



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



**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ORIENTACIÓN  
DIRIGIDO A LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL ENFERMO CON  
TRANSTORNO BIPOLAR QUE ACUDE AL SERVICIO DE  
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.**

*Trabajo de grado para optar por el título de licenciado  
en enfermería presentado por:*

**TUTOR:**  
**ZULAY VERDY**

**AUTORA:**  
**FRESIA PONCE**  
**C.I. 20.028.382**

**CARACAS, NOVIEMBRE DEL 2008**



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 ESCUELA DE ENFERMERÍA  
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



**ACTA  
 TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como Jurados del Trabajo Especial de Grado, titulado:

*Propuesta de un Programa de Orientación dirigido a la familia en el cuidado del enfermo con Trastorno Bipolar que acude al Hospital Universitario de Caracas.*

Presentado por las (os) Técnicos Superiores:

Apellidos y Nombres: Ponce Fresia C.I. N° 20.028.382  
 Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ C.I. N° \_\_\_\_\_  
 Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ C.I. N° \_\_\_\_\_

Como requisito parcial para optar al Título de: Licenciado (a) en Enfermería.

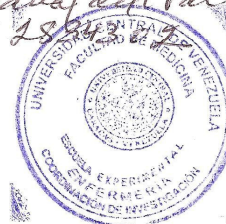
Deciden: su aprobación con mención honorífica.  
 En Caracas, a los 06 días del mes de Marzo de 2009

Jurados,

[Signature]  
 Prof. Carmen E. Jiménez  
 C.I. N° 2592023

[Signature]  
 Prof. María del Valle Hota  
 C.I. N° 2854307

[Signature]  
 Prof. Carmen Estelzy Verdú  
 C.I. N° 7920132



## **DEDICATORIA**

A mi Padre Celestial que me da vida, fe y fuerza para superar con perseverancia los retos de la vida.

A las oraciones y el apoyo de mí amada madre.

A mis profesores que cada día nos ayudan a sentir que el día de mañana puede ser mejor si cultivamos nuestro conocimiento.

A mis amigos que estuvieron atentos en cada paso de este trabajo.

A todas las personas involucradas en este trabajo.

Fresia Ponce

## **AGRADECIMIENTO**

A mi Padre Celestial por bendecirme con una mente de conocimiento, guía y ánimo para perseverar hasta el fin.

A la profesora Zulay Verdy por su paciencia y guía para realizar este trabajo.

A mi querida familia, que en momentos difíciles se encontraban a mi lado.

A todas aquellas personas que de una u otra manera hicieron posible este trabajo.

Fresia Ponce

## INDICE

	pp.
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Lista de Cuadros	VII
Lista de Gráficos	VIII
Resumen	IX
Introducción	1
Capítulo I El Problema	3
Planteamiento del problema	3
Objetivos de la investigación	9
Justificación	10
Capítulo II Marco teórico	14
Antecedentes de la investigación	14
Bases teóricas	17
Sistema de Variables	58
Operacionalización de variables	60
Definición de términos básicos	61
Capítulo III Marco metodológico	64
Tipo de investigación	64
Tipo de Diseño	66
Población y Muestra	67
Métodos y Técnicas de Recolección de datos	68
Validez	68
Confiabilidad	69
Capítulo IV Presentación y Análisis de los Resultados	74
Capítulo V La Propuesta	79

Capítulo VI Conclusiones y Recomendaciones	122
Referencias Bibliográficas	125
Anexos	128
A Instrumento	129
B Certificación de Validación	132
C Índice de Confiabilidad	136

## LISTA DE CUADROS

### CUADROS

	<b>PP.</b>
1.-Escala de la Confiabilidad.	71
2.- Distribución de frecuencias y porcentajes dada por los familiares de los enfermos con Trastorno Bipolar de acuerdo con la información que poseen sobre las características de la enfermedad.	75
3.- Distribución de frecuencias y porcentajes dada por los familiares de los enfermos con Trastorno Bipolar de acuerdo a la información que poseen sobre las estrategias de los cuidados del enfermo.	77
4.-Tabla Flujograma del Proceso de transformación	89
5.-Tabla Costos por Recursos Materiales.	91
6.-Tabla Estructura del Programa de Orientación Propuesto.	103
7.-Tabla de Taller Unidad I	104
8.-Tabla de Taller Unidad II	106
9.-Tabla de Taller Unidad III	108

## LISTA DE GRÁFICOS

### GRAFICOS

	PP
1.-Distribución de frecuencias y porcentajes dadas por los familiares de los enfermos con Trastorno Bipolar de acuerdo con la información que poseen sobre las características de la enfermedad.	76
2.- Distribución de frecuencias y porcentajes dadas por los familiares de los enfermo con Trastorno Bipolar de acuerdo a la información que poseen sobre las estrategias de los cuidados del enfermo	78



# **PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ORIENTACIÓN DIRIGIDO A LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL ENFERMO CON TRANSTORNO BIPOLAR QUE ACUDE AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**

**Autora:**  
**Ponce Fresia**  
**Tutor:**  
**Verdy Zulay**

## **Resumen**

**La presente investigación se ubica en la modalidad de proyecto factible, apoyada en una investigación de campo de carácter descriptiva. Tuvo como propósito diseñar un programa de orientación dirigido a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar del Hospital Universitario de Caracas. Participaron en el estudio veinte (20) familiares de enfermos con trastorno bipolar que asisten a la consulta de psiquiatría del mencionado hospital. Para obtener la información se diseñó y aplicó un instrumento tipo cuestionario de preguntas dicotómicas cerradas en escala de respuestas de respuestas verdadero y falso, conformado por veinte (20) ítem, el cual fue validado a través del juicio de expertos y su confiabilidad se determinó mediante la técnica Kuder Richardson ( $K_{R20}$ ) reflejando una confiabilidad de 0.83 considerada elevada. El proceso se desarrollo en cuatro etapas: documental, de campo, analítica y proyectiva. Para realizar este trabajo se cumplieron los estudios: diagnostico de factibilidad y diseño. El proyecto que se presenta pretende contribuir con la orientación educativa de los familiares de enfermos con trastorno bipolar del sector en estudio, ofreciéndoles herramientas, métodos y técnicas prácticas que le permitirán el mejoramiento de la atención y cuidados de estos enfermos en el hogar. El programa propuesto está estructurado en tres (3) sesiones de trabajo que se desarrollan en modalidad de taller sobre el trastorno bipolar, comportamientos y conductas del enfermo con trastorno bipolar y cuidados del enfermo con trastorno bipolar.**

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades en si, son visitantes indeseables en la vida de cualquier persona, y mucho mas si son enfermedades mentales, en la cual no solo se encuentra perturbada la vida de la persona enferma, sino también el núcleo familiar. Son muchas las patologías mentales que afectan a las personas y una de las más frecuentes es el trastorno bipolar.

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

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

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

negativos que la persona enferma presente y así proporcionarle un clima emocional propicio para un crecimiento saludable.

El objetivo de este trabajo de investigación es proponer un programa de orientación dirigido a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar que acude al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas.

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

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1. Planteamiento del Problema**

El trastorno bipolar es probablemente uno de los padecimientos mentales más complejos. Después de varios siglos, la llamada “enfermedad del estado del ánimo” aun mantiene aspectos misteriosos que afecta a un gran número de personas sin distinción de raza o condición social.

Dicho trastorno amenaza a la persona e interfiere con su capacidad de pensar claramente, manejar emociones, tomar decisiones y relacionarse con otros; procurándole evidentes trastornos en las relaciones interpersonales que incluyen el retraimiento, tristeza, desinterés por las actividades, merma de la energía, una pérdida de la confianza y la autoestima, un sentimiento injustificado de culpabilidad, una menor capacidad de concentración, la aparición de trastornos del sueño y la alimentación, ideas de muerte y suicidio hasta expresiones de extrema euforia, sentimiento donde son capaces de realizar cualquier cosa.

Alarcón R.. (2005), en un estudio sobre esta enfermedad, la identificaron como una de las diez (10) enfermedades que causan en conjunto mayor morbilidad temporal y permanente en personas entre 15- 45 años de edad y como una enfermedad que representa un problema mayor de salud, social y económico que irá en incremento en los años venideros (p.403).

Así mismo, Alarcón Renato D. (2005) afirma que “la prevalencia a nivel mundial se encuentra aproximadamente entre 1% y el 3%, también el trastorno bipolar se inicia entre los 19 y 24 años de edad y la distribución entre los sexos en las mujeres la tasa se encuentra levemente elevada”.

En ese sentido se considera que el trastorno bipolar representa una de las enfermedades crónicas más grave y discapacitante con un alto riesgo que se cronifique, y que esta afectando a personas tanto adolescentes como al adulto joven, disminuyendo la productividad, ameritando tratamientos permanentes, causando aumento de los costos de salud y social, así como también aumentando el sufrimiento personal y familiar.

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que el trastorno bipolar es la sexta causa de incapacidad al nivel mundial y afirma que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad del mundo, lo que pone a este trastorno anímico y mental en un lugar bastante preocupante, más si se considera que las consecuencias de sufrirla se hacen palpables no solo en la vida personal y profesional, sino que también, en algunos casos, puede terminar en tragedias mayores si se le permite prosperar.

En este mismo orden de ideas la Fundación Venezolana del Paciente Bipolar y sus Familiares (FUNVEPABI) creada en Caracas en 2001, señala que según estimaciones publicadas en la pagina web de esta organización, en Venezuela existen aproximadamente, 700.000 habitantes que padecen este trastorno, algunas internas en psiquiátricos, otros deambulan por las calles y una parte puede que se haya reincorporado a las actividades sociales.

Sobre las ideas antes señaladas es pertinente mencionar que cada vez es mayor el número de personas que se aquejan de esta enfermedad y podemos considerar que el enfermo con este trastorno es un ser vulnerable a muchos problemas severos en su proceder, ya que presenta conductas inadecuadas e imprevistas relacionadas íntimamente con su patología, las cuales lo sumergen en un círculo de evitación, rechazo, críticas, ansiedad, miedo, vergüenza y culpa convirtiéndose en un estigma para quien la padece y demás miembros de su sistema familiar.

En ese sentido Goodwin M. y Jamison F. (1990 c.p. Reinares M. y Vieta, E.) plantean que:

Cada episodio de la enfermedad es un acontecimiento estresante tanto para el paciente como para quienes le rodean; con cada recaída el equilibrio familiar se ve alterado y requiere nuevas estrategias de afrontamiento. Es frecuente que, ante un primer episodio, tanto el paciente como sus familiares, manifiesten reacciones de negación, ira, ambivalencia y ansiedad (p.2)

Las dificultades y problemas del enfermo con trastorno bipolar son cuantiosas considerando que existen cargas o costos emocionales, físicos, económicos y sociales. El hecho de vivir con un familiar afectado con esta patología genera en primer lugar y se destaca el costo emocional el cual trae consigo sentimientos como: irritabilidad, angustias hasta trastornos del sueño. Trastornos afectuosos, somatización y en muchos de los casos dependencia del alcohol y de otras sustancias psicoactivas; después del costo económico, pues surgen gastos excesivos por los medicamentos, la manutención del enfermo, así

como las faltas laborales por atenderlo lo que puede disminuir los ingresos; luego el costo físico, como el extremo cansancio, mal comer que genera gastritis, colitis, y otras somatizaciones; finalmente el costo social, por la tensión que origina la estigmatización, aislamiento y falta de interacción social por vergüenza o rechazo de tener un familiar con trastorno bipolar, temor a conductas impredecibles, pérdida de vínculos sociales, descuido de las necesidades personales de quien ejerce el rol de cuidador.

Es así como el representante por Venezuela de la Sociedad Internacional de Trastorno Bipolar Luis Madrid Peroza (2008c.p Cantv.net2008), dice que “es necesario que los familiares de pacientes con trastorno bipolar reciban terapia psicológica para aprender a enfrentar la enfermedad, conozcan los síntomas de alarma y sepan cómo manejar los episodios de su familiar.” (p.2)

Por otra parte Reinares M. (2000) plantea que :

Así mismo, serán los familiares quienes interactúan con el paciente y quienes pudieran favorecer su reincorporación de manera afectiva e independiente en sus actividades cotidianas, ya que el individuo pierde la capacidad de comportarse con precaución y juicio razonables conforme a la expectativa y normas sociales. (p.5)

Así, el funcionamiento familiar, las creencias y los conocimientos que tengan los miembros del grupo sobre el problema del enfermo influirán en las acciones que se llevan a cabo, y que pudieran interferir en la rehabilitación del enfermo.

Stuart G. y Sundeen S. (1992) refieren:

En este propósito las actividades educativas son encaminadas a transmitir los conocimientos necesarios, a los familiares y facilitar la comprensión de las relaciones y actitudes de los enfermos con trastorno bipolar con la finalidad de guiarlos hacia objetivos y metas que le permiten aprender y cuidar a sus familiares con este tipo de problemas.(p.30)

Un estudio avalado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) reveló que 2.7% de la población venezolana padece algún tipo de trastorno bipolar, buena parte de este grupo recibe atención en instituciones públicas y es allí donde se debe empezar la capacitación a los familiares de los pacientes que sufren de este trastorno.

En el servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas ubicado en la ciudad de Caracas, Estado Miranda, refieren que los pacientes allí atendidos en su mayoría son reincidentes, muy pocos casos son nuevos, lo que permite pensar que existe una falla en la atención recibida o establecida en el hogar que pudiera estar condicionados por factores diversos tales como sociales, educativos, económicas y emocionales. La familia desempeña un papel muy importante en la evolución de la enfermedad de cualquiera de sus miembros, en el sentido de proporcionarle apoyo, cuidados afectos y la ayuda para recibir las recomendaciones médicas. El familiar es clave para intervención adecuada del paciente que pueda rehabilitarlo o prevenir su deterioro. Dado que una persona con enfermedad mental esta inhabilitada para realizar muchas actividades básicas, es el familiar quien proporcionara el apoyo y los cuidados necesarios.



Se hace necesario entonces resaltar que es importante que el familiar no puede actuar sin los conocimientos acordes a esas situaciones de salud y es por ello que el personal de enfermería desempeña un papel importante en la orientación de la familia a manera de asegurar y fortalecer los cuidados de estos enfermos, propiciando así mejor calidad de vida y su reincorporación a la cotidianidad. en ese sentido enfermería deberá enfocar su atención no solo al cuidado del enfermo con trastorno bipolar que acude a una consulta o que es hospitalizado sino mantener la perspectiva de la persona como un todo y que dentro de ese espectro esta la familia con quien debe mantendrá el contacto directo en todo momento.

Sin embargo nos encontramos con realidades en nuestros ámbitos laborales, donde podemos observar que el personal de enfermería mantiene poco contacto con los familiares de los pacientes, además la presencia de los mismos en los grupos terapéuticos es vista como insignificante. Enfermería dirige su atención a sus funciones estrictamente asistenciales enfocadas a la administración de tratamientos y descuida sus funciones educativas destinadas a favorecer el cuidado humano integral desde la perspectiva biológica psicológica y social donde en esta ultima pudiéramos decir que se involucra especialmente la familia.

Estos planteamientos generan la gran inquietud del investigador en cuanto a la preparación de los familiares para sobrellevar una enfermedad tan discapacitante como el trastorno bipolar y permite reflexionar sobre la misma y preguntarse:

¿Tienen información los familiares del enfermo con trastorno bipolar acerca de la enfermedad, las causas, signos, y síntomas, clasificación y factores influyentes?

¿La familia está preparada para prestar el cuidado en el hogar del enfermo Bipolar e identificar los síntomas positivos y negativos de una nueva crisis?

Todas las interrogantes anteriores motivan a plantear una Propuesta de un programa de orientación dirigido a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar que acude al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas.

## **2. Objetivos de la investigación**

### **2.1. Objetivo General**

Diseñar un programa de orientación dirigido a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar que acude al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas.

## **2.2. Objetivos específicos**

2.2.1. Determinar la información que poseen los familiares sobre el diagnóstico, causa, tipos, signos y síntomas y cuidados en el hogar del enfermo con trastorno bipolar.

2.2.2. Diagnosticar la necesidad de información que los familiares reciben sobre los cuidados que deben tener las conductas negativas del enfermo con trastorno bipolar en el hogar

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

2.2.4. Elaborar un programa de orientación dirigido a los familiares de los cuidados que deben prestar al enfermo con trastorno bipolar en el hogar.

## **3. Justificación del estudio**

El propósito de la propuesta surge en la necesidad de conocimiento que los familiares de los pacientes con trastorno bipolar manifiestan al ser dados de alta el usuario, por cuanto el apoyo que estos pueden dar permitiría una pronta recuperación y asumir en casa la convalecencia y la restitución o reincorporación del enfermo a la cotidianidad, conociendo además la enfermedad y el tratamiento.

En un estudio de la Universidad de Granada se demostró que tener un alto apoyo social de la familia, por ejemplo está asociado a una mejor calidad de vida en el paciente. Si se toma como referencia esta afirmación podemos evidenciar la necesidad que tienen los familiares de comprender que los enfermos con trastorno bipolar al igual que los enfermos de diabetes, hipertensión y otros padecimientos clínicos, con frecuencia necesitan servicio de salud de apoyo continuo y que en la actualidad muchos de ellos se restablecen logrando varios niveles de desempeño, retornando a sus ocupaciones anteriores; otros a una personalidad más cómoda, pero con reducción de la capacidad para el trabajo y muchos regresan a su casa a un ambiente de supervisión y protección.

Así mismo que puedan entender que estos enfermos al ser dados de alta después de tratamientos, y retornar a su seno familiar, muchas veces por desconocimiento de como apoyarlos, no pueden compartir las actividades comunes, pudiesen generar una conducta con retraimiento y resentimiento sin la capacidad e iniciativa de buscar ayuda, con consecuencias inclusive de degradación, aparición de crisis, recaídas y el reingreso al hospital psiquiátrico.

El personal de enfermería puede influir para que el apoyo social de la familia sea efectivo en la recuperación del enfermo bipolar y una de las formas o de las herramientas que tiene a su alcance es la educación, que podría proporcionarla a través de un programa educativo ; asumiendo un rol de facilitador en el proceso de enseñanza y aprendizaje, como una fuerza que ayude a madurar y que se proponga facilitar una vida personal comunitaria, creativa, constructiva y productiva a los pacientes con trastornos bipolares.

De esta manera el objetivo principal de apoyar a la familia, con la incorporación de un programa educativo, es tratar al familiar como un sistema social, en el cual el enfermo y sus familiares trabajen juntos para tener más solidez, conducción y apoyo en la autonomía individual; por ello, la orientación familiar proporciona una ayuda a estos para reconocer las necesidades de la persona, especialmente con enfermedad mental.

En este sentido al realizar esta propuesta los primeros beneficiados son los pacientes y sus familiares, puesto que le permitirá al usuario participar en su autocuidado e involucrar a su núcleo familiar, quienes podrán participar en la recuperación del paciente a través de la orientación recibida de manera verbal y escrita de los cuidados ofrecidos por la Enfermera, con el objetivo de facilitarle herramientas necesarias que le permitan al grupo familiar afrontar situaciones que se puedan presentar en el hogar, traducándose esto en una mejor calidad de vida y la reincorporación a la sociedad del enfermo con trastorno bipolar.

Así mismo enfermería estaría poniendo en evidencia su rol como investigadora y educadora por cuanto los resultados de esta investigación afianzará el proceso enseñanza – aprendizaje al desarrollar programas que permitan mejorar la calidad de atención de los enfermos mentales y más aun la integración del trinomio enfermera-familia-enfermo, arrojando como producto la conformación del conocimiento entre la teoría y la práctica real de la Enfermera (o) y le permitirá implementar nuevas acciones de Enfermería originando un feedback entre ellos y el equipo de salud, así mismo, proporcionara una base de información para ser utilizadas en nuevas investigaciones que se realicen en el desempeño de enfermería y otras ciencias relacionadas.

Por otra parte desde la perspectiva de la institución El Hospital Universitario de Caracas es una institución de referencia nacional y por ende mucho de las personas que padecen trastorno bipolar se dirigen a esta institución, el aporte se materializa en que los resultados de esta investigación podrán servir para realizar los conectivos necesarios en relación a la orientación de los familiares lo que por ende disminuirá las reincidencias y los costos de hospitalización que esto conlleva.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

En el presente capitulo se hará referencia a los Antecedentes de investigaciones relacionadas con este estudio, así como, las Bases Teórica y Legal que fundamentan la presente investigación.

#### **1. Antecedentes del Estudio**

Para llevar a cabo la presente investigación, se realizaron consultas de diversas investigaciones con el propósito fundamental de buscar información relacionada con la temática, las cuales sirvieron de guía estudio; a continuación se presentan algunas investigaciones que están relacionadas con el trabajo.

Perlik F. (, c.p. Reinares M. y Vieta E1999.), en un estudio con familias de 266 sujetos diagnosticados de trastorno bipolar o esquizoafectivo, observaron que:

...las creencias de los familiares explicaban el 18-28% de la "carga" experimentada, y que ésta era superior en los que atribuían al paciente la capacidad de controlar sus síntomas. El hecho de que las atribuciones jueguen un papel tan importante en la percepción de la "carga", fundamenta la importancia de las intervenciones de tipo psicoeducativo que pretenden instruir a los familiares sobre la enfermedad y orientarles en las formas de afrontamiento de la misma.(p.78)

Los resultados esta investigación manifiesta que la familia experimenta un sentimiento de carga en la creencia que es responsabilidad única del enfermo de controlar sus síntomas, también se evidencia la falta de conocimiento de la familia en lo necesario que es su participación en los cuidados de su familiar enfermo.

En la década de los ochenta, Miklowitz R. (1988 c.p. Reinares M. y Vieta E.) evaluó el estilo afectivo y conductas interaccionales de las familias de 23 pacientes bipolares tras una hospitalización por un episodio maníaco. Tras un seguimiento de 9 meses concluyeron que los pacientes pertenecientes a familias de bajo estilo afectivo negativo presentaban un 17% de recaídas, mientras que aquellos cuyas familias puntuaban alto estilo afectivo negativo tuvieron un 94% de recaídas. Las relaciones observadas eran independientes de la medicación basal, la adherencia terapéutica, el tipo de síntomas subsindrómicos y la historia de la enfermedad. Dichos resultados sugieren que el ambiente emocional de la familia tras el período de hospitalización es un predictor importante del curso clínico del paciente con trastorno bipolar. El pequeño tamaño de la muestra, la brevedad del seguimiento y la influencia de variables que no fueron rigurosamente controladas.

Iciarte J. (1998) realizó un estudio para “Conocer el funcionamiento de las familias, en las cuales unos de su miembros es un enfermo mental orgánico (daño cerebral, retardo mental, epilepsia y demencia senil) en el Centro de Salud Mental Norte (CESAME)”; el objetivo de este estudio fue investigar la funcionalidad familiar de 35 enfermos. Los resultados le arrojaron que de las familias estudiadas el 28.6% presentó una dinámica disfuncional, el 34.6% semifuncional y el 37.1% funcional comprobando estadísticamente que la dinámica familiar es fenómeno independiente tipología de estas familias y el ciclo vital familiar encontrándose



una asociación causal entre el nivel socioeconómico y la dinámica de estas familias.

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

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

Otro estudio que proporciona un aporte importante para esta investigación fue realizado por Gómez C., Mendoza R. y Quintallini M. (2006) Titulado: “Programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar, del sanatorio mental Residencias San marcos Nirgua Estado Yaracuy”, el objetivo del estudio fue el proponer el programa educativo sobre cuidados directos dirigido a los familiares de enfermos con esquizofrenia, para lo cual realizaron un estudio diagnostico que confirma la necesidad de la propuesta, la muestra estuvo conformada por treinta (30) familiares a los cuales se les aplicó un cuestionario de veinte (20) ítems de respuestas sí y no. Los resultados obtenidos arrojaron que los familiares tuvieron más respuestas negativas en cuanto a los conocimientos de la enfermedad, el comportamiento, signos y síntomas, mientras que es relación a los cuidados hubo mas o menos homogeneidad entre las respuestas negativas y positivas por lo que

constituye que la orientación brindada por enfermería a los familiares es deficiente y se deben reforzar los conocimientos a través de la orientación a los familiares para lograr una mejor recuperación de enfermo con esquizofrenia

## **2. Bases Teóricas**

### **2.1 Orientación**

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

Gordon, A.y Dubbson, M (2000) plantea que:

La orientación tiene muchos puntos de contacto con la educación y casi llegan a confundirse mutuamente, ya que lo que debe hacer la orientación es proporcionar al sujeto un sistema de reflexión que lo capacite para analizar los datos de sus opciones y que a la larga le permitan una auto orientación. (p.16)

Este autor explica de una manera sencilla que la orientación, es una disciplina y un servicio que parte de una necesidad, que es el de ayudar al crecimiento personal e interpersonal en donde es importante poseer un cuerpo de conocimientos delimitados que puedan crear con fuerza la idea de una orientación mas integral, holística, donde en enfermería por ejemplo, no solo se atiendan a los pacientes, sino también a los familiares de ellos con el propósito de ayudarlos en la evolución durante la enfermedad e integrarlos a su vida cotidiana.

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

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

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

En ese sentido podemos hacer referencia que para esta investigación la actividad orientadora se puntualiza como un proceso de ayuda que permite el **asesoramiento** a los familiares del enfermo bipolar, donde ellos pueden interactuar y compartir sus experiencias con relación a la enfermedad bipolar, además de ser **guiados en** el manejo teórico práctico de los cuidados del enfermo con este tipo de trastorno.

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

La orientación por parte del personal de enfermería a los familiares, ayuda considerablemente a crear un vínculo afectivo entre el familiar y el paciente en donde, la expresión, es la medida de la creación de un ambiente familiar que refleja la cantidad-calidad de las actitudes hacia el paciente con trastorno bipolar.

No obstante, el familiar es la columna vertebral del proceso de evolución y recuperación del paciente, pues es este, el que se encuentra cercano a él porque a existe un vínculo afectivo que ayudará a la mejoría del enfermo bipolar.

Precisando en cuanto a la orientación lo más importante desde el punto de vista de la familia, es en primer lugar reconocer los síntomas del trastorno bipolar al comienzo y posteriormente en las crisis y saber cómo actuar en tales casos.

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

## 2.2 Trastorno Bipolar

Este trastorno se ha definido como trastorno del estado de ánimo para esto Fernández J. (2000) sostiene que:

El trastorno bipolar o trastorno afectivo bipolar es un trastorno depresivo de larga evolución, en el que los episodios depresivos se ven interferidos por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado (euforia excesiva), expansivo (hiperactividad anómala) o irritable. Las fases de exaltación, alegría desenfrenada o irritabilidad y grosería, alternan con otros episodios en que la persona está con depresiones intensas, con bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en casos graves, ideas de suicidio.(p.46)

El nombre de afectivo se refiere a las enfermedades de los afectos, nombre genérico que se da a los trastornos depresivos, en general, y al trastorno bipolar. Indistintamente lo nombramos como trastorno bipolar, o como trastorno afectivo bipolar.

El autor antes señalado explica que todo episodio maníaco causa una gran incapacidad en las actividades habituales de la persona que lo padece. Normalmente la persona está exaltada y “fuera de razón”, y no sigue las normas adecuadas en sus conductas laborales, sociales o de estudios. Puede tener consecuencias desagradables:

- Empobrecimiento del juicio.
- Hiperactividad improductiva.
- Hospitalización involuntaria.
- Problemas legales y/o económicos.
- Conductas antitéticas (por ejemplo: disponer de dinero no propio, o apropiarse de hallazgos de otras personas).
- Cambios inadecuados en cuanto a apariencia (indumentaria llamativa, maquillajes extraños, intentos de aumentar un aspecto más sugerente en lo sexual, etc.)
- Actividades que demuestran actitudes desorganizadas o raras (repartir dinero, dar consejos a desconocidos con quienes se cruzan, etc.)

Franklin, B. R (2002) afirma que: “el trastorno bipolar o enfermedad maniaco-depresiva es una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo”. Quienes la sufren pasan alternativamente de la euforia o "manía" a la depresión, llegando a necesitar, en ocasiones, la hospitalización. Comienza usualmente en la vida adulta. Aunque es menos común, puede ocurrir en la adolescencia y raras veces en la niñez. Esta enfermedad puede afectar a cualquiera. Sin embargo, si uno o ambos padres tienen un Desorden Bipolar, hay mayor probabilidad de que los hijos desarrollen el desorden. La historia familiar de abuso de drogas o de alcohol puede también estar asociada con el Desorden Bipolar en los adolescentes.

### **2.3 Epidemiología**

Si bien los síntomas pueden mostrar leves variaciones, varios estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo establecieron que “la prevalencia vitalicia del trastorno bipolar es del 1% aproximadamente” (Pascual, A. y

González F. 2008). La prevalencia del trastorno bipolar es similar en hombres y mujeres y no existen diferencias entre las tasas de prevalencia de distintos grupos raciales. Por lo general, aparece durante la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, con episodios depresivos que, frecuentemente, siguen a la aparición del primer episodio maníaco.

Existen dos formas de trastorno bipolar bien diferenciadas desde el punto de vista epidemiológico según Pascual, A (2008).

El trastorno bipolar I es una enfermedad que se caracteriza por episodios maníacos y depresivos, la forma "clásica" del trastorno. El trastorno bipolar II es una enfermedad que se caracteriza por episodios de hipomanía (forma de manía menos grave) y depresivos. El trastorno bipolar I tiene la misma frecuencia en hombres y mujeres, y el II es más frecuente en mujeres que en hombres (p. 48)

Existen algunas evidencias de que la mujer que sufre trastorno bipolar puede tener más tendencia a los episodios depresivos que el hombre.

## **2.4 Diagnóstico**

El trastorno bipolar se caracteriza por ciclos de manía y depresión, que pueden variar en su intensidad, duración y frecuencia. En su presentación característica, especialmente en presencia de síntomas maníacos, el trastorno bipolar por lo general no presenta un dilema de diagnóstico para el médico. Sin embargo, episodios más leves de manía o depresión intercalados con hipomanía pueden dificultarlo. El trastorno bipolar de aparición precoz, especialmente en la prepubertad, también puede presentar un desafío para el diagnóstico. Cuando se

presentan síntomas psicóticos, algunos médicos diagnostican esquizofrenia automáticamente. Sin embargo, el trastorno bipolar también puede presentarse con síntomas psicóticos tanto en la fase maníaca como depresiva, lo que puede generar un diagnóstico equivocado como si se tratara de esquizofrenia. La fase depresiva del trastorno bipolar, por lo general, precede a un episodio maníaco o hipomaniaco, de manera tal que, a medida que el trastorno evoluciona, es difícil predecir si un primer episodio depresivo desembocará en bipolaridad. Los siguientes síntomas deberían permitir distinguir el trastorno bipolar de otras enfermedades psicóticas:

- antecedentes familiares de trastorno bipolar
- rápida aparición de los síntomas
- respuesta hipomaniaca al tratamiento antidepresivo
- períodos de estado de ánimo inestable y responsable previos al episodio depresivo
- síntomas coincidentes con el estado de ánimo (en presencia de psicosis).

En los casos de gravedad moderada a grave, por lo general los pacientes con trastorno bipolar se identifican rápidamente. Sin embargo, en los casos leves, la identificación y el tratamiento pueden demorarse debido al diagnóstico equivocado o la ausencia de diagnóstico. En los adolescentes, la expectativa de conductas caóticas y falta de regulación del estado de ánimo como parte del desarrollo normal pueden impedir el reconocimiento de un trastorno importante del estado de ánimo. De manera que se debe prestar atención, especialmente a la identificación de trastornos del estado de ánimo, en el entorno de atención primaria.



## **2.5 Trastorno bipolar I y II**

Según Reinares M. y Vieta E. Existen dos formas distintas de trastorno bipolar, y para realizar el diagnóstico de cada una se deben seguir distintos criterios:

- por lo menos un episodio maníaco grave (con o sin episodios depresivos mayores previos)
- episodio maníaco no atribuible a un trastorno esquizoafectivo
- episodio maníaco no superpuesto a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, delirante o psicótico no especificado en otros términos.

### **2.5.1 Criterios para el diagnóstico del trastorno bipolar II:**

- por lo menos un episodio de depresión mayor
- por lo menos un episodio hipomaniaco
- ausencia de episodios maníacos.

## **2.6 Evolución**

La evolución del trastorno bipolar depende de diversos factores, como la gravedad y la edad de aparición de la enfermedad, las enfermedades comórbidas, la frecuencia de los episodios, el patrón del ciclo y la presencia o ausencia de "ciclos rápidos".

## **2.7 Frecuencia de los episodios**

El lapso entre el primero, segundo y tercer episodio es más largo que el lapso entre los episodios posteriores. Después de los tres primeros episodios, se observa un aumento general de la frecuencia y una relativa estabilización (Suppes F y col., 2000 c.p. Pascual, A.). Existe un subgrupo de pacientes que tienen cuatro o más episodios anuales que afectan el estado de ánimo; esto se denomina "ciclo rápido". "Con un promedio del 5 al 20% de adultos con trastorno bipolar, el ciclo rápido es más frecuente en mujeres que en hombres. En un estudio, el ciclo rápido apareció en el 72% de las mujeres en comparación con el 28% de los hombres" (Suppes 2000c.p Pascual A.). El trastorno bipolar que aparece en la adolescencia es, por lo general, de ciclo rápido y, con el tiempo, tiene períodos estabilizados.

## **2.8 Ciclos**

Algunos pacientes tienen un patrón de ciclo bien establecido, oscilan entre la depresión y la manía o entre la manía y la depresión, y otros tienen un patrón variado e impredecible. El ciclo de los episodios "puede afectar la evolución de la enfermedad dado que existen evidencias de que los pacientes que tienen el patrón de manía hacia depresión responden al tratamiento con fármacos estabilizadores del estado de ánimo mejor que los pacientes que tienen el patrón de depresión hacia manía". (SuppesF c.p. Reinares). (p.48)

## **2.9 Episodios mixtos**

Un episodio mixto se define por la presencia de suficientes síntomas depresivos y maníacos de aparición simultánea, de manera tal que se cumplen los dos criterios de diagnóstico. No es claro el efecto que esta concurrencia de síntomas tiene en la evolución del trastorno bipolar. Algunas investigaciones indican que los pacientes que sufren episodios mixtos necesitan más tiempo para recuperarse y el desenlace clínico es peor que en los pacientes que tienen solamente manía o hipomanía. Los episodios mixtos se relacionan con un aumento en la incidencia de toxicomanías y de ideas e intentos de suicidio. Además, los episodios maníacos que aparecen durante la adolescencia y el comienzo de la edad adulta tienen más probabilidad de ser episodios mixtos.

## **2.10 Edad de aparición**

La mayoría de los pacientes generalmente tienen los primeros síntomas antes de cumplir 25 años, y antes si en su familia hay antecedentes de trastornos afectivos (Bland, 1997; Suppes y col., 2000). Sin embargo, en muchos casos, los episodios de depresión preceden a un episodio maníaco. Con frecuencia, se relaciona una edad de aparición particularmente precoz con una evolución más grave de la enfermedad; esto puede tener relación con la cantidad y gravedad de los episodios depresivos. También se relacionó la aparición precoz de los episodios depresivos con un aumento del riesgo.

## **2.11 Enfermedades comórbidas**

La tasa de prevalencia vitalicia de otras enfermedades psiquiátricas y patologías registra un gran aumento en los pacientes que sufren trastorno bipolar, y estas enfermedades comórbidas pueden dificultar el tratamiento y el control de la evolución de la enfermedad (Suppes y col., 2000). Las dos enfermedades comórbidas más comunes son el trastorno de ansiedad y las toxicomanías; el Estudio Nacional de Comorbilidad realizado en 1999 comunicó una prevalencia del trastorno de ansiedad del 93%, y de toxicomanías del 64% en pacientes con trastorno bipolar I. Los pacientes con trastorno bipolar y trastorno de ansiedad comórbido sufren una evolución de la enfermedad más grave que los pacientes que no tienen trastorno de ansiedad comórbido. Los pacientes con trastorno bipolar que también tienen antecedentes de toxicomanías sufren una evolución de la enfermedad más grave que los pacientes que no tienen tales antecedentes.

## **2.12. Suicidio**

El suicidio es una de las principales causas del aumento de mortalidad entre pacientes que sufren trastornos del estado de ánimo, y los pacientes con trastorno bipolar corren mayor riesgo de cometer suicidio que los que sufren otros trastornos psiquiátricos. La tasa de prevalencia vitalicia de suicidios en los pacientes con trastorno bipolar es del 15% en comparación con la tasa en los pacientes que sufren trastorno del estado del ánimo, que es del 6%. La mayoría de los estudios sobre el riesgo de suicidio en pacientes con trastorno bipolar incorporaron pacientes gravemente enfermos, hospitalizados, lo que da como

resultado una desviación en el muestreo y significa que la tasa real de suicidios en la población total con trastorno bipolar puede ser inferior. La Encuesta de la Zona Epidemiológica de Captación mostró que entre el 25 y el 50% de los pacientes con trastorno bipolar cometen por lo menos un intento de suicidio durante su vida, y que los pacientes, por lo general, mostraban una planificación detallada y un firme deseo de morir. El aumento del riesgo de suicidio se relaciona con intentos previos de suicidio, alcoholismo y el tiempo que pasó desde el alta hospitalaria. El intento de suicidio es 2–3 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres pero, en general, usan medios menos letales (Jamison,G. 2000).

## **2.13 Tratamiento**

El tratamiento del trastorno bipolar “es difícil debido a la complejidad y variabilidad de la enfermedad y a sus efectos sobre la cognición, la razón y la conducta” (Muller O. 2002 c.p Reinares M y Vieta E). Las directrices dictadas por la Sociedad Americana de Psiquiatría para el tratamiento del trastorno bipolar recomiendan un enfoque integral, es decir, una combinación de farmacoterapia y psicoterapia; con el propósito de aliviar los episodios agudos con rapidez y eficacia, evitar la recurrencia de episodios, mejorar la función social interpersonal y vocacional, y reducir la incidencia suicidios

### **2.13.1 Farmacoterapia**

Los medicamentos que habitualmente se usan para el tratamiento del trastorno bipolar se resumen en la tabla siguiente (tabla adaptada de (Keck, Jr 2001c.p. Reinares M y Vieta E).

## **Medicamentos para el tratamiento del trastorno bipolar:**

**Manía aguda/episodio mixto:**litio, antipsicóticos atípicos (por ej., olanzapina, risperidona), antipsicóticos típicos (por ej., haloperidol), carbamacepina, valproato

**Depresión bipolar aguda:**litio, carbamacepina, antidepresivos (combinados con estabilizadores del estado de ánimo) y lamotrigina (además de estabilizadores del estado de ánimo)

**Terapia de mantenimiento:**litio, carbamacepina y antidepresivos

**Agentes en fase de investigación clínica:**antipsicóticos atípicos (por ej., clozapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol) y antiepilépticos (por ej., gabapentín, topiramato, zonisamida)

### **2.13.1.1Litio**

El litio constituye un tratamiento firmemente establecido para el tratamiento del trastorno bipolar, y es eficaz tanto para la fase maníaca como para la depresiva. Recientes revisiones procedentes de Inglaterra y los EE.UU., incluidas las Directrices Consensuadas por Expertos de 1998, comunicaron que el litio es la terapia de primera línea para pacientes con trastorno bipolar, y tiene una tasa de respuesta aproximada del 79% .

A los pacientes que siguen una terapia con litio se les debe monitorizar la función tiroidea y la concentración de litio en suero; la dosis de litio se debe ajustar para lograr una concentración en suero de 0,5–1,2 mEq/l. Por lo general, se tarda de 6 a 8 semanas lograr que el paciente muestre respuesta terapéutica al litio (Compton & Nemeroff, 2000 c. p. Reinares M y Vieta E). Aún no está claro si la interrupción prematura de la terapia con litio empeora la evolución de la enfermedad, y existen evidencias de que el litio puede que no sea suficiente para el tratamiento de estados mixtos y manía grave (Licht, 1998). Los pacientes que tienen relativamente pocos episodios vitalicios de trastornos del estado de ánimo, con síntomas de depresión durante la manía, y sin ciclo rápido, muestran la mejor respuesta al tratamiento con litio (Keck, Jr. y col., 2001)

### **2.13.1.2 Anticonvulsivantes**

El espectro del tratamiento para el trastorno bipolar se amplió a partir de la introducción de los anticonvulsivantes, que comprenden carbamacepina, valproato y lamotrigina. Los pacientes con ciclo rápido o episodios mixtos tienen más probabilidades de beneficiarse del tratamiento con anticonvulsivantes que los pacientes que sufren otros tipos de trastorno bipolar (Muller-Oerlinghausen , 2002 c.p. Reinares M y Vieta E).

Comparada con el litio y el placebo, la carbamacepina es eficaz para el tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar, pero su uso no está aprobado en todo el mundo para esta indicación . Los resultados de diversos estudios indican que la carbamacepina tiene propiedades antimaníacas y antidepresivas, como monoterapia y combinadas con litio o antidepresivos. En un estudio enmascarado, el 53% de los pacientes deprimidos tuvo una rápida respuesta cuando se agregó litio a carbamacepina . La terapia con litio es aun superior a la carbamacepina, y la terapia combinada es mejor que la monoterapia, particularmente en los pacientes con ciclo rápido. Esto puede deberse, en parte, a la capacidad de la carbamacepina para inducir su propio

metabolismo mediante el sistema enzimático microsómico del citocromo p 45 .

El valporato es el estabilizador del estado de ánimo recetado con mayor frecuencia, donde está autorizado para el tratamiento de la manía aguda, pero sólo después de que los tratamientos con litio y carbamacepina hayan fracasado o no hayan sido bien tolerados. Si bien actualmente no se usa en toda Europa, su incidencia de uso es cada vez mayor . La eficacia del valporato en el tratamiento de los trastornos bipolares aun es materia de controversia. Un estudio realizado en 1994 confirmó su eficacia en el tratamiento de la manía; sin embargo, trabajos más recientes, realizados en 2000, mostraron que el tratamiento con valporato no difería del placebo a la hora de prolongar el período hasta la recurrencia de cualquier episodio de trastorno del estado del ánimo durante más de 12 meses (Bowden, 2000; Young y col., 2000 c.p. Pascual 2008)). Si bien se necesitan estudios más amplios para corroborar o rebatir estos datos clínicos, actualmente se considera que el valporato es más eficaz para el tratamiento de manía que de depresión, pero también puede tener algunas propiedades antidepressivas leves-moderadas (Compton , Nemeroff, 2000).

La lamotrigina es uno de los últimos y novedosos anticonvulsivantes para el trastorno bipolar. Se ha estudiado ampliamente y se considera que sus efectos comprenden la inhibición de los aminoácidos excitatorios y los canales del sodio

La lamotrigina no es práctica para el tratamiento de la fase depresiva del trastorno bipolar, lo que en parte, se debe a la necesidad de aumentar la dosis gradualmente; Se comunicó que la lamotrigina aumenta la eficacia del valporato en el trastorno bipolar; sin embargo, con esta posología existe el riesgo de



erupción cutánea Para reducir ese riesgo, se recomienda el ajuste lento de la dosis. Por el contrario, cuando se administra lamotrigina de forma concomitante con carbamacepina, se recomienda aumentar la dosis más rápidamente. La lamotrigina está surgiendo como un agente con grandes probabilidades para el tratamiento del trastorno bipolar; sin embargo, se necesitan más investigaciones para aclarar su posición dentro del espectro de tratamientos.

### **2.13.1.3 Antidepresivos**

Los antidepresivos estándar son eficaces para el tratamiento del trastorno bipolar I combinados con un estabilizador del estado de ánimo. Los antidepresivos más frecuentemente recomendados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y el bupropión (Compton; Nemeroff, 2000c.p. Reinares M y Vieta E).

### **2.13.2 Psicoterapia**

Los pacientes con trastorno bipolar muestran una tasa relativamente alta de incumplimiento terapéutico, tasa estimada en 32–45% de los pacientes tratados (Rothbaum Astin, 2000 c.p. Reinares M y Vieta E.). El escaso cumplimiento terapéutico combinado con las altas tasas de conflictos matrimoniales, divorcio y desempleo relacionados con el trastorno bipolar restringe la eficacia de la farmacoterapia sola. El objetivo de combinar psicoterapia y farmacoterapia es, principalmente, aumentar el cumplimiento terapéutico. Además, la psicoterapia puede reducir la cantidad y duración de las hospitalizaciones y recaídas, mejorar

la función social y la calidad de vida, y reducir el riesgo de suicidio del paciente. Existen diversos enfoques psicoterapéuticos, adecuados a distintos estadios de la enfermedad, entre los que podemos mencionar psicoinstrucción, terapia cognitivo conductual (TCC), terapia de grupo, terapia familiar y terapia específica para cada caso, como la terapia para casos de toxicomanía.

### **2.13.3 Terapia Cognitivo conductual**

Al respecto Cook S y Fonaine K. 1993 señala:

La terapia conductual se basa en la evidencia de que toda conducta es aprendida, así que la no deseable o la desadaptación puede cambiarse por una conducta deseable y adaptativa. El terapeuta utiliza un conjunto de principios establecidos para desplazar las expectativas del cliente de esperanzas y alivios de la ansiedad para disminuir la fuerza de la conducta de desadaptación<sup>2</sup> (p. 131-132).

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

### **2.13.4 Terapia de grupo**

La terapia de grupo se aplica a casos de trastorno bipolar hace sólo 10-15 años porque los pacientes bipolares se consideraban no aptos para esta clase de

terapia. Sin embargo, estudios recientes demostraron que la terapia de grupo instruye al paciente respecto al cumplimiento terapéutico; la cantidad de recaídas se puede reducir en un 15% disipando el estigma del trastorno bipolar. En los pacientes que siguen un tratamiento combinado, terapia de grupo y medicación, la evolución de la enfermedad puede ser menos grave que en los que reciben solamente medicación, en términos de escasa interacción familiar, fracaso matrimonial y necesidad de hospitalizar al paciente otra vez. Si bien puede ser problemático comparar los datos debido a las distintas terapias aplicadas; por lo general, esos datos respaldan la aplicación de terapia de grupo al paciente con trastorno bipolar (Rothbaum Astin, c.p. Reinares M y Vieta E).

Esta terapia la cual puede desarrollarse de manera ambulatoria y su éxito es maximizado cuando se combina con la farmacoterapia. En este sentido Cook S. y Fontaine K. 1993 señalan: “la terapia de grupo es una modalidad de tratamiento basada en el aprendizaje interpersonal. Los pacientes experimentan conflictos de origen intrapersonal e interpersonal. Por tanto la experiencia de grupo permite a los clientes individualmente superar la transferencia y derivar una experiencia emocional correcta de la visiones internas personales y compartidas” (p.126).

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

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

### **2.13.5 Terapia familiar**

Por lo general, la interacción matrimonial y familiar normal es problemática para el paciente con trastorno bipolar. Como consecuencia de las relaciones tensas, el paciente puede sufrir más recaídas y peores experiencias funcionales. El objetivo de la terapia familiar es educar al paciente y su familia sobre el trastorno bipolar teniendo como meta un mayor cumplimiento terapéutico, mejor aceptación de la enfermedad por parte del paciente, mejor interacción funcional en los planos social y laboral y control de los factores estresantes. Se capacita a la familia en el aspecto comunicativo y a través de la terapia familiar se intenta recomponer las relaciones funcionales familiares después de un episodio de trastorno del estado del ánimo. Las sesiones de terapia familiar también tratan de abordar la sintomatología postraumática que puede afectar al paciente y la familia después de un ataque agudo o un período de hospitalización.

La terapia familiar se divide en tres etapas claramente definidas: etapa de evaluación, énfasis en la optimización del aspecto comunicativo, y énfasis en la resolución de problemas. Con frecuencia se enseña a la familia el "ejercicio de

recaída", que le permite identificar el cuadro de la recaída y prepararse para el próximo episodio (Rothbaum, Astin, c.p. Reinares M y Vieta E).

En relación a la familia Kossier, B. (1995) señala: "La familia es un lugar de raíces, refugio y rejuvenecimiento, que a través de la experiencia de la vida en la familia donde la persona aprende a participar y contribuir a la sociedad" (p. 333).

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

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

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

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

#### **2.14 La autoestima en el enfermo bipolar.**

Durante los períodos de manía, el paciente es impulsivo y energético, con un sentido exagerado de autoestima; mientras que la fase depresiva trae consigo sentimientos abrumadores de ansiedad y pensamientos suicidas que podemos relacionarlos con la baja autoestima por cuanto se presentan resentimiento y frustración injustificada, una perspectiva sombría del futuro, sentimientos de

inferioridad e inadecuación, pérdida de autoconfianza y autoestima, sentimiento de vacío interior y culpabilidad y un descenso significativo de los niveles de energía y vitalidad.

Es necesario el apoyo en la comprensión de estas variaciones de la autoestima tanto al paciente como al familiar asesorando para que puedan conocerlas y afrontarlas, por cuanto estos sentimientos son ya difíciles de afrontar para un individuo sano y, sumado a un estado depresivo o maniaco que pone al paciente en peligro de suicidio, la dificultad se intensifica. Las terapias enfocadas hacia la mejora de autoestima, la reconstrucción de los sustentos sociales y la verificación de que el paciente está cumpliendo con el tratamiento, son esenciales.

## **2.15 Apoyo familiar**

La familia juega un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad, puesto que puede convertirse en una gran ayuda o en un perjuicio, si es un factor estresante para el paciente. En general los psiquiatras observan dos tipos de errores en los familiares: una sobreprotección, sobre todo cuando el paciente es joven, o una negación de la enfermedad, más común entre los cónyuges. Para ellos también existen programas de psicoeducación, que tratan de corregir aspectos específicos de la relación entre paciente y familia.

Es muy importante que los médicos que llevan la psicoterapia de los pacientes bipolares conozcan a los familiares, parejas o amigos cercanos para reforzar el apoyo social y emocional de los enfermos. Se vio en un estudio que la instrucción a la pareja del paciente para convivir con la enfermedad aumenta las probabilidades de que éste sea constante en el tratamiento. A diferencia de los familiares de los alcohólicos, que se les recomienda dureza, los familiares de los pacientes bipolares deben ser extremadamente comprensivos, por el alto riesgo de suicidio que implica este trastorno. Puede ser de gran apoyo simplemente escucharles con atención y dar muestras de que les entienden. No se debe hacer sentir culpable al paciente; el trastorno no es culpa suya, sino el resultado de un desequilibrio químico del cerebro. Aun así se deben mantener firmes en cuanto a la continuidad del tratamiento, amenazando incluso al paciente con hospitalizarle si no lo cumple. Se les recomienda tener a mano un número de teléfono de asistencia 24 horas o el número de un psiquiatra autorizado a internar al paciente, y deben estar dispuestos a mantener sus amenazas si el paciente se vuelve agresivo o la familia está a punto de derrumbarse. Desafortunadamente, estas acciones no son intuitivas, y siempre sale alguien malparado. Además, los allegados deben cuidarse ya que también ellos pueden caer en depresión profunda. Deben probar cada uno de los métodos para mantenerse enérgicos y evitar el estrés. Por ejemplo, hacer deporte, meditación, técnicas de relajación, vacaciones para separarse un tiempo del paciente, o adquirir algún hobby. Los grupos de apoyo son importantes, y se pueden encontrar en casi todas las localidades.

## **2.16 Alimentación.**

La manía induce a la hiperactividad, y se produce malnutrición debido al incumplimiento de los requerimientos nutricionales básicos por incapacidad para centrarse en la necesidad de alimentarse y toda la secuencia de acciones precisas.



Se presenta pérdida de peso y desarreglos digestivos. Los pacientes maníacos comen cualquier cosa, sin masticar casi, y no respetan un horario básico o una irregularidad.

## **2.17 Programa Educativo**

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

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

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

En tal sentido y de manera particular para el interés de este estudio se desarrolla el basamento teórico del programa de orientación educativa que según

Psicología de la Educación para Padres y Profesionales en su página de la web [www.psicopedaogía.com](http://www.psicopedaogía.com) (2005), los define como:

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

Dadas las consideraciones que anteceden se puede inferir que los programas educativos influirán en el individuo acondicionando y suministrando los conocimientos requeridos, así como enfatizando el método de enseñanza más pertinente, tomando en consideración que la esencia de la enseñanza esta en la transmisión de información mediante la comunicación directa en la utilización de medios auxiliares, de mayor o menor grado de complejidad y costo.

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

Debe señalarse que el programa educativo utilizado en el área de la salud específicamente se refiere a una **orientación** sobre cuidados, medidas preventivas y de educación general del programa de salud propiamente dicho; cuyo propósito final es contribuir el nivel de funcionamiento óptimo mediante el asesoramiento,

enseñanza y la prestación de salud, además, estos pueden ser dirigidos a grupos o comunidades.

En este sentido Kossier B (1995), agrega que: “los programas sobre promoción de salud se pueden desarrollar en muchas partes y pueden ofrecer a personas y familiares, en su hogar, en la comunidad, en el colegio, hospital o lugar de trabajo.”(p.309)

Es por ello que la enfermera debe apoyar, estimular y establecer, fortaleciendo su rol de educador, todas las medidas y estrategias educativas como un motor impulsador de desarrollo que, subsiguientemente sea utilizado como un mecanismo de retroalimentación positiva fortaleciendo su desarrollo futuro, en el instante que las exigencias aparecidas convengan para asegurar la transformación continua y sostenible del entorno de la persona en aras de su propio beneficio como ente biológico y de la colectividad de la cual es él un componente inseparable.

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

exige que se establezcan objetivos claros y precisos, enmarcados dentro de la realidad de lo que se requiere enseñar y que responda las necesidades de la persona.

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

## **2.18 Cuidados de enfermo en el hogar**

A lo largo de los planteamientos hechos, se hace necesario, explicar a los familiares y que estos entiendan que los enfermos con trastorno bipolar al igual que los enfermos diabéticos y otros padecimientos clínicos, con frecuencias requieren de servicios de salud de apoyo continuo y en la actualidad muchos de estos enfermos se restablecen en varios niveles de desempeño retomando ocupaciones anteriores, otros a una personalidad más cómoda por la reducción de la capacidad para el trabajo y muchos regresan a su casa simplemente a un ambiente de supervisión y protección.

Así también que estos enfermos al ser dados de alta después de un periodo de tratamiento, pueden presentar debido a los efectos colaterales de los medicamentos una conducta con retraimiento, apatía y aislamiento que disminuye

su capacidad de iniciativa de buscar ayuda al experimentar nueva sintomatología por lo que puede paulatinamente o de manera súbita descompensarse, recaer y regresar a un episodio agudo mas severo a un centro de hospitalización u hospital psiquiátrico.

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

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

Entre estas conductas negativas tenemos: el llanto con mucha frecuencia, como ya se ha explicado anteriormente pueden presentar como ante sala a un episodio agudo de depresión progresiva, esta es una conducta peligrosa para sí mismo y para los demás ante la sospecha de ser nuevamente internados manifestándose con gran retraimiento y temerosos. por otro lado la exaltación genera conductas de euforia que altera la tranquilidad del ambiente, atemorizando su entorno. Por lo que, es necesario prevenir este tipo de comportamientos y solucionar el problema a la mayor brevedad posible aportando medidas de seguridad y considerando la situación de manera prudente.

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

También es muy necesario proporcionarle un ambiente de seguridad; la vigilancia continúa para impedir que se lesione y permitir la expresión de sentimientos de culpa y tristeza, al mismo tiempo que se le proporcione ánimo y apoyo.

### **2.18.1 Cuidados a considerar en el llanto fácil, episodios de euforia e intento de suicidio**

- 1.- Mantener su entorno en un ambiente de seguridad.
- 2.-establecer comunicación y crear confianza.
- 3.- Aumentar la autoestima y comunicarse con los demás.

Conductas o Problemas:

- Planeación de suicidio.

- Actividades o intentos suicidas.
- Sentimientos de minusvalía.
- Falta de control en su entorno.

#### **2.18.1.1.- Mantener al enfermo en un ambiente de seguridad (Acciones)**

- Mantener los objetos punzo cortantes (tijeras, navajas, agujas, etc.)
- Proporcionar el uso de rasuradoras eléctricas de ser posible, ya que las rasuradoras descartables pueden romperse y quitarles las hojillas.
- Mantener en sitios de seguridad objetos que se usan para limpieza o mantenimiento tales como, líquidos limpiadores, destapa cañerías, veneno para roedores, insecticida, etc.
- Colocar en depósitos seguros los medicamentos de uso doméstico.
- Limitar el uso de cerillos y encendedores.
- No permitir que fume en los cuartos
- Detectar cualquier signo de ansiedad creciente y tratar de disminuirla enseñándole relajación muscular o animándolo a realizar juegos o deportes no competitivos.
- Iniciar y promover interacciones planificadas cortas y frecuentes que no supongan ninguna exigencia al enfermo.

### **2.18.1.2.- Establecer comunicación y crear confianza, acciones a seguir:**

- Ofrecerle al enfermo ayuda por un periodo específico con fines de entablar una comunicación.
- Hablar con el enfermo de sus sentimientos y darle tiempo suficiente para expresarse.
- Escucharle, prestarle atención a lo que está comunicando en forma verbal y no verbal.
- No realizarle preguntas abiertas y definidas, evitar aquellas que tengan solo monosílabas como respuestas.
- Ser sinceros y no emitir juicios de ninguna índole.
- Conocer los sentimientos propios y no permitir que estos perjudiquen la interacción con el enfermo.
- Indicar al enfermo cuando no se entiende lo que trata de decir, tomando responsabilidad de indicarle que no se ha entendido y pedirle que se explique, dándole así mismo la responsabilidad de que sea explícito.
- Expresar preocupación y apoyo.
- Fomentar la impresión de los sentimientos de desesperanza.
- Evitar situaciones potencialmente estresantes como discusiones, críticas y comentarios despectivos.
- Animarlo a que exprese sus sentimientos en lugar de actuar en forma impulsiva.
- Comentar con el enfermo los incidentes que le proporciona la tristeza o euforia y las alteraciones de conducta.



- Realizar proyectos de terapia ocupacional y de ejercicios como actividades constructivas para minimizar las ideas de de depresión.
- Usar el humor con juicio recordando que el raciocinio es lento y hay algunos enfermos que no entienden frases humoristas y se corre el riesgo de una inapropiada interpretación.
- No permitir actitudes de manipulación ni hacerle parecer tonto.

**2.18.1.3.- Aumentar la autoestima y comunicarse con los demás, acciones a seguir:**

- Proporcionar la atención de una forma sincera y con interés.
- Apoyarle en todos sus éxitos, cumplimientos de responsabilidades, proyectos e interacciones personales.
- Proporcionarles actividades simples, que puedan ser fácilmente ejecutadas por el enfermo y con rapidez.
- Ayudar al enfermo a descubrir aspectos positivos respecto a sí mismo y a otras personas, sus vocaciones y virtudes, etc.
- Esperar que el enfermo llene y cumpla sus propias responsabilidades y apoyarlo para que lo haga evitar presiones y críticas.
- Proporcionarle retroalimentación positiva directa que le señalen la consecución de responsabilidad en la ejecución de tareas.
- Fomentar actividades durante momentos del día cuando el enfermo se ve con mayor capacidad de concentración, a fin de que pueda participar activamente.

- Comenzar con actividades pequeñas a corto plazo para asegurarse de que las cumplirá con éxito.
- Adentrar la interacción en una actividad o actividades pequeñas en pequeños grupos con los que comparta interés particulares.
- Acercarse al enfermo con tranquilidad y optimismo comunicándole ideas de que tendrá éxito en su meta.
- Responder verbalmente a todo lo que el enfermo hable que sea acorde con la realidad, reforzarle su conversación con la realidad.
- Mantener una actitud cómoda cuando se siente con el enfermo en silencio, demostrando que la presencia atenta y preocupada es una forma de apoyo no verbal.
- Permitir sin animar que el enfermo llore, permaneciendo con él dándole apoyo y brindándole privacidad cuando pida permanecer a solas.

Otras conductas negativas a considerar y las cuales requieren atención precisa y afectiva son: rechazo de los alimentos y malos hábitos de descansos.

El rechazo de los alimentos, se observan en los pacientes deprimidos, con ideas de minusvalías o baja autoestima que argumentan no merecer la comida, por lo que las acciones estarán dirigidas a lograr que el enfermo mantenga la homeostasis, que estos alimentos hagan interacción con los medicamentos y ganar la confianza para lograr la ingesta de los mismos.

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

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

#### **Conducta o problema**

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

#### **Facilitar una nutrición adecuada.**

- Ofrecerle alimentos líquidos nutritivos y agua con frecuencia en pequeñas cantidades.

- Ofrecerle alimentos que puedan tomar con poco esfuerzo, es decir, fáciles de masticar y que a la vista resulten apetitosos.
- Ofrecerle batidos ricos en proteínas, pueden elaborarse con helados, leche en polvo o también suplementos dietéticos.
- Si sufre de síntomas gastrointestinales como por ejemplo náuseas o acidez, ofrecerles alimentos blandos y ligeros. Ligeramente carbonatados, evitar alimentos fritos, las cremas de aderezo y los alimentos condimentados.
- Tomar en cuenta las preferencias alimenticias del enfermo.
- Realizarle medición del peso con regularidad.
- Proporcionarle alimentos con alto contenido de fibra y vegetales que promuevan la regularidad del vaciamiento intestinal.
- Observar la regularidad del vaciamiento intestinal del enfermo; no permitir que se produzcan impactaciones fecales, además tomar en consideración que la inactividad, la ingestión de tranquilizantes mayores y la disminución de la ingesta de alimentos pueden ser causa de estreñimiento.
- Servir los alimentos y dejar que el enfermo observe su preparación o permitir que contribuya en esta.

### **Reposo.**

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

Acciones a seguir:

- Fomentar los períodos de descanso, la tranquilidad, promover la relajación y reducir el ruido.
- Procurarle actividad durante todo el día.
- Procurarle una rutina nocturna regular como por ejemplo un baño de agua tibia y lecturas en un ambiente tranquilo.
- Ser cortés pero firme para fijar límites respecto al tiempo que el enfermo podrá pasar en cama, determinar el tiempo específico cuando el enfermo debe despertar por la mañana y cuándo podrá reposar.
- Proporcionarle un sitio tranquilo y apacible para su reposo.
- Hablarle por períodos breves durante las horas nocturnas para ayudarle a aliviar la ansiedad y transmitirle seguridad antes de regresar a la cama.
- No permitirle que duerma durante mucho tiempo en horas diurnas.
- Disminuir los estímulos del medio ambiente por ejemplo, conversaciones en voz alta, luces brillantes en horas nocturnas.
- Limitar el consumo de café u otras bebidas que contengan cafeína, especialmente en el crepúsculo o en la noche.
- Utilizar la medicación a la hora de acostarse, por razón necesaria como sea indicado para facilitar el sueño.

En la misma forma, es necesario hacer mención de otro tópico de significativa importancia en la atención y cuidado del enfermo con trastorno bipolar como lo es el tratamiento con psicofármacos, antidepresivos y anticonvulsivos, tomando en cuenta que estos son agentes químicos que afectan el cerebro, al sistema nervioso y a los sentimientos, las emociones y la conciencia de diversas formas,

que además mientras su administración se ocasionan efectos colaterales que deben ser conocidos por sus familiares y orientarlos para ser minimizados en la medida posible; estos efectos colaterales se pueden presentar en diferentes sistemas entre ellos.

#### **2.18.4 Cuidados Cardiovasculares.**

Puede ofrecerse cuidados como:

Acciones:

- Medir el pulso y la tensión con frecuencia en diferentes posiciones (sentado, acostado y de pie) . Orientar al enfermo cambiar de postura lentamente.
- Orientar al familiar para que indague en el enfermo, y al enfermo para que comunique cualquier sensación de taquicardia, mareo o sofocación.

Anticolinérgicos: Problemas más frecuentes boca seca, visión borrosa, retención de orina y estreñimiento.

Acciones:

- Boca seca, orientar al familiar para que le proporcione con frecuencia caramelos o chicles sin azúcar para aliviar la sequedad bucal.
- Visión borrosa, orientar al familiar para que mantenga vigilancia en signos de torpeza y tropezones para dar aviso al médico tratante.
- Retención urinaria y estreñimiento, orientar al familiar para que mantenga vigilada la frecuencia y cantidad de excreción del enfermo y

aconsejarle mantener una frecuente ingesta de líquidos, fibra y estimularlo hacer ejercicio físico.

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

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

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

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

En esta vista es necesario resaltar que el profesional de enfermería debe internalizar la vital función orientadora y cumplir con su propia responsabilidad ética y profesional de proporcionar a los enfermos, familiares y comunidad en

general los insumos informativos necesarios para fomentar los cambios de conductas y comportamientos que promuevan estilos y hábitos de vida apropiados que disminuyan notablemente el desequilibrio originado por situaciones estresoras causantes de crisis personales e interpersonales. Por consiguiente el personal de enfermería debe incentivar la orientación basada en un cuerpo de conocimientos utilizando materias educativas que le permitan comunicarse de forma clara, relevante y actual, es por ellos que apoyada por contenidos antes expuestos dirigirá el programa educativo con la finalidad de desarrollar en los familiares del enfermo con trastorno bipolar fuerza positiva que le ayuden a satisfacer la demandas y necesidades tanto del enfermo como de todo el núcleo familiar.

### **2.19. Teoría de Enfermería**

Dadas las condiciones que anteceden en el contexto de la orientación educativa se fundamentará utilizando la filosofía de Hidelgard E. Peplau(c.p.Pascual 2008) en su modelo de enfermería psicodinámica o de relación interpersonal de ayuda según Ann Marrner y Tomey, sostienen que: “la enfermería tiene un rol educativo, una fuerza de maduración que intenta favorecer el avance de la personalidad en dirección de una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva” (p.329)

La afirmaciones de la teorizante nos indica el horizonte del desempeño profesional de enfermería firmemente sustentado en un proceso continuo de experiencia y formación, requiriendo de esta forma que el profesional de enfermería se mantenga constantemente informada para que



pueda desarrollar la orientación adecuada a los enfermos y familiares proporcionándole apoyo profesional.

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

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

Se va avanzando a la **tercera fase**, en que esta el enfermo puede oscilar entre la dependencia y la independencia, es cuando el profesional de

enfermería establece mas intensivamente la interrelación y devuelve la confianza al enfermo permitiendo profundizar y analizar las soluciones. La última fase es que la **resolución** implica un proceso de liberación que, para tener éxito, depende de la anterior cadena de acontecimientos; es preciso resolver las necesidades de dependencia psicológicas del enfermo y promover la creación de relaciones de apoyo para fortalecer su capacidad para valerse por si mismo.

Es así como la relación enfermero(a) – paciente que había sido construida durante otras fases de ayuda al enfermo a cumplir con éxito el reto de la resolución. La teorizante describe una serie de roles que el profesional de enfermería asumir en las diferentes fases de su relación con el enfermo entre ellas se mencionan: el rol de persona extraña en el cual debe hacerse hincapié en el respeto y el interés positivo; el profesional de enfermería debe aceptar al enfermo tal cual es, como la persona emocionalmente capaz, y tiene que hacer un esfuerzo para decir lo que desea que escuche el enfermo. El rol de personal hábil, en esta el enfermero(a) debe dar respuestas específicas a las preguntas, pero necesita mostrarse sensibles a las situaciones que implican sentimientos o se relacionan con problemas mayores. También puede desempeñar el papel de maestra o líder, ayudando al enfermo a aprender mediante la participación activa en las experiencias. Así mismo puede actuar como consejera, como sustituta y ayudar al enfermo a verla como una persona, y no en el marco de una relación colocada por sentimientos pasados reactivos.

Mediante el desenvolvimiento de cada uno de estos roles la personalidad del profesional de enfermería marca una diferencia sustancial en

los resultados del aprendizaje del enfermo durante el periodo en que le presten cuidados, tomado en cuenta que el campo de actuación del profesional de enfermería no está limitado, pudiendo actuar en todas partes donde se desenvuelven actividades vitales del hombre sea en la escuela, hospital, comunidad, trabajo y en los tres niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.

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

## **2.20 Sistema de Variables**

### **Variable:**

Información que poseen los familiares acerca de los cuidados de los pacientes con trastorno bipolar

**Definición Conceptual:**

Se refiere a las acciones puestas en prácticas por los familiares para los cuidados de los pacientes con trastorno bipolar

**Definición Operacional:**

Se refiere a las respuestas dadas por los familiares en relación a los cuidados del paciente bipolar.

### Operacionalización de Variables

**Variable:** Información que poseen los familiares acerca de los cuidados de los pacientes con trastorno bipolar.

**Definición Operacional:** Respuestas dadas por los familiares en relación a los cuidados del paciente con trastorno bipolar.

Dimensión	Indicadores	Sub-Indicadores	Ítems
<p><b>Información:</b> Se refiere a la comprensión de las características de la enfermedad y las Estrategias puestas en práctica por los familiares para el cuidado del enfermo con trastorno bipolar.</p>	<p>-Características de la enfermedad (trastorno bipolar)</p> <p>-Estrategias para el cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Origen de la enfermedad</li> <li>• Signos y síntomas</li> <li>• Fases del trastorno</li> <li>• Tratamiento</li> <li>• Terapias</li>   <li>• Habilidades personales</li> <li>• Tipo de alimentación</li> <li>• Relación familiar</li> <li>• Interés a la orientación</li> </ul>	<p>1-2</p> <p>3-4</p> <p>5-6</p> <p>7-8-9-10</p> <p>11-12</p> <p>13-14-15</p> <p>16-17</p> <p>18-19</p> <p>20</p>

## **Definición de Términos Básicos**

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

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

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

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

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

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

**Comunicación:** conducta consiste en transmitir una información un mensaje a otra persona.

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

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

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

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

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

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

**Exaltación:** júbilo intenso con sentimientos de grandeza.

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

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

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

**Psiquismo:** conjunto de características psicológicas de una persona



## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **1.- Tipo de investigación**

La investigación que se realiza esta fundamentada en la modalidad de proyecto factible, ya que, se trata de un modelo operativo viable para solucionar una situación determinada definido por Hurtado J. (2000) como “tipo de investigación que conduce a invento, Programas, diseños o creaciones dirigidas a cubrir una determinada necesidad y basada en conocimientos anteriores” (p.112).

Así mismo este proyecto descansa en los aportes de un diseño de campo, donde se describe la problemática que se presenta y se señala específicamente un fenómeno y que al respecto la UPEL (2003) explica: “es el análisis del problema en la realidad, con el propósito de describirlos, interpretarlos(...) los datos son recogidos de forma directa de la realidad” (Pag. 14)

Los conceptos anteriores plantean lo que realmente se hizo en esta investigación que fue recoger la información directamente donde ocurre la problemática y proponer soluciones de una manera operativa para los actores involucrados en la misma.

#### **2.- Caracterización del Proyecto**

El proyecto tiene una naturaleza pública, porque está dirigida a los familiares de los enfermos con trastorno bipolar que acuden al servicio de

psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas ya su vez este dependiente del Ministerio del Poder Popular para la Salud es de carácter social y se orienta al mejoramiento de la calidad de atención y cuidados de los enfermos con trastorno bipolar de la institución antes descrita.

### **3.- Importancia del proyecto**

Para que el profesional de enfermería realice su contribución óptima a los cuidados de salud, se necesitan profesionales que puedan usar una visión que dé solución a los problemas de salud para cuidar, pensando y actuando crítica y analíticamente sobre este; integrado competencia intelectual con pericia clínica que pueda ser demostrada en diferentes situaciones. Lo precisa el reconocimiento de que gran parte de los cuidados de salud para individuos y grupos deben ser ejecutados por ellos mismos, es decir, las mismas personas. Los profesionales de salud están para ayudarles donde el auto cuidado, su propio cuidado es inadecuado en cuanto a satisfacer sus necesidades.

Por ello, a familia como un sistema social humano es un sistema continuamente abierto al cambio con necesidades de interactuar y ser influido por otros sistemas de la comunidad que le aporten desarrollo para mejorar su papel de proporcionar apoyo emocional y seguridad a sus miembros por lo que es de vital importancia promocionar estrategias que fomenten autocuidados efectivos que influyan en el desarrollo cognitivo y psicosocial de cada uno de ellos, es por ello que el presente proyecto pretende satisfacer la necesidad de orientar a los familiares del enfermo con trastorno bipolar en el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas.

#### **4.- Ubicación sectorial y localización física del proyecto**

El proyecto se ubica en el sector salud, se podrá desarrollar en las instalaciones del Hospital Universitario de Caracas ubicado en Ciudad Universitaria, Caracas.

#### **5.- Tipo de Diseño.**

Esta investigación se ubica en la modalidad de proyecto factible, basada en un diseño descriptiva de campo. Se define como proyecto factible “la investigación, elaboración y desarrollo de un propuesta de un modelo operativo viable para solucionar, problemas, requerimientos o necesidades de organización o grupos sociales”(p. 14) Manual de especializaciones, maestrías y tesis doctorales de la UPEL (2006).

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

Por lo anterior expuestos esta investigación es un proyecto factible porque se diseñó un programa educativo de orientación dirigidos a los familiares en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar en el hogar que acuden al

servicio de psiquiatría del hospital Universitario de Caracas, el cual se desarrolló de acuerdo a las fases diagnóstica, factibilidad y diseño del proyecto.

## **6.- Población**

La población en una investigación representa según Hurtado J. (1998) “un conjunto de elementos, seres, o eventos concordantes entre sí, en cuanto a una serie de características, de las cuales se desea obtener alguna información” (p.142)

En este sentido, la población de estudio estuvo conformada por veinte (20) familiares de los enfermos con trastorno bipolar que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas.

## **7.- Muestra**

Se realizó un muestreo aleatorio no probabilístico y estuvo representada por diez (10) familiares que visitan y acuden con los enfermos de trastorno bipolar los cuales asistieron al llamado de vía telefónica para realizar la encuesta.

## **8.- Técnicas de Recolección de Datos**

Para obtener la información se diseñó un cuestionario de opinión, que permitió determinar la necesidad de diseñar un programa de orientación dirigido a la familia en el cuidado en el hogar de los enfermos con trastorno bipolar que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas, el mismo estuvo estructurado en una sola parte contentiva de veinte (20) preguntas tipo dicotómicas cerradas en escala de respuestas VERDADERO y FALSO.

## **9.- Validación**

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

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

Del mismo modo, la confiabilidad del instrumento permite conocer la consistencia interna, para determinarla se aplicó una prueba piloto a un grado de

cuatro (4) familiares de los enfermos con trastorno bipolar no pertenecientes a la muestra, con características similares a la población en estudio con el fin de determinar el grado de homogeneidad de las respuestas emitidas, se calculó el coeficiente de confiabilidad a través de la fórmula estadística.

## **10.- Confiabilidad**

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

En este sentido Hernández, R. Fernández Collado, C. Baptista Lucio, P. (1998), sostienen que: “La confiabilidad de un cuestionario de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados” (p.242). Para determinar la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a diez (10) personas representantes de la población en condiciones similares que no formaron parte de la muestra.

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

A efectos de esta investigación se concluyó utilizar el coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson (KR20), utilizado para escalas dicotómicas (SI-NO) administración de una prueba el cual emplea información fácil de obtener y cuya fórmula es:

$$K_{R20} = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum p \cdot q}{S^2 t} \right)$$

Donde:

$K_{R20}$ = Coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson

$K$ = Número de ítems

$p$ = Proporción respuestas correctas

$q$ = Proporción respuestas incorrectas

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

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

Tabla. Escala de Confiabilidad

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

Fuente: Pérez, G (1981)

Sustituyendo los resultados obtenidos de la matriz de doble entrada elaborada bajo el programa Microsoft Excel 2003, en el cuestionario:

$$K_{R20} = \frac{20}{20 - 1} \left( \frac{4.07}{1 - \frac{19.84}{20}} \right)$$

$$\alpha = \left[ \frac{1.5 * 1 -}{\alpha = 0.83} \right] 0.205$$

Comprobando el valor obtenido de 0.83 por la tabla presentada por Pérez (1981), refleja una confiabilidad “Muy Alta”. Según Hernández Sampieri, R.;



Fernández Collado, C.; Batista Lucio, P. ya citados, los valores de los índices de confiabilidad de estos resultados son muy satisfactorios, lo que confirma que de ser aplicado el cuestionario en otros grupos los resultados serían similares porque la confiabilidad sobre pasa el 60% en todos los casos.

## **11.- Procedimiento de la investigación**

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

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

**11.2.- Etapa de campo:** consistió en trabajo de campo, permitió extraer la información requerida de manera directa de la realidad. Se solicitó ante la dirección, administración y coordinación del servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas el listado de enfermos con trastorno bipolar, luego se les informó a los familiares de estos acerca de la aplicación del instrumento, el cual se validó a través del juicio de expertos una vez redactada la versión final del mismo se aplicó a los sujetos de estudio.

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

**11.4.- Etapa Proyectiva:** en esta fase se revisó la bibliografía relacionada con la problemática planteada y se diseñó el programa de orientación dirigido a la familia de los enfermos con trastorno bipolar que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas, señalando: justificación e importancia, objetivos, factibilidad y estructura (recursos, costos y plan de acción).

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

#### **1.-Técnica de Análisis de los Datos**

Al recopilar la información, se realizó la codificación y análisis de los datos. Se elaboraron las tablas correspondientes para ubicar la frecuencia y porcentajes, las cuales facilitaron el análisis e interpretación de los resultados. Las cifras obtenidas se presentan en tablas y en gráficos donde se visualizan los resultados. Las cifras obtenidas se presentan en tablas y en gráficos donde se visualizan los resultados de las respuestas referidas por los encuestados, luego se procedió a redactar las conclusiones del estudio diagnóstico.

#### **2.-Análisis e interpretación de los resultados**

A continuación se hace una descripción del análisis e interpretación de los resultados obtenidos a través del instrumento, aplicado a los familiares de los pacientes con trastorno bipolar que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas.

**Tabla N° 1.**

**Distribución de frecuencias y porcentajes dada por los familiares de los enfermos con trastorno bipolar de acuerdo a la información que poseen sobre las características de la enfermedad.**

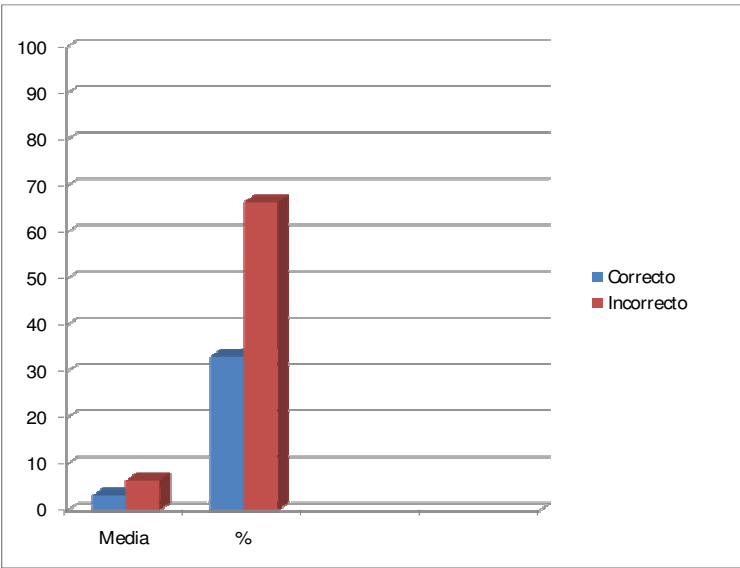
---

<u>Pregunta N<sup>a</sup></u>	<u>Correctas</u>	<u>%</u>	<u>Incorrectas</u>	<u>%</u>
1	2	20	8	80
2	3	30	7	70
3	4	40	6	60
4	5	50	5	50
5	5	50	5	50
6	4	40	6	60
7	4	40	6	60
8	5	50	5	50
9	3	30	7	70
10	1	10	9	90
11	3	30	7	70
12	1	10	9	90
Media / %	3,3	33,3	6,6	66,6

Los resultados obtenidos reflejan que el 66.6% de los familiares respondieron incorrectamente sobre el conocimiento que poseen sobre el Trastorno Bipolar y el 33,3% respondieron correctamente. Esto manifiesta que existe un déficit de información acerca de la enfermedad que padece su familiar, también permite inferir que para algunas familias, donde el resultado es del 50% en ambas categorías, les es más fácil reconocer los síntomas y signos de la

enfermedad por cuanto son parte de la cotidianidad que manejan ante las manifestaciones del trastorno bipolar que presenta el paciente. Sin embargo no excluye la importancia que estas familias reciban información acerca del trastorno. También pone en evidencia la poca información sobre el tratamiento que poseen los familiares, lo que resulta un obstáculo para la rápida recuperación, tomando en cuenta que el tratamiento farmacológico junto con las terapias depende la mejoría del enfermo. Así mismo permite potenciar los esfuerzos en la realización de un programa de orientación que ayude a estas familias.

**Gráfico N° 1**



**Tabla N° 2**

**Distribución de frecuencia y porcentaje de respuestas dadas por los familiares de los enfermos con trastorno bipolar de acuerdo a la información que poseen sobre las estrategias para el cuidado del enfermo.**

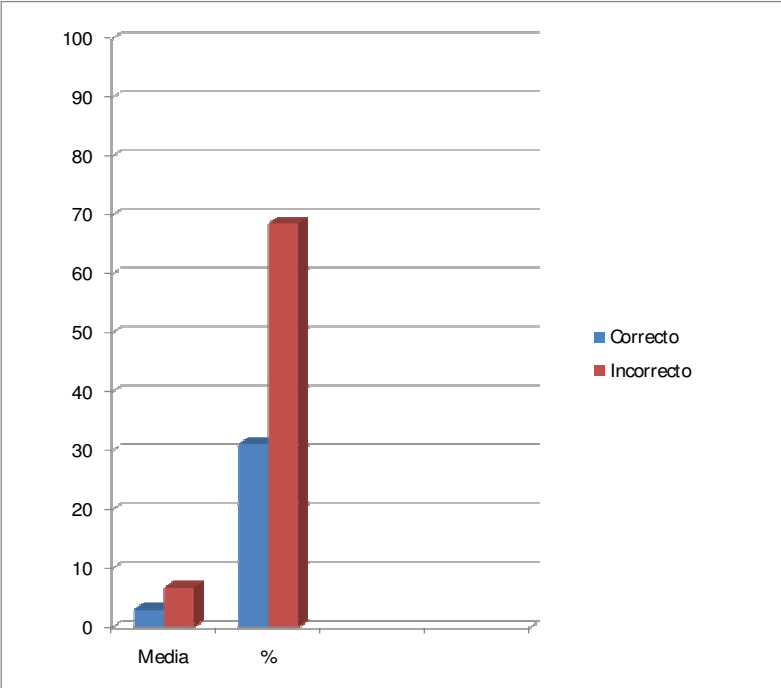
---

Pregunta N <sup>a</sup>	Correctas	%	Incorrectas	%
13	2	20	8	80
14	3	30	7	70
15	3	30	7	70
16	1	10	9	90
17	3	30	7	70
18	2	20	8	80
19	2	20	8	80
20	9	90	1	10
Media / %	3,1	31,2	6,8	68,7

La información obtenida de la tabla N° 2 refiere que el 68,7% respondieron incorrectamente sobre el conocimiento de las técnicas personales para fortalecer la autoestima; como abrazar y expresar palabras de ánimo, que permitan la recuperación del enfermo bipolar mientras y el 31,2% respondieron correctamente. Deduciendo entonces que estas manifestaciones de afecto pudiesen darse de manera muy escasa como parte de la relación familiar. Así mismo se evidencia el poco conocimiento que tienen los familiares sobre la alimentación y el cuidado en el consumo de sustancias que debe tener el enfermo con trastorno bipolar, ya que la alimentación y el consumo de diferentes sustancias puede interaccionar con los medicamentos que se le administran, causándoles efectos colaterales que entorpecerían su recuperación.

También se evidenció el desconocimiento de la importancia de la participación del familiar en la terapias dando respuesta a que no están siendo responsables de la recuperación del enfermo puesto que las terapias permiten una mejor dinámica familiar que redundara en una rápida y efectiva rehabilitación del enfermo.

**Gráfico N° 2**



## **CAPITULO V**

### **LA PROPUESTA**

En este capítulo se presenta la propuesta de orientación, sus fases, su justificación, objetivos, sinopsis del contenido y la factibilidad.

#### **1.-Objetivo**

Diseñar un programa de orientación dirigido a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar que acude al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas.

#### **2.-Propósito del Proyecto**

La enfermería es una profesión que involucra aspectos del ser humano partiendo de lo fisiológico, político, económico, sociológico y antropológico, para llevar a cabo su labor principal, que es el cuidado humano definido por Leininger (1984) como “fenómeno relacionado con la atención y conducta de apoyo y capacitación dirigida a otro individuos (o grupos) con necesidades reales a mejorar o aliviar la situación humana o modo de vida” (p. 26), en tal sentido el cuidado representa el pilar fundamental que involucra la interacción con el otro por lo que demanda de la enfermera desarrollar sensibilidad frente al dolor, al sufrimiento, a las necesidades físicas y espirituales, así como influir en los cambios de conducta que favorezcan el estado de salud de las personas.



En tal sentido la educación y orientación tanto al paciente con enfermedades mentales como a sus familiares, representa un pilar fundamental, debido a que la mayoría de los pacientes requiere ayuda para mantener su estado de salud no solo durante su estadía hospitalaria, sino una vez han sido dados de alta, y aun mas cuando es una necesidad sentida como en el trastorno bipolar donde la falta de información pero la búsqueda de atención están presentes en la familia de estos enfermos.

El aprendizaje de nuevas habilidades, destrezas, la comprensión del proceso de la enfermedad, los fármacos y los tratamientos, representan medios para el cuidado del paciente y mejores resultados en su evolución a fin de lograr un bienestar integral través de la participación activa de la familia.

Sin embargo es necesario destacar que la información trasmitida sobre la calidad de atención y cuidados, debe implementarse considerando el imperativo de que el profesional de enfermería asume la educación como un compromiso personal continuo y que este sea cumplido por medio de la orientación y enseñanza a los grupos y poblaciones donde exista el problema y así lo amerite, por lo tanto, debe fomentarse el empleo de programas de orientación que partan de la planificación de atención de cuidados de enfermería.

En este sentido, con la colaboración y presentación de este proyecto se pretende contribuir específicamente con la formación del personal de enfermería, ofreciéndole herramientas que le permitan desarrollar atención y cuidados de manera efectiva a los enfermos y familiares que padecen el trastorno bipolar en el servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas.

### **3.- Estudio de la Factibilidad**

La determinación de poner en práctica el proyecto fue necesaria en esta fase la cual permitió saber cuántas personas serán beneficiadas con la ejecución del proyecto, se realizaron los estudios de mercadeo, técnico y financiero. De igual manera se realizó el estudio legal.

#### **3.1.- Estudio de Mercadeo**

Su finalidad es determinar que existe un elevado número de personas interesadas en el proyecto, en hospital del estudio titulado Propuesta de un programa de orientación dirigido a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar; la demanda de personas es mayor por cuanto el tema estudiado es de particular interés para cualquier persona que desee tener conocimiento sobre la enfermedad mental considerando que estadísticamente la incidencia presenta cada vez un considerable aumento.

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

El estudio de mercadeo evidenció la existencia de un número considerable de familiares de los enfermos con trastorno bipolar en el Hospital Universitario de Caracas, que dadas las condiciones presentan la necesidad de

ser orientados en aspectos generales concernientes al trastorno bipolar como patología y los cuidados que deben prestársele al enfermo con trastorno bipolar en el hogar por lo que se justifica la puesta en marcha del programa.

El producto principal: lo constituye los familiares de los enfermos con trastorno bipolar que acuden al Hospital Universitario de Caracas.

El producto secundario: está constituido por los enfermos con trastorno bipolar que acuden al Hospital Universitario de Caracas.

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

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

### **3.1.1.-Comportamiento de la Oferta**

#### **3.1.1.1.- Situación de la oferta**

La oferta se representa por las instituciones capacitadas para diseñar manuales o programas enfocados en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar

(consultas psiquiátricas, hospitales psiquiátricos. asociaciones tales como la Fundación Venezolana del Paciente bipolar y su familiares (FUNVEPABI), cuerpo de bomberos, Policía, hospitales generales u organismos gubernamentales que dirijan sus programas a la atención de la familia y la salud mental) estos se han manifestado como entes positivos obviando el interés por presentar alternativas de capacitación en el personal sanitario para la intervención participativa de orientar a los familiares de los enfermos con trastorno bipolar en relación a la patología en general y el cuidado que debe mantenerle en el hogar para fomentar y propiciar de manera efectiva su reincorporación social estable y segura.

### **3.1.1.2.- Situación Futura en la oferta**

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

### **3.1.2.-Comportamiento de la Demanda**

#### **3.1.2.1.- Situación actual de la demanda**

En la actualidad existe una alto número de personas interesadas por el producto ( programa de orientación) , pues como ya se ha explicado en los

párrafos anteriores la oferta de estos sistemas de orientación son escasos, y la incidencia de enfermos con problemas mentales asciende a medida que crece más la población general, por lo que la cantidad de personas con miembros en su familia con este tipo de enfermedad se eleva considerablemente, y además considerando la insistencia de otras personas que ameritan de esta información como es la población de enfermería, otros profesionales o población en general que deseen aprender sobre las enfermedades mentales, ha incrementado la necesidad que exista alguna especie de texto que pueda brindar información y apoyo, que a si ves ayuden a la persona a comprender mas la patología de esta enfermedad.

### **3.1.2.2.- Situación futura de la demanda**

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

### **3.1.2.3.- Conclusiones del Estudio de Mercadeo**

Una vez realizado el estudio de mercadeo se concluye que, el proyecto es factible por cuanto existes un número suficiente, de inicialmente diez (10) familiares de enfermos con trastorno bipolar que demanda la implementación del programa de orientación dirigido a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar que acude al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario

de Caracas. En consecuencia, la demanda justifica el programa planteado. Así mismo se demostró que existe una oferta que satisface los requerimientos de dicha demanda y se evidencia la disposición de los familiares de participar en el programa, se aspira que en razón de la capacidad de la vida útil del proyecto se pueda atender la demanda futura según el comportamiento de esta.

### **3.2.-Estudio técnico**

Este estudio permitió demostrar la viabilidad técnica del proyecto en el cual se justifica por ser una alternativa que se ajusta a los criterios de optimización en cuanto al entrenamiento de los familiares de los enfermos con trastorno bipolar en cuanto a los cuidados que deben prestarle en el Hospital Universitario de Caracas. Este estudio se cumplió a través de las siguientes etapas: tamaño del proyecto, factores condicionantes, proceso de transformación, localización, organización y plan de ejecución.

#### **3.2.1.- Tamaño de proyecto**

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

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

### **3.2.2.-Factores Condicionantes**

Factores condicionantes del tamaño: el proyecto ha sido diseñado para preparar el personal de enfermería del área psiquiátrica, por lo cual el proyecto se desarrollará dentro del Hospital Universitario de Caracas, centro de referencia nacional.

Tamaño del mercado: inicialmente el programa atenderá a diez (10) familiares de enfermos con trastorno bipolar, matrícula ubicada dentro de un mercado cautivo con un posible crecimiento hacia los miembros de otras instituciones sanitarias interesadas en disponer del programa educativo de orientación.

Capacidad de Financiamiento: en razón que el proyecto se aplicará en las instalaciones del Hospital Universitario de Caracas, se contó con el apoyo estricto de dirección de esta institución en cuanto al financiamiento del programa, ya que este no requiere de un cuantioso presupuesto, siendo financieramente viable la extensión de este programa en otros centros o instituciones de salud, dependerá de la decisión que suman las direcciones y /o administraciones de estos.

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

Problemas de transporte: los participantes del programa no tendrán limitaciones en este aspecto, ya que, es fácil el acceso de transporte hasta el Hospital Universitario de Caracas ubicado en Ciudad universitaria donde es constante la afluencia de transporte público.

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

Capacidad administrativa: está sujeta a la decisión del programa de salud mental y enfermedades psiquiátricas del Hospital Universitario de Caracas, la cual cuenta con la experiencia necesaria para la administración del programa de esta índole.



Proceso de transformación: implica de las autoridades del centro hospitalario desarrolle un plan de acción para dotar la estructura y el material necesario que se requiera para la actividad del programa de orientación dirigido a la familia del enfermo con trastorno bipolar en forma permanente.

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

A continuación se presenta el flujograma de proceso de transformación:

### Flujograma de Proceso de Transformación

ESTADO INICIAL	PROCESO DE TRANSFORMACIÓN	ESTADO FINAL
Insumos Principales  Personal de enfermería del sanatorio mental, consultas psiquiátricas y hospitales generales	Proceso  Talleres sobre: trastorno bipolar, comportamiento y conductas negativas del Trastorno bipolar, cuidados del enfermo con trastorno bipolar en el hogar	Producto Principal  Directivos de los centros de salud, enfermeros entrenados para crear y sostener un sistema coordinado de trabajo diario con el propósito de mejorar la atención sanitaria que coayude a desarrollar la promoción de salud que satisfaga las necesidades del entorno
Insumos Secundarios  Personal de enfermería capacitado en psiquiatría y médicos capacitados en el área psiquiátrica.	Equipo Material  Ambiente propicio, retroproyectores, láminas de acetato, rotafolio, material impreso, bibliografía, televisores, reproductor de videos, cd's. equipos de audio, etc.	Producto Secundario  Enfermos con trastorno bipolar y familiares quienes optimizarán su desenvolvimiento social mediante la obtención de conocimientos científicos y prácticos que ayudarán a minimizar en gran medida el estrés y estigmatización social.
Insumos Terciarios  Otros organismos interesados en este programa.	Material Humano  Médicos especialistas en psiquiatría, estudiantes de enfermería, enfermeros, directivos interesados.	Producto Terciario  Enfermos con Trastorno Bipolar y familiares recibiendo una atención y cuidados de salud de mejor calidad

### **3.3.-Estudio Financiero**

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

### **3.4.-Análisis de costos**

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

#### **3.4.1.- Costos por Recursos Humanos**

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

### 3.4.2.-Costos por Recursos Materiales

Cantidad	Descripción	Costo Unit. Bs.F	Total Bs.F.
30	Láminas de acetato	1,20	36,00
1	Reproductor	100,00	100,00
1	Resma de papel bond	20,00	20,00
10	Marcadores	1.00	10,00
1	Borrador	2,00	2,00
100	Material impreso	0,250	25,00
4	Cd`s	3,50	14,00

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

Capital requerido: No se hace necesario el requerimiento de un aporte adicional ya que los recursos necesarios para asegurar la puesta en marcha del programa fueron asegurados y de fácil adquisición por la dirección del Hospital Universitario de Caracas, a su vez cabe resaltar que es un Hospital docente que facilita la posesión de estos recursos.

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

### **Conclusión del estudio financiero**

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio financiero se puede afirmar que es factible la implementación del programa planteado. Por ser un proyecto tipo social, los gastos indicados serán cubiertos de forma gentil por la Dirección del Hospital Universitario y los participantes en la colaboración con la atora de la investigación, evidentemente que e beneficio cualitativo que se logrará en los participantes contribuirá en la calidad de los cuidados del enfermo con trastorno bipolar en el hogar y las familias con parientes que acuden al Hospital Universitario de Caracas.

#### **4.- Localización del Proyecto**

Macrolocalización: el proyecto se ubica en Caracas Distrito Capital.

Microlocalización: el proyecto será ejecutado como prueba piloto en el Hospital Universitario de Caracas ubicado en Ciudad Universitaria Caracas.

## **5.-Organización del Proyecto**

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

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

El estudio se realizó en tres fases: diagnóstico, factibilidad y diseño. Primeramente para dar forma a la idea se consulta profesores especialistas en proyectos factibles, en psiquiatría tanto de medicina como de enfermería, posteriormente se procedió a la realización del estudio diagnóstico, el consiguiente estudio de factibilidad y finalmente se diseñó el programa.

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

## **Conclusiones del Diagnóstico de la propuesta**

En la actualidad la atención de salud mental psiquiátrica son escasos los programas de orientación que promuevan cambios que garanticen el mejoramiento de la calidad de los cuidados que se le presten a los enfermos con trastorno bipolar.

Los familiares de estos enfermos tienen toda la disposición en colaborar con la ejecución del programa de orientación el cual es crucial para fortalecer los lazos familiares favoreciendo el desarrollo psicoafectivo personal de cada uno de sus miembros y potenciar las relaciones familiares con acciones afectivas en el cuidado del enfermo bipolar.

El programa de orientación que se propone responderá a la necesidad de formar a los familiares de los enfermos con trastorno bipolar que acuden al Hospital Universitario de Caracas, quienes son los pilares fundamentales como unidad básica de la sociedad en los que recae la educación y el apoyo familiar que permiten un desarrollo psicosocial de cada uno de los miembros incorporándolos a la sociedad con la visión de ser útiles, productivos y creativos.

El programa de orientación permite a los familiares de los enfermos con trastorno bipolar tengan conocimiento en aspectos teóricos y prácticos acerca de la enfermedad y facilitará las herramientas necesarias para mejorar la calidad de cuidados que ellos mismos se ofrezcan.

También el programa debe orientar a los familiares de los enfermos con trastorno bipolar sobre los factores psicosociales que determinan el éxito de la atención y los cuidados pertinentes en este proceso patológico que garantice una participación efectiva y propiciar el mejoramiento personal en virtud de desarrollar una vida social más productiva y responsable, todo esto con la finalidad de prestar mejor atención los aspectos psíquicos de todo y a cada uno de los miembros de la esfera familiar.

## **7.-Formulación de la Propuesta de Orientación**

### **7.1Presentación del Programa.**

Los enfermos con trastorno bipolar presentan un patrón de pérdida profunda o disminución de su estado de ánimo que afecta de forma importante las relaciones sociales e interpersonales y existe una menor capacidad productiva. Cuando estos enfermos ingresan a un hospital o clínica, con frecuencia presentan temor o recelo; al ingresar al establecimiento para recibir tratamiento, el personal de enfermería y demás personal de atención tiene la necesidad de establecer una relación de confianza con el enfermo y sus familiares en la cual debe fomentar estrategias informativas y de orientación que hagan comprender que estos enfermos al igual que los enfermos con diabetes y otros padecimientos crónicos, necesitan servicios de salud de apoyo continuo. Así como también es importante que comprendan los síntomas y trastornos de conducta para que tengan el conocimiento y entiendan el porqué de su



disminución del ánimo, la relación personal e interpersonal y su discapacidad productiva; y de esta manera sea minimizado el estrés familiar que esto produce.

De la misma forma informarle que en la actualidad muchos de estos enfermos se restablecen a ciertos niveles de desempeño retornando a sus ocupaciones anteriores; y muchos regresan a su casa o a un ambiente de supervisión y protección.

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

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

## **7.2.- Justificación**

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

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

Por tanto, en virtud de lo antes señalado y tomando en cuenta la necesidad de recibir orientación por parte de la familia en cuyo seno existe un enfermo con trastorno bipolar ya que parece bien fundada la impresión de que, cualquiera que sea la fachada presentada por la familia al observar que se acerca casualmente, y sea o no que los miembros de la familia individualmente considerados, a parte del enfermo bipolar sean diagnosticados como enfermos, la familia misma, como unidad social tiene a constituir una familia enferma hasta

tanto no se utilicen estrategias de orientación y afrontamiento individual para cada, uno de sus miembros.

En este sentido, el presente programa pretende satisfacer las necesidades de orientación educativa en los familiares de los enfermos con trastorno bipolar que acuden al servicio de psiquiatría del hospital Universitario de Caracas, para que estos puedan utilizar con mayor eficiencia y eficaz comunicación, motivar al núcleo familiar a destacarse como participantes activos en el desarrollo y crecimiento psicosocial de su familia propiciando conductas responsables y el fortalecimiento del autoestima familiar ante las exigencias sociales. En consecuencia el programa propiciará el éxito del afrontamiento familiar contribuyendo a minimizar en gran medida la estigmatización social del enfermo y su familia.

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

### **7.3.-Objetivo General**

Orientar a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar que acude al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas.

#### **7.4.-Objetivos Específicos**

1.- Informar a la familia del diagnóstico del Trastorno Bipolar y sus características.

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

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

4.- Proporcionar orientación acerca de los comportamientos y conductas negativas del enfermo con trastorno bipolar.

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

#### **7.5.-Objetivo Terminal**

Al finalizar el programa de orientación dirigido a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar. Serán capaces de comprender en términos generales la patología e identificar los cuidados que deben prestarles.

#### **7.6.-Especificaciones Curriculares**

##### **Unidad I**

1.- Trastorno Bipolar

- Definición

- Sintomatología
- Fases
- Tratamiento
- Pronostico

## **Unidad II**

2.- Comportamientos, conductas negativas e inicios de crisis del enfermo con trastorno bipolar.

- Depresión y manía
- Rechazo a los alimentos
- Hábitos de descanso inadecuados
- Inseguridad e intento de suicidio

## **Unidad III**

3.- Cuidados del enfermo con trastorno bipolar en el hogar

- Establecer comunicación y crear confianza
- Aumentar la auto estima
- Mantener la higiene personal y autocuidado
- Fomentar buenos hábitos de descanso
- Mantener un ambiente de seguridad.

### **Estrategias Metodológicas**

- Exposición oral por parte del personal de enfermería.
- Dinámicas grupales
- Terapias de interacción y relación
- Exposición explicativa con argumentos teóricos científicos sobre acciones.

### **Tiempo de Duración**

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

Duración total: 540 minutos

1<sup>era</sup> Sesión: - Trastorno Bipolar

- Dinámicas grupales

2<sup>da</sup> Sesión - Comportamientos y conductas negativas del enfermo con trastorno bipolar.

- Terapias de interacción y relajación

3<sup>ra</sup> Sesión - Cuidados del enfermo con trastorno bipolar en el hogar.

- Repaso, Dinámicas y Evaluación

- Despedida

**PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE  
ORIENTACIÓN DIRIGIDO A LA FAMILIA  
EN EL CUIDADO DEL ENFERMO CON  
TRASTORNO BIPOLAR**



**Estructura del programa de orientación propuesto en esta investigación.**

Actividad	Contenido	Duración
Jornada de Inducción  Taller 1	Unidad I  -Trastorno Bipolar: definición, fases, diagnóstico y tratamiento  -Dinámicas grupales	180 minutos
  Taller 2	Unidad II  -Comportamiento y conductas negativas del enfermo con trastorno bipolar.  -Terapias de interacción y relajación	180 minutos
  Taller 3  Último encuentro	Unidad III  -Cuidados del enfermo con trastorno bipolar en el hogar  -Repaso, dinámica y evaluación  -Despedida	180 minutos





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



Unidad I				
1 <sup>er</sup> Encuentro		Duración 180 minutos		
Objetivo terminal: Al finalizar la unidad los participantes estarán en capacidad de integrar los aspectos teóricos que envuelven al trastorno bipolar descubriéndolos vivencialmente.				
Objetivo específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
Los participantes(familiares) estarán en capacidad de:  1.-Deshibir sus emociones para que se planteen en un grupo nuevo y puedan llamar a sus compañeros de grupo por su nombre	Información referida a los aspectos personales de cada familiar participante	<i>“Di tu nombre con un Son”</i>	Humanos: Enfermeros(as) Familiares participantes	Llamaran a sus compañeros por su nombre.

<p>2.-Reconocer el trastorno bipolar sus sintomatología, tratamiento y características más importantes.</p> <p>3.Vivenciar las características del trastorno Bipolar dramatizándolos en un juego de roles.</p>	<p>Trastorno,,Bipolar: Definición, Signos y síntomas, Fases,,Tratamiento Farmacológico, Terapias: Terapia Individual, Terapia de Grupo y Terapia Familiar</p> <p>Trastorno,,Bipolar: Definición, Signos y síntomas, Fases,,Tratamiento Farmacológico, Terapias: Terapia Individual, Terapia de Grupo y Terapia Familiar</p>	<p><b><i>“Exposición Oral”</i></b></p> <p><b><i>“Representando los síntomas”</i></b></p>	<p>Humanos: Enfermeros(as)</p> <p>Materiales: Video Been Láminas, - Rotafolios –Trípticos</p> <p>Humanos: enfermeros, enfermeras, familiares.</p>	<p>Expresión verbal de que significa el Trastornos bipolar sus síntomas tratamiento y características.</p> <p>Expresar en forma oral lo que sintieron cuando representaron los diferentes síntomas y características de la enfermedad. Por ejemplo: Dramatizar la euforia, la tristeza.</p>
--	---	--	---	---



Unidad II				
2 <sup>do</sup> Encuentro		Duración 180 minutos		
Objetivo terminal: Al finalizar la unidad los participantes serán capaces de reconocer el comportamiento y conductas del enfermo con trastorno bipolar.				
Objetivo específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
<p>Los participantes(familiares) estarán en capacidad de:</p> <p>1. Buscar la integración con el resto de sus compañeros a través de su creatividad y espontaneidad.</p> <p>2. Conocer la importancia del comportamiento y conductas negativas del enfermo con trastorno bipolar</p>	<p>Integración y recreación de los participantes</p> <p>-Comportamiento y conductas negativas:</p> <p>-Depresión y manías</p> <p>-Rechazo de los alimentos</p>	<p><i>“La Risa del zapato”</i></p> <p><i>“Exposición Oral”</i></p>	<p>Humanos:, Enfermeros(as) y familiares participantes</p> <p>Humanos: Enfermeros(as). Participantes.</p> <p>Materiales: Video Been Láminas, -</p>	<p>Expresarán en forma verbal la integración vivenciaron y la importancia de ello.</p> <p>Expresaran la importancia de las conductas y comportamiento negativo del enfermo con trastorno bipolar</p>

<p>3.- Descrismar la importancia del comportamiento y conductas negativas del enfermo con trastorno bipolar en una actividad grupal.</p>	<p>-Hábitos de descanso inadecuados</p> <p>-Inseguridad e intento de suicidio</p> <p>Comportamiento y conductas negativas de la enfermedad:</p> <p>-Depresión y manías</p> <p>-Rechazo de los alimentos</p> <p>-Hábitos de descanso inadecuados</p> <p>-Inseguridad e intento de suicidio</p>	<p><i>“¿Quién quiere saber?”</i></p>	<p>Rotafolios –Trípticos</p> <p>Humanos: Enfermeros(as). Participantes.</p>	<p>Expresaran verbalmente lo que aprendieron en la actividad.</p>
<p>4. Señalar en forma escrita el comportamiento y conductas negativas del enfermo con trastorno bipolar.</p>	<p>Comportamiento y conductas negativas:</p> <p>-Depresión y manías</p> <p>-Rechazo de los alimentos</p> <p>-Hábitos de descanso inadecuados</p> <p>-Inseguridad e intento de suicidio</p>	<p><i>“El mural”</i></p>	<p>Humanos: Enfermeros(as). Participantes.</p>	<p>Escribirán en un papelografo las conductas y comportamientos negativos del enfermo con trastorno bipolar</p>



Unidad III				
3 <sup>er</sup> Encuentro		Duración 180 minutos		
Objetivo terminal: Al finalizar la unidad los participantes serán capaces de identificar los cuidados que deben prestar al enfermo con trastorno bipolar en el hogar				
Objetivo específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
Los participantes(familiares) estarán en capacidad de:  1. Apreciar el darse cuenta de cómo son las relaciones familiares en el hogar representando diferentes tipos de conducta en un ambiente que invita a la familiaridad y comparándolo con su realidad cotidiana.  2. Conocer los cuidados que deben prestar al enfermo con	La importancia de las relaciones familiares. El ambiente del hogar.	<b>“Reunión Familiar”</b>	Humanos: Enfermeras y enfermeros, participantes(familiares)	Expresaran el darse cuenta de la importancia del las relaciones familiares. Y los diferentes tipos de comportamientos que se asumen.
	Mantener un equilibrio de la autoestima.	<b>“Exposición Oral”</b>	Humanos: Enfermeros(as). Participantes.	Expresaran verbalmente los cuidados que deben darse en el hogar al

<p>Trastorno Bipolar en el hogar.</p> <p>3. compartir, intercambiar aptitudes e información acerca de los cuidados a prestar en el hogar al enfermo bipolar.</p>	<p>Técnicas personales para mantener el contacto físico: tocar, abrazar, dar afecto.</p> <p>-Fomentar buenos hábitos de descanso y alimentación</p> <p>-Mantener un ambiente de seguridad</p> <p>Mantener un equilibrio de la autoestima.</p> <p>Técnicas personales para mantener el contacto físico: tocar, abrazar, dar afecto.</p> <p>-Fomentar buenos hábitos de descanso y alimentación</p> <p>-Mantener un ambiente de seguridad</p>	<p><i>“la caja de sorpresas”</i></p>	<p>Materiales: Video Been Láminas, -Rotafolios – Trípticos</p> <p>Materiales:</p> <p>- Hojas blancas y lápices</p> <p>Una caja o bolsa.</p>	<p>enfermo con trastorno bipolar.</p> <p>Expresaran a través del juego y la reflexión los cuidados en el hogar de su familiar con trastorno bipolar.</p>
--	---	--------------------------------------	---	--

## **Estrategias del Programa. Explicación para el Facilitador**

### **Unidad I : 1<sup>er</sup> Encuentro**

#### **1<sup>ra</sup> Estrategia: “Di tu nombre en un son”**

**Objetivo:** Deshibir sus emociones para que se planteen en un grupo nuevo y puedan llamar a sus compañeros de grupo por su nombre. Presentación de los participantes al inicio del taller.

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

#### **Instrucciones:**

- Primero se les sugiere a los integrantes que formen una mesa redonda.
- Luego se les explicara a los compañeros que las siguientes actividades la realizaremos de la siguiente forma: Cada uno procederá a decir su nombre pero incluyendo un nombre así: Por ejemplo si mi nombre es Rosa entonces dice: Yo me llamo Rosa yo soy la reina, por donde voy no hay tambor que suene y que no timbre cuando paso yo.
- Y así sucesivamente lo harán todos los integrantes del grupo hasta que de toda la vuelta y llegue al punto de origen.

- Esta dinámica no solo sirve para que los integrantes del grupo se graben los nombres de los compañeros sino también para que se vuelvan un poco más extrovertidos y integren más al grupo desarrollando su creatividad.

Tiempo de duración: 30 minutos

## **2<sup>da</sup> Estrategia: “Exposición Oral”**

**Objetivo:** Reconocer el trastorno bipolar su sintomatología, tratamiento y características más importantes.

**Descripción de la estrategia:** consiste en hacer una exposición oral con palabras sencillas y de forma ordenada sobre el Trastorno Bipolar, signos y síntomas, tratamiento y las terapias.

### **Instrucciones:**

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



Tiempo de duración: 75 minutos.

Tiempo de descanso y refrigerio: 15 minutos

### **3<sup>ra</sup> Estrategia: “Dramatización de los síntomas”**

**Objetivo:** Vivenciar las características del trastorno Bipolar dramatizándolos en un juego de roles.

**Descripción de la estrategia:** consiste en que los participantes representen las diferentes características síntomas, comportamiento del trastorno bipolar en una dramatización grupal.

#### **Instrucciones:**

- El facilitador explicará a los miembros del grupo el objetivo de la dinámica.
- El facilitador debe seleccionar a los participantes que desean participar.
- Las personas seleccionadas actuarán para el resto del grupo alguna situación elegida.
- Para un mejor resultado cada participante puede elegir libremente el papel que desee interpretar.
- El resto del grupo permanecerá atento a lo que ocurre en el foro.

- Posteriormente a la presentación se reflexionara sobre la experiencia y la importancia de conocer la enfermedad que padece un familiar, especialmente del trastorno bipolar.
- Para finalizar el facilitador realizará la despedida e invitará a los participantes a la segunda parte del taller.

Tiempo de duración: 60 minutos.

## **Unidad II 2<sup>do</sup> Encuentro**

### **1<sup>ra</sup> Estrategia: “La Risa del zapato”**

**Objetivo:** Buscar la integración con el resto de sus compañeros a través de su creatividad y espontaneidad.

#### **Instrucciones:**

- El facilitador se dirigirá a los participantes dándoles la bienvenida y así crear un clima de armonía.
- El facilitador explicará brevemente la programación para el desarrollo de la segunda parte del taller.
- El facilitador invita a los participantes al juego.
- Indica a los jugadores que se separan en dos filas iguales, una frente a la otra y separados por 2 mts.

- El facilitador dirige el juego y tira al centro, un zapato.
- Indica que si cae boca abajo, los jugadores de una fila deben permanecer serios y los de la otra deben reír muy fuerte: si cae bocarriba al contrario. Los que ríen cuando deben estar serios, salen de la fila.
- Al final se comparte la experiencia.

Tiempo de duración: 30 minutos

## **2<sup>da</sup> Estrategia: “Exposición oral”.**

**Objetivo:** Conocer la importancia del comportamiento y conductas negativas del enfermo con Trastorno Bipolar.

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

### **Instrucciones:**

- El facilitador realizará una breve inducción del tema a tratar.
- El facilitador iniciará la exposición del tema utilizando el material de apoyo seleccionado.

- Al final de la exposición se iniciará el ciclo de preguntas y respuestas entre los participantes y expositores para el intercambio de ideas.

Tiempo de duración: 60 minutos

Tiempo de descanso y refrigerio: 15 minutos

### **3<sup>ra</sup> Estrategia: “¿Quién quiere saber?”**

**Objetivo:** Descrismar la importancia del comportamiento y conductas negativas del enfermo con trastorno bipolar en una actividad grupal

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

#### **Instrucciones:**

- El facilitador debe previamente hacer una serie de preguntas y respuestas sobre el tema expuesto.
- El facilitador formará subgrupos según el número de participantes.
- Se establece el orden de participación de los grupos.
- El facilitador inicia con una de las preguntas que tiene elaboradas.
- Tendrá que responder el grupo que corresponda en el orden de participación, teniendo la posibilidad de discutir entre si las respuestas.
- Cada subgrupo tiene tiempo limita para responder uno a tres minutos.

- Cada respuesta correcta tiene un valor de dos puntos.
- En caso que el subgrupo que le corresponda no contestara correctamente, cualquiera que los subgrupos (el que lo solicite primero) lo puede hacer y de contestar correctamente se gana un punto.
- El subgrupo que tenga el mayor puntaje es el que gana.
- El facilitador guía un proceso para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

Tiempo de duración: 45 minutos

#### **4<sup>to</sup> Estrategia: “*El mural*”**

**Objetivo:** señalar en forma escrita los comportamientos y conductas negativas del enfermo con trastorno bipolar.

**Descripción de la estrategia:** se trata de una actividad que invita al participante a señalar en un papelógrafo de manera escrita y con dibujos lo aprendido en una sesión teórica.

#### **Instrucciones:**

- El facilitador indica el objetivo de la actividad
- El facilitador entrega papel de rotafolio y marcadores a cada participante

- El facilitador indica que debe utilizar el rotafolio para plasmar con palabras o con imágenes lo aprendido en la sesión.
- Una vez terminada la actividad se invita a los participantes que de manera voluntaria expresen lo realizado por cada uno de ellos.
- Una vez terminado la explicación se invita a que peguen en una sola pared los papelógrafos y expresen que importancia tienen para ellos dejar en un mural su aprendizaje.

### **Unidad III 3<sup>er</sup> Encuentro**

#### **1era Estrategia: “Reunión Familiar”**

**Objetivo:** Apreciar el darse cuenta de cómo son las relaciones familiares en el hogar representándolos en un ambiente que invita a la familiaridad y comparándolo con su realidad cotidiana.

**Descripción de la actividad:** se trata de una actividad que invita al darse cuenta de los diferentes tipos de conducta y comportamientos que se dan en un grupo familiar y como estos pueden influir en la cotidianidad de las relaciones familiares y especialmente cuando existen personas con problemas mentales en la familia.

### **Instrucciones:**

El facilitador inicia con una de las preguntas que tiene elaboradas. El Facilitador forma subgrupos entre participantes.

- El facilitador forma subgrupos entre los participantes.
- El Facilitador explica a los participantes que cada subgrupo constituye una familia formada por: padres, hijos y otros parientes.
- Les indica que cada subgrupo deberá preparar una dramatización, específicamente sobre una fiesta de cumpleaños, en donde cada papel será desempeñado ateniéndose estrictamente a alguna de las siguientes conductas o comportamientos en la familia: el/ la quejoso/a; el/ la que razona mucho, que tiene siempre un argumento, el/ la apaciguador/a; el/ la simpático/a; el/ la víctima/a; el/ la censurador/a; el/ la bueno/a.
- Así mismo, les menciona que pueden elegir otras características, que deseen y que consideren se presentan en su grupo familiar o cualquier otro grupo familiar.
- Terminada la preparación de las dramatizaciones, el Facilitador reúne al grupo en sesión plenaria e indica al grupo que funcionarán como observadores de los actores. Para lo cual, tendrán que tomar nota del tipo de personalidad que ve representada en cada personaje.
- Los subgrupos presentan su dramatización y los observadores toman nota de la personalidad de los personajes.
- Al final el Facilitador junto con los participantes comentan sus reflexiones sobre la vivencia en los distintos papeles y tipos de personajes

- El Facilitador guía un proceso, para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido a su vida y hacer una reflexión con respecto a sus vivencias como familia de una persona enferma en el hogar y especialmente con trastorno bipolar. ¿Qué o cuales de estas características se parecen a su familia? ¿ la importancia de conocerse como familia, la necesidad de la información y asesoramiento para mejorar conductas.

## **2<sup>da</sup> Estrategia: “Exposición Oral”**

**Objetivo:** conocer los cuidados que deben prestar al enfermo con Trastorno Bipolar en el hogar.

**Descripción de la estrategia:** consiste en hacer una exposición oral con palabras sencillas y de forma ordenada sobre los cuidados que deben prestas al enfermo con Trastorno Bipolar.

### **Instrucciones:**

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



- El facilitador presenta un resumen de lo expuesto.

### **3<sup>ra</sup> Estrategia: “la caja de las sorpresas”**

**Objetivo:** compartir - intercambiar aptitudes e información acerca de los cuidados a prestar en el hogar al enfermo bipolar.

**Descripción de la actividad:** se trata de una actividad donde los participantes a través del juego podrán poner en práctica los cuidados a dar en el hogar a su familiar con trastorno bipolar, de manera de reflexionar acerca de esas aptitudes a tomar.

#### **Instrucciones:**

- Se prepara una caja forrada en forma alusiva a una sorpresa un regalo, etc. (puede ser también una bolsa).
- Dentro de la caja se colocaran una serie de tiras de papel enrolladas en las cuales se han escrito algunos cuidados que se debe hacer en el hogar con el enfermo bipolar (por ejemplo: abrazar, tocar, besar, dar apoyo, escuchar, describir una buena alimentación para el enfermo bipolar, hacer un ejercicio indicado para el enfermo bipolar, entre otros)
- Los participantes se formaran en círculo.

- La caja circulara de mano en mano hasta determinada señal (puede ser una música, que se detiene súbitamente).
- La persona que tenga la caja en el momento en que se haya dado la señal. o se haya detenido la música, deberá sacar de las tiras de papel y ejecutar la tarea indicada.
- El juego continuará hasta cuando se hayan acabado las papeletas.
- El participante que realiza la actividad, seguirá orientando el juego.
- Al terminar se hará una reflexión con respecto a la experiencia y lo aprendido.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

1.- En consideración al objetivo N° 1, Determinar la información que poseen los familiares, se evidenció que los familiares de los pacientes con trastorno bipolar no poseen la información acerca del trastorno y los cuidados que éste demanda para prestársele en el hogar los cuales se reflejan en los resultados obtenidos por el instrumento aplicado con un 66.6% de respuesta incorrectas sobre el conocimiento que poseen acerca de las características acerca de la enfermedad y un 68.7% de respuestas incorrectas acerca de las estrategias para su cuidado, por cuanto requerían de orientación general en cuanto a esta enfermedad.

2.-Por otra parte en el objetivo N° 2 Diagnosticar la necesidad de información de los familiares, el 90% de los encuestados respondieron que la familia debe participar de talleres o reuniones donde se le oriente acerca de la enfermedad y sus características, lo que pone en evidencia que los familiares están conscientes de la necesidad que tienen de obtener conocimiento sobre el tema y su responsabilidad en ello y aquí entra el profesional de enfermería como facilitador en dicho proceso educativo, considerando que a través de la implementación de un programa educativo, lo cual originará un proceso de enseñanza y aprendizaje más estable y eficaz para los familiares de los pacientes con trastorno bipolar.

3.- Se determinó lo factible del programa, ya que los estudios de mercadeo, técnico y financiero arrojaron resultados favorables con respecto al programa de orientación. Los estudios antes referidos, indican que los familiares de los enfermos con trastorno bipolar que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas, como producto secundario, poseen las características apropiadas según su estado inicial para recibir el programa de orientación, de igual forma este puede ser a futuro desarrollado por el personal de enfermería de otras instituciones sanitarias similares de atención general, lo que cumple con el objetivo N° 3.

4.- Cumpliendo con el objetivo N° 4 se elaboró un programa de orientación que tiene como propósito ofrecer a los familiares de los enfermos la orientación y destacar la responsabilidad desde el punto de vista de su participación efectiva en el desarrollo de los procesos de adaptación psicosocial de los enfermos en su reincorporación a la sociedad.

### **Recomendaciones**

1.- Utilizar los resultados de esta investigación como fuente generadora de información, aplicando los lineamientos de proyecto factible a fin de dar respuestas viables tanto a las familias de los enfermos con trastorno bipolar como a las familias de cualquier enfermo mental.

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

3.- Conformar grupos de trabajo con otros profesionales de salud (psicólogos, orientadores, terapeutas), que aborden la necesidad de información que tiene los familiares de los pacientes con trastorno bipolar.

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

5.- Presentar los resultados a las autoridades sanitarias locales y regionales, a fin de que se establezcan los mecanismos pertinentes para que el presente trabajo de investigación sea revisado periódicamente de manera de controlar las variables de demanda del programa y las variables que inciden en el costo de la implementación de mismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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

Alarcón, R.y Mazotti, G. (2005) *Psiquiatría*. 2da edición. Editorial Manual Moderno.

Cantv.net. (2008). *De la depresión a la euforia patológica*. Recuperado el 18 de Octubre de 2008 en [www.cantv.net/impri\\_envi/resena\\_imp.asp](http://www.cantv.net/impri_envi/resena_imp.asp).

Cook, S. y Fontaine, K. (1993) *Fundamentos Esenciales de Enfermería en salud mental*, 2da Edición Interamericana Mc Graw Hill. Madrid - España

Fernández, J. (2002) *Intervención de Enfermería en la Evolución de Pacientes Psiquiátricos*. Tesis de Grado. Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Franklin, B.R. (2005) *Manual de Capacitación Para Pacientes con Trastornos Bipolares*. Clínica Médica del Norte.

Fundación Venezolana del Paciente Bipolar y sus familiares. (2001). *¿por qué nace una asociación de pacientes bipolares?* Recuperado el 16 de Julio del 2008 en <http://espanol.geocities.com/bipolarve/>

Gomez,C;Mendoza R; Quintiliani M. (2006) Programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar, del sanatorio mental residencias San Marcos Nirgua estado Yaracuy. TEG, UCV.

Gordon, A. y Dubbson, M.(2000) *Manual para la teoría de la orientación*. Estudios Supervisados. Facultad de Humanidades y Educación, Escuela de Educación U.C.V.

Hernandez S., Fernandez G, y Batista L. (2003) *Metodología de la investigación*, 3ra Edición, Mc Graw Hill, Mexico.

Hurtado, J. (1998). *Metodología de la investigación Holística*, Ediciones Sypal 1era Edición. Caracas.

Iciarte, J. (1998) *Conocer el funcionamiento de la familia en los cuales uno de sus miembros es un enfermo mental orgánico en el centro de salud mental Norte*. (CESAME)

Jamison, G (2000) *Factores Genéticos en la Enfermedad Bipolar*. Editorial Milenium. Primera edición. Buenos Aires, Argentina.

Kossier, B. Erb,G.(1995) *Fundamentos de Enfermería*. Interamericana Mc Graw Hill, México

Ministerio del Poder Popular para la Salud.(2008)Recuperado el 18 de Juliode2008 en <http://www.mpps.gob.ve/ms/>

Organización Mundial de la Salud. (1992) *Trastornos Mentales y del Comportamiento, Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*, OMS, Ginebra, Suiza,

Pascual, A., Gonzalez, F.y Royo, D,(2008) *Programa de Educación Sanitaria a Pacientes diagnosticados de trastorno bipolar*. Recuperado el 18 de Agosto de 2008 en <http://www.congresos-medicos.com/view.php?src=W&evtID=1299>

Psicopedagogia.com. Psicología de la educación para padres y profesionales en línea, Recuperado el 18 de Agosto del 2008 en [www.psicopedagogia.com](http://www.psicopedagogia.com)

Reinares, M. y Vieta, E (2007) *Intervenciones terapéuticas centradas en la familia del paciente bipolar*. 1er Congreso virtual de Psiquiatría. Recuperado el 18 de Julio del 2008 en [http://www.psiquiatria.com/congreso\\_old/mesas/mesa31/conferencias/31\\_ci\\_d.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa31/conferencias/31_ci_d.htm)

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

Soutullo Esperón C. *Como Convivir con Familiares que Padecen Trastorno Bipolares*. Buenos Aires; Madrid; Médica Panamericana Ed, (2004).- (Colección Convivir con-)

Universidad de Granada, Instituto de Neurociencia (2002, Agosto). *El Trastorno Bipolar conlleva una peor calidad de vida tanto mental como física incluso en periodos de normalidad*. Recuperado el 18 Julio del 2008, en [www.universia.es/portada](http://www.universia.es/portada)

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) , *Manual de Trabajos de Grado, Especialización y Maestría*. Vicerrectorado de post grado. Caracas. 2006.



Anexo (A) Instrumento



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



Estimado amigo(a)

El propósito del siguiente instrumento es obtener la información para diseñar un programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar que acude al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas, para realizar una investigación para optar al título de licenciada en enfermería.

Se agradece de antemano su colaboración que ayudará a implementar medidas para lograr mejores resultados en su recuperación.

Así mismo se le informa que la información recogida será confidencial y de estricto uso de los investigadores por lo tanto su colaboración es un valioso aporte para el estudio.

Gracias.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERIA



Instrucciones: lea cuidadosamente las preguntas y cierre con un círculo la respuesta de su elección.

Instrumento.

1.- El trastorno bipolar es una enfermedad que cambia el estado de ánimo.

VERDADERO

FALSO

2.- Las causas que originan el trastorno bipolar son de tipo hereditario

VERDADERO

FALSO

3.- Entre los síntomas que presenta el trastorno bipolar están el exceso de actividad, mucho entusiasmo e ideas negativas

VERDADERO

FALSO

4.- Algunas de las manifestaciones que dan inicio a una crisis en el trastorno bipolar son: el no querer comunicarse, aislarse.

VERDADERO

FALSO

5.- Las fases del trastorno bipolar son euforia excesiva y un estado maniaco

VERDADERO

FALSO

6.- La tristeza, y el llanto fácil, se pueden presentar como síntomas del trastorno bipolar.

VERDADERO

FALSO

7.- Entre los medicamentos que se le indica al enfermo con trastorno bipolar se encuentran el litio, la carbamacepina y antipsicóticos.

VERDADERO

FALSO

8.- Los medicamentos deben tomarse en un horario estricto.

VERDADERO

FALSO

9.- La medicación es necesaria que el paciente bipolar la tome, pero no requiere de su estricto cumplimiento..

VERDADERO

FALSO

10.- La fatiga, erupciones cutáneas, cefaleas y la sed son manifestaciones asociadas al tratamiento que consume el enfermo bipolar.

VERDADERO

FALSO

11.- La psicoterapia no es parte del tratamiento del enfermo bipolar, pero se puede pedir como un tratamiento adicional.

VERDADERO

FALSO

12.- Su participación y la de todos los miembros de la familia en las terapias familiares es necesario como parte del tratamiento del enfermo.

VERDADERO

FALSO

13.- La familia debe tener información de cómo fomentar y fortalecer la autoestima en el enfermo bipolar

VERDADERO

FALSO

14.-El mantener contacto físico como; tocar, besar, abrazar a su familiar no le fortalece su autoestima.

VERDADERO

FALSO

15.- El mantener contacto verbal como; palabras de afecto y ánimo con su familiar si le fortalece su autoestima.

VERDADERO

FALSO

16.- La alimentación que debe consumir el enfermo bipolar debe ser balanceada y rica en proteínas.

VERDADERO

FALSO

17.- El uso de bebidas alcohólicas puede provocar una recaída al enfermo.

VERDADERO

FALSO

18.- Su familiar al estar en presencia de discusiones, gritos e intolerancia le puede generar fuertes recaídas.

VERDADERO

FALSO

19.- Al presentarse una recaída y reconocer la crisis es necesario que el familiar busque ayuda.

VERDADERO

FALSO

20.- La familia debe participar en algún tipo de talleres, reuniones o charlas para recibir orientación sobre los cuidados que se deben dar a su familiar que tiene trastorno bipolar

VERDADERO

FALSO

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, CELSO GONZALEZ c.i. 4.275.636

En mi carácter de experto en Coord. Área de Hospitalización

Certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrolla la Técnico Superior Universitario en Enfermería Fresia Ponce, en su Trabajo Especial de Grado titulado "Programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar que acude al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas" Caracas en el año 2008.

En Caracas, a los 24 del mes de OCTUBRE de 2008

Nombre: Celso Gonzalez

C.I. Nro: 4275636

Firma: Celso Gonzalez





UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Lenys Arias C.I. 630457B

En mi carácter de experto en Enfermería Salud Mental y Psiquiatría

Certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrolla la Técnico Superior Universitario en Enfermería Fresia Ponce, en su Trabajo Especial de Grado titulado "Programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar que acude al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas" Caracas en el año 2008.

En Caracas, a los 04 del mes de Noviembre de 2008

Nombre: [Firma]

C.I.Nro: 630457B

Firma: [Firma]



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



### CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Adriana Villafranca c.i. 6.320.883  
En mi carácter de experto en Salud Mental

Certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrolla la Técnico Superior Universitario en Enfermería Fresia Ponce, en su Trabajo Especial de Grado titulado "Programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar que acude al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas" Caracas en el año 2008.

En Caracas, a los 04 del mes de Noviembre de 2008

Nombre: Adriana L. Villafranca A.  
C.I.Nro: 6.320.883  
Firma: [Firma manuscrita]



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, Libia I Betancourt C.I. 1267326  
En mi carácter de experto en Docente De Investigación I y II.

Certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrolla la Técnico Superior Universitario en Enfermería Fresia Ponce, en su Trabajo Especial de Grado titulado "Programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar que acude al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas" Caracas en el año 2008.

En Caracas, a los 19 del mes de Novembre de 2008

Nombre: Libia I Betancourt  
C.I.Nro: 1267326  
Firma: Libia I Betancourt



Anexo (C) Índice de Confiabilidad

Índice de Confiabilidad (Kr-20) Kuder Richardson-Prueba Piloto

Variable: Programa de orientación dirigido a la familia en el cuidado del enfermo con trastorno bipolar

Sujeto/ ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	11	14	15	16	17	18	19	20	Total
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	17
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	17
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
5	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	15
6	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	6
7	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	5
8	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	15
10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
Sumatoria	3	6	4	4	7	4	4	5	4	0	4	4	4	4	4	8	3	3	7	0	82
Media	0,30	0,60	0,70	0,40	0,70	0,40	0,40	0,50	0,40	0,00	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,80	0,30	0,30	0,70	0,00	8,50
Varianza	0,21	0,24	0,21	0,24	0,21	0,24	0,24	0,25	0,24	0,00	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	0,16	0,21	0,21	0,21	0,00	19,84
Desv/est	0,48	0,52	0,48	0,52	0,48	0,52	0,52	0,53	0,52	0,00	0,52	0,52	0,52	0,52	0,52	0,42	0,48	0,48	0,48	0,00	
P	0,30	0,60	0,70	0,40	0,70	0,40	0,40	0,50	0,40	0,00	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,80	0,30	0,30	0,70	0,00	
q	0,70	0,40	0,30	0,60	0,30	0,60	0,60	0,50	0,60	1,00	0,60	0,60	0,60	0,60	0,60	0,20	0,70	0,70	0,30	1,00	
pxq	0,21	0,24	0,21	0,24	0,21	0,24	0,24	0,25	0,24	0,00	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	0,16	0,21	0,21	0,21	0,00	4,07

Sumatoria de p\*q = 4,07

Varianza de la prueba = 19,84