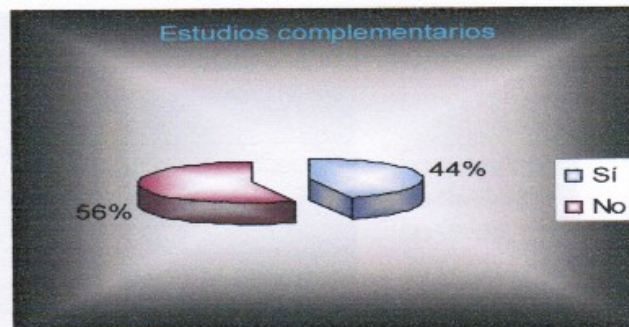


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

En esta gráfica se observa que el porcentaje más alto está ubicado en los usuarios que poseen secundaria incompleta, 68.75%, le siguen los que poseen primaria completa, 18.75% y tienen igual porcentaje los que poseen secundaria incompleta y nivel terciario, 6.25%. No se registraron porcentajes en analfabetismo ni en primaria incompleta.

Estudios Complementarios

Est. Compl.	FA	FR%
Sí	7	43.75%
No	9	56.25%
Nº. Total	16	100%

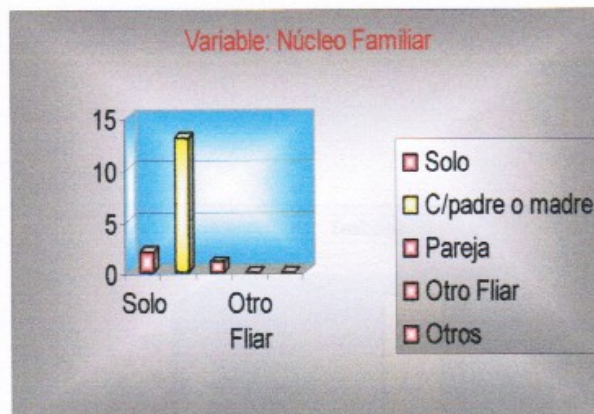


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se desprende que el mayor porcentaje se ubica en los usuarios que no realizan estudios complementarios 56.25% y el restante 43.75% si lo hacen.

1.5 Núcleo familiar

Núcleo Familiar	FA	FR%
Solo	2	12.50%
C/padre o madre	13	81.25 %
Pareja	1	6.25%
Otro Fliar	0	0%
Otros	0	0%
Nº. Total	16	100%



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se observa que el mayor porcentaje se ubica en los usuarios que viven con sus padres 81.25 %, le siguen los que viven solos 12.50% y el menor porcentaje se ubico en los usuarios que viven en pareja 6.25%.

Se desprende que el mayor porcentaje corresponde a usuarios que no poseen trabajo 75% y al restante 25% no lo poseen.

1.6 Estado Civil Recreativos

Est. Civil	FA	FR%
Soltero	15	93.75%
Casado	0	0%
Viudo	0	0%
Divorciado	0	0%
Unión libre	1	6.25%
N° Total	16	100%



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

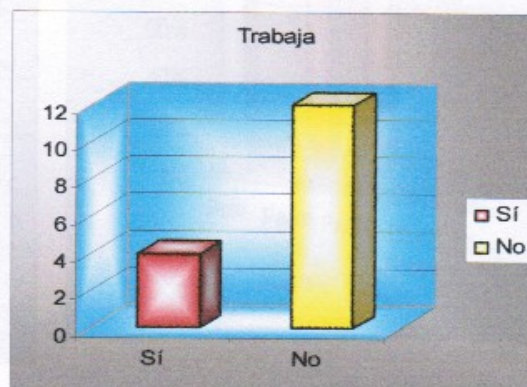
En esta gráfica se observa que el mayor porcentaje corresponde a usuarios

Se observa que el mayor porcentaje corresponde a usuarios solos 93.75% y el menor a unión libre 6.25%. No se registraron porcentajes de usuarios casados, viudos o divorciados.

Núcleo familiar - Trabaja:

1.7 Trabaja

Trabaja	FA	FR%
Sí	4	25%
No	12	75%
Total	16	100%



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

El 84.6% de los usuarios que viven con padre y/o madre no trabajan, mientras que el 15% sí lo hacen.

Se desprende que el mayor porcentaje corresponde a usuarios que no poseen trabajo 75% y el restante 25% no lo poseen.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA

Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

1.8 Actividades Recreativas. recreativas:

Act. Recrat.	FA	FR%
Sí	12	75%
No	4	25%
Total	16	100%



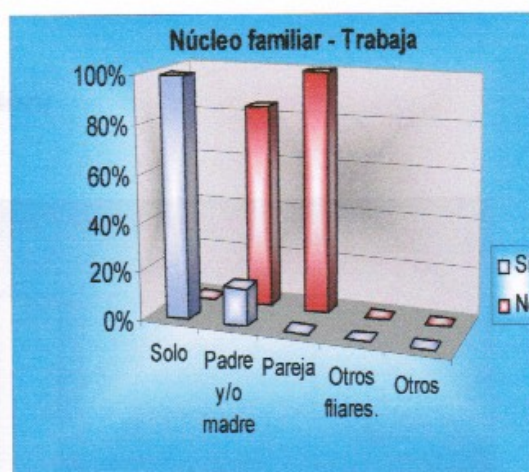
Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

En esta gráfica se observa que el mayor porcentaje corresponde a usuarios que realizan actividades recreativas 75% y el menor 25% los que no realizan.

Cruzamientos Bivariados

Núcleo familiar – Trabaja:

Núcleo Familiar	Trabaja				Total	
	Si		No			
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Solo	2	100%	0	0%	2	12.5%
Padre y/o madre	2	15.40%	11	84.6%	13	81.25%
Pareja	0	0%	1	100%	1	6.25%
Otros familiares.	0	0%	0	0%	0	0%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	25%	12	75%	16	100%

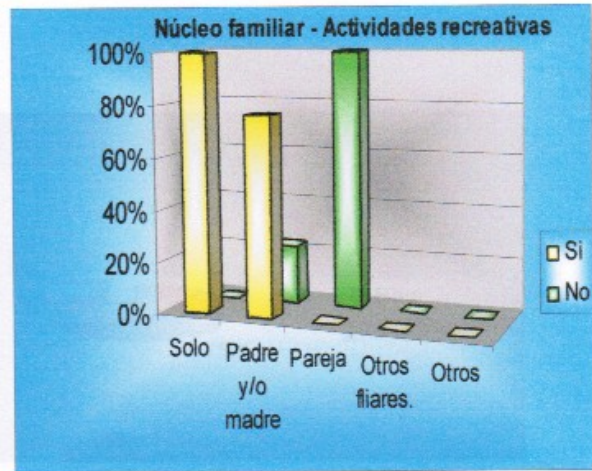


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

En este cruzamiento bivariado, se destaca que el 84.6% de los usuarios que viven con padre y/o madre no trabajan, mientras que el 15% si lo hacen. De los usuarios que viven solos el 100% trabaja, y el usuario que vive en pareja no.

Núcleo familiar – Actividades recreativas:

Núcleo Familiar	Actividades recreativas				Total	
	Si		No			
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Solo	2	100%	0	0%	2	12.50%
Padre y/o madre	10	77%	3	23%	13	81.25%
Pareja	0	0%	1	100%	1	6.25%
Otros familiares.	0	0%	0	0%	0	0%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%
Total	12	75%	4	25%	16	100%



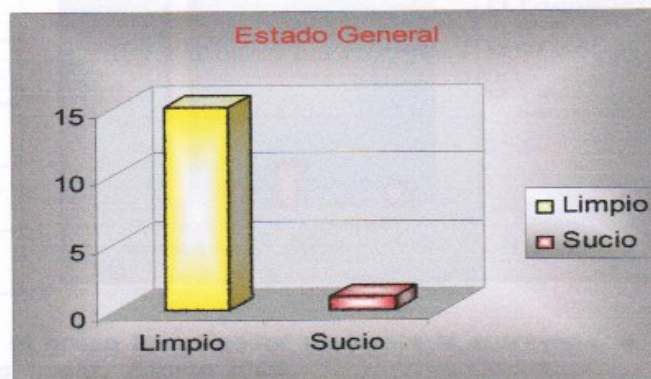
Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Del cruzamiento se encontró que el 77% de los que viven con padre y/o madre realizan actividades recreativas, mientras el 23% no. Los usuarios que viven solos, el 100% realiza actividades recreativas. El usuario que vive en pareja no lleva a cabo dichas actividades.

2. Higiene:

2.0 Estado General (primera impresión)

Est. General	FA	FR%
Limpio	15	93.75%
Sucio	1	6.25%
N° Total	16	100%



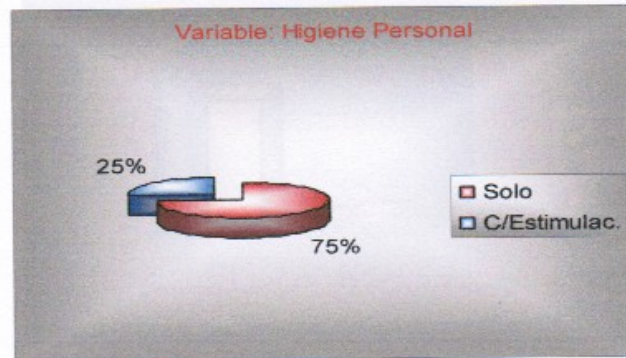
Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se desprende que el mayor porcentaje corresponde a usuarios con estado general limpio con un 93.75%.

Usuario

2.1 Baño

Baño	FA	FR%
Solo	12	75%
C/Estimulac.	4	25%
Nº Total	16	100%

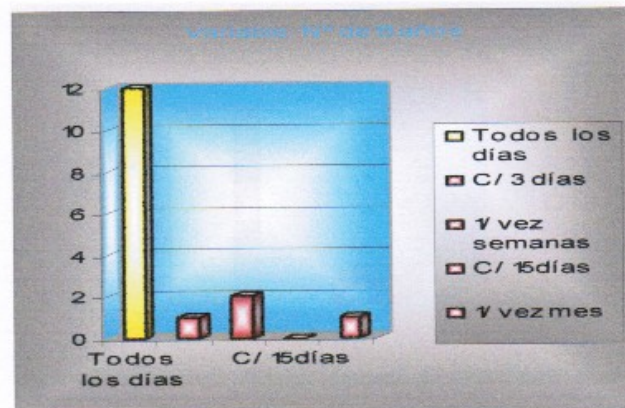


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

El mayor porcentaje corresponde a usuarios que se bañan solos 75% y el menor 25% los que se bañan con estimulación.

2.2 N. de veces de Baño

Nº de Baños	FA	FR%
Todos los días	12	75%
C/ 3 días	1	6.25%
1/ vez semanas	2	12.50%
C/ 15 días	0	0%
1/ vez mes	1	6.25%
Nº Total	16	100%

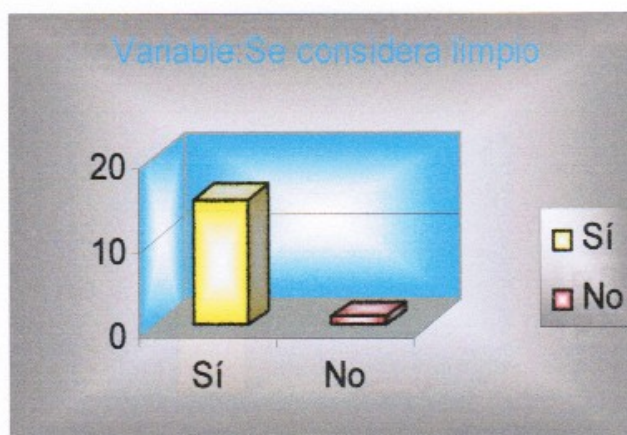


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se observa que el mayor porcentaje corresponde a los usuarios que se bañan todos los días, 75%, seguido por los que se bañan una vez por semana 12.50%, tienen el mismo porcentaje de 6.25% los se bañan cada tres días y los que lo hacen una vez por mes.

2.3 Se considera limpio

Limpio	FA	FR%
Sí	15	93.75%
No	1	6.25%
Nº Total	16	100%



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

De la observación de la gráfica se desprende que el mayor porcentaje corresponde a los usuarios que se consideran limpios, 93.75% y el menor 6.25% a los que no.

2.4 Elige su ropa

Elección	FA	FR%
Sí	14	87.50%
No	2	12.50%
Nº Total	16	100%

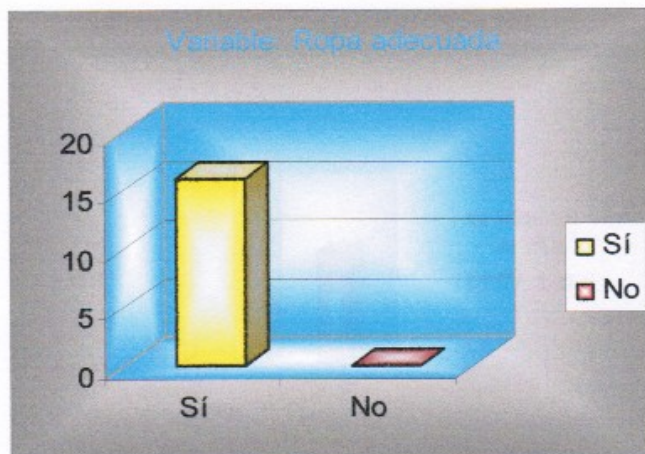


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

El mayor porcentaje corresponde a los que eligen su ropa, 87.50% y el menor 12.50% a los que no lo hacen.

2.5 Considera su ropa adecuada al clima

Ropa adecuada	FA	FR%
Sí	16	100%
No	0	0%
Nº. Total	16	100%

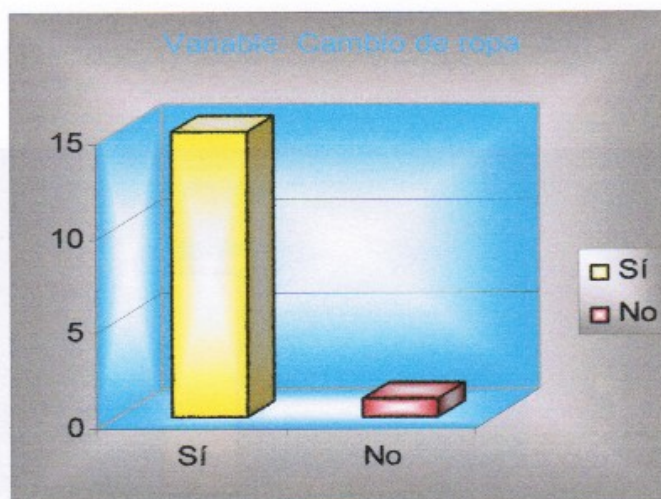


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

El 100% de los usuarios poseen vestimenta adecuada al clima.

2.6 Se cambia de ropa

Cambio de ropa	FA	FR%
Sí	15	93.75%
No	1	6.25%
Nº Total	16	100%

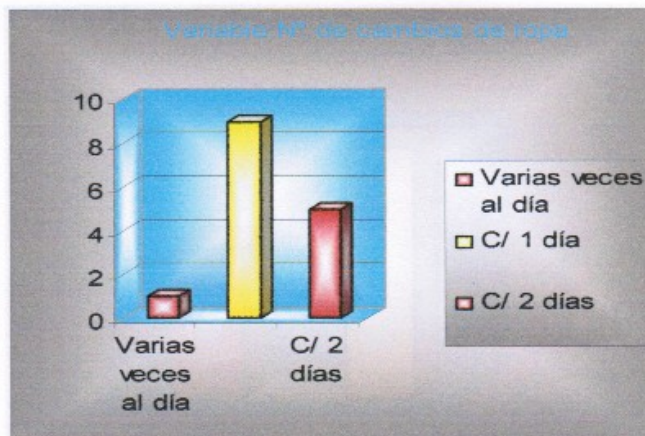


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se desprende que el mayor porcentaje corresponde a los usuarios que se cambian la ropa, 93.75%, mientras que el menor, 6.25%, corresponde a los que no lo hacen.

2.6.1 N° Veces de cambio de vestimenta

N° de cambios	FA	FR%
Varias veces al día	1	6.67%
1/vez día	9	60%
C/ 2 días	5	33.33%
N° Total	15	100%

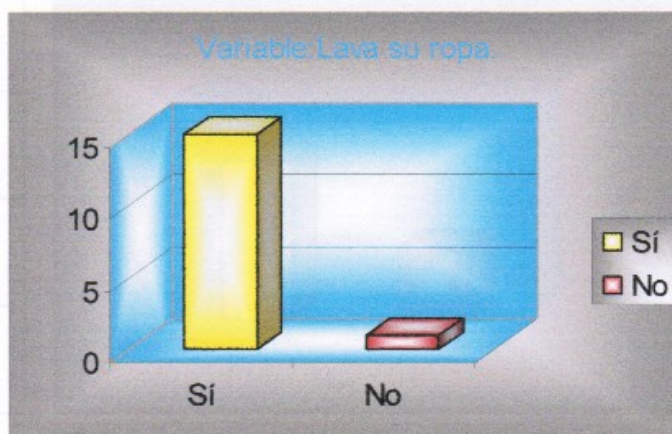


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Del total de los usuarios que se cambian la ropa, un 60% lo hace una vez al día, un 33.33% lo hace cada dos días y por último un 6.67% lo hace varias veces en el día.

2.7 Lava su ropa

Lava su ropa	FA	FR%
Sí	15	93.75%
No	1	6.25%
N° Total	16	100%

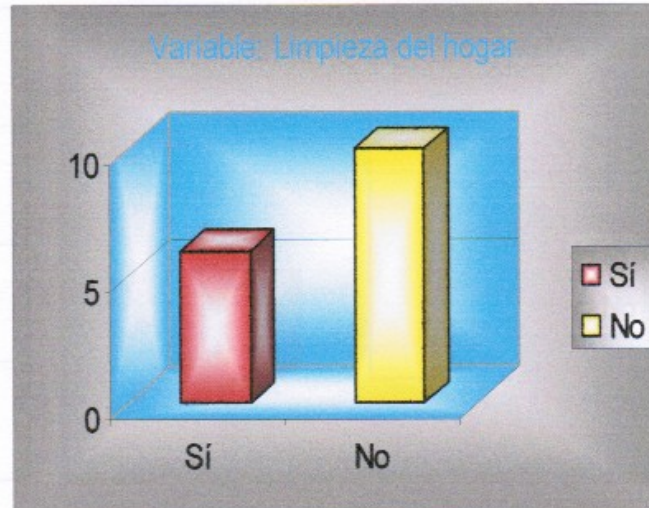


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se desprende que el 93.75% de los usuarios lavan su ropa, mientras que el 6.25% no lo hacen.

2.8 Limpieza del hogar Variable del familiar en la higiene personal del usuario

Limpia su hogar	FA	FR%
Sí	6	37.75%
No	10	62.25%
N° Total	16	100.00%



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

El mayor porcentaje corresponde a los usuarios que no limpian su hogar 62.25% y el 37.75% corresponde a los que lo hacen.

2.9 Limpieza del dormitorio Variable del usuario en la limpieza del hogar

Limpia su dormitorio	FA	FR%
Sí	11	68.75%
No	5	31.25%
N° Total	16	100.00%

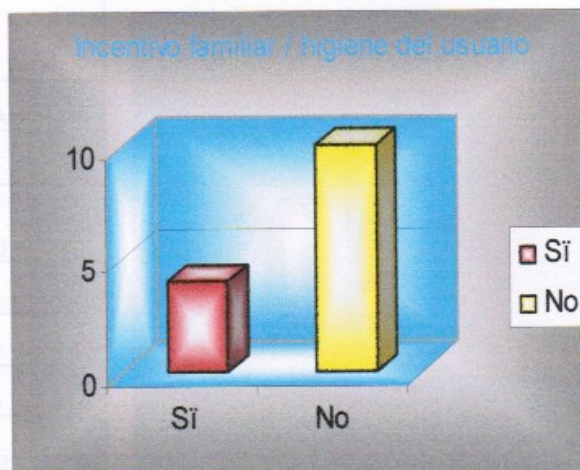


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

El mayor porcentaje corresponde a los usuarios que limpian su dormitorio, 68.75% y el menor a los que no lo hacen, 31.25%

2.10.1 FAMILIAR: Incentivo del familiar en la higiene personal del usuario

Incentivo en la higiene	FA	FR%
Sí	4	28.57%
No	10	71.43%
Total	14	100%

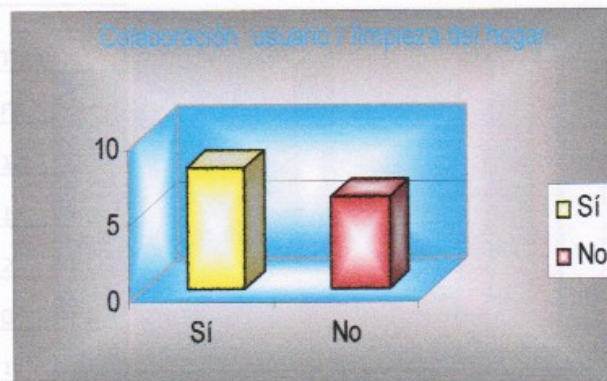


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los familiares de los usuarios esquizofrénicos en el hogar, Agosto 2006.

Se observa que el porcentaje más alto corresponde a la respuesta negativa del familiar al incentivo en la higiene personal en el usuario, 71.43% y el más bajo al positivo, 28.57%.

2.10.2 FAMILIAR: Colaboración del usuario en la limpieza del hogar

Colabora	FA	FR%
Sí	8	57.14%
No	6	42.86%
Nº. Total	14	100%



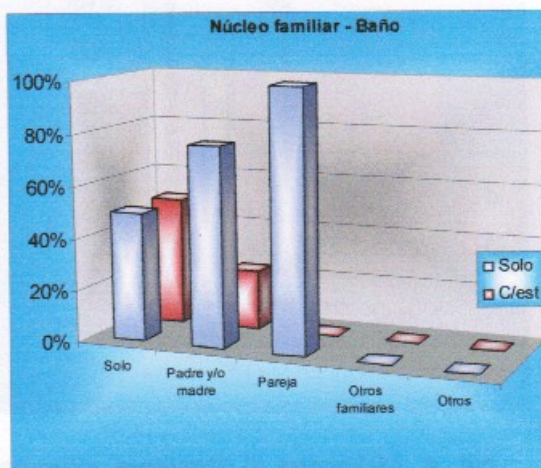
Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los familiares de los usuarios esquizofrénicos en el hogar, Agosto 2006.

El porcentaje más alto, corresponde a la respuesta afirmativa del familiar referente a la colaboración del usuario en la limpieza del hogar, 57.14% y el menor a la negativa, 42.86%.

Cruzamiento Bivariado ropa:

Núcleo familiar – Baño:

Núcleo Familiar	Baño				Total	
	Solo		C/est			
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Solo	1	50%	1	50%	2	12.50 %
Padre y/o madre	10	77%	3	23%	13	81.25 %
Pareja	1	100%	0	0%	1	6.25 %
Otros familiares.	0	0%	0	0%	0	0%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%
Total	12	75%	4	25%	16	100 %



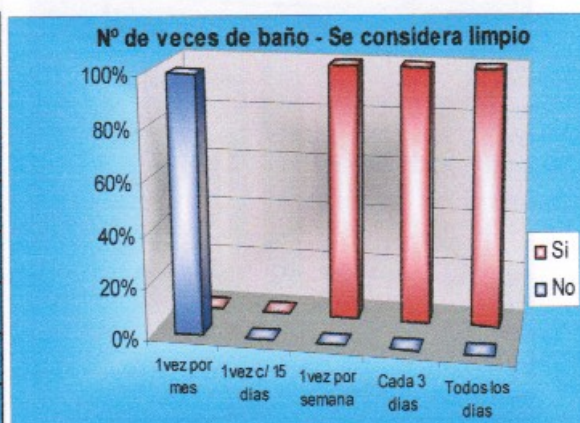
Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en el hogar, Agosto 2006.

Del cruzamiento bivariado se desprende que el 77% de los usuarios que viven con padre y/o madre, se bañan solos con iniciativa propia y un 23% se baña con estimulación.

De los que viven solos, el 50% se bañan con iniciativa propia y el 50% con estimulación, y el usuario que vive en pareja realiza la actividad con iniciativa propia

Nº de veces de baño – Consideración sobre su higiene personal:

Nº de veces de baño	Estado de higiene				Total	
	Si		No			
	F	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Todos los días	1	100%	0	0%	12	75%
	2	0%	0%	0%		
Cada 3 días	1	100%	0	0%	1	6.25%
	2	0%	0%	0%		
1 vez por semana	1	100%	0	0%	2	12.5%
	2	0%	0%	0%		
1 vez c/ 15 días	0	0%	0	0%	0	0%
	1	0%	0	0%		
1 vez por mes	0	0%	1	100%	1	6.25%
	1	0%	0	0%		
Total	5	94%	1	6.0%	16	100 %

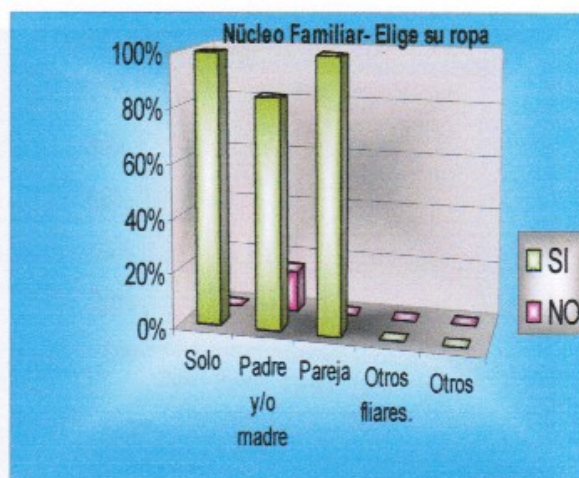


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Del presente cruce de variables se destaca que del total de usuarios que se baña todos los días el 100% se considera limpio. Los usuarios que se bañan cada 3 días y una vez por semana el 100% se consideran limpios, en cambio el que se baña 1 vez por mes no se considera limpio.

Núcleo familiar – Elige su ropa:

Núcleo Familiar	Elige su ropa				Total	
	Si		No			
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Solo	2	100%	0	0%	2	12.50%
Padre y/o madre	11	84.60%	2	15.4%	13	81.25%
Pareja	1	100%	0	0%	1	6.25%
Otros familiares.	0	0%	0	0%	0	0%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%
Total	14	87.50%	2	12.5%	16	100%



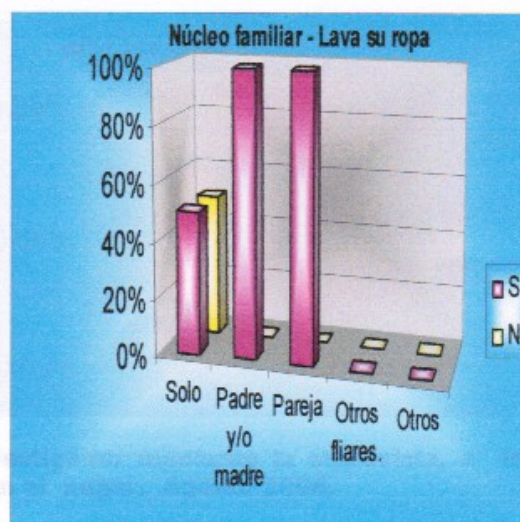
Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se destaca de este cruzamiento que el 100% de los usuarios que viven solos o en pareja eligen su ropa.

De los usuarios que viven con padre y/o madre un 84.6% eligen su ropa, mientras el 15.4% no lo hace.

Núcleo familiar – Lava su ropa:

Núcleo Familiar	Lava su ropa				Total	
	Si		No			
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Solo	1	50%	1	50%	2	12.50%
Padre y/o madre	13	100%	0	0%	13	81.25%
Pareja	1	100%	0	0%	1	6.25%
Otros familiares.	0	0%	0	0%	0	0%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%
Total	15	93.75%	1	6.25%	16	100%



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se observa que el 100% de los usuarios que viven con padre y/o madre y en pareja, lavan su ropa.

De los usuarios que viven solos, el 50% lava su ropa y el 50% no lo realiza

Núcleo familiar – Limpia su dormitorio:

Núcleo Familiar	Limpia su dormitorio				Total	
	Si		No		FA	FR%
	FA	FR%	FA	FR%		
Solo	1	50%	1	50%	2	12.50%
Padre y/o madre	9	69.23%	4	30.77%	13	81.25%
Pareja	1	100%	0	0%	1	6.25%
Otros familiares.	0	0%	0	0%	0	0%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	68.75%	5	31.25%	16	100%



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se observa que un 69.23% de los usuarios que viven con padre y/o madre limpian su dormitorio y un 30.77% de los mismos no lo hace.

De los usuarios que viven solos el 50% realiza la limpieza de su dormitorio y el 50% restante no.

El usuario que vive en pareja limpia su dormitorio.

Baño (usuario) – Incentivo en la higiene (familiar)

Baño usuario	Incentivo en la higiene				Total	
	Si		No		FA	FR%
	FA	FR%	FA	FR%		
Solo	2	18.20%	9	81.80%	11	78.57%
Con estimulación	2	66.70%	1	33.30%	3	21.43%
Total	4	28.57%	10	71.43%	14	100%



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos y sus familiares en el hogar, Agosto 2006.

Del análisis se destaca que del total de usuarios que afirmaron bañarse solos por iniciativa propia el 81.8% coincide con la respuesta del familiar y el 18.2% no.

De los usuarios que afirmaron que se bañan con estimulación, el 66.75% coincide con la respuesta brindada por el familiar y el 33.3% no.

Alimentación de preparar los alimentos (Para la respuesta afirmativa)

3.0 Lugar de alimentación

Donde se alimenta	FA	FR%
Hogar	16	100%
Merendero	0	0%
Otros	0	0%
Nº Total	16	100%

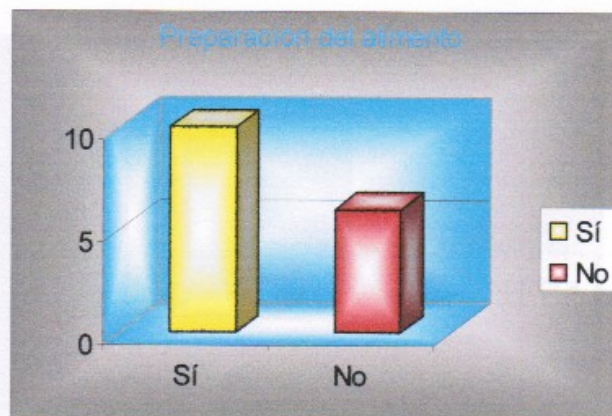


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se observa que el 100% de los usuarios se alimentan en el hogar

3.1 Prepara su alimento (Para la respuesta negativa)

Prepara su alimento	FA	FR%
Sí	10	62.50%
No	6	37.50%
Nº. Total	16	100%

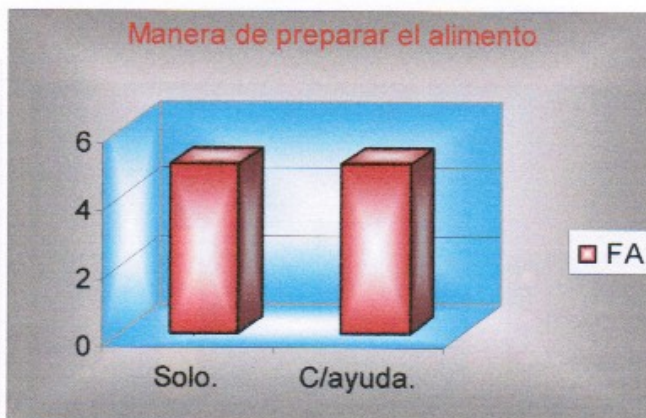


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se observa que el 62.50% de los usuarios preparan el alimento, mientras que el 37.50% no lo hace.

3.1.1 Manera de preparar los alimentos (Para la respuesta afirmativa)

Como/ Prep.	FA	FR%
Solo.	5	50%
C/ayuda.	5	50%
Total	10	100%



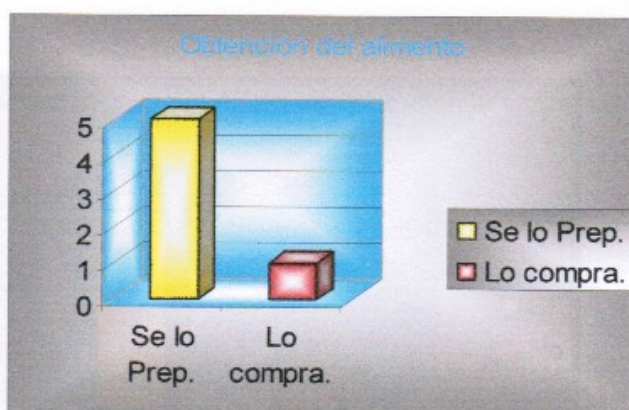
Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se observa que, del total de usuarios que preparan sus alimentos, el 50% lo preparan solos y el 50% lo preparan con ayuda.

Se observa que el 100% de los usuarios consumen los alimentos.

3.1.2 Obtención de los alimentos (Para la respuesta negativa)

Obtención	FA	FR%
Se lo Prep.	5	93.30%
Lo compra.	1	16.70%
Total	6	100%



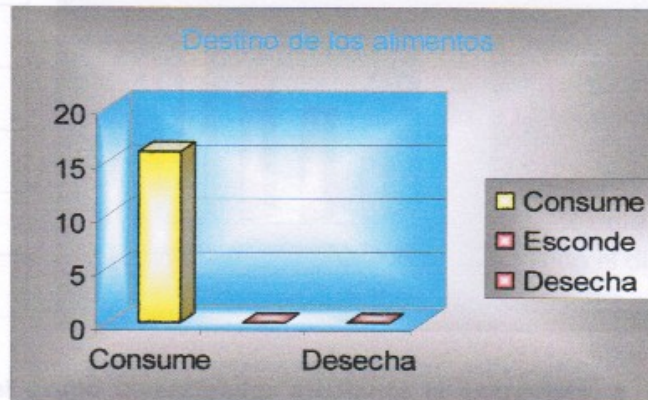
Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se observa que el 93.30% de los usuarios preparan sus alimentos y el 16.70% los compran.

Del gráfico se observa que el mayor porcentaje se ubica en los usuarios que le preparan los alimentos, 93.30% y el menor corresponde a los usuarios que lo compran, 16.70%

3.2 Destino de los alimentos

Destino de los alimentos	FA	FR%
Consume	16	100%
Esconde	0	0%
Desecha	0	0%
Total	16	100%



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se observa que el 100% de los usuarios consumen los alimentos.

3.3 Consumo de mate

Consume mate	FA	FR%
Sí	14	87.50%
No	2	12.50%
Nº. Total	16	100%



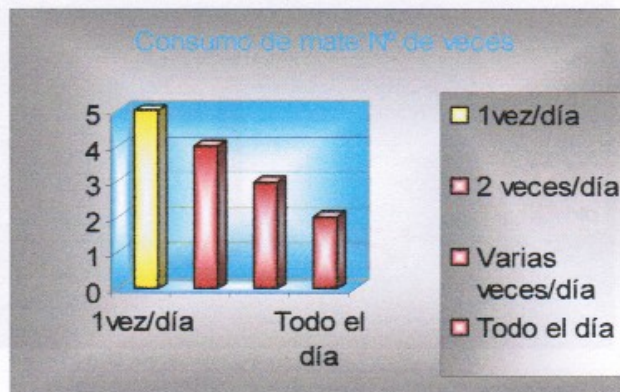
Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se observa que el 87.50% de los usuarios consumen mate, mientras que el 12.50% no lo hacen.

3.3 Papeo heladera

3.3.1 N° de veces al día

N° de Veces/ día	FA	FR%
1 vez/día	5	35.71%
2 veces/día	4	28.57%
Varias veces/día	3	21.42%
Todo el día	2	14.30%
N° Total	14	100%

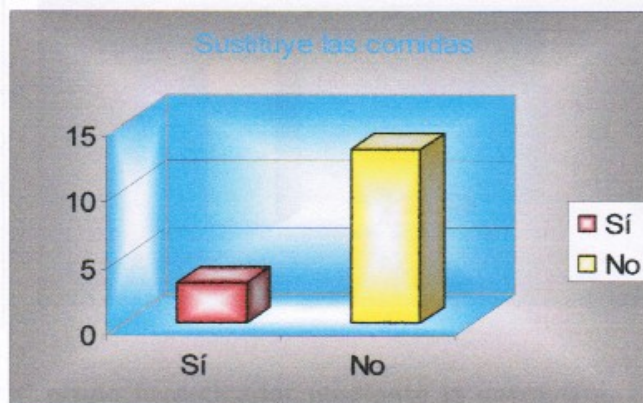


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se desprende que el mayor porcentaje se ubica en los que consumen una vez al día, con un 35.71%, le siguen los que consumen dos veces al día, con un 28.57%, los que lo hacen varias veces al día, con un 21.42% y finalmente se ubican los que consumen todo el día, con un 14.30%.

3.4 Sustitución de las comidas

Sustituye	FA	FR%
Sí	3	18.75%
No	13	81.25%
Total	16	100%

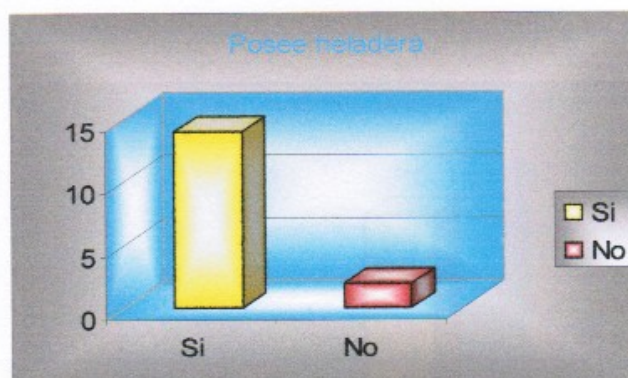


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

El porcentaje más alto hace referencia a la respuesta negativa, en relación a la sustitución de los alimentos, 81.25%, mientras que el 18.75% hace referencia a la afirmativa.

3.5 Posee heladera

Posee Heladera	FA	FR%
Si	14	87.50%
No	2	12.50%
Nº. Total	16	100.00%



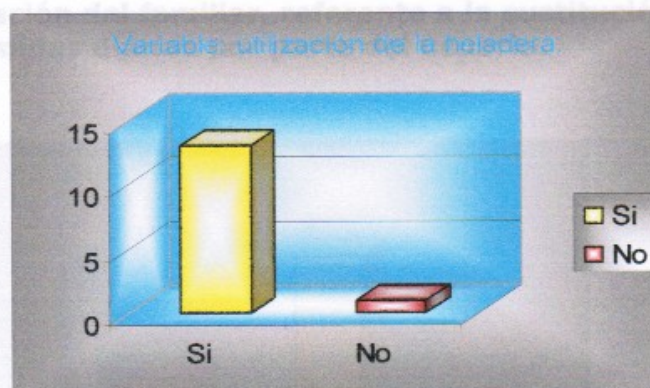
Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Se observa que el 87.50% de los usuarios poseen heladera, mientras que un 12.50% no la poseen.

Se desprende que el mayor porcentaje se ubica en la respuesta negativa del usuario, en un 92.85%, mientras que la respuesta es afirmativa en un 7.15%.

3.5.1 Utilización de la heladera

La utiliza	FA	FR%
Si	13	92.85%
No	1	7.15%
Nº Total	14	100.00%



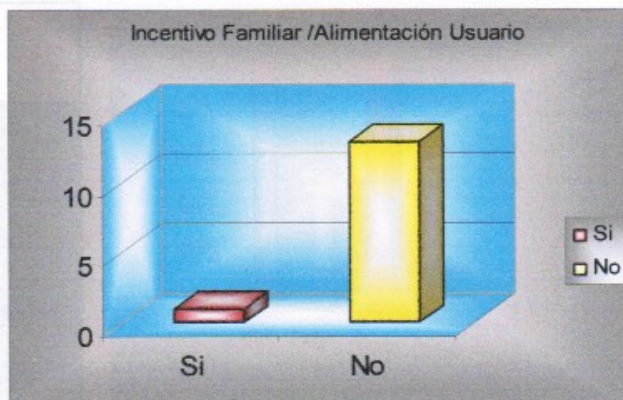
Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

De los usuarios que poseen heladera, la utilizan un 92.85%, mientras que un 7.15% no lo hace.

El mayor porcentaje se ubica en la respuesta negativa del familiar referente a la sustitución por parte del usuario de las comidas diarias, 71.43%, mientras que la respuesta afirmativa es de un 28.57%.

3.6 FAMILIAR: Incentivo del familiar en la alimentación diaria del usuario

Incentivo en la alimentación	FA	FR%
Si	1	7.15%
No	13	92.85%
N° Total	14	100.00%

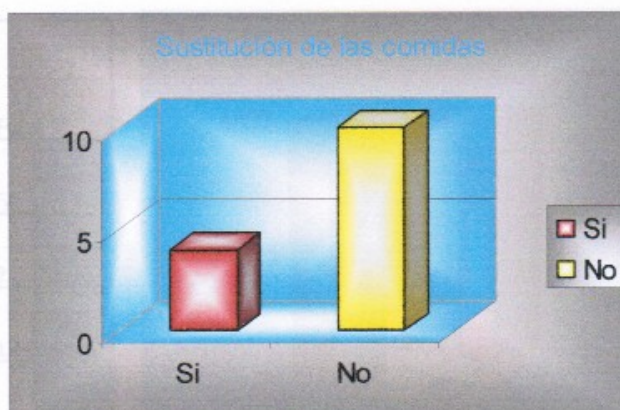


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los familiares de los usuarios esquizofrénicos en el hogar, Agosto 2006.

Se desprende que el mayor porcentaje se ubica en la respuesta negativa del familiar referente al incentivo en la alimentación del usuario, en un 92.85%, mientras que la respuesta es afirmativa en un 7.15%.

3.6.1 FAMILIAR: Consideración del familiar, referente a la sustitución de las comidas diarias por parte del usuario.

Sustituye las comidas diarias	FA	FR%
Si	4	28.57%
No	10	71.43%
N° Total	14	100.00%



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los familiares de los usuarios esquizofrénicos en el hogar, Agosto 2006.

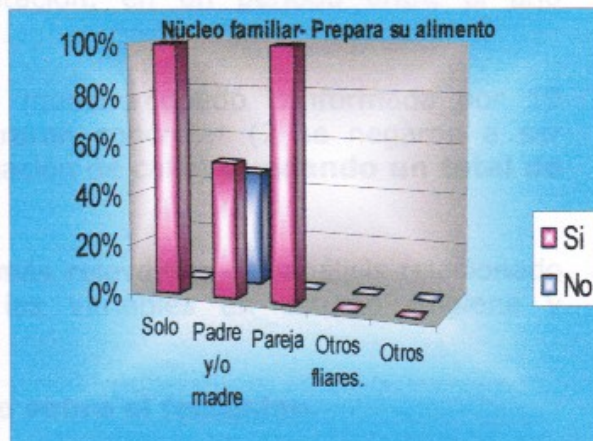
El mayor porcentaje se ubica en la respuesta negativa del familiar referente a la sustitución por parte del usuario de las comidas diarias, 71.43%, mientras que la respuesta afirmativa es de un 28.57%.

ANÁLISIS

Cruzamiento Bivariado

Núcleo familiar – Prepara su alimento:

Núcleo Familiar	Preparación del alimento				Total	
	Si		No			
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Solo	2	100%	0	0%	2	12.50%
Padre y/o madre	7	53.80%	6	46.20%	13	81.25%
Pareja	1	100%	0	0%	1	6.25%
Otros familiares.	0	0%	0	0%	0	0%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%
Total	10	62.50%	6	37.50%	16	100%



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

De este cruce bivariado se destaca que, el 100% de los usuarios que viven solos o en pareja preparan su alimento.

De los que usuarios que viven con padre y/o madre un 53.8% preparan su alimento, en cambio el 46.2% no lo prepara.

Sustitución de las comidas diarias (usuario) – Sustitución de las comidas (consideración del familiar):

Sustitución de las comidas (usuario)	Sustitución de las comidas (filiar.)				Total	
	Si		No			
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
SI	2	100%	0	0%	2	14.29%
No	2	16.67%	10	83.33%	12	85.71%
Total	4	28.57%	10	71.43%	16	100%



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador mediante la entrevista, a los usuarios esquizofrénicos en su hogar, Agosto 2006.

Del análisis se destaca que, un 83.33% de los usuarios que afirma no sustituir las comidas diarias, coincide con la respuesta del familiar y el restante 16.67% no.

De los usuarios que si afirmaron sustituir las comidas el 100% coincide con la respuesta brindada por el familiar.

ANALISIS

La población seleccionada para el presente trabajo de investigación se constituyó de 24 usuarios con diagnósticos psiquiátricos de esquizofrenia, egresados de un centro de rehabilitación, en un período entre el año 2003/2005.

Según los criterios de inclusión, la muestra quedó conformada por 19 usuarios, de los cuales 3 no se lograron concretar (2 se negaron a ser entrevistados y 1 se encuentra en situación de calle) **quedando un total de 16 usuarios.**

A continuación se exponen los datos más relevantes del análisis relacionado con el usuario (caracterización) y las variables en estudio (higiene y alimentación).

SEXO: Predominó el sexo masculino sobre el femenino.

La revisión bibliográfica sostiene que esta patología psiquiátrica, se manifiesta en forma independiente al género.

Consultada la Subdirectora del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público (Lic. en Psicología, G. Caballero) sostiene que, este hecho tiene que ver con conceptos sociales preestablecidos (hombre como jefe de familia- sustento) que lo lleva a consultar precozmente y a completar el proceso de rehabilitación.

La mujer generalmente consulta en forma tardía y ocasionalmente completa el tiempo establecido para su rehabilitación, debido a su rol social y familiar que la involucra con otras actividades.

EDAD: Predominó la franja etaria comprendida entre los 21 a 35 años

En un alto porcentaje, los brotes de esta enfermedad comienzan en las etapas tempranas de la adolescencia, pero la consulta al especialista se realiza en forma tardía, debido a que signos y síntomas detectados por la familia y/o allegados generalmente se relacionan con la etapa evolutiva en curso.

DOMICILIO: Se distribuyó en forma equitativa entre casa y apartamento.

Es relevante destacar que no se encontraron usuarios viviendo en pensión u hogares psiquiátricos.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Predominó secundaria incompleta.

Esto evidencia el abandono de los estudios debido a la presencia de signos y síntomas relacionados a su trastorno psicótico (delirios, alucinaciones, etc.). Un alto número de estos usuarios realiza estudios complementarios luego de comenzar el tratamiento, en su gran mayoría se refieren a capacidades relacionadas al área práctica (cocina, carpintería etc.).

ESTADO CIVIL: Predominó usuarios solteros.

Quince usuarios son solteros y uno vive en unión libre.

NÚCLEO FAMILIAR: Referente a esta variable, se observó que la mayoría de los usuarios solteros viven con padre y/o madre (13 usuarios).

Se realiza un cruzamiento bivariado (núcleo familiar- trabaja, núcleo familiar- actividades recreativas) para determinar dependencia económica o dependencia emocional por desapego social.

Se determina dependencia económica (de los 13 usuarios trabajan sólo 2).

Situación no ajena a muchos de los adultos jóvenes del país, que debido a la situación socioeconómica deben permanecer amparados por sus padres por períodos prolongados de tiempo, estos usuarios, además deben cargar con el diagnóstico de esquizofrenia, patología estigmatizada y discriminada socialmente.

Se investigó el motivo por el cual, 4 de los usuarios rehabilitados no realizan ningún tipo de actividades recreativas, se llegó a determinar que el principal es la falta de recurso económico que les impide desplazarse adecuadamente, así como el desconocimiento de beneficios (pase libre de transporte, centros que realizan actividades en forma gratuita, etc.). Ninguno de ellos refirió desinterés o apatía por estas actividades.

➤ HIGIENE:

La esquizofrenia ejerce un impacto significativo en todas las áreas del funcionamiento, produciendo en muchas ocasiones automatismo mental invalidante y apragmatismos que en su mayoría les impide el relacionamiento social e incluso el desarrollo personal.

El déficit en el estado de higiene en los usuarios esquizofrénicos, es uno de los primeros signos detectados en el comienzo de la enfermedad. Esto se debe a que su atención se centra en problemas internos que llevan a abandonar este hábito.

Esta falta de autocuidado es detectada por los familiares o personas allegadas, quienes en muchas ocasiones relacionan este déficit con la etapa evolutiva en la cual se encuentra el individuo (adolescencia) o por la presencia de un proceso estresante que lo involucra, por lo cual le restan importancia.

Los familiares o allegados deciden consultar a un profesional terapéutico, cuando la falta de higiene afecta el relacionamiento social.

En esta investigación no se encontraron situaciones de esta índole, excepto en un usuario, cuyo análisis se detallara individualmente (caso GS).

En relación a esta variable se pudo observar que predominó:

- ❖ Se bañan solos, por iniciativa propia.
- ❖ Se bañan todos los días.
- ❖ Se consideran limpios.
- ❖ Eligen su propia ropa.
- ❖ Su vestimenta es adecuada al clima.
- ❖ Se cambian de ropa, una vez al día.
- ❖ Se preocupan por el lavado de su ropa.
- ❖ No se encargan de la limpieza del hogar.
- ❖ Limpian su dormitorio.

Al comprobar la validez de las respuestas de los usuarios con las dadas por el familiar se obtuvo que en su mayoría concuerdan.

> ALIMENTACIÓN

Junto con la higiene, la alteración en la alimentación es otro de los signos presentes en el comienzo de la esquizofrenia, detectados generalmente por familiares o personas allegadas.

Estos cambios incluyen: negarse o comer en demasía, esconder o desechar los alimentos, incluir adicciones como suplemento a las comidas (mate y cigarrillos), etc.

Algunos de estos cambios conductuales se deben a la presencia de delirios o respuesta a los mismos, en donde se asocia a la comida a diferentes temáticas (envenenamiento, etc.), estados de ansiedad, apatía, etc.

Algunos usuarios pueden presentar automatismo mental invalidante, que les impide la búsqueda de alimentos.

Otro factor importante es la presencia de apragmatismos que imposibilita la preparación y el consumo.

En esta investigación no se verificaron por parte del investigador, ni manifestado por la familia de los usuarios, comportamientos apragmáticos y/o automatismos mentales invalidantes relacionados al consumo o la preparación. Si se observaron, pero en menor número de casos, alteraciones que se involucraron con adicciones (tabaco) o sustitución de las comidas (por mate).

En relación a esta variable predominó:

- ❖ Se alimentan en su hogar.
- ❖ De los 10 usuarios que preparan su alimento: 5 lo hacen solos y 5 con ayuda.
- ❖ De los 6 usuarios que no preparan su alimento: 5 se lo preparan y 1 lo compra.
- ❖ Consumen el alimento.
- ❖ 14 usuarios consumen mate.

- ❖ Consumo de mate una vez al día.
- ❖ No sustituyen las comidas.
- ❖ Poseen heladera.
- ❖ Utilizan la heladera.

Al comprobar la validez de las respuestas de los usuarios con las dadas por el familiar se obtuvo que en su mayoría concuerdan.

➤ **ANÁLISIS INDIVIDUAL CASO GS:**

Se encontró un usuario con déficit en su higiene personal y de su entorno. Su aspecto es de un ser abandonado, desprolijo y sucio. Reconoce y asume no encontrarse limpio, refiere bañarse una vez al mes, por incentivo de sus compañeros de trabajo o amigos. Su vestimenta es acorde al clima pero en inadecuadas condiciones de higiene.

Se observó ropa, botellas, papeles, restos de comida (muchos de ellos en descomposición), desparramadas por toda la casa (monoambiente), los cuales pisaba sin ninguna preocupación.

Las ventanas se encontraban lacradas con maderas y clavos.

Su diálogo era fluido, coherente, siguiendo el hilo conductor, con respuestas cordiales frente a todas las preguntas formuladas.

Generalmente compra la comida elaborada, la cual la consume en su hogar.

Se observó la presencia de ceniceros colmados con restos de tabaco, al realizar las preguntas respecto a este punto, manifestó que fuma varias veces al día (más de una caja), verificándose esto durante el transcurso de la entrevista. Referente al consumo de mate sostuvo que consume varias veces al día, pero que no sustituye las comidas diarias por este hábito.

Cabe destacar que es: soltero, trabaja (Poder Judicial), realiza actividades recreativas y posee nivel terciario completo Sociólogo.

Vive solo y no tiene contención familiar (madre fallecida y padre en asilo sin relacionamiento).

Refiere consumir la medicación prescripta y concurrir a un centro privado para su tratamiento.

No concurre a ningún Centro de Rehabilitación actualmente.

Con este usuario se adoptaron las siguientes medidas:

- ❖ Se derivó al Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público Vilardebó, explicando la situación a la Directora Psiquiatra Claudia Ceroni.
- ❖ Se informa de la situación al tutor, Licenciado en Enfermería Álvaro Díaz.
- ❖ Se coordinó una entrevista con la Licenciada Cristina Sanabria (ver anexo Nº 6) integrante del Programa de Seguimiento Domiciliario dependencia del Hospital Psiquiátrico Público Vilardebó. La cual refiere conocer al usuario y sus antecedentes psiquiátricos.

CONCLUSIONES

La elección del área (salud mental), así como el tema a investigar fue propuesto e impulsado por una de las estudiantes, que basada en su experiencia personal con estos usuarios, involucró y motivó al grupo a esta elección.

En el transcurso de esta Investigación el grupo experimentó cambios sustanciales, en su manera de pensar y de actuar, frente a esta patología y a los usuarios que la padecen.

Como Integrantes y partícipes de la sociedad no se estaba ajeno al estigma referido a esta enfermedad mental ni a la discriminación a estos individuos, ocasionada, principalmente, por el desconocimiento que se poseía sobre el tema.

A medida que se avanzó en el proceso de aprendizaje esta situación fue cambiando, el interés aumentó de forma progresiva, manifestándose en la búsqueda y obtención de nuevos conocimientos que dieran respuestas a tantas preguntas formuladas.

Se cuestionó a la rehabilitación como proceso terapéutico, capaz de transformar la realidad de estos usuarios, debido que su aplicación y su efectividad era considerada una utopía en nuestro medio.

Increíble fue el cambio de conceptos al realizar las visitas domiciliarias; se encontraron usuarios lúcidos, capaces de mantener un diálogo siguiendo un hilo conductor.

La diferencia estuvo marcada en los que poseen contención familiar.

La familia, ejerce el rol de soporte contenedor, que promueve y motiva a estos usuarios en la continuidad del tratamiento psicosocial, siendo ella participante activa del proceso de rehabilitación en todas sus etapas.

A su vez actúa como nexo entre el usuario y el medio con el cual se relaciona. Es el vínculo medidor.

La esquizofrenia, es una enfermedad mental crónica, por lo que la rehabilitación es un proceso a largo plazo, debe realizarse durante toda la vida del enfermo y de manera continua. Esto implica un esfuerzo económico importante para los familiares y/o allegados, recurso que en muchas ocasiones es escaso. A pesar de esto, a estos usuarios con contención familiar se los encontró, limpios, capaces de mantener su higiene personal y la de su entorno, viajar solos, realizar actividades recreativas, relacionarse socialmente etc.

A diferencia de aquel que, teniendo los medios económicos necesarios, preparación académica de nivel terciario, pero sin soporte familiar se lo encontró, con déficit en su higiene personal y la de su entorno, con interés sólo por aquellas actividades relacionadas a su trabajo y con un vínculo social, por lo tanto, pobre.

A partir de este caso en particular, el grupo investigador se cuestionó además del rol y papel de la familia, el rol y la participación de enfermería en: Salud Mental, en el proceso de rehabilitación, en el seguimiento domiciliario a estos

y a todos los usuarios enfermos mentales con características de cronicación, con y sin contención familiar.

Enfermería por su relación de cercanía, la posibilidad de realizar educación y brindar cuidados, favorece el fomento de las capacidades, estimula la toma de decisiones y otorga la posibilidad de transformación y reconocimiento del ser humano como persona relacionado con otros y consigo mismo; debido a esto, consideramos que la participación de enfermería en Salud Mental formando parte del equipo multidisciplinario, en el proceso de rehabilitación en todas sus etapas, en el seguimiento intra y extra muros **es fundamental y necesaria.**

Enfermería posee los conocimientos, las capacidades y las herramientas necesarias para realizar promoción y prevención de salud en cada Nivel de Atención.

La comunidad y el gobierno poseen un rol protagónico frente a la patología psiquiátrica y a todos los individuos que la padecen.

La participación de la comunidad es fundamental, porque es en ella, donde el individuo se relaciona con otros seres, ejerce y desarrolla sus capacidades, obtiene las redes sociales necesarias para su desarrollo personal etc.

La reinserción social del esquizofrénico es muy difícil y compleja, debido a que esta enfermedad ha sido estigmatizada socialmente, vinculada con actos de violencia, auto agresión, heteroagresión y cronicación que la lleva al rechazo social. Para reintegrar a la comunidad a los usuarios esquizofrénicos y a todos aquellos que sufren un trastorno mental, es necesaria la creación de redes sociales que le permitan desarrollarse en forma integral. Los servicios comunitarios deben ser una respuesta apropiada para cada individuo e involucrarse con sus necesidades básicas: trabajo, vivienda, transporte, etc.

Así mismo el gobierno debe asumir un compromiso real con el individuo psiquiátrico y su familia, tal que asegure el respeto y su contención social, mediante el fomento y vigilancia del cumplimiento de las leyes y programas de salud mental ya existentes.

Fortalecer la solidaridad y disminución del estigma, mediante la educación a la sociedad (difusión de temáticas relacionadas con la salud mental).

Fortalecer los recursos humanos, sociales y financieros, con el fin de elevar la calidad de atención a estos usuarios y por ende proporcionar una mejor calidad de vida.

Al finalizar éste trabajo de Investigación el grupo sufrió una transformación positiva, a la hora de reflexionar sobre esta enfermedad psiquiátrica en particular y otras en general, la participación de enfermería en Salud Mental; en el proceso de rehabilitación intra y extra muros; la participación de la comunidad en la reinserción social; el rol y responsabilidad del Gobierno a la hora de tomar decisiones que involucren a estos usuarios y a todos aquellos que sufren algún trastorno Psiquiátrico.

SUGERENCIAS – PROPUESTAS

En base al marco conceptual expuesto y a la información surgida como producto de la Investigación realizada, el grupo investigador sugiere:

- ❖ Integrar el Seguimiento Domiciliario como herramienta fundamental dentro del proceso de rehabilitación.
- ❖ Integrar la participación de Enfermería al equipo interdisciplinario en Salud Mental en este proceso.
- ❖ Fomentar la capacitación del equipo de salud, no limitándola a los hospitales psiquiátricos. La educación debe estar disponible en hospitales generales, servicios comunitarios etc.
- ❖ Se considera de suma importancia realizar educación en la comunidad mediante la utilización de los medios de comunicación, para la difusión de temáticas relacionadas con salud mental y los derechos humanos de los individuos que la padecen.
- ❖ Promover los grupos de autoayuda y/o talleres, a la familia de los usuarios para favorecer su contención.
- ❖ Facilitar el acceso de los usuarios al servicio de salud, brindando nuevos beneficios y difundiendo los existentes.

El grupo investigador propone:

- ❖ Realizar la presentación del trabajo de Investigación al Director del Hospital Psiquiátrico Público al Dr. Lizardo Valdez y a la Licenciada en Enfermería (Jefa de la División de Enfermería) Blanca Aclend.

Como pilar fundamental para el cambio de modelo de Atención, ya que el mismo tiene como fin la promoción y prevención de la salud disminuyendo las recaídas y por ende la hospitalización.

- ❖ Presentar el trabajo de Investigación a la Directora y Subdirectora, del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público, Dra. Psiquiatra Claudia Ceroni y Licenciada en Psicología Graciela Caballero respectivamente, para brindar información respecto al estado actual de los usuarios egresados y sus necesidades con el fin de actuar en forma oportuna y eficaz.
- ❖ Convocar a una reunión a los usuarios y familiares con el fin de realizar la devolución del trabajo de Investigación
- ❖ Como meta final de la Enfermería así como de cualquier disciplina es la de mejorar la práctica del equipo de salud de modo que los servicios brindados a la población sean eficaces y eleven la calidad de atención.

Pretendemos que los interrogantes que se plantearon en forma explícita en esta Investigación sean la base y la motivación para nuevas investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Arduino M, Gines A. La Reforma Psiquiátrica de Emiliana Romagna y el Programa de Salud Mental en Uruguay. Revista de Psiquiatría del Uruguay [en línea] 2000. Disponible en: <http://www.mednet.org.uy/spu/revistaago2000/la%20reformapsiquiatrica.pdf> [Fecha de acceso: 22 de abril de 2006].
- ❖ Blassi R. Rehabilitación Psicosocial Integral en la Comunidad y con la Comunidad. Barcelona: ARAPDIS; 1999.
- ❖ Cervantes H, et al. Costo de la esquizofrenia y su relación con la Psiquiatría Comunitaria [monografía en línea] 1998. Disponible en: http://www.bus.sdl.cu/revistas/san/vo12_4_98/san0694.htm [Fecha de acceso: 22 de abril de 2006].
- ❖ Galli V. Salud mental, definiciones y problemas. Buenos Aires: Secretaria de salud; 1985.
- ❖ Malvárez S. Cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la comunidad [monografía en línea] 1999. Disponible en: <http://www.Pakistaninvest.urgr.es/maristan/PONENC-7.doc> [Fecha de acceso: 22 de abril de 2006].
- ❖ Malvárez S. Salud mental y fin de siglo: aportes para el análisis estratégico. En: Taller Iberoamericano de enfermería para la promoción de la salud mental y prevención del uso indebido de drogas; Buenos Aires; septiembre 1994. Ponencia. Buenos Aires: FIDE/ OPS; 1994. p. 1-19.
- ❖ Máx-Neef M. Desarrollo a escala humana. Montevideo: Nordan-Comunidad; 1993.
- ❖ Meliá S. Enfermería en Salud Mental: conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del libro FEFMUR; 2005.
- ❖ Morrison M. Esquizofrenia y otras psicosis. En: Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Madrid: Harcourt Brace; 1999. p. 451-461.
- ❖ Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. Rehabilitación psicosocial: declaración de consenso. Washington: WAPR; 1997.
- ❖ Pardo V, Curbelo O, Del Castillo R. Evolución retrospectiva de un programa de rehabilitación. Revista de Psiquiatría del Uruguay [en línea] 2002. Disponible

en:http://www.mednet.org.uy/spu/revistas/jun2002/01_to.pdf[Fecha de acceso: 22 de abril de 2006].

- ↪ Pineda E, Alvarado E. Metodología de la investigación. 2ª. ed. Washington: OPS-OMS; 1994.
- ↪ Pólit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª. ed. México: Mc Graw-Hill/ Interamericana; 2000.

ANEXOS

ANEXO N° 1

**CARTA DE PERMISO ETICO PARA OPERACIONALIZAR EL
PROYECTO DE INVESTIGACION**

Montevideo, mayo de 2006

Sra. Directora del Centro Diurno y de Seguimiento del Hospital Vilardebó
Médica Psiquiatra Ceroni Claudia

Presente

Los abajo firmantes, estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, nos dirigimos a Ud. con el fin de solicitarle una reunión para acceder a información sobre el centro que Ud. dirige.

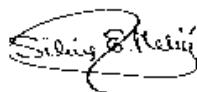
Dicha solicitud se enmarca en un Proyecto de Investigación que se encuentra en la etapa de inicio del Protocolo.

Este Proyecto esta supervisado por la Profesora Licenciada en Enfermería Silvia Meliá y el Profesor Adj. Licenciado en Enfermería Alvaro Díaz.

En esta primera instancia necesitaríamos para la elaboración del marco teórico, información sobre antecedentes, descripción del centro, acerca del marco conceptual, y otros.

En una segunda instancia cuando el protocolo sea aprobado, se necesitará información específica acerca de los usuarios.

Esperando una pronta y favorable respuesta, lo saluda a Ud. muy atte.



Prof. Lic. Silvia Meliá
Directora de la Cátedra de Enfermería
en Salud Mental

Est. de Licenciatura en Enfermería:

E. González

A. Sánchez

L. Sacia

T. Scala

L. Sosa

PD: Dejamos número de teléfono para su contestación y/ o para alguna duda que se presente:

Montevideo, mayo de 2006

Sra. Directora del Centro Diurno y de Seguimiento del Hospital Vilardebó
Médica Psiquiatra Ceroni Claudia

Presente

Los abajo firmantes, estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, nos dirigimos a Ud. con el fin de solicitarle una reunión para acceder a información sobre el centro que Ud. dirige.

Dicha solicitud se enmarca en un Proyecto de Investigación que se encuentra en la etapa de Inicio del Protocolo.

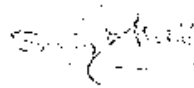
Este Proyecto esta supervisado por la Profesora Licenciada en Enfermería Silvia Meliá y el Profesor Adj. Licenciado en Enfermería Alvaro Díaz.

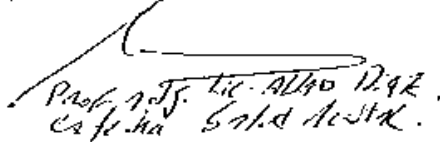
En esta primera instancia necesitaríamos para la elaboración del marco teórico, información sobre antecedentes, descripción del centro, acerca del marco conceptual, y otros.

En una segunda instancia cuando el protocolo sea aprobado, se necesitará información específica acerca de los usuarios.

Esperando una pronta y favorable respuesta, lo saluda a Ud. muy atte.

13/07/06 . .
Protocolo Aprobado .




Prof. Adj. Lic. Alvaro Díaz .
Cátedra Salud Mental .

Prof. Lic. Silvia Meliá
Directora de la Cátedra de Enfermería
en Salud Mental

Est. de Licenciatura en Enfermería:

E. González

A. Sánchez

L. Sacia

T. Scala

L. Sosa

PD: Dejamos número de teléfono para su contestación y/ o para alguna duda que se presente:

ANEXO Nº 2

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

INTRODUCCIÓN:

El trabajo que se expone a continuación fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, de la Facultad de Enfermería, pertenecientes a la Universidad de la República, cursando 4º ciclo, 1º módulo.

El tema seleccionado nace de la necesidad que manifestó el grupo de investigar desde la perspectiva de Enfermería las características del comportamiento relacionadas a higiene y alimentación en los usuarios esquizofrénicos, egresados de un centro de rehabilitación y que actualmente se encuentran en su hogar.

Lo cual permite identificar conductas negativas en este comportamiento, las cuales hacen referencia al deterioro de su Salud Mental y así actuar en forma oportuna y eficaz.

El presente trabajo es una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, retrospectivo, con un corte transversal. Llevada a cabo en la capital de la República Oriental del Uruguay, en el Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público

Es importante aportar a este Centro, conocimientos sobre estos comportamientos debido a que, forman parte del propio cuidado del individuo, elevan su autonomía y deben estar presentes en todo proceso de rehabilitación.

Enfermería como disciplina veladora de cuidados, por su cercanía con los usuarios e interés por ellos debe participar de dicho proceso, formando parte del equipo de Salud Mental.

El fin de esta investigación es realizar aportes que permitan elevar la calidad de atención a todos los usuarios participantes de un proceso de rehabilitación, siendo la misma el inicio para investigaciones posteriores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuales son las características del comportamiento relacionadas a higiene y alimentación de los usuarios esquizofrénicos en su hogar, egresados del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público?

FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA:

Se elige abordar a los usuarios esquizofrénicos, porque dentro de las enfermedades mentales existentes, la esquizofrenia es la más grave. Debido a sus características y a la escasa información existente en la sociedad es vinculada en muchas ocasiones con actos de violencia, que la lleva al rechazo familiar, social y la conducen a su estigmatización.

El usuario esquizofrénico muchas veces expresa sus vivencias con patrones no del todo comprensibles por otros, su forma de comportarse es diferente al común de las personas, esto hace que los demás no sepan como enfrentar estas diferencias por no poseer el conocimiento adecuado.

Los familiares sienten la carga de tener en su hogar, un enfermo esquizofrénico, lo que implica el cuidado y la responsabilidad por largos periodos de tiempo debido a que es una enfermedad crónica.

Este estigma no es ajeno a Enfermería, lo cual se ve reflejado en la escasa existencia de esta disciplina en el equipo de salud dedicado a estos usuarios.

Como futuros Licenciados en Enfermería es de interés profundizar en este tema, debido a la escasa información e investigaciones existentes en nuestro país. Como integrantes de la sociedad no estamos ajenos al aumento de las tensiones de la vida diaria, las cuales influyen en la determinación del sufrimiento psíquico que se ve reflejado en la aparición de nuevos casos.

Sobre la base de los objetivos planteados, el conocer las características del comportamiento (higiene y alimentación) en el hogar, en usuarios esquizofrénicos rehabilitados, permite identificar el estado de salud mental (proceso de deterioro), lo cual implica actuar de forma oportuna con el fin de prevenir la descompensación y elevar la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), admite que hay en el mundo más de 40 millones de personas que sufren trastornos mentales graves, otros 250 a 300 millones presentan sufrimientos menos graves pero aún invalidantes y un número no determinado e impredecible presenta sufrimientos psíquicos asociados a procesos mórbidos de carácter orgánico.

Se decide abordar las características del comportamiento relacionadas a higiene y alimentación por ser parte del propio cuidado del individuo.

El hogar es el lugar en el cual el individuo ejerce la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana, por ello se decide abordarlos en este ámbito.

Investigar estas conductas (higiene y alimentación), permite conocer su grado de autonomía. Estos aspectos son indicadores que hacen referencia al deterioro en su estado de Salud Mental. Su déficit pone en manifiesto una posible descompensación, lo cual implica actuar en forma oportuna y eficaz.

Para evitar el deterioro, prevenir la descompensación y elevar su calidad de vida se hace necesaria la participación en un proceso de rehabilitación. Ya que la rehabilitación es un proceso en el cual el usuario integrado a su familia y al grupo social toma el control de la vida cotidiana a través de acciones graduales las cuales potencian su autoestima y por ende su autonomía. Esto le permite una mayor capacidad de afrontamiento en las diferentes situaciones.

"En este proceso es relevante la presencia de Enfermería Intra y extramuros (seguimiento domiciliario), por su relación de cercanía lo cual estimula las capacidades y potencialidades a través de un proceso terapéutico interpersonal, educacional, con actitud de cuidado liberador, responsable, haciendo participe a su familia" (Mellá, 2005).

Existen centros de rehabilitación Públicos y Privados. El elegido como centro de referencia para el presente trabajo de Investigación, es el Centro Diurno y Seguimiento dependencia del Hospital Psiquiátrico Público debido a que enfermería no participa como miembro del equipo de salud y por la ausencia de rehabilitación específica en hábitos cotidianos que elevan la autonomía. Este centro realiza un proceso de rehabilitación de corta estadía entendida como nexo entre la hospitalización y el hogar. Con objetivos claros y precisos, los cuales son: impacto de la hospitalización, estabilización de signos y síntomas, y adherencia al tratamiento farmacológico.

Antecedentes del tema: En la búsqueda sobre antecedentes de la temática abordada, no se encontró específicamente en el ámbito nacional investigaciones relacionadas a higiene y alimentación en usuarios esquizofrénicos. Pero existen investigaciones sobre temáticas relacionadas con la esquizofrenia y la importancia de la rehabilitación a nivel nacional e internacional que se detallan a continuación.

En el ámbito internacional:

- ❖ Ramón Blassi sostiene que: "existen 2 millones de nuevas personas afectadas de esquizofrenia por año y una expectativa de sufrirla a lo largo de la vida de 1 %, unido a los índices de nuevos crónicos, los abandono del tratamiento tras el alta, y recaídas nos conduce a un compromiso ineludible y continuado en Rehabilitación Psicosocial Integral en la Comunidad".

- ❖ Talbott sostiene que: "solo un 25% de los esquizofrénicos sigue un tratamiento de postcura, 20% lo abandona después del alta y un 50% al año".
- ❖ Baldorany sostiene que: "un 35% de las recaídas se producen a los 6 meses, un 55% al año y un 15% a los tres años"
- ❖ Torres González, Prof. Coordinador, realizó un documento para el Consenso Internacional propuesto por la Red Maristan en julio de 1999, que describe los cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos que viven en la comunidad. Este documento hace referencia, entre otros, a la educación o reeducación de las capacidades básicas interpersonales y sociales, para que las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos puedan vivir una plena integración social, con el goce de la suficiente autonomía y capacidad para afrontar por sí mismos las actividades de la vida diaria, consolidando el cuidado e higiene personal, el cuidado diario del hogar: limpieza y otras tareas domésticas, alimentación: compra de alimentos y preparación de comidas, haciendo relevancia a la educación en estas conductas pero sin describir sus características.
- ❖ Los docentes Cervantes Hugo, Oliva Xiomara, Del Pozo Mirtha y tec. Didy Yarura, realizaron un estudio para determinar el costo total del tratamiento de la esquizofrenia en el Hospital Provincial Docente "Comandante Gustavo Machin", de Santiago de Chile, determinan que cerca de la mitad del presupuesto anual de esta institución esta dedicada a la terapia de estos usuarios, pero de incrementar la eficiencia, disminuir los días de hospitalización y desarrollar adecuadamente la psiquiatría comunitaria se lograría reducir los gastos en casi una tercera parte.

Este estudio de Investigación no es específico del comportamiento de los usuarios esquizofrénicos en higiene y alimentación.

A nivel Nacional:

- ❖ Sanabria Cristina, Licenciada en Enfermería, en el libro "Enfermería en Salud Mental" Conocimientos, desafíos y esperanzas (Meliá 2005), plantea en el Capítulo Nº 16 una forma de intervención de Enfermería en Salud Mental Comunitaria, denominada "espacio de escucha". En donde se crea una relación de ayuda y confianza entre el usuario y enfermería, con finalidad terapéutica basada en la cotidianidad. Que muestra modelos de relación, patrones diferentes de funcionamiento cotidiano, para que el usuario pueda expresar emociones, sentimientos y formas de afrontamiento, con el fin de aumentar su autonomía y mejorar su capacidad adaptativa al medio y a su entorno.

Meliá Silvia y Sanabria Cristina, Licenciadas en Enfermería, en el capítulo Nº 19 del libro anteriormente mencionado, hacen referencia a un modelo de Intervención de Enfermería en Salud Mental integrando al usuario con su familia. El objetivo es fortalecer las potencialidades, ofrecer modelos de convivencia basados por el respeto, el afecto, la comunicación y la reinserción social y familiar.

Para la aplicación de dicho modelo se seleccionó a un usuario esquizofrénico con episodios de abuso de drogas y con internaciones en centros psiquiátricos. Este modelo de intervención le permitió regresar a su hogar, trabajar y continuar sus estudios.

Estos artículos no son específicos del comportamiento en los usuarios esquizofrénicos relacionados a higiene y alimentación.

❖ Pardo Vicente, Médico Psiquiatra

Curbelo Osmio, Médico Psiquiatra

Del Castillo Renee, Licenciada en Psicología, Licenciada en Enfermería

Grumbaum Susana, Médica Psiquiatra

Regazzoni Eliana, Licenciada en Psicología

Kaplan Miguel, Economista, Análisis Estadísticos

Presentan en la revista de Psiquiatría publicada en junio del año 2002/01

“Evolución retrospectiva de un Programa de Rehabilitación Psicosocial de un Centro de Día para adultos”, siendo este un análisis retrospectivo epidemiológico, clínico y de funcionamiento de usuarios con patologías psiquiátricas severas, ingresados en un Programa de Rehabilitación Psicosocial de un Centro de Día, en sus primeros diez años. Se diseña un protocolo para analizar las características clínicas de la población y evaluar los resultados de la intervención.

Este estudio no es específico del comportamiento relacionado a higiene y alimentación en los usuarios esquizofrénicos.

❖ Arduino Margarita, Médico Psiquiatra

Porciúncula Horacio, Médico Psiquiatra

Gines Ángel, Médico Psiquiatra

Presentan en la revista de Psiquiatría publicada en agosto del año 2000

“La reforma psiquiátrica de Emilia Romagna y el Programa de Salud Mental en Uruguay”, el estado actual del Programa de Salud Mental del Uruguay, en consideración con la transformación obtenida en Emilia Romagna (reforma Psiquiátrica Italiana).

Presentan propuestas para profundizar y avanzar en los lineamientos de la estrategia uruguaya en Salud Mental, pero no se hace referencia a las características del comportamiento en higiene y alimentación.

❖ Desde mediados de la década de 1980 y promovidos por los procesos de Democratización, en algunos países de la región del Cono Sur se inicia movimientos de salud mental y reforma psiquiátrica que procuran la transformación de los modelos convencionales de la psiquiatría (aislar en manicomios). Este proceso se sustenta en la

concepción de la salud mental como resultado de la historia y la cultura, de los estilos y condiciones de vida y de las políticas sociales y de salud.

Propone la atención descentralizada, Interdisciplinaria e Intersectorial con perfil comunitario.

En nuestro país en el año 1985, se comenzó a elaborar un Plan Nacional de Salud Mental, interesado por el respeto en los derechos humanos, con participación e inserción de las personas con trastornos mentales.

En el año 1995 se comenzó a poner en funcionamiento el Programa basado en los siguientes objetivos:

- DesInstitucionalización del enfermo mental.
- Limitar la cronificación.
- Desestigmatizar la enfermedad mental.
- Reinserción social del usuario psiquiátrico
- Prevenir la descompensación psiquiátrica.
- Promover y prevenir la salud mental.

El propósito es mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales. A su vez, la calidad de vida va a depender de las posibilidades que tengan de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales (Máx. Neef).

CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL PROBLEMA:

Conveniencia:

Se entiende que la ejecución del presente protocolo puede contribuir a conocer las características del comportamiento de los usuarios esquizofrénicos, que han participado de un proceso de rehabilitación y que actualmente se encuentran en su hogar.

Estas son indicadores del estado de salud mental y su déficit pone en manifiesto una posible descompensación, lo cual implica actuar de forma oportuna y eficaz en el proceso de Rehabilitación.

Relevancia:

Es de suma importancia la realización de este trabajo de investigación, ya que consiste en la valoración del estado de salud mental actual de los usuarios esquizofrénicos, desde el punto de vista de enfermería; dichas características no son valoradas en el Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público, dado que no existe esta disciplina.

A través de la valoración y la observación de factores que determinan el estado de salud mental de estos usuarios, se hace posible realizar una prevención oportuna.

Esta investigación permite realizar aportes en actividades de rehabilitación a todos los integrantes del equipo de salud, elevando la calidad de atención brindada haciendo énfasis en la incorporación de Enfermería dentro de este proceso.

Factibilidad – Viabilidad:

Dado que se cuenta con los recursos humanos, materiales y financieros se considera que es posible realizar la investigación planificada. Se dispone de un marco institucional que presenta la población seleccionada lo que hace viable la realización del estudio. Se dispone además del tiempo necesario para ejecutar el protocolo diseñado para esta investigación.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1) GENERAL

Conocer las características del comportamiento relacionadas a higiene y alimentación de los usuarios esquizofrénicos en su hogar, egresados del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público en el periodo comprendido entre los años 2003/ 2005.

2) ESPECIFICOS:

- a) Caracterizar a los usuarios esquizofrénicos egresados en el periodo 2003/2005 del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público según: sexo, edad, domicilio, nivel de instrucción estado civil, y núcleo familiar.
- b) Identificar las características del comportamiento relacionado a higiene personal y su entorno, de los usuarios esquizofrénicos en su hogar.
- c) Identificar las características del comportamiento relacionado a alimentación (preparación y consumo) de los usuarios esquizofrénicos en su hogar.
- d) Detectar los síntomas negativos del comportamiento relacionados a higiene y alimentación.

MARCO CONCEPTUAL

Desde la concepción holística (teoría globalizadora) del concepto **hombre-salud**, se considera a éste como una unidad bio-fisiológica y energética, psicológica, psicosocial y espiritual, que se encuentra en constante interacción consigo mismo, con otros seres humanos y con el medio ambiente.

Se puede entender por salud a la búsqueda del máximo desarrollo de las capacidades y potencialidades de las personas y grupos poblacionales, para satisfacer sus necesidades en un marco de comunicación, participación y aprendizaje.

Uno de los resultados de este proceso es el desarrollo de la capacidad de transformación de los sujetos, de los grupos y del entorno en el que estén insertos, en la búsqueda de mejores niveles de calidad de vida para todos. Supone la capacidad de adaptación activa y/o superación del sufrimiento bio-psico-social producida durante las crisis vitales habituales y accidentales.

En el análisis de la historia de los conceptos sobre **salud y enfermedad** se observa que adoptan diversas formas según las culturas y momentos históricos que se producen. Esto habla de que conceptos como salud y enfermedad, tienen que ver con hechos y con valoraciones construidas socialmente

La salud y enfermedad no pueden separarse en términos absolutos. Muchas veces no es posible distinguir entre lo normal y lo patológico pues existe un dinamismo entre ambos conceptos.

A continuación se citan algunos autores que definen el proceso salud-enfermedad, por considerarlos ligados a nuestro trabajo de Investigación:

Máx.-Neef: Plantea que la calidad de vida es consecuencia de la satisfacción de las Necesidades Humanas Fundamentales y que esto es posible por medio de un plan de desarrollo que se refiera a las personas y no a los objetos. Todas las personas tienen las mismas necesidades lo que varía es la forma de satisfacerlas. Los satisfactores varían en función de cultura y del mercado disponible. Son formas de ser, estar, tener y de hacer que satisfacen o no las Necesidades Humanas Fundamentales. Estas necesidades son: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, libertad, ocio, creación, participación e identidad.

... "Cualquier necesidad humana fundamental no satisfecha de manera adecuada produce una patología, hasta el momento se han desarrollado tratamientos para combatir patologías individuales o de pequeños grupos, pero hoy en día nos vemos enfrentados a una cantidad de patologías colectivas que aumentan de manera alarmante, para los cuales los tratamientos aplicados han resultado ineficaces."

Según el Dr. **Ferrara**: "la salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos de la interacción con su mundo físico, mental y social que le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla según necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y la solución de los mismos, es el bloqueo y la imposibilidad de resolver los conflictos (físico, mental, social) lo que define la patología".

Partiendo de una concepción integral de la salud, se considera que la **salud mental** constituye uno de los elementos de la salud integral del sujeto, junto con la salud física y la salud social, de la misma manera como lo sostiene la Organización Mundial de la Salud (OMS.).

Vicente Galli la define como: "un estado de relativo equilibrio e interacción de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración, con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social."

La mayoría de los individuos con problemas mentales son capaces de pensar y de actuar de forma lógica, incluso cuando sus conductas son inadaptadas. No obstante para un determinado grupo de personas, la realidad aparece distorsionada y alterada. Estos individuos padecen una **psicosis**: incapacidad para reconocer la realidad, para relacionarse con los demás o para afrontar las exigencias de la vida. La psicosis más grave es la **esquizofrenia**, un conjunto de trastornos relacionados que se caracterizan por pensamientos, percepciones, y comportamientos desorganizados.

La esquizofrenia afecta al 1% de la población mundial y se distribuye por igual en hombres y mujeres aunque puede surgir en cualquier nivel socioeconómico, es más frecuente en los más desfavorecidos. El 10% de estos individuos esquizofrénicos acaba suicidándose debido al intenso malestar que conlleva el trastorno (Andreasen, 1995).

La esquizofrenia comprende un grupo de trastornos con causas heterogéneas y que agrupa a individuos cuyos síntomas clínicos, respuestas al tratamiento y curso de la enfermedad pueden ser muy variados.

A través de la lectura de varios autores acerca de la etiología de la esquizofrenia, se considera que la misma se produce de una conjunción de factores del propio individuo como lo que lo rodea (su medio ambiente), esto corresponde al modelo estrés diátesis, el cual integra factores biológicos, psicosociales y ambientales. Postula que una persona tiene una vulnerabilidad específica (diátesis) que, cuando se activa por algún factor

ambiental estresante, permite que aparezcan acciones inadaptadas correspondientes a la esquizofrenia.

La esquizofrenia ejerce un impacto significativo en todas las áreas del funcionamiento del individuo, produciendo en muchas ocasiones automatismo mental invalidante y apragmatismos que en su mayoría les impide el relacionamiento social e incluso el desarrollo personal.

A pesar de que cada individuo se comporta de manera única, muchos parecen compartir signos, síntomas y conductas generales, dependiendo de la etapa evolutiva de la enfermedad.

A continuación se detallan, profundizando en los relacionados con el trabajo de investigación: higiene y alimentación.

- **Apariencia física:** es la de un ser humano desaseado y desarreglado. Su atención se centra en los problemas internos, lo cual impide por lo general que busquen comida o refugio. La higiene personal suele ser pobre y la imagen personal está distorsionada.
- **Percepción** (modo en que el ser humano ve al mundo): los individuos con este trastorno padecen alucinaciones (falsas entradas sensoriales sin estímulo externo), ilusiones (falsas percepciones de estímulos reales), y agnosia (incapacidad para reconocer objetos o personas familiares del entorno). Las alucinaciones pueden tomar la forma de olores, sonidos, sabores, visiones, tacto, o sensaciones de alteración de la actividad interna del organismo.
- **Emoción:** el afecto, es decir la expresión externa de las emociones propias, se describe como embotado, plano, inapropiado o lábil. Otras respuestas emocionales incluyen la alexitina (dificultad para identificar o describir las emociones), la apatía (ausencia de preocupación, interés o sentimientos), y la anhedonia (incapacidad o disminución para experimentar placer en la vida).
- **Cognitivo** (intelectual): suelen presentar problemas de atención, memoria, y empleo del lenguaje. El pensamiento puede incluir delirios (ideas falsas y fijas que no se basan en la realidad), ideas de referencia (creencias de que ciertas personas o medios de comunicación hablan de uno), desrealización (pérdida de los límites del yo, es decir, incapacidad para distinguir donde acaba el propio organismo y donde comienza el medio ambiente).
Las dificultades del lenguaje comprenden varios usos incorrectos. El habla del esquizofrénico incluye ciertas características inusuales: asociaciones fonéticas, pensamiento incorrecto, ecolalia, fuga de ideas, asociaciones libres, ideas de referencia, mutismo, neologismo, y mezcla de palabras.
El pensamiento varía ampliamente, desde el contacto con la realidad hasta el pensamiento fantástico. Las experiencias negativas se recuerdan mejor que las positivas. Los individuos pueden manifestar perseveración

(repetición de la misma idea en respuesta a diferentes preguntas) o pobreza del pensamiento (falta de incapacidad para generar nuevos pensamientos o seguir un hilo del pensamiento). Las personas con esquizofrenia crónica tienen escasa introspección sobre sus problemas. Su capacidad de juicio está a menudo deteriorada. Suele existir una disminución generalizada de las actitudes intelectuales a medida que el trastorno evoluciona.

- **Conducta:** tienen escaso control de sus impulsos e incapacidad para manejar su resentimiento. Pueden lesionarse a sí mismos y a los demás o actuar en respuesta a alucinaciones que les ordenan realizar algo. La carencia de energía o motivación (abolición) suele llevar a una escasa actividad laboral o escolar, al desempleo y a la falta de hogar. La incapacidad para afrontar la depresión y la ausencia de respaldo social suponen un elevado riesgo de suicidio. Muchos se niegan a cumplir el tratamiento, de manera que no toman la medicación o abusan del alcohol y las drogas.

Relacionado con la alimentación, suelen negarse o comer en demasía, esconder o desechar los alimentos, incluir adiciones como suplemento a las comidas (mate y cigarrillos), etc.

La higiene suele ser pobre, su apariencia personal se observa como un individuo desprolijo, desarreglado, desaseado. Existe falta de interés por su propia imagen o por el contrario un excesivo arreglo personal

"extravagancia".

- **Socialmente,** son incapaces de establecer o mantener relaciones con los demás. Las conductas sociales suelen ser inapropiadas. La autoestima es baja y puede existir confusión en la identidad sexual. Tienen escasos amigos y muestran escaso interés para realizar actividades. Muchos prefieren estar solos a causa de las alucinaciones o los sentimientos paranoides. Las pocas relaciones familiares y sociales que conservan suelen tener un curso escabroso.

✚ **Higiene:**

El déficit en el estado de higiene en los usuarios esquizofrénicos, es uno de los primeros signos detectados en el comienzo de la enfermedad. Esto se debe a que su atención se centra en problemas internos que llevan a abandonar este hábito.

Esta falta de autocuidado es detectada por los familiares o personas allegadas, quienes en muchas ocasiones relacionan este déficit con la etapa evolutiva en la cual se encuentra el individuo (adolescencia) o por la presencia de un proceso estresante que lo involucra, por lo cual le resta importancia.

Los familiares o allegados deciden consultar a un profesional terapéutico, cuando la falta de higiene afecta el relacionamiento social.

A partir de esta etapa, el déficit en esta conducta está relacionada por la presencia de: delirios, apatía, apragmatismos, etc., trastornos que afectan diferentes áreas del funcionamiento involucrando y afectando esta conducta.

Dado que la higiene forma parte del propio cuidado del individuo se define como: el conjunto de actividades que realiza el individuo para mantenerse limpio y aseado con el fin de mantener su salud.

Una higiene adecuada le permite al individuo prevenir enfermedades, relacionarse socialmente y elevar su calidad de vida.

↓ Alimentación:

Junto con la higiene, la alteración en la alimentación es otro de los primeros signos presentes en el comienzo de la esquizofrenia, detectados generalmente por familiares o personas allegadas.

Estos cambios incluyen: negarse o comer en demasía, esconder o desechar los alimentos, incluir adicciones como suplemento a las comidas (mate y cigarrillos), etc.

Algunos de estos cambios conductuales se deben a la presencia de delirios o respuesta a los mismos, en donde se asocia a la comida a diferentes temáticas (envenenamiento, etc.), estados de ansiedad, apatía, etc.

Algunos usuarios pueden presentar automatismo, que les impide la búsqueda de alimentos.

Otro factor importante es la presencia de apragmatismos que imposibilita la preparación y el consumo.

Máx Neef considera la alimentación como una necesidad humana fundamental (subsistencia), cuya satisfacción permite obtener una calidad de vida adecuada y la no satisfacción produce una patología.

Se define a la alimentación como: la actividad del propio cuidado del individuo que por medio de la incorporación de nutrientes que le permite subsistir y elevar su calidad de vida.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia también pueden clasificarse en dos amplias categorías: **síntomas positivos y negativos**. Los síntomas positivos están relacionados con los pensamientos y los comportamientos inadaptados e incluyen alucinaciones, problemas con el habla, y conductas extrañas.

Los síntomas negativos hacen referencia a la ausencia de mecanismos de adaptación y comprenden afecto aplanado, abandono del autocuidado (higiene y alimentación) y pobreza del habla.

Aunque muchas personas tienen diversos signos, síntomas y conductas, el diagnóstico se realiza basándose en los más predominantes, cumpliéndose entre otros el llamado **Síndrome de Discordancia** integrado por: impenetrabilidad (hermetismo, no comparte proyectos, ilusiones, no permite indagar sobre él), desapego (habla de cosas emotivas que ni su rostro ni sus gestos comparten), ambivalencia (te amo, te odio), extravagancia (incoordinación en la apariencia física y en sus actos). Los cinco subtipos de la esquizofrenia son: catatónica, desorganizada o hebefrénico, paranoide o parafrenia, indiferenciado y residual.

REHABILITACIÓN PSÍCOSOCIAL – ROL DE ENFERMERÍA

La esquizofrenia es considerada una enfermedad mental crónica de larga evolución, con gran potencial de deterioro y desorganización, que unida a otros procesos psicopatológicos evoluciona hacia la cronicidad y la marginación, por lo que es necesario una intervención adecuada y específica. Es por ello "se considera a la rehabilitación, como proceso que permite intervenir, sobre los factores de riesgo de cronificación, para lograr la disminución de la prevalencia de las recaídas, el freno al proceso de deterioro, una mejor adaptación y por ende una calidad de vida satisfactoria" (Blassi, R. 1999).

La rehabilitación es entonces, el proceso de reaprendizaje de actitudes y conductas necesarias, para poder realizar las actividades de la vida diaria de la manera más independiente y activa posible.

Permite la toma de control de la vida, haciendo partícipes a su familia y al grupo social que integra. De esta forma se potencia el autoestima.

Gilman afirma que en la continuidad de los cuidados postcura (C.C.P), los resultados son significativos, un 25% de los casos evolucionan sin secuelas y de un 45- 66% con una mejoría significativa.

Otros autores indican que hay hasta un 90% de recaídas sin C.C.P y solo un 41% con ellos.

Es fundamental el rol de Enfermería dentro del proceso de rehabilitación psicosocial, que por su relación de cercanía favorece el fomento de las capacidades del usuario. Esto estimula la toma de decisiones, dando así poder a la persona traducido en el desarrollo de la autoestima y un mayor afrontamiento a las situaciones de la vida diaria.

Una herramienta dentro de la Enfermería es la docencia la cual es una arma fundamental dentro del proceso de rehabilitación, ya que permite que junto al usuario, se brinden conocimientos para la toma de decisiones, llevando al individuo al pleno ejercicio de sus facultades en la comunidad.

Es importante destacar que la participación de Enfermería en este proceso permite que se valore cada área del funcionamiento humano (físico, mental, emocional, energético, espiritual, social).

Con la finalidad de establecer objetivos propios para cada usuario, estableciendo un plan de acción para la recuperación específica del mismo.

Enfermería enseña a identificar sentimientos y emociones y así demostrarlos a través de la verbalización y el cuerpo, a controlar la ira y mejorar los impulsos, así como las frustraciones y la estimulación desde el punto de vista intelectual y ocupacional.

Connotar positivamente, elogiar y alentar la valorización de pequeñas acciones, gestos y emociones. Creciendo junto al usuario, donde la creatividad debe ser estimulada en cada momento del proceso, con actitud de cuidado.

Este cuidado es considerado por Enfermería como: desvelo, solicitud, diligencia, atención, buen trato, de tal forma que es una actitud mediante la cual el enfermero se centra con el otro con desvelo y solicitud.

Es importante destacar que los usuarios esquizofrénicos son individuos con muchas carencias sociales, como la falta de cuidado y de atención que se les

brinda, debido a la presencia de marginación y estigmatización que se asocia a esta patología.

Es por ello fundamental la comunicación como proximidad de contacto donde se facilita la integración emocional haciendo sentir la usuario como una persona integra capaz de enfrentar por sí mismo las exigencias de la vida.

El Centro Diurno y Seguimiento (centro elegido) es una dependencia del Hospital Psiquiátrico Público, el cual no cuenta con la participación de Enfermería dentro del equipo de salud en el proceso de rehabilitación, por ello y por la ausencia de rehabilitación en los cambios generados en el comportamiento relacionados al propio cuidado (higiene y alimentación) la relevancia de nuestra elección.

CENTRO DIURNO Y SEGUIMIENTO :

Se define como un Servicio de Cuidados Psiquiátricos Intermedio entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio que ofrece un espacio de alta continencia para los pacientes que se encuentren en situación de riesgo ya sea que atraviesen una situación de crisis o que al egresar de una internación precisen un seguimiento más estrecho de su evolución.

Tiempo de permanencia: Hasta 6 meses aproximadamente.

Número de pacientes a asistir: Hasta 35

Equipo Técnico: Técnicos de Salud Pública: 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 1 psicomotrista (dos veces por semana); 3 docentes del CODICEN (10 hrs. semanales cada uno); los psicólogos que colaboran en forma honoraria coordinando el grupo terapéutico y los talleres de expresión Integral y radio.

Perfil de Población a ser asistida:

- Usuarios que al egresar de una internación precisen un seguimiento más estrecho de su evolución por su situación clínica o socio-familiar.
- Usuarios que en seguimiento ambulatorio transiten por una situación de descompensación o crisis cuyo seguimiento exceda las posibilidades de asistencia en la Policlínica, sin que justifique una hospitalización a tiempo completo. Algunas de estas situaciones podrían ser por ejemplo: acentuación o agravamiento de la sintomatología, tránsito por acontecimientos vitales que pongan en riesgo la estabilidad del paciente, riesgo de auto o heteroagresión.
- Usuarios que al egresar de la Internación tengan indicación de un seguimiento en algún Centro diurno para el que no están aún en condiciones de asistir.

No se admitirán - pacientes con trastornos graves de la personalidad de tipo antisocial o en los que el trastorno central sea el consumo de sustancias.

Tampoco se admitirán pacientes en los que la problemática al egreso esté centrada en causas sociales exclusivamente: carencia de sostén familiar o social, carencia de vivienda o recursos económicos, trámites de pensión, etc.

Objetivos Terapéuticos del Centro Diurno del Hospital Psiquiátrico

Objetivos Generales

- Brindar un espacio terapéutico de alta contigencia.
- Asegurar la continuidad del tratamiento indicado a través de la coordinación con las Instituciones que correspondan según cada situación particular.
- Ayudar a la recuperación y restablecimiento de aquellos usuarios que al egresar de una internación se considere conveniente un control más estrecho de su evolución por las características sintomáticas o las de su entorno socio- familiar, así como de los pacientes que estando en seguimiento ambulatorio transiten por una situación de crisis.
- Preparar a los usuarios que precisen de un tratamiento de Rehabilitación en algún Centro diurno para estar en mejores condiciones de comenzarlo, ayudando a generar una mayor conciencia de enfermedad así como de la conveniencia del tratamiento.
- Realizar prevención primaria, secundaria y terciaria del usuario y su medio socio-familiar.
- Desarrollar tareas asistenciales, docentes y de investigación.

Objetivos específicos

- Ayudar al procesamiento del efecto traumático que implica la situación de hospitalización, descompensación o crisis.
- Apuntar a restituir el funcionamiento más adaptado anterior a dicha situación.
- Trabajar en la elaboración de un proyecto terapéutico a continuar cuando egrese.
- Mejoría y estabilización de síntomas.
- Lograr una mayor conciencia de morbilidad y de conveniencia de seguir un tratamiento.
- Lograr una mayor adherencia al tratamiento.

- Coordinar con el equipo de asistencia de la Policlínica donde el usuario es seguido las acciones a instrumentar así como con las Instituciones a donde el paciente podrá ser derivado una vez finalizada esta etapa del tratamiento.
- Trabajar con la familia en diferentes aspectos:
- Brindar el apoyo que sea necesario para transitar esta etapa de la enfermedad y del tratamiento, así como poder entender e integrar los cambios que la nueva situación produce.
- Informarla en todo lo referente a la enfermedad, sus secuelas así como sus posibilidades terapéuticas.
- Concientizarla acerca de la importancia de seguir el tratamiento indicado.
- Apuntar a que pueda colaborar y apuntalar al usuario a continuarlo.

Estrategia Terapéutica:

Se integran los distintos recursos biológicos, psicoterapéuticos y sociales en una estrategia de abordaje individual y grupal según el proyecto terapéutico convenido con el usuario.

Eje Individual

- Seguimiento psiquiátrico coordinado con psiquiatra tratante.
- Seguimiento psicoterapéutico cuya frecuencia es indicada según cada caso.

Eje Grupal

- El programa de actividades a seguir se establecerá para cada usuario según su situación clínica y preferencias.
- Se llevan a cabo actualmente las siguientes actividades grupales: grupo terapéutico, grupo de seguimiento, psicomotricidad, radio, música, taller de expresión integral, cerámica, jardinería

Evaluación

Se está aplicando por parte de una residente y dos postgrados de la Clínica Psiquiátrica. La escala de Evaluación de la actividad global (EEAG) que evalúa la situación global del usuario al ingreso, a los 3 meses y al egreso lo que será continuado posteriormente por el equipo técnico.

Impacto esperado

- Disminución del número y duración de las internaciones.
- Coordinación de los distintos recursos terapéuticos disponibles en una estrategia de abordaje integral que asegure el seguimiento del usuario y su pasaje por las distintas estructuras que correspondan a sus crecientes niveles de autonomía.

(Datos obtenidos de la Subdirectora del Centro Diurno y Seguimiento Psicóloga Graciela Caballero).

MARCO DE REFERENCIA

República Oriental del Uruguay, Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público situado en Montevideo.

DISEÑO METODOLÓGICO

> Tipo de estudio:

Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo con un corte transversal, en el cual se investiga las características del comportamiento de los usuarios esquizofrénicos, relacionadas a higiene (personal y de su entorno) y alimentación (preparación y consumo). Dichos usuarios son egresados del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público.

> Área de Estudio:

La investigación se realiza en el lugar de residencia de los usuarios esquizofrénicos (hogar).

> Definición y operacionalización de variables.

Edad:

Definición conceptual: período de tiempo transcurrido en el ser humano desde el momento del nacimiento al momento actual.

Escala de medición: variable cuantitativa continua.

Sé operacionaliza: en años cumplidos.

Sexo:

Definición conceptual: características biofisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, alude a las características de sus aparatos reproductores, funcionamiento y características secundarias.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Sé operacionaliza en: femenino y masculino.

Domílicio:

Definición conceptual: lugar físico en donde reside la persona en el momento actual.

Escala de medición: variable cualitativa ordinal.

Sé operacionaliza en: casa, apartamento, pensión, hogar psiquiátrico.

Nivel de Instrucción:

Definición conceptual: corresponde al nivel de formación académica obtenida hasta el momento actual.

Escala de medición: variable cualitativa ordinal.

Sé operacionaliza en:

- ❖ Analfabeto.
- ❖ Primaria completa.
- ❖ Primaria Incompleta.
- ❖ Secundaria completa.
- ❖ Secundaria incompleta.
- ❖ Tercaria.
- ❖ Otros.

Núcleo familiar:

Definición conceptual: personas que viven con el usuario, teniendo o no vínculo de consanguinidad.

Escala de medición: cualitativa nominal.

Sé operacionaliza en:

- ❖ Solo.
- ❖ Padre y/o madre.
- ❖ Pareja.
- ❖ Otros familiares.
- ❖ Otros.

Estado civil:

Definición conceptual: condición de una persona en relación a sus obligaciones y derechos civiles, también nos permite conocer el rol que ocupa dentro de la familia.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Sé operacionaliza en:

- ❖ Soltero
- ❖ Casado.
- ❖ Viudo.
- ❖ Divorciado.
- ❖ Unión libre.

Higiene:

Definición conceptual: actividades que realiza el individuo para mantenerse limpio y aseado, con el fin de conservar su salud.

Escala de medición: variable cualitativa ordinal.

Sé operacionaliza en:

- ❖ Estado general (sucio – limpio)
- ❖ Se baña solo (con iniciativa propia). /Se baña con estimulación.
- ❖ Cantidad de veces por semana/ mes (baño completo).
- ❖ Considera que está limpio.
- ❖ Elige su ropa
- ❖ Vestimenta acorde con el clima.
- ❖ Cambio de ropa (cantidad de veces)
- ❖ Lava su ropa.
- ❖ Higiene de su entorno (limpio y sucio).

Alimentación:

Definición conceptual: Suministrar nutrientes que permitan al individuo funcionar orgánicamente.

Escala de medición: variable cualitativa ordinal.

Se operacionaliza en:

- ❖ Lugar donde se alimenta (hogar, merendero, otros).
- ❖ Preparación de los alimentos (solo, con ayuda, no prepara).
- ❖ Ingiere los alimentos preparados (consume, esconde, desecha).
- ❖ Conservación de los alimentos (presencia de heladera y utilización).

➤ **UNIVERSO Y MUESTRA:**

- **Universo:** Todos los usuarios esquizofrénicos, que realizaron actividades de rehabilitación en el Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público en el período del 2003 al 2005. Total 24 usuarios.

Criterios de inclusión:

- ❖ Usuarios esquizofrénicos egresados del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público que participaron del proceso de rehabilitación (período considerado por dicho centro de 6 meses a 1 año).
- ❖ Todos los usuarios esquizofrénicos que han egresado del centro entre los años 2003 al 2005.

Este criterio es seleccionado debido a la característica de inestabilidad presente en esta patología (científicamente explicable) y observada al realizar la búsqueda en las historias clínicas, en donde se demuestra que la mayoría de los usuarios no culminan el proceso de rehabilitación e incluso algunos sólo concurren a la entrevista de ingreso. Esto nos lleva a extender el período de tiempo a considerar.

- ❖ Residentes de Montevideo o en zonas aledañas.

- **Muestra:** todos los usuarios esquizofrénicos rehabilitados en el Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Psiquiátrico Público dentro del periodo 2003 al 2005 que residen en Montevideo y zonas aledañas. Total 19 usuarios.

➤ **UNIDAD DE OBSERVACIÓN.**

Usuarios esquizofrénicos egresados del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Vilardebó que se encuentran en su hogar.

➤ **MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

El método a emplearse es la encuesta, mediante la aplicación de una entrevista estructurada y personalizada. El instrumento que se utilizará para recolectar y registrar la información será el formulario, en el cual estarán contenidas las variables elegidas para el estudio.

Debido a las características de los usuarios esquizofrénicos (anteriormente descriptas), en las variables higiene y alimentación se agregan dos preguntas dirigidas al familiar o persona responsable con el fin de dar mayor validez a las respuestas del usuario.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

1) Autorización.

Una vez elaborado el protocolo de investigación y aprobado por el Departamento de Enfermería en Salud Mental, se solicitará el consentimiento informado a las autoridades de la Institución seleccionada, y a los usuarios y/o tutor, con el fin de realizar el estudio de investigación.

2)Tiempo.

Actividades	Dic.	Ener.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	
Elaboración del protocolo	[Red bar]												
Aprobación del protocolo							[Blue bar]						
Ejecución									[Yellow bar]				
Plan de tabulación y análisis de datos									[Red bar]				
Elaboración del informe final											[Blue bar]		

C) Recursos.

- Recursos humanos: cinco estudiantes que cursan cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería en la Facultad de Enfermería, en la Universidad de la República.

Los cinco integrantes del equipo Investigador, participan en todas las etapas de la investigación, con la guía de dos docentes tutores pertenecientes al Departamento de Enfermería en Salud Mental.

- Recurso Institucional: es considerado el Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Vilardebó como centro de referencia para la obtención de los datos necesarios para la ejecución de la investigación.

- Recursos Materiales:

RUBRO	CANTIDAD	DETALLE	TOTAL(\$)
Equipos			
Computadora	3	Pertencen a tres integrantes del equipo.	
Impresiones (Cartuchos).	4	2 color y 2 blanco y negro.	400
Teléfonos	3	Llamadas y conexión a Internet.	700
Materiales			
Fotocopias	100	\$ 1 c/u	100
Lapiceras	7	\$ 5 c/u	35
Encuadernación	7	\$ 40 c/u	280
Hojas	500	1 pte. 4- A	200
Disquetes	5	\$ 15c/u	75
CD	2	\$ 40 c/u	80
Carpetas	4	\$ 15 c/u	60
Locomoción			
Boletos urbanos	150	\$ 17 c/u	2550
Boletos interdepartamental	100	\$ 25 c/u	2500
	5	\$ 300 c/u	1500
Total			8470

E) Proceso.

Esta investigación se lleva a cabo por los cinco estudiantes que conforman el equipo, estos se distribuirán en subgrupos de dos personas, para entrevistar a la totalidad de la población de estudio.

La coordinación de las entrevistas se concretara telefónicamente de dos a tres días previos, para asegurar la disponibilidad de tiempo de los entrevistados y del entrevistador.

F) Capacitación.

Previo a la aplicación del formulario, se elabora el instructivo del mismo para que los entrevistadores conozcan adecuadamente su manejo, asimismo se presentara a los tutores de la Cátedra de Salud Mental para su aprobación y corrección, con el fin de asegurar su validez.

G) Supervisión y coordinación.

Con el objetivo de asegurar la validez y confiabilidad de esta investigación, se realizaran diferentes actividades en el proceso de recolección de datos:

- 1) Organización y distribución del trabajo de cada uno de los Integrantes.
- 2) Búsqueda y confirmación de los sujetos de estudio.
- 3) Aclaración de dudas sobre los instrumentos de recolección de datos.
- 4) Revisión de todos los formularios ya aplicados por los diferentes integrantes del grupo.
- 5) Ratificar, organizar y clasificar la información recabada.

H) Posibles fuentes de error.

Para minimizar posibles errores, que se pueden presentar durante la recolección de datos, creemos necesario que:

- ❖ Cada investigador conozca el procedimiento de recolección de datos, y la forma adecuada para el registro de la información.
- ❖ El ámbito en donde se realice la entrevista sea el más adecuado posible, considerando la tranquilidad y la comodidad del usuario para favorecer la libertad de expresión.
- ❖ Que el entrevistado posea disponibilidad de tiempo. Para ello se concretará la entrevista con un tiempo prudente de dos a tres días de anticipación.

I) Plan de tabulación y análisis.

Por medio de las tablas de frecuencia absoluta y relativa porcentual, se realizará el análisis de nuestro estudio descriptivo.

Las variables seleccionadas son:

Sexo, edad, domicilio, nivel de instrucción, estado civil, núcleo familiar, higiene y alimentación.

Se realizara un análisis univariado y bivariado, y se representara a través de tablas y gráficos.

ANEXO N° 3

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO

El entrevistador se presentará con nombre y apellido.

Posteriormente explicará que pertenece a un grupo de estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería (Universidad de la República), y el objetivo de la entrevista.

Al iniciarse la entrevista se le aclarará al entrevistado que la misma será confidencial y sin fines de lucro. Debido a las características de los usuarios esquizofrénicos (paranoia- delirios persecutorios), en conjunto con las autoridades del Centro de referencia se decide no identificar a los usuarios en los formularios (nombre y apellido), asignándole un número de referencia a cada uno. Posteriormente se realizará la devolución al Centro identificando a los usuarios (número- nombre y apellido) para que él mismo pueda actuar en forma oportuna y eficaz.

Se realizarán preguntas con el fin de caracterizar a los usuarios y reunir la información relevante para la ejecución de la investigación.

Debido a las características propias de estos usuarios, no se estimará el tiempo para cada entrevista, pero se considerará un margen máximo de 30 minutos.

La primera serie de preguntas, pretenden recabar datos para conocer y caracterizar al entrevistado, la segunda serie corresponde a la variable en estudio: Higiene, y, la tercer serie de preguntas, corresponde a la variable en estudio: Alimentación.

1.0 N° de Registro: Se asignará a cada usuario un número (corresponde al nombre y apellido del entrevistado).

1.1 Se marcará la opción que corresponda al sexo (M = Masculino; F = Femenino)

1.2 Se preguntará la edad (en años) y la respuesta será registrada con números.

1.3 Se marcará la opción que corresponda al domicilio del usuario.

1.4 Se marcará la opción que corresponda al nivel de instrucción del usuario.

1.5 Se marcará la opción que corresponda a la situación del núcleo familiar.

1.6 Se marcará la opción que corresponda al estado civil del usuario.

1.7 Se marcará la opción que corresponda sobre si el usuario posee o no trabajo remunerado.

1.8 Se marcará la opción que corresponda a si el usuario realiza o no actividades recreativas.

Higiene:

2.0 Se marcará la opción que corresponda sobre la higiene preguntando si considera estar limpio o sucio.

2.1 Se marcará la opción que corresponda a su iniciativa para bañarse.

2.2 Se marcará la opción que corresponda sobre la cantidad de veces que se baña al día.

2.3 Se marcará la opción que corresponda sobre la consideración de su higiene personal.

- 2.4 Se marcará la opción que corresponda sobre la elección de su ropa.
- 2.5 Se marcará la opción que corresponda sobre la adecuación de la ropa al clima.
- 2.6. Se marcará la opción que corresponda sobre si cambia o no su vestimenta.
- 2.7 En caso de ser sí, se marcará la opción que corresponda cuantas veces lo hace.
- 2.7 Se marcará la opción que corresponda sobre el lavado de su ropa. Independiente del método que utilice para ello (lavado a mano, uso de lavarropas, lavadero etc.)
- 2.8 Se marcará la opción que corresponda sobre la higiene del hogar.
- 2.9 Se marcará la opción que corresponda sobre la higiene del dormitorio.

FAMILIAR o TUTOR: Se agrega este ítem para dar mayor validez a las respuestas del usuario.

- 2.10. Se marcará la opción que corresponda, sobre si el familiar o tutor debe incentivarlo en su higiene personal.
- 2.10.1 Se marcará la opción que corresponda, sobre si el familiar o tutor recibe colaboración del usuario en la limpieza del hogar.

ALIMENTACIÓN:

- 3.0 Se marcará la opción que corresponda al lugar donde se alimenta.
- 3.1 Se marcará la opción que corresponda a sí prepara o no su propio alimento.
 - 3.1.1 En caso de ser sí, se marcará la opción que corresponda a como lo prepara.
 - 3.1.2 En caso de ser no, se marcará la opción que corresponde a como la obtiene.
- 3.2 Se marcará la opción que corresponda a lo que realiza con los alimentos.
- 3.3 Se marcará la opción que corresponda sobre el consumo o no de mate.
 - 3.3.1 En caso de ser sí, se marcará la opción que corresponda sobre la cantidad de veces que lo hace.
- 3.4 Se marcará la opción que corresponda a la sustitución de los alimentos por sustancias adictivas(mate, café, cigarrillos, otros). Marcando el adictivo correspondiente.
- 3.5 Se marcará la opción que corresponda sobre la tenencia o no de heladera.
 - 3.5.1 En caso de ser si, se marcará la opción que corresponda sobre si la utiliza o no.

FAMILIAR o TUTOR: Se agrega este ítem para dar mayor validez a las respuestas del usuario.

- 3.6 Se marcará la opción que corresponda, sobre si el familiar o tutor debe incentivarlo en la alimentación diaria.
- 3.6.1 Se marcará la opción que corresponda, sobre si el familiar o tutor considera que sustituye las comidas diarias por adictivos (mate, cigarrillos, café, etc.). Marcando el adictivo correspondiente.

ANEXO Nº 4

FORMULARIO

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CATEDRA DE SALUD MENTAL**

Estudio sobre "Comportamiento del propio cuidado (Higiene y Alimentación) en usuarios esquizofrénicos egresados de un proceso de rehabilitación".

El objetivo de dicho formulario es caracterizar a los usuarios esquizofrénicos y conocer en su hogar las características del comportamiento relacionadas a su higiene y alimentación.

- 1.0 N° Registro
- 1.1 Sexo M F
- 1.2 Edad
- 1.3 Domicilio Casa Anartamento Pensión Hogar Psiquiátrico
- 1.4 Nivel de Instrucción Sin Estudios 1ª Incompleta 1ª Completa
 2ª Incompleta 2ª Completa Terciaria Otros
- 1.5 Núcleo Familiar Solo Padre y/o Madre Parcial Otros familiares Otros
- 1.6 Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre
- 1.7 Trabaja SI NO
- 1.8 Actividades Recreativas SI NO

HIGIENE:

- 2.0 Estado General Limpio Sucio
- 2.1 ¿Usted se baña? Solo (con iniciativa propia) Con estimulación
- 2.2 ¿Cuántas veces se baña? Todos los días Cada 3 días 1 Vez por semana
 1 Vez cada 15 días 1 Vez por mes
- 2.3 ¿Considera que está limpio? SI NO
- 2.4 ¿Usted elige su ropa? SI NO
- 2.5 ¿Considera que es adecuada al clima? SI NO
- 2.6.0 ¿Usted se cambia de ropa? SI NO

2.61 ¿Cuántas veces?

2.7 ¿Usted lava su ropa?

2.8 ¿Usted se encarga de la limpieza del hogar?

2.9 ¿Limpia su dormitorio?

2.10 FAMILIAR

2.101 ¿Usted debe incentivarlo en su higiene personal?

2.102 ¿Colabora con usted en la limpieza del hogar?

ALIMENTACIÓN:

3.0 ¿Dónde se alimenta?

3.1 ¿Usted prepara su alimento?

3.1.1 ¿Cómo lo prepara?

3.2 ¿Qué hace con los alimentos?

3.3 ¿Consume mate?

3.3.1 ¿Cuántas veces al día?

3.4 ¿Sustituye las comidas diarias por mate, cigarrillos, café, otros?

3.5 ¿Posee heladera?

3.5.1 ¿La utiliza?

FAMILIAR

3.6 ¿Usted debe incentivarlo en su alimentación diaria?

3.6.1 ¿Usted considera que sustituye las comidas diarias?
(por mate, cigarrillos, café, o, otros)

ANEXO Nº 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el momento de firmar este documento, doy mi consentimiento para que estudiantes de Facultad de Enfermería me entrevisten, como parte de su trabajo de investigación final, sin fines de lucro.

Comprendo que seré parte de un estudio de Investigación enfocado a las características del comportamiento relacionado a higiene y alimentación, el cual servirá como base a otros posteriores y al Centro de rehabilitación del cual egrese.

Comprendo que seré entrevistado en mi hogar en una hora predeterminada a mi conveniencia. Se me realizarán preguntas a mí y a mis familiares relacionadas con el tema ya mencionado.

Comprendo que fui seleccionado para colaborar en este estudio debido a que soy parte de un grupo que participo de un proceso de rehabilitación en el Centro Diurno y de Seguimiento del Hospital Vilardebó.

Este formulario es otorgado en forma voluntaria, aún después que la encuesta se inicie, yo puedo rehusarme a responder a preguntas específicas o decidir terminarla en cualquier punto.

También he sido informado que participe o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los Servicios de Salud.

Este estudio ayudará a comprender y describir las características del comportamiento en higiene y alimentación de mi patología.

He sido informado que los únicos beneficios que recibiré serán los que eleven mi calidad de vida y nivel de salud, no incluyendo beneficios económicos.

Fecha

Firma de la persona entrevistada

Firma del entrevistador

ANEXO N° 6

ENTREVISTAS

Entrevista a la Dra. Claudia Ceroni:

Marzo, 8-2006

Psiquiatra.

Directora del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Vilardebó

Montevideo-Uruguay

-1) ¿Que relación tiene el Centro Diurno y Seguimiento con el Hospital Vilardebó?

-R: El Centro Diurno y Seguimiento es un centro Intermedio entre la hospitalización y el hogar del usuario.

Depende totalmente del Hospital Vilardebó porque tanto los recursos humanos, materiales como los financieros provienen de este hospital y este a su vez del Ministerio de Salud Pública.

-2) ¿Cuántos funcionarios posee el Centro Diurno y Seguimiento?

-R: El equipo encargado de la rehabilitación del usuario esta compuesto por:

-Psicomotricista.

-Grupo de seguimiento y evolución (psiquiatra y psicólogo).

-Plástica (psicóloga)

-Músico terapia (psicóloga).

-Taller de música (administrativo y docente de música).

-Taller del Codicen: cerámica y jardinería

- Radio Vilardevoz (2 psicólogos y usuarios).

Este equipo funciona de lunes a sábados. El Centro no cuenta actualmente con una Licenciada en Enfermería.

-3) ¿Cuáles son los objetivos de trabajo (generales y específicos) del equipo técnico y como miden el alcance de los mismos?

-R: El Centro tiene como objetivos principales:

a) Reducción y estabilidad de síntomas.

b) Elaboración del impacto del período de internación.

c) Generar adherencia al tratamiento farmacológico.

El equipo plantea en un principio, para el proceso de rehabilitación un período de 6 meses, pero se puede alcanzar los 18 meses como período máximo establecido en la institución.

Se realiza una reunión multifamiliar, en la que participa el equipo de salud (psiquiatra y psicólogo) y las familias de los usuarios, el 4º viernes de cada mes. En dichas reuniones se trabajan las dificultades en los vínculos familiares. Cuando una familia no concurre, generalmente se la cita telefónicamente, en el caso de ser necesario, pero queda en total libertad de concurrir o no. No se realiza seguimiento al hogar a los usuarios.

Si el usuario deja de concurrir al Centro se lo trata de ubicar, pero en el caso de que se pierda de la institución, no es recapturado, no existe personal destinado para este fin, lo que si se hace es comunicarnos con la policlínica zonal para saber si el usuario esta concurriendo a ella.

4) ¿Como acceden los usuarios al Centro y en que condiciones?

-R: Los equipos de sala derivan al usuario egresado del Hospital. El equipo de sala esta compuesto por un psiquiatra, un psicólogo, una asistente social y una enfermera. Estas dos últimas sugieren cuáles de los usuarios pueden concurrir al Centro, pero deciden los dos primeros.

Los usuarios poseen diferentes diagnósticos y edades, siendo 15 años el límite de ingreso.

Para ingresar al Centro deben ser usuarios que están en tratamiento, generalmente derivados de una policlínica periférica de salud mental, o ser egresados del Hospital Vilardebó y en ese caso derivados por el psiquiatra de Sala.

-5) ¿Cuál es la metodología de trabajo usada por el equipo de salud?

-R: La metodología usada es el seguimiento individual (en las entrevistas con los diferentes profesionales de salud) y grupal (desenvolvimiento en el grupo con otros usuarios).

Cuando un usuario ingresa se realiza un Proyecto terapéutico a cargo del psiquiatra, que consiste en la evaluación, planteamiento de objetivos y las actividades posibles a realizar por ese usuario. Dicha evaluación se realiza durante todo el periodo en que el usuario este en el Centro y esta a cargo de todo el equipo de salud, todos los involucrados con ese usuario. Para dicho fin se realiza una reunión semanal, en la que se plantean los diferentes casos y la evolución de los mismos, en forma individual y/o grupal.

-6) ¿Se realizan registros de las actividades realizadas por los usuarios y su evolución?

-R: Los registros que se relacionan con los usuarios se realizan en historias clínicas, actualmente solo lo hacen los psiquiatras y los psicólogos. Se registran los apragmatismos, el proyecto terapéutico y la evolución del usuario en el proceso.

La palabra Apragmatismo es considerada desde el punto de vista familiar, social y laboral como un déficit en un área o en una actividad dada."

-7) ¿Los usuarios, deben poseer familiar o tutor responsable como condición de ingreso?

-R: No es condición de ingreso, el que deba poseer familia que lo respalde o sustente, algunos de nuestros usuarios viven en casa de salud, muy esporádicamente ingresan usuarios que viven solos o que no tengan a ningún familiar.

GRACIAS

Entrevista a Graciela Caballero:

Abril 4-2006

Psicóloga.

Subdirectora del Centro Diurno y Seguimiento del Hospital Vilardebó
Montevideo-Uruguay

1-¿Cuándo se decide trabajar en el proceso de rehabilitación?

-R: En décadas de los 80 comienza a funcionar un espacio de rehabilitación, (labor terapia) formado principalmente por docentes de UTU. En el que se trabajaba en zapatería, tejido, carpintería, cocina, cestería, etc.

Se trabajaba principalmente con usuarios internados, sin seguimiento de profesionales.

A mediados de los 90 debido al cambio de dirección se plantea un cambio y la inserción de técnicos, médicos psiquiatras, psicólogos, enfermería y servicio social. Cambio cuyo fin era lograr la deshospitalización. Se comenzó a trabajar con dos grupos de usuarios: los más crónicos y los menos crónicos, en programas de larga estadía.

2-¿Cómo es definido el Centro Diurno y Seguimiento?

-R: Es definido como un Servicio de cuidados psiquiátricos intermedio entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio, que ofrece un espacio de alta continencia para los pacientes que se encuentren en situación de riesgo ya sea que atraviesen una situación de crisis o que al egresar de una internación precisen un seguimiento más estrecho de su evolución.

3-¿Cuándo empezaron a funcionar los Intercentros de rehabilitación?

-R: Los Intercentros de Rehabilitación comenzaron a funcionar a fines de los años 90 (públicos y privados), es un esfuerzo para trabajar juntos el proceso de rehabilitación, con objetivos propios y objetivos comunes entre ellos.

Estos centros son Sur Palermo, Sallagos, el Centro Nacional del Psicópata, Centro Diurno y Seguimiento entre otros.

4-¿Cómo esta formado el equipo técnico?

-R: El equipo técnico esta formado por: técnicos de Salud Pública, 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 1 psicomotrisista (dos veces por semana); 3 docentes del Codicen (10 hrs. semanales cada uno); los psicólogos que colaboran en forma honoraria coordinando el grupo terapéutico y los talleres de expresión integral y radio

5-¿Cuáles son los objetivos del equipo técnico?

-R: Los objetivos de trabajo del equipo multidisciplinario actuales son:

- Impacto en la Internación.
- Estabilización de síntomas.
- Adherencia al tratamiento farmacológico.

6-¿Cual es la estrategia terapéutica planteada por el equipo de salud?

-R: Estrategia Terapéutica:

El proceso de rehabilitación se plantea en un periodo de tiempo corto, entre seis y ocho meses, pero en algunos casos se extiende a doce e incluso a dieciocho meses.

Debido a estas características, para continuar con el seguimiento del usuario, se lo trata de insertar a otra institución de mayor data.

Pueden ser derivados a Sur Palermo, Ciprés, Centro Nacional, Centro Sallagos, Centro Pan de Azúcar (semi protegido, es un centro para discapacitados que tiene convenio con el B.P.S y que posee talleres dirigidos por profesores). También existen recursos comunitarios, como por ejemplo la parroquia Juan 23, en donde se trabaja en cestería, se dictan clases de ingles, se practica gimnasia, etc.

El Proyecto de Rehabilitación es personalizado debido a que se parte del usuario.

Se integran los distintos recursos biológicos, psicoterapéuticos y sociales en una estrategia de abordaje individual y grupal según el proyecto terapéutico convenido con el paciente.

7-¿Cual es el impacto esperado por el equipo multidisciplinario en este proceso?

-R: El Impacto esperado por el equipo en este proceso es:

- Disminución del número y duración de las Internaciones.
- Coordinación de los distintos recursos terapéuticos disponibles en una estrategia de abordaje integral que asegure el seguimiento del paciente y su pasaje por las distintas estructuras que correspondan a sus crecientes niveles de autonomía

GRACIAS

Octubre, 3-2006.

Entrevista a la Licenciada en Enfermería Cristina Sanabia.
Coordinadora de la Policlínica del Hospital Vilardebó.
Montevideo - Uruguay.

1) ¿Se realiza seguimiento domiciliario a usuarios con patología psiquiátrica?

R: Si, existe un programa llamado Programa de Atención Domiciliaria, creado en el año 1992, que realiza seguimiento a éstos usuarios. Dentro de este existe un subprograma llamado Plan de Atención "M.M.", siglas que hacen referencia al Dr. Murguía y la Licenciada Marcorini a diferencia con el Programa se realiza visitas domiciliarias a aquellos usuarios que tienen múltiples ingresos y no se adhieren al tratamiento. Su objetivo a futuro es lograr la Internación domiciliaria a estos usuarios en particular (no aprobado actualmente).

2) ¿Cuál es su función dentro del Programa de Atención Domiciliaria?

R: Realizo la coordinación y el seguimiento domiciliario junto con un equipo multidisciplinario.

3) ¿Quiénes integran el equipo multidisciplinario?

R: El equipo lo integran una Asistente Social, un Psicólogo y yo. En determinadas ocasiones cuando la situación lo amerita nos acompaña un Psiquiatra.

4) ¿Cuál es el objetivo del Programa Atención Domiciliaria?

R: los objetivos son varios, entre ellos:

- Enseñar patrones diferentes de vida.
- Mejorar el vínculo con la realidad exterior.
- Dar herramientas para que desarrolle habilidades y así hacerse cargo de su vida.
- Vincularlo con las redes sociales.
- Educar a la familia para que tome el control de las necesidades básica del usuario.

5) ¿Quiénes son los responsables de la derivación de los usuarios?

R: Los responsables son: los integrantes del equipo de salud del Hospital Vilardebo que brindan atención a estos usuarios en su internación, incluye a médicos, licenciados en enfermería, auxiliares de enfermería, etc.

También son derivados de la policlínica del Hospital Vilardebo y de otras de dependencia Públicas.

6) ¿Cuáles son los criterios de inclusión para el Ingreso al Programa?

R: Los criterios para el ingreso son:

- riesgo de descompensación.
- inasistencia al control en policlínica por más de tres meses.
- conflictiva social.
- conflictiva familiar.
- difícil manejo.
- necesidad de medicación.
- cuidados de enfermería.
- psicoeducación.

7) ¿Existen estudios de investigación sobre este Programa Atención de Seguimiento Domiciliarios?

R: No existen investigaciones al respecto, pero los resultados avalan el Programa.

8) ¿Se adoptaron medidas en la situación planteada por el grupo de estudiantes referida al usuario derivado al Programa?

R: No, porque este usuario pertenece al sector privado de salud, queda fuera del criterio de inclusión.

GRACIAS