

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Enfermería

Tesis de Enfermería

2008

La respuesta emocional y el contacto enfermero en personas con trastorno mental

Iñiguez, Miguel

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1086>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO DE ENFERMERÍA
TALLER DE TRABAJO FINAL

TEMA:

LA RESPUESTA EMOCIONAL Y EL CONTACTO ENFERMERO
EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

SUPERVISORA: LIC. LAURA CELAYA
CO – SUPERVISORA: LIC. MÓNICA BARG

AUTORES: - MIGUEL IÑIGUEZ
- ANDREA VILLALOBO

MAR DEL PLATA, DICIEMBRE 2008.

INDICE

I- INTRODUCCIÓN

1- Introducción al problema.....	3
2- Justificación.....	4
3- Formulación del problema.....	5
4- Objetivos de la investigación.....	5
4.1- Objetivo General.....	5
4.2- Objetivo Específico.....	5

II- MARCO TEÓRICO

5- Antecedentes de la investigación.....	6
6- Bases teóricas.....	13
6.1- Tacto y energía en la “Teoría de los seres humanos unitarios” de Martha Rogers.....	13
6.2- Perspectivas teóricas en la enfermería en interacción humana.....	17
6.2.1- Relaciones interpersonales. “Teoría Psicodinámica” de Hiedelgard Peplau.....	17
6.2.2- Joyce Travelbee: modelo de las relaciones entre los seres vivos.....	20
7- Marco conceptual.....	23
7.1- Personas que padecen trastorno mental.....	23
7.2- Personas con discapacidad psíquica severa y profunda. Reinés Femenia y M.E Portlls Miralles.....	25
7.3- Relación de ayuda enfermero-personas con trastorno mental.....	28
8- Las expresiones faciales.....	32
8.1- Los rasgos faciales y las emociones.....	33

9- Hipótesis de trabajo.....	34
10- Sistema de variables.....	34
 III- DISEÑO METODOLÓGICO	
11- Enfoque de la investigación.....	36
12- Tipos de estudio.....	36
13- Población de estudio.....	37
14- Plan de recolección de datos.....	37
15- Plan de procesamiento de datos.....	38
 IV- PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS	
16- Presentación de los resultados.....	39
17- Discusión de los resultados.....	39
18- Análisis de los resultado.....	39
19- Recomendaciones y conclusiones.....	57
 V- ANEXOS	
20- Anexo 1.....	59
21- Anexo 2.....	62
22- Anexo 3.....	64
 VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
	69

I.- INTRODUCCIÓN

1- Introducción al problema

“Se les llama alienados, viven bajo un infortunio de sociedad que los margina y los estigmatiza. Se les teme, y otorga injustificados títulos de agresividad, y peligrosidad. Por su condición se les niega los derechos del Ser Humano. Esta sociedad opta por ocultar al hombre, olvidando que también son hombres, y como tal están sujetos, en el laberinto de la vida, a la posibilidad de ocupar ese mismo sitio.”

Venciendo estos prejuicios culturales, se ingresa en el mundo de la Salud Mental.

A través del trabajo de campo se intentará describir, cómo el tacto, como medio para demostrar empatía y humanidad, suple la necesidad de afecto, provocando respuestas humanas positivas en las personas con trastorno mental.

En la presente investigación se destacará el tacto, como medio sensorial, que contiene a la persona, alivia su sufrimiento y cubre las necesidades de afecto en un ambiente terapéutico humanitario, derecho este, también del paciente de Salud Mental.

La enfermera que trabaja en el ámbito de la salud mental debe conocer cuánto bienestar puede proporcionar, y cuantos sentimientos puede transmitir en la acción del tocar.

Se desea desarrollar la presente investigación, bajo el Paradigma de la Transformación. Dejando en el pasado el modelo asistencialista, custodial de enfermería, e introducir las relaciones de ayuda. Transformar hacia el cuidado humanizado, basado en un acto propio de la especie animal. El tacto como forma de contacto primitivo

cumple la función de satisfacer necesidades básicas de afecto, y contención.

2- Justificación

Tocar, acariciar, abrazar, son acciones que adoptan un sin número de enfermeras. La enfermera implementa el tacto no sólo como instrumento de sus cuidados, sino como forma natural de expresar su empatía, afecto, y comprensión hacia la personas.

La percepción es un sentido desarrollado en las enfermeras. Por la percepción captan el momento, y en “quién” es oportuno y apropiado el contacto.

Es fundamental realizar esta investigación con el propósito de ejecutar aportes para la validación científica de la relación que existe del tacto o contacto mano sobre mano y la necesidad de afecto del que carecen un gran número de personas que experimentan un trastorno mental.

Es necesario que se demuestre que el sentido del tacto, como sentido sensorial, es de tanta, o igual importancia a la comunicación verbal.

“Sólo la mano del hombre puede hacer el milagro de calmar el miedo de estar a la deriva. Más allá del milagro de la ciencia y de la técnica, la mano que acaricia es el instrumento más poderoso de sosiego para el alma atormentada del que sufre cualquier dolor. Es este hecho humanitario, tan caro, tan deseado y tan simple en si mismo, materializado en el interés y en el amor de ese

contacto, el que puede alejar la enfermedad, acortar su duración y disminuir la huella ofensiva de su paso”.¹

3- Formulación del problema

¿Provoca respuestas emocionales positivas la actitud de comprensión empática de la enfermera, cuando toca con su mano, la mano de las personas con discapacidad psíquica severa y profunda internadas en la Clínica Neuropsiquiátrica Atlántica, de la ciudad de Mar del Plata en Noviembre de 2007?

4- Objetivos de la Investigación

4.1- Objetivo General

Conocer la respuesta emocional, que provoca el tacto, empleado en el contacto de la mano de la enfermera sobre mano de las personas con discapacidad psíquica severa y profunda.

4.2- Objetivo Específico:

Establecer la respuesta emocional que provoca el tacto de la mano de la enfermera sobre la mano de las personas con discapacidad psíquica severa y profunda internadas, en la clínica Atlántica de la ciudad de Mar del Plata, en Noviembre de 2007

¹ Dimauro, M “Salud mental y sociedad” Buenos Aires. El Ateneo. 1995. p. 119.

II. MARCO TEÓRICO

5- Antecedentes de la investigación

A continuación se citan las investigaciones que aportan conocimientos para el desarrollo de la presente investigación.

En cuanto a los estudios que han analizado el nivel de conocimiento de los enfermeros relativo a comunicación no verbal se destacar el estudio de Castro y Silva² (1999) "La comunicación no verbal en las interacciones enfermero-usuario en la atención a la salud mental". Fue realizada en 11 instituciones psiquiátricas de San Pablo, Brasil. Su objetivo fue analizar la comunicación no verbal emitida por los enfermeros durante la atención a personas de salud mental.

El marco conceptual estuvo fundamentado en la comunicación no verbal. Se aplicó un diseño de campo, de tipo exploratorio-descriptivo, transversal; el universo de estudio estuvo conformado por enfermeros que trabajaban en las Instituciones psiquiátricas; la muestra fue constituida por 11 enfermeros, en los turnos mañana y tarde, siendo observados un enfermero por Institución.

Como instrumento de recolección de datos se utilizaron registros auditivos, una grabadora, además se utilizó un instrumento adaptado por la autora a partir de un instrumento utilizado por SILVA³ (1989). Cumpliendo con el proceso de validación y confiabilidad.

Los resultados permitieron concluir que las señales no verbales más percibidas en las interacciones enfermeras, fueron de

² Castro, R; Paes da Silva, M "La comunicación no-verbal en las interacciones enfermero-usuario en la atención a la salud mental." 2000 Rev. Latino-Am .Enfermagem vol.9 n°1 Ribeirao Preto Jan.2001.

³ Silva, M.J.P" La percepción de las enfermeras sobre la comunicación no verbal de los paciente" 1989. Disertación Escuela de Enfermería de San Pablo.

demostración de sentimientos, decodificados principalmente como interés, atención, tranquilidad/desconcentración, sorpresa, tensión / miedo, cansancio, inquietud, indiferencia, ansiedad e irritación. También destacan la contradicción en la expresión verbal, alertando sobre la doble interpretación, o distorsión.

Los autores indican que, desde su percepción, los enfermeros entrevistados no están atentos para percibir en cuanto a cómo la comunicación no verbal puede influir en la asistencia, y en la humanización de los cuidados.

Esta investigación recalca que una forma de comunicación es la no verbal, la cuál incluye el contacto físico, como muestra significativa de afecto y amabilidad, siendo una actitud aprendida, conforma que dentro del proceso comunicacional los profesionales en enfermería deben aprender a manifestar sus sentimientos, y una de ellas es a través del contacto; punto importante para el estudio ya que estos enfermos debido a sus condiciones requieren de este tipo de comunicación.

Otro autor que aborda la comunicación no verbal es Jorcano Lorén, P.⁴ (2004). Este autor investigó "La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad" Zaragoza, España. El objetivo fue analizar el nivel de conocimiento de las expresiones de comunicación no verbal en las enfermeras que trabajan en las unidades quirúrgicas, y estimar la repercusión de la comunicación en la calidad de los cuidados, y en la recuperación posquirúrgica del paciente.

La población de estudio estuvo constituido por 10 enfermeras que trabajaban en una Unidad de Reanimación post-quirúrgica. Se utilizó una metodología cuantitativa: observación participante y

⁴ Jorcano Lorén, P "La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad "Biblioteca Lascasas, 2005; 1.

cuestionario estructurado; y la metodología cualitativa: Historia de vida. La conclusión del trabajo derivó en utilidad y precisión del aumentar el nivel de conocimiento sobre la comunicación y más específicamente sobre la comunicación no verbal, resulta que aumentar los conocimientos sobre comunicación estarían facilitando el contacto con los pacientes en sus prácticas y posteriormente en su vida personal y/o profesional.

El trabajo realizado por Silva, M y Belasco, J⁵ (1993) "Enseñando el toque terapéutico: relato de una experiencia", Brasil, relata la experiencia de enseñanza del Toque Terapéutico o imposición de las manos, en donde el objetivo es transmitir energía. Entre los hallazgos, se verificó un incremento de la sensibilidad a los síntomas detectables a través del Toque Terapéutico, sensación de hormigueo o un calor moderado al recibir la energía vital y calor, peso, presión extendiéndose por su cuerpo. Especialmente cuando la energía comienza a fluir se refieren sensaciones típicas de relajamiento.

Otros estudio centrado en las características y consecuencias del contacto táctil es el de Bergoña Carbelo Baquero⁶ en (2000) "El tacto, una forma de comunicación con el paciente" Alcalá de Henares, cita un estudio piloto realizado en una unidad de neonatos con niños de 7 a 12 días se experimentó que el contacto humano inducía al sueño, mejorando la actividad motora y su conducta de distrés.

Es necesario mencionar, aquellas investigaciones que han centrado sus estudios en la interrelación enfermera- persona, como la

⁵ Silva, M; Belasco, J "Enseñando el toque terapéutico: relato de una experiencia". *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Apr. 1996, vol.4, no.spe, p.91-100.

⁶ Baquero, Bergoña . *El tacto: una forma de comunicación con el paciente*. 2000.

de Marco, Ibort, Edo, ⁷(2003) quienes refieren en su estudio “Reflexiones en torno a la Relación terapéutica. ¿Falta de tiempo?”, la falta de técnica en la relación interpersonal enfermera-persona:

...” uno de los factores más estresantes para las enfermeras hospitalarias son las dificultades en la comunicación interpersonal. Según Riopelle (1984) la comunicación terapéutica es difícil de realizar pues se han desarrollado comportamientos estereotipados protectores que intentan evitar la amenazadora abertura hacia el otro”.⁸

En cuanto a las emociones en 1873 Charles Darwin publica “La expresión de las emociones en los animales y en el hombre”. Darwin refería que las expresiones humanas eran innatas y por tanto universales en todas las especies:

“...las tres acciones más importantes son los reflejos, hábitos y los instintos. Los más importantes en la expresión de las emociones son los reflejos y los instintos, que son innatos y se heredan de nuestros antepasados, manifestando una clara continuidad filogenética en la expresión de las emociones, del mismo modo que existe continuidad en la evolución biológica. Así, tanto la expresión de las emociones propias, como el reconocimiento de las de

⁷ Marco; Ibort; Edo. 2003. *Reflexiones en torno a la Relación terapéutica. ¿Falta de tiempo?*. Index Enferm. vol.13 nº 47 .Granada Winter 2004

⁸Marco; Ibort; Edo. 2003. *Reflexiones en torno a la Relación terapéutica. ¿Falta de tiempo?*. Index Enferm. vol.13 nº 47 .Granada Winter 2004

los demás, se realizan de forma principalmente involuntaria y no aprendida.⁹...

La aportación más destacable de la teoría de Darwin a la expresión de las emociones es la asunción de que los patrones de respuesta expresiva emocional son innatos y que existen programas genéticos que determinan la forma de la respuesta de expresión emocional.

Resulta ineludible nombrar a Paul Ekman¹⁰ experto en comunicación no verbal, cuyo mérito radica en ser quien pudo comprobar científicamente la teoría expresada por Darwin. El mismo ha desarrollado una lista de emociones básicas a partir de investigaciones transculturales en la comunidad fore de Papúa Nueva Guinea.

“...utilizando la fotografía como soporte [...] enseñó fotografías a personas de cinco países diferentes, –Chile, Argentina, Brasil, Japón y Estados Unidos, para que identificasen la emoción de la imagen. Las interpretaciones coincidieron. En Japón y Estados Unidos, Ekman evaluó el comportamiento facial en un laboratorio y descubrió que, en solitario, tanto japoneses como estadounidenses, al ver vídeos con escenas quirúrgicas y accidentes, movían los mismos músculos de la cara. Sin embargo, cuando un

⁹ Chóliz, M. (1995): La expresión de las emociones en la obra de Darwin. En F. Tortosa, C. Civera y C. Calatayud (Comps): Prácticas de Historia de la Psicología.

¹⁰ Paul Ekman psicólogo destacado del siglo XX profesor de psicología de la Universidad de California y experto en comunicación no verbal. Recibió el Premio de Investigación Científica del National Institute of Mental Health (NIMH) en 1971, que se renovó en 1976, 1981, 1987, 1991 y en 1997. Asume una postura revolucionaria, en el sentido de que el desarrollo de los rasgos y estados del ser humano representan el fundamento de sus investigaciones.

científico estaba presente durante el experimento, los japoneses tendían a enmascarar más las emociones de desagrado con una sonrisa. Intrigado por estos resultados, decidió cotejarlos en una cultura aislada de la civilización y convivió dos años con el pueblo fore en Papúa Nueva Guinea. [...] descubrió que los fore no poseían un lenguaje escrito con el que identificar una lista de palabras que designasen una emoción. Así que les pidió que contasen historias sobre diferentes estados de ánimo a cambio de una pastilla de jabón o un paquete de cigarrillos. Mientras Ekman filmaba y fotografiaba sus rostros, se dio cuenta de que las historias que contaban coincidían con la emoción de sus semblantes.”...¹¹

Para finalizar el científico afirma que:

“Las expresiones de alegría, tristeza, ira, sorpresa, asco, miedo y desprecio son universales, independientemente de la sociedad o la cultura a la que se pertenezca”...

La comunidad científica de la actualidad está de acuerdo en que los hallazgos de Ekman son válidos.

A continuación se hacen referencia a las investigaciones que se basaron en la observación de las posturas de las líneas de la cara para detectar respuestas emocionales, como la de Quiala, Sulia, Durruti, e Infante¹² (1999). En su estudio “Respuesta del estado psicológico en

¹¹ Gemma Cubero del Barrio 2004 El rostro no siempre es el espejo del alma. Disponible en la web.

¹² Barrera Quiala Miriam, Ortiz Ojeda Sulia, Darromán Durruti Reina, Montoya Infante Migdalia. Respuesta del estado psicológico en adolescentes con interrupción del embarazo. Rev Cubana Enfermer 1999 Dic.

adolescentes con interrupción del embarazo”, se analizaron las expresiones faciales de 175 adolescentes. Prevaleciendo las expresiones faciales miedo y angustia.

En el estudio realizado por Susana Bloch y Madeleine Lemeignan¹³ (1992) titulado “Patrones Respiratorio - Posturo - Faciales específicos relacionados con Emociones Básicas”, las autoras enuncian que:

“En 1970 comenzamos una investigación en Chile que tenía por objeto relacionar algunas de las activaciones fisiológicas presentes durante una emoción, con la correspondiente experiencia subjetiva (Bloch y Santibáñez, 1972). Se estudiaron seis emociones básicas: alegría-risa, tristeza llanto, rabia-agresión, miedo-ansiedad, erotismo y temura. Estas emociones fueron consideradas como básicas porque corresponden a invariantes universales del comportamiento - en un sentido darwiniano - y están presentes en el animal y en el infante humano ya sea como comportamientos innatos o bien aparentes o presentes en etapas muy tempranas del desarrollo postnatal [...]se registraron en vídeo las expresiones faciales y posturales y las señales auditivas”...

Las autoras señalan:

“...sabemos que ya sea que la situación emocional desencadenante venga del mundo externo o interno, la activación subjetiva que resulta está generalmente acompañada por modificaciones en la expresión facial, en la dirección de la mirada”,...

Los resultados de su investigación determinaron que:

¹³ Susana Bloch y Madeleine Lemeignan *Patrones Respiratorio - Posturo - Faciales específicos relacionados con Emociones Básicas*. *Bewegen y Hulpverlening* 1992, vol. (Holanda).

“... a medida que se ejecutaban las acciones prototípicas, la respiración se acercaba más a la observada durante episodios emocionales espontáneos, los rasgos expresivos se hacían más claros y mejor definidos y la experiencia subjetiva y/o las imágenes se hacían más coherentes con el patrón emocional reproducido. Mientras más duraba el ejercicio más intensa era la experiencia subjetiva, según informaban los sujetos. La relación de los músculos faciales con las emociones ha sido analizado muy en detalle especialmente por Eckman y Oster (1979) y por Izard (1971).”...

6- Bases teóricas.

6.1- Tacto y energía, en la teoría de “La ciencia de los seres humanos unitarios” de Martha Rogers

Se considera a Marta Rogers como una especialista en el campo de la enfermería *“sus colaboradores la consideran una de las cabezas pensantes más innovadoras de la enfermería, puesto que sintetizó, una y otra, vez el conocimiento en un sistema de pensamiento completamente nuevo. Actualmente, se considera que se adelantó a su época, dentro y fuera de este mundo”*.¹⁴

Rogers desarrollo su teoría alrededor de ideas abstractas, en donde los conceptos principales de su modelo son: Ser Humano, y Entorno:

¹⁴ Marriner, A; Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Mosby. 2007. p.245

“El campo humano se extiende más allá del sentido de la piel, y es perceptible para un sentido entrenado (contacto primario)”¹⁵

La teórica se refiere con su término pandimensionalidad:

“Como un dominio no lineal que carece de atributos espaciales o temporales. El término pandimensional aporta un dominio infinito, sin límites, y expresa, de la mejor manera posible, la idea de un todo unitario”.¹⁶

Rogers afirma que el entorno se ve influenciado constantemente por el intercambio de energía y materia que irradia el ser humano, y a la vez este influye constantemente en nuestros pensamientos, emociones, y estado de salud- enfermedad. Entorno es:

“campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica por el modelo y por las características evidentes, deferentes de los de las partes. Cada campo del entorno es específico para su campo humano. Ambos cambian de un modo continuado y creativo.”¹⁷

La materia, dice Martha Rogers, es decir el corpúsculo y las perturbaciones eléctricas, son el nivel más íntimo en el que se unifica el ser humano. Por lo tanto expresa, que aquello que es desconocido en

¹⁵ Kozier, B; Erg,G; Blai,K; Wilkinson, J.M *Fundamentos de enfermería*. Mc Graw – Hill. Interamericana.2002.. p. 900

¹⁶ Marriner, A; Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*. Ed. Elsevier Mosby 2007. p.246

¹⁷ Ibid.. p.248

la naturaleza del ser humano surge de su naturaleza dual (materia y ondas). Y enuncia:

“La persona [...] es un campo de energía que sigue un modelo organizado y que intercambia continuamente materia y energía con el campo de energía ambiental, lo que resulta en una remodelación continua.”¹⁸

Los campos de energía presentan características, comportamientos y cualidades individuales, por lo que cada idea, cada acontecimiento responde a una singularidad.

“Campo de energía irreductible y tetradimensional determinado por un ambiente, y que ofrece características diferentes a las de las partes. Cada campo ambiental es específico de un determinado campo humano. Se identifican por patrones de ondas que manifiestan un cambio continuo, y ambos cambian constantemente y de forma creativa.”¹⁹

Este concepto expresa cómo interactúa el ser humano a través de la materia y ondas eléctricas con el entorno. El dinamismo es un constante intercambio de energía. Estos son entonces sistemas abiertos que se complementan continuamente. El término de tetradimensionalidad, es referido al espacio-tiempo desarrollado en

¹⁸ Kozier, B; Erg,G; Blai,K; Wilkinson, J.M. *Fundamentos de enfermería*. Mc Graw – Hill. Interamericana.2002. p.54

¹⁹ Ibid. p.54

1905 por Albert Einstein en donde el tiempo es una cuarta dimensión del universo.²⁰

Martha Rogers afirma que:

*“El ser humano camina por este espacio-tiempo de una manera continua, innovadora, probabilística y que no se repite. Esto significa claramente que cada ser humano es único”.*²¹

En el contacto terapéutico la enfermera canaliza su energía a otra persona:

*“... se transmite o transfiere energía de una persona a otra con la intención de potenciar el proceso de curación de una persona que está enferma o lesionada. [...] el acto principal del profesional de enfermería (sanador) es centrarse en sí mismo y mantener este centro a lo largo de este enfoque”.*²²

En esta práctica se trabaja con el campo de energía humano:

“El campo de energía humano se extiende más allá del nivel de la piel, y es perceptible para un sentido entrenado (contacto primario) como el del sanador. [...] El cuerpo y el entorno son considerados sistemas abiertos que constantemente intercambian energía y materia. El patrón y

²⁰ Tejero, M “Marta E. Rogers Reflexiones sobre su teoría” Revista ROL de Enfermería nº 238. junio 1998. p. 44

²¹ Tejero, M “Marta E. Rogers Reflexiones sobre su teoría” Revista ROL de Enfermería nº 238. junio 1998. p. 43

²² Kozier, B; Erg,G; Blai,K; Wilkinson, J.M. *Fundamentos de enfermería*. Mc Graw – Hill. Interamericana.2002. p.900.

la organización del campo humano están continuamente afectados por el flujo de energía del entorno. En situaciones de enfermedad, dolencias o dolor, el patrón y la organización del campo se trastornan, y puede producirse una pérdida de energía, una interrupción del flujo, una acumulación, o un bloqueo.”²³

En cuanto a la aceptación del modelo de Marta Rogers, Gunther explica:

“Los tipos de modelos no invasivos que se usan en la práctica planteada por Rogers, y que no solo están limitados a ésta, son la terapia del tacto terapéutico, el masaje,”²⁴...

6.2- Perspectivas Teóricas en enfermería en interacción humana.

6.2.1- Relaciones interpersonales - teoría psicodinámica de Hildegard Peplau.

Hildegard E. Peplau es considerada la madre de la enfermería psiquiátrica, por su gran contribución a la especialidad. Destaco “la importancia de la capacidad de la enfermera para comprender su

²³ Kozier, B; Erg,G; Blai,K; Wilkinson, J.M. *Fundamentos de enfermería*. Mc Graw – Hill. Interamericana.2002. p.900.

²⁴ Marriner, A; Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Mosby .2007. p.251

propio comportamiento para ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas.”²⁵

Peplau, citada en Marriner & Raile (1999), definió enfermería como:

...“un importante proceso terapéutico interpersonal que actúa en coordinación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades” (p. 339).

Hildegard Peplau expresa que, la salud es suscitada por el proceso interpersonal, en el cual la enfermera crea un entorno que conduce a la comunicación.

La capacidad de comunicarse es el primer paso hacia el establecimiento de una relación terapéutica con la persona. El proceso de enfermería puede considerarse educativo y terapéutico cuando enfermera y cliente llegan a conocerse y respetarse como personas, que pueden trabajar juntas en equipo y resolver problemas. (Reakes, J 2000).

El modelo de Peplau tiene la particularidad de subrayar la relación humanitaria enfermera – persona. Mejía Lopera explica al respecto

“La enfermera debe estar muy receptiva para detectar las necesidades del paciente y especialmente, cuál es la ayuda que requiere. La forma en que la enfermera siente la acción

²⁵ Marriner, A; Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Mosby .2007. bid. p.54.

de ayuda de los pacientes, supone diferencia en el resultado de la asistencia...,”²⁶

La relación interpersonal enfermero-paciente pasa por una primera fase que Peplau denomina “*de iniciación*”. En ella ambos participantes son extraños y consiste en:

...“la orientación del paciente y la identificación, [...] con aquellas personas que lo pueden ayudar”...²⁷

El objetivo consiste en lograr un mutuo conocimiento, el enfermero procura disminuir la ansiedad, y establecer una relación de confianza que beneficie al paciente.

La segunda fase es la de “*Identificación*” se desarrolla la relación, el afecto, y la confianza. En la fase de “*Exploración*” la persona expresa sus sentimientos, y emociones, la enfermera ayuda a comprenderlos y demuestra comprender la situación de la persona:

...“debido a que el paciente saca provecho de la relación, se basa en el aporte de los enfermeros para lograr sus objetivos y cumplir sus metas”²⁸

La fase de Resolución es la fase final, las antiguas necesidades y objetivos son desechados y se adoptan otros nuevos.

El objetivo dentro de la relación terapéutica es ayudar a la persona a determinar los puntos fuertes de su problema, que es

²⁶Lopera, M. *Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico* [online]

²⁷ Beltrán ÓA. *Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería*. Invest. educ. enferm. [online]. 2006; 24(2):144-150.

²⁸ Ibid.

necesario que ocurra para resolverlo, y que beneficios propiciarán estos cambios. (Reakes, J 2000).

6.2.2- Joyce Travelbee: Modelo de la relaciones entre seres humanos.

Joyce Travelbee, como teórica en enfermería analiza la interacción humana que define a la Enfermería, pues solo a través de ella es posible llevar a cabo el cuidado. *“El énfasis de Travelbee en el cuidado puso de relieve la empatía, la solidaridad, la transferencia y los aspectos emocionales de la enfermería.”*²⁹

Para Travelbee comunicarse significa enviar o recibir mensajes por símbolos, palabras, signos, gestos, u otros medios no verbales, alertando que el proceso solo es valido, si el contenido de la comunicación es por igual para el emisor y el receptor. Refiere que:

*“el paciente, por ser humano posee los recursos y riesgos de la condición humana...es una criatura con contradicciones continuamente confrontadas por elecciones y conflictos, que debe enfrentar las consecuencias de sus actos...[...] la comunicación durante la aflicción y el padecimiento de la enfermedad pueden ser difíciles, por lo cual se debe tener en cuenta que los pacientes se sirven para comunicarse con los enfermeros de su apariencia, comportamiento, postura, expresión facial y gestos, aun cuando no se den cuenta de que lo hacen”.*³⁰

Para Travelbee:

²⁹ Marriner , A; Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Mosby .2007. p.59

³⁰ Beltrán ÓA. *Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería*. Invest. educ. enferm. [online]. 2006; 24(2):144-150.

“El objetivo de la Enfermería es ayudar a los individuos y familias a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, y ayudarles a dar sentido a sus experiencia mediante el establecimiento de una relación persona a persona. [...] la relación enfermera- paciente es singular, un encuentro único y original que representa el comienzo de un punto de partida de las interacciones subsecuentes.”³¹

Al referirse a la relación terapéutica enfermero- paciente, Travelbee enfatiza que:

...“enfermería debe utilizar sus conocimientos científicos en las personas para ayudarles a encontrar el significado de su dolencia. La manera como cuidamos de ellos, o que decimos, como decimos y hacemos mostrará como nos preocupamos por ellos, si estamos o no supliendo sus carencias y sus expectativas, determinando el cuidado de enfermería y la relación terapéutica.”³²

En la interacción enfermero-paciente la teórica refiere que se debe entender al paciente como un ser que sufre y necesita ser cuidado, admitiendo tener en cuenta su fragilidad, sus valores, conflicto y su cultura. De la misma forma, el profesional es también un ser cargado de sentimientos, de valores, de conflictos y de la cultura, propios. El enfermero tiene a su encargo el cuidado del paciente, conociéndolo, entendiéndolo, confortándolo, desarrollando y

³¹ Chistoforo, B, Zagonel, I y Carvalho, D. *Relación enfermero-paciente en el preoperatorio: una reflexión teórica bajo Travelbee*. Cogitare enferm. [online]. 2006, vol.11, no.1

³² Ibid.

coordinando las acciones necesarias para la armonización del todo.
(Castro, Silva, 1999)

Para Travelbee la enfermera para prestar asistencia a una persona, precisa tener una percepción nacida a partir de sus propias experiencias, como ser humano que ha enfrentado el dolor y el sufrimiento. En este sentido, la autora se refiere a la percepción como un movimiento interno de una persona para tomar conciencia del mundo en el que se encuentra, descifrándolo de acuerdo a sus experiencias anteriores. Esta percepción posibilita desarrollar un vínculo imprescindible y necesario entre la persona y el enfermero, para que ocurra el proceso de relación, interrelación y transacción.

El profesional debe establecer una relación de empatía con la persona enferma, con el propósito de proporcionar la atención del oficio de enfermera; aunque no puede sentirse como el paciente, él utiliza sus experiencias de miedo y dolor compartiéndolas con las personas "para imaginarse" estar en lugar de él. A partir de este proceso se encuentra capacitado para organizar, interpretar y transformar la información de la realidad percibida por la persona.

Travelbee acredita que el cuidado de enfermería necesita de una revolución humanística, con el compromiso de ayudar, evitar y aliviar las aflicciones desencadenadas por las necesidades no satisfechas, siendo estas subjetivas o no.

Las relaciones interpersonales, que determinan el cuidado de Enfermería, están sujetas a factores condicionantes como la naturaleza de la interrelación entre enfermero y paciente, las fases de la interacción, el rol de los enfermeros en la relación con el paciente y las condiciones del paciente para la interacción. Estos factores deben ser considerados y analizados por los enfermeros con el fin de impedir que en determinados momentos distorsionen el contacto humano en el que se basa la práctica de Enfermería.

7- Marco conceptual

7.1- Personas que padecen trastorno mental.

Pacheco Borrella³³, da la siguiente definición de Salud Mental:

“La salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos. Se refiere a la manera como cada uno de nosotros nos relacionamos con otros en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto diario con nuestros iguales, y, en general, en la comunidad. Comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida”. (Pacheco Borrella, 2003)³⁴

Se entiende por el término “normal” por lo que está dentro de la norma. Y por norma se entiende el concepto de: regla universal. Borrella cita a Tizón (1976,op. cit) quien explica que:

“...durante siglos se ha considerado normal aquel individuo que es como debe ser, es decir aquel cuyo comportamiento concuerda con las reglas de formalidad que, aunque nunca han sido escritas, han imperado e imperan en los grupos sociales. A partir de ese ser como

³³ Pacheco Borrella Germán Enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental. Antropólogo. Director de Presencia. Revista de Enfermería de Salud mental.

³⁴ Pacheco Borrella, G. *El concepto de “Salud mental”*. 2003.

*se debe ser, la medicina ha estado basada prácticamente en la dicotomía entre lo normal y lo patológico”.*³⁵

Borrella se pregunta si el dolor, la ansiedad, la insatisfacción, etc. son conflictos normales o no para el desarrollo de la persona. Concluye el autor que:

*“...no existe una línea clara, precisa y contundente que delimite lo normal de lo patológico, lo sano de lo enfermizo, lo neurótico de lo normal, lo psicótico de lo neurótico y, por supuesto lo anormal de lo normal. Todos tenemos filias y fobias. Todos nos vemos en la necesidad, en determinadas ocasiones de nuestras vidas, de elaborar ansiedades persecutorias y depresivas, de conflictos psicológicos o neuróticos.”*³⁶

Borrella en su artículo Enfermedad mental vs. Trastorno mental afirma:

*...“habrá que referirse al término enfermedad para aquellos casos en los que la base anatomopatológica haya sido notoriamente demostrada; y reservar el trastorno para aquellas situaciones que no presuponen una concepción causal. De este modo, categorías como esquizofrenias, neurosis, psicosis varias, trastornos de la personalidad, etc., quedan fuera del ámbito estrictamente médico-psiquiátrico y habrá que atender a las personas así etiquetadas desde un concepto mucho más fluido y voluble como es el trastorno mental.”*³⁷

³⁵ Pacheco Borrella G “Enfermedad mental vs. Trastorno Mental” Presencia 2005 ene-Jun; 1(1).

³⁶ Ibid.

³⁷ Pacheco Borrella G “Enfermedad mental vs. Trastorno Mental” Presencia 2005 ene-Jun; 1(1).

Por último es importante el concepto de Borrilla cuando explica que:

*“No existen enfermedades mentales sino trastornos mentales y, por consiguiente, no existen enfermos mentales sino personas que padecen trastorno emocionales o mentales”.*³⁸

7.2- Personas con discapacidad psíquica severa y profunda. Reinés Femenia y M.E Portils Miralles³⁹

Antiguamente algunas sociedades cometían infanticidio cuando un niño les resultaba anormal. Con la cristiandad, se condena el infanticidio pero aparece la denominación de endemoniados.

Durante los siglos XVII y XVIII, a quien tenía una discapacidad psíquica, se consideraba que debía ser internado en manicómos, sin recibir atención. Se les denominaba imbéciles, dementes, débiles mentales, diferentes, locos o locas.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, se inicia la institucionalización, de modo específico, de quienes tienen una discapacidad psíquica como manera de proteger a las personas normales de la no-normal. La persona con discapacidad es segregada y discriminada. Aparece la terminología: idiota en el entorno de la investigación, posteriormente desde el ámbito médico: oligofrénicos. En el siglo XX lamentablemente siguen siendo considerados como seres perturbados, antisociales y obsesos sexuales.

En Suecia, hasta mediados de los años 70, se esterilizaba a las personas con discapacidad, incluso, sin su consentimiento.

³⁸ Ibid.

³⁹ J. Fornés Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2005. Ed. Panamericana Pág. 242

Con la aparición de las escalas de inteligencia se comienza a hablar de torpes y retrasados. Según se avanza en el tiempo, hablamos de deficiencia mental, minusvalías, incapacitado, discapacidad psíquica, y finalmente, se habla de retardo mental, aunque otras corrientes y estudios prefieren utilizar términos como discapacidad intelectual.

Según se avanza en la aceptación de la diversidad de personas, la sociedad incorpora términos y matiza Conceptos. Por ejemplo se introduce el Concepto de alumnos "Con necesidades educativas especiales".

"La American Association on Mental Retardation señala los niveles de discapacidad pueden ir de deterioro leve a uno grave o profundo[...] Las principales causas de la discapacidad psíquica pueden ser múltiples y variadas, aunque un 40% de la etiología suelen ser desconocida. Estas causas podrían clasificarse en prenatales, perinatales y postnatales.

Podemos afirmar que el 100% de las personas con discapacidad psíquica severa y profunda precisan apoyo, ya sea parcial o generalizado, para el mantenimiento de su salud.

Si nos guiamos por el registro de patrones funcionales propuestos por Fomés y Carballal, la discapacidad psíquica severa y profunda es considerada un factor que altera en mayor o menor grado la práctica totalidad de los patrones funcionales de salud. Entre los más representativos se encuentran:

- *Patrón de percepción y control de la salud.*
- *Patrón nutricional y metabólico.*
- *Patrón eliminación*
- *Patrón actividad ejercicio*
- *Patrón sueño y descanso*

- *Patrón cognitivo perceptivo.*
- *Patrón de autopercepción y autoconcepto.*
- *Patrón de rol relaciones.*
- *Patrón de sexualidad y reproducción.*
- *Patrón de adaptación y tolerancia al estrés.*

Plan de cuidados⁴⁰

- ⊕ *Actividades de autocuidado*
- ⊕ *Alimentación*
- ⊕ *Uso del retrete*
- ⊕ *Toma de decisiones*
- ⊕ *Favorecer la comunicación*
 - *Pasar largos ratos con la persona para conocerla.*
 - *Demostrar interés y comprensión.*
 - *Aprender a descifrar su código de comunicación (gestual o verbal).*
 - *Hacerle ver que estamos a su lado.*
 - *Hablar con tono pausado y claro, manteniendo contacto ocular, utilizar el contacto físico y los gestos para reforzar el mensaje.*
 - *Utilizar mensajes cortos y claros, no realizar varias preguntas a la vez.*
 - *Reducir los estímulos ambientales para favorecer la comunicación.*
 - *Dar tiempo para que la persona aprenda a descifrar códigos de comunicación gestual o verbal.*
 - *Utilizar una actitud positiva.*

⁴⁰ J. Fornés Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2005. Ed. Panamericana Pág. 249

- *Utilizar el refuerzo positivo. Trabajar siempre desde una perspectiva lúdica y hacer ver a la persona que está haciendo cosas importantes.*
- *Una vez establecida una buena relación, pueden establecerse los demás objetivos para trabajar.*
- ⊕ *Disminución del número de autolesiones.*
- ⊕ *Participación en actividades de ocio y tiempo libre.*
- ⊕ *Prevención del deterioro de la integridad cutánea.*
- ⊕ *Favorecer una conducta sexual no desinhibida.*

7.3- Relación de ayuda enfermera- personas con trastorno mental.

Las relaciones de ayuda o interpersonales: enfermera-paciente, constituyen la plataforma de los cuidados, se dice que son la columna de la enfermería.

El bienestar es el objetivo de esta relación. El interés real por el bienestar de la persona, surge en la fase de “*Identificación*” de Peplau.

.Actitudes afectuosas y de sincero interés refuerzan la confianza en la relación, la persona sabrá que puede contar con la enfermera cuando la necesite.

Las conductas y actitudes de las enfermeras afectan particularmente a los pacientes con trastorno mental. Es frecuente que los pacientes con estas características interpreten incorrectamente la realidad, por ejemplo la reserva de la enfermera, pueden interpretarla como rechazo (Brady, P ,2000).

Las habilidades interpersonales son necesarias para todas las actividades de enfermería. Incluyen conocimientos trasmisibles, actitudes, sentimientos, interés y apreciación de los valores culturales

el cliente y de su estilo de vida. Para que las enfermeras puedan alcanzar un alto grado de habilidad en las relaciones interpersonales deben tener conciencia, y sensibilidad hacia los demás.

Ugalde, M⁴¹ (2001) explica que en la fase de la valoración, durante el proceso de Atención de Enfermería, particularmente durante el ejercicio profesional de enfermería psiquiátrica:

“...resulta primordial recordar que se está iniciando una relación profesional con el usuario, esto quiere significar que han de aplicarse los conocimientos sobre la relación terapéutica.

En el ámbito de la enfermería psiquiátrica, las actividades que realizan las enfermeras tienen como base fundamental el contacto personal con los usuarios y la relación terapéutica, por lo que resulta imposible definir las a manera de formulas exactas, ya que han de tener en cuenta, además del contenido de lo que hace, el contexto en que realiza los actos, la función que pretende cumplir y también, de forma importantísima, la individualidad del sujeto.

No existen dos enfermos exactamente iguales; por esta razón es imposible pretender la aplicación de fórmulas exactas para los cuidados de enfermería”⁴²

El rol de enfermería se instaura por múltiples interacciones, que forzosamente tienen que ser terapéuticas, esto se debe a que las características de la relaciones son específicas, debido a los objetivos

⁴¹ Rigor Cuadra, A; Ugalde Apalategui, M. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Barcelona, España. 2001. Pág. 37

⁴² Ibid. Pág. 38- 101.

que persiguen, y las personas implicadas en ella lo contrario resulta imposible y sugiere una falta de profesionalidad.

“Esta relación va a adquirir connotaciones específicas cuando se trata de enfermos con problemas de salud mental, convirtiéndose en un instrumento imprescindible. Muchos de estos enfermos presentan dificultades en el área relacional.[...] es fácil plantearse que cuando las formas de conocer e interpretar la realidad tienen un significado cualitativamente distinto, como en el caso de muchos enfermos psiquiátricos, es difícil que la comunicación sea eficaz y obtenga los objetivos que se propone [...] es imprescindible un elemento como el autoconocimiento por parte de la enfermera, y de aspectos comunicacionales y de relación para poder responder de manera adecuada ante las situaciones que se produzcan.”⁴³

Al hablar del espacio interpersonal Rigor explica:

...“no podemos olvidar mantener la distancia adecuada en el que se respete el espacio interpersonal (espacio burbuja). El tipo de distancia que se mantiene con el enfermo enmarca el tipo de relación que se está estableciendo. Cuando se traspasan los espacios personales, se está indicando que se trata de una relación íntima, lo cual puede producir agresividad o actitudes defensivas en el enfermo. (El enfermo que experimenta vivencias subjetivas de temor, porque cree que los demás quieren hacerle algún daño, puede percibir la relación como amenazante y reaccionar frente a la excesiva

⁴³ Rigor Cuadra, A; Ugalde Apalategui, M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Barcelona, España. 2001. Pág.102.

*proximidad de forma violenta, impidiendo establecer un mínimo de confianza)..."*⁴⁴

*"Mantener la distancia terapéutica necesaria y el que la relación se produzca en un marco terapéutico, no significan que nos tengamos que mostrar diferentes a como somos en la realidad, ya que es necesario mantener una actitud honesta y realista que le otorgue al enfermo puntos de referencia fijos que le permitan un contacto más adecuado con la realidad"*⁴⁵

Pacheco Borrella, refiere que entre los tipos de contención se encuentra la psicofarmacológica, la mecánica, y la verbal. De la misma refiere que:

*"Una comunicación fluida, firme, directa, comprensiva y empática siempre será efectiva. Así pues, manejar las técnicas de comunicación verbal- como las no verbales- es imprescindible en la relación enfermera-paciente, ya sea en una situación ordinaria como en una situación de urgencia o emergencia"*⁴⁶

El mismo autor indica que:

"saber escuchar en situaciones de gran tensión y para colaborar en el equipo multidisciplinar en las situaciones complicadas. Es tan importante saber estar como saber hacer; respetar los silencios; saber retrasar las intervenciones y complementar la intervención del

⁴⁴ Cuadra, A; Ugalde, M. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Masson. 2001. Pág. 109

⁴⁵ *Ibíd.* p. 110.

⁴⁶ Lizancos, F; Contreras, J , Borrella, G. *Guía de intervención rápida de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental* . Difusión Avances de Enfermería. 2005. p. 43

*psiquiatra no es algo que conozcan todos los diplomados de enfermería a través de su formación general.*⁴⁷

8. Las expresiones faciales.

La expresión facial indica los estados anímicos y las emociones. Esencialmente se utilizan para regular la interacción, y para enfatizar los mensajes

El científico Paul Ekman afirma que:

... “Las emociones desempeñan un papel vital en nuestra vida, nos unen como personas, determinan nuestra calidad de vida y están presentes en cualquier relación. Pueden salvarnos o causar verdadero daño [...] Si aprendemos a reconocer las historias que originan las emociones y a identificar cuándo intentamos ocultarlas, podemos mejorar nuestra comunicación, modificar nuestras respuestas y minimizar el impacto emocional en los demás”

Ekman ideó un atlas del rostro humano que recibe el nombre de FAST (Facial Affect Scoring Technique). El FAST clasifica las imágenes utilizando fotografías (no descripciones verbales) y dividiendo el rostro en tres zonas: la frente y las cejas, los ojos y el resto de la cara, es decir, la nariz, las mejillas, la boca y el mentón.

Los principales rasgos faciales que diferencian cada emoción son: grado de apertura del ojo, posición y/o grado de tensión – relajación de los párpados, tensión muscular en la frente, dirección de la mirada, configuración de la boca – labios.

⁴⁷ Ibid. p. 70

8.1- Los rasgos faciales y las emociones

Cada reacción emocional puede caracterizarse por una serie de gestos, o movimientos faciales específicos que facilitan su reconocimiento por parte de observadores externos. Algunos de los más significativos son los siguientes:

Alegría:

- Elevación de las mejillas.
- Comisura labial retraída y elevada.
- Arrugas en la piel debajo del párpado inferior.

Asco:

- Elevación del labio superior. Generalmente asimétrica.
- Arrugas en nariz y áreas cercanas al labio superior.
- Arrugas en la frente.
- Elevación de las mejillas arrugando los párpados inferiores.

Ira:

- Cejas bajas, contraídas y en disposición oblicua.
- Párpado inferior tenso.
- Labios tensos, o abiertos en ademán de gritar.
- Mirada prominente.

Miedo:

- Elevación y contracción de las cejas.
- Párpados superior e inferior elevados.
- Labios en tensión. En ocasiones la boca está abierta.

Sorpresa:

- Elevación de las cejas, dispuestas en posición circular.
- Estiramiento de la piel debajo de las cejas.
- Párpados abiertos (superior elevado e inferior descendido).
- Descenso de la mandíbula.

Tristeza:

- Ángulos inferiores de los ojos hacia abajo.
- Piel de las cejas en forma de triángulo.
- Descenso de las comisuras de los labios, que incluso pueden estar temblorosos.

9- Hipótesis de Trabajo

Cuanto mayor sea el uso del contacto de la mano de la enfermera sobre la mano de la persona con discapacidad psíquica severa y profunda, esta manifestará mayores respuestas emocionales positivas.

10- Sistemas de variables

Variable independiente: Tacto

Definición conceptual: Sistema interactivo, personal; una serie de negociaciones continuas con el entorno y que siempre están cambiando

Definición operacional: El proceso básico de comunicación y no verbal.

Indicadores: Comunicación no verbal: Kinesia: **sub indicadores:** postura corporal, gestos, expresión facial, mirada y sonrisa. Paralinguística: **sub-indicadores:** ritmo, tono, y volumen de voz. Proxémica: **sub-indicadores:** espacio personal, de interacción, territorio.

Variable dependiente: Respuesta emocional

Definición conceptual: Respuesta individual interna producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traducen en gestos, actitudes u otras formas de expresión.

Definición operacional:

Respuestas emocionales positivas básicas:

Alegría: comisura de los labios hacia atrás y arriba; boca abierta con exposición de los dientes; boca cerrada sin exposición de los dientes; mejillas levantadas; las arrugas denominadas “pata de gallo” van hacia fuera, desde el ángulo externo del ojo. Respuesta emocional positiva básica

Sorpres: Cejas levantadas, colocándose curvas y elevadas, piel estirada debajo de las cejas, arrugas horizontales en la frente, la mandíbula cae abierta, de modo que los labios y los dientes quedan separados, no hay tensión ni estiramiento de la boca.

Respuestas emocionales negativas básicas:

Tristeza: los ángulos interiores de los ojos hacia arriba, la piel de las cejas forman un triángulo, el ángulo interior del párpado superior aparece levantado, las comisuras de los labios se inclinan hacia abajo, los labios tiemblan.

Miedo: cejas levantadas y contraídas al mismo tiempo, las arrugas de la frente se sitúan en el centro, párpado superior levantado, mostrando la esclerótica, con el párpado inferior en tensión y alzado, boca abierta y labios bien tensos y ligeramente contraídos atrás, boca abierta y labios estrechados y contraído hacia atrás.

Disgusto: labio superior levantado, labio inferior levantado, y empujando hacia arriba el labio superior, labio inferior tirado hacia abajo y ligeramente hacia delante; nariz arrugada; mejillas levantadas; cejas bajas, empujando hacia abajo al párpado superior.

III.- DISEÑO METODOLÓGICO

11. Enfoque de la investigación

El problema planteado en la presente investigación requiere del estudio y análisis de los datos observados propia del enfoque cuantitativo.

12. Tipo de estudio

El presente estudio tiene como propósito medir el grado de asociación entre las variables respuestas emocionales positivas, y el uso del contacto de la enfermera. El estudio trata entonces de medir cada variable presuntamente relacionada y, después medir y analizar la correlación.

Esta investigación se inicia como descriptiva, debido a la existencia de una teoría, investigaciones, que indican que ha habido previamente un descubrimiento de las variables a medir, y sobre las cuales se fundamenta este estudio. Por último se busca relacionar estas variables, por lo que el presente es un estudio correlativo.

El diseño de investigación (estrategias) más adecuado para someter a prueba la Hipótesis planteada anteriormente está fundado en el enfoque cuantitativo, de tipo experimental. Se requiere la manipulación intencional de una de las variables para analizar sus posibles resultados.

Esta investigación es experimental porque se opta por manipular la variable independiente en dos grados: presencia-ausencia. Se observará las respuestas emocionales de las personas ante la palabra y la escucha sin ser expuestos en los primeros 20 minutos; a la acción del tacto. Posteriormente, se observará la respuesta emocional de los pacientes ante la acción del tacto.

- 1- La característica esencial de las personas participantes es que padezcan discapacidad psíquica severa y profunda.
- 2- Las condiciones en el que se establece el contacto es la mas natural posible, el contexto del experimento es de campo. Se trata de no alterar una circunstancia que suele ser común entre el enfermero y el paciente.
- 3- El tratamiento experimental es factible de reproducir siguiendo lo descrito a continuación: las personas se relacionarán con los únicos dos enfermeros interesados en la investigación. Uno de los enfermeros trabaja en la Institución seleccionada para el estudio.
- 4- La medición de la variable independiente se realizará a través de la observación. Posteriormente se volcaran los datos a una planilla.

13. Población de estudio

Se define como unidad de análisis a las personas que presentan discapacidad psíquica severa y profunda. La población de estudio estuvo comprendido por todas las personas que presentaban un trastorno mental internadas en la Clínica Neuropsiquiátrica Atlántica en ciudad de Mar del Plata en el mes de noviembre del año 2007.

14. Plan de recolección de datos

En el mes de septiembre del año 2007, se llevo a cabo la prueba piloto del instrumento de recolección de datos, elaborada para la observación de las respuestas emocionales. De la prueba surgió la necesidad de realizar modificaciones, que permitieran mayor comprensión de las preguntas.

A través de un trabajo de campo, previa autorización para el ingreso de los Directores de cada institución, se analizó los diferentes

escenarios posibles de la realidad a observar. El acceso a cada escenario requirió de la presentación de una carta de una autoridad competente, de la Directora del Departamento Pedagógico de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de Mar del Plata.

Se seleccionó una de las instituciones. Se consideró que uno de los integrantes del equipo investigador labora en la misma. Por lo tanto en este hecho, la relación enfermera-paciente en su fase de *“Exploración”* estaba superada o en proceso, condición fundamental para la recolección de datos.

Se utilizaron estrategias abiertas para no vulnerar el derecho a la privacidad del grupo humano. Al acceder al escenario se les hizo aclaración, a las personas a observar en parte del sentido de la presencia, contestando todas las preguntas que les surgían a las personas, sin necesidad de señalar el objetivo de la investigación. Se obtuvo la colaboración de las personas en forma voluntaria, respetando su anonimato y confidencialidad.

Obtener los datos que demanda este estudio requirió de la constitución de una planilla de respuestas emocionales faciales. Los sub-indicadores que se consideraron fueron las posturas de las líneas de la cara.

15. Plan de procesamiento de datos.

El procesamiento de los datos se realizó mediante la utilización del programa de computación Microsoft Excel 2003.

Se tabuló la información y se efectuó el procedimiento estadístico reflejando los resultados en tablas a través de porcentajes.

IV- PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

16. Presentación de los resultados.

Para la presentación de los datos como se mencionó anteriormente, se confeccionaron tablas.

17. Discusión de los resultados.

Para la discusión de los resultados nos basamos en la revisión del marco teórico relacionado con el tema, especialmente la parte correspondiente a las expresiones faciales y al atlas del rostro humano llamado FAST (Facial Affect Scoring Technique) de Paul Ekman.

Al final de cada tabla presentada se encuentran detallados los resultados.

18. Análisis de los resultados.

Para desarrollar el análisis se tuvieron en cuenta tres respuestas provenientes de las personas con trastornos mentales:

- ☐ Respuestas emocionales
- ☐ Respuestas kinésicas
- ☐ Respuestas paralingüísticas

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS EMOCIONALES DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL, ANTE EL TACTO CON LA ENFERMERA.

TABLA I. a)

RESPUESTA EMOCIONAL	Nº	%
Alegría	13	37,14%
Sorpresa	5	14,28%
Miedo	3	8,57%
Disgusto	3	8,57%
Indiferencia	11	31,42%
TOTAL	35	100%

Al analizar las respuestas emocionales observadas a través de la postura de las líneas de la cara (tabla anterior) se destaca que de 35 personas la alegría fue la respuesta emocional que se observó en un 37,14%.

Los sub-indicadores observados fueron comisura labial retraída y elevada, elevación de las mejillas y arrugas en la piel debajo del párpado inferior.

En la tabla siguiente se detallan las respuestas emocionales antes, en el instante y después del contacto enfermero- paciente.

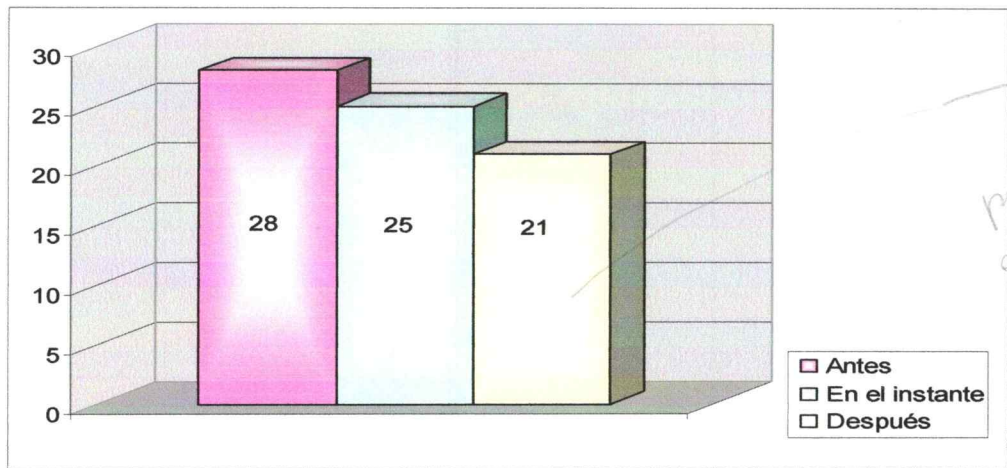
TABLA I. b) Respuesta emocional ante el tacto, en las personas con trastorno mental en la Clínica Atlántica, Año 2007.

Respuesta emocional	Antes		En el instante		Después		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tristeza	4	40%	2	20%	4	40%	10
Miedo	2	33,33%	3	50%	1	16,60%	6
Alegría	6	26,08%	13	56,52%	4	17,39%	23
Vergüenza	0	0%	1	100%	0	0%	1
Ira	0	0%	0	0%	0	0%	0
Asco	0	0%	0	0%	0	0%	0
Disgusto	5	55,55%	3	33,33%	1	11,11%	9
Arrepentimiento	1	20%	0	0%	4	80%	5
Rabia	0	0%	0	0%	0	0%	0
Enfado	2	66,66%	1	33,33%	0	0%	0
Abatimiento	1	25%	0	0,00%	2	50%	4
Indiferencia	7	50%	2	14,28%	5	35,71%	14
TOTAL	28	50,90%	25	45,45%	21	38,18%	55

De acuerdo a los datos que muestra la tabla, se puede observar que antes de implementar el tacto, las personas con trastorno mental manifestaban (28 respuestas) un 50,90% del total de las 55 respuestas emocionales. En el momento del contacto se observó (25 respuestas) un 45,45% del total de las respuestas. Después de producido el tacto (21 respuestas) un 38,18% fueron las respuestas emocionales, del total de las 55 respuestas en las personas con trastorno mental.

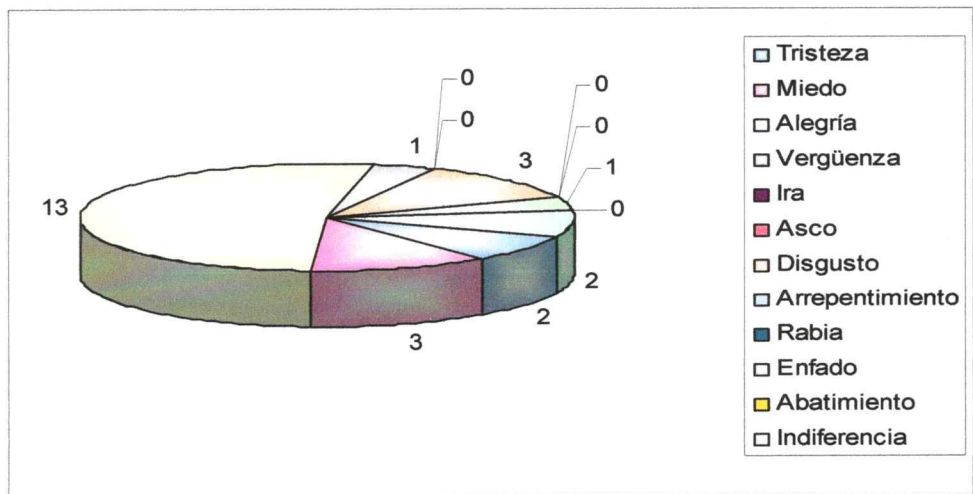
En el Gráfico 1 se hace referencia del total de las respuestas emocionales que surgieron en los distintos momentos: antes, en el instante del contacto táctil y después de producido el contacto.

GRÁFICO N° 1: Representación del total de las respuestas emocionales en relación al tacto, en las personas de trastorno mental, Clínica Atlántica, Año 2007.



Fundamentalmente en el momento que la enfermera establece el tacto en la persona con trastorno mental destacan los siguientes indicadores, expresados en el Gráfico 2.

GRÁFICO N° 2: Respuestas emocionales en el instante del contacto en las personas con trastorno mental en la Clínica Atlántica, Año 2007.



Al analizar las respuestas de los pacientes, provocadas por el contacto de la mano de la enfermera, es importante destacar que la mayor respuesta observada fue del tipo positiva.

- ❖ **Alegría:** en el momento del tacto se observó (13 respuestas) un 56,52% de expresiones de alegría, de un total de 23 observaciones.
- ❖ **Miedo:** en el momento del tacto se observó (3 casos) un 50% de expresiones de miedo, de un total de 6 observaciones.
- ❖ **Disgusto:** en el instante 3 casos representaban a un 33,33% del total de 9 expresiones de disgusto, y luego 4 casos de un 40% del total.

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS KINÉSICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL, ANTE EL TACTO CON LA ENFERMERA.

A continuación se disgregará para su análisis las fuentes de comportamiento kinésico, la expresión facial: postura de los labios, de las cejas, la mirada; uso de las manos y los movimientos corporales.

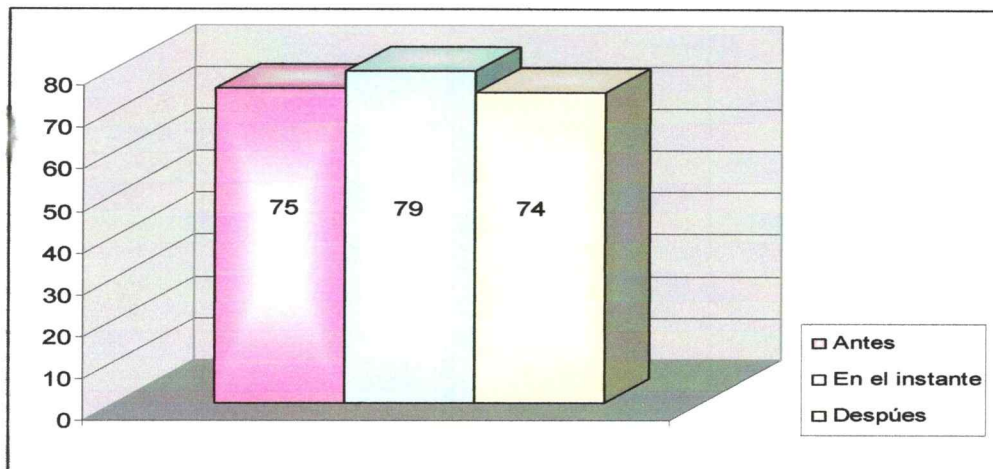
Haciendo referencia en primer lugar a las expresiones faciales, en la Tabla II se detallará las expresiones observadas ante el contacto de la mano de la enfermera sobre la mano del paciente con trastorno mental.

TABLA II: Expresiones faciales provocadas por el tacto, en las personas internadas en la Clínica Atlántica, Año 2007.

Expresiones faciales	Antes		En el instante		Después		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Comisura de labios: arriba	5	20%	12	48%	8	32%	25
Comisura de labios: abajo	12	38,70%	9	29,03%	10	32,25%	31
Labios sin cambio	17	38,63%	12	27,27%	15	34,09%	44
Labios apretados	0	0%	5	83,33%	1	16,66%	6
Cejas hacia arriba	7	26,92%	13	50%	6	23,07%	26
Cejas hacia abajo	8	32%	10	4%	7	28%	25
Cejas postura sin cambios	15	31,25%	11	22,91%	22	45,83%	48
Entrecejo fruncido	5	71,42%	2	28,57%	0	0%	7
Miradas frecuentes al entorno	3	60%	2	40%	0	0%	5
Mirada fija, desafiante	0	0%	2	100%	0	0%	2
Mirada habitual	2	25%	1	12,50%	5	62,50%	8
Sonrisa	1	1%	0	0%	0	0%	1
Llanto	0	0%	0	0%	0	0%	0
Ojos llorosos	0	0%	0	0%	0	0%	0
TOTAL	75	32,89%	79	34,64%	74	32,45%	228

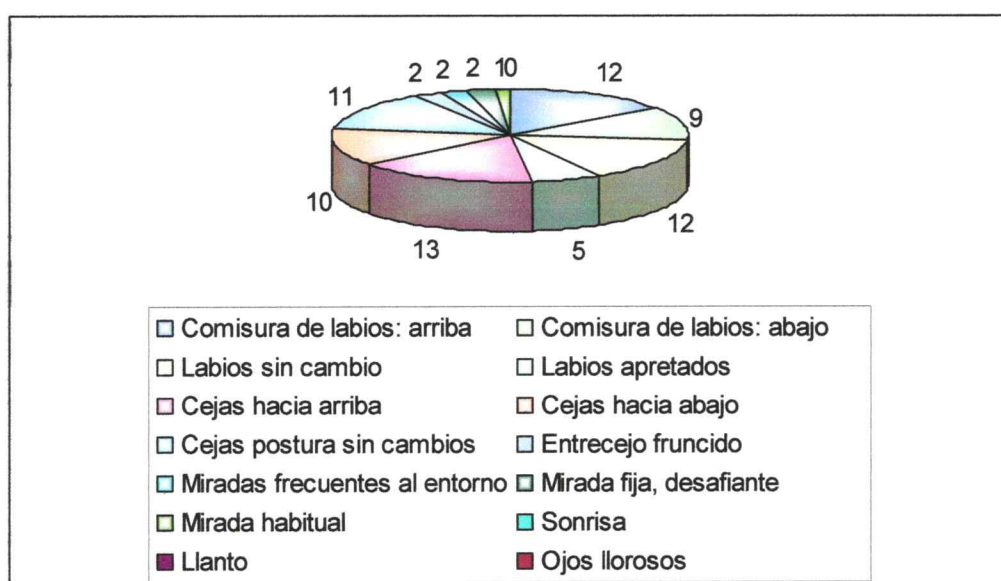
Se observó antes del contacto (75 casos) un 32,89% de expresiones faciales, sobre un total de 228 expresiones; en el instante del tacto se observó (79 casos) un 34,64% del total de las observaciones; y después de implementar el tacto (74 observaciones) un 32,45% de expresiones faciales en el total de 228 casos.

GRÁFICO N° 3: Representación del total de las expresiones faciales en los distintos momentos en relación al tacto, en las personas con trastorno mental, Clínica Atlántica, Año 2007.



El gráfico representa que la mayor expresión de emociones se produjo en el momento del contacto táctil. A continuación se indicará, cual fue la expresión más percibida durante el mismo.

GRÁFICO N° 4: Expresiones faciales en el instante del contacto en las personas con trastorno mental en la Clínica Atlántica, Año 2007.



Del análisis del Gráfico 4 surge que en el instante del contacto táctil las expresiones faciales más percibidas fueron:

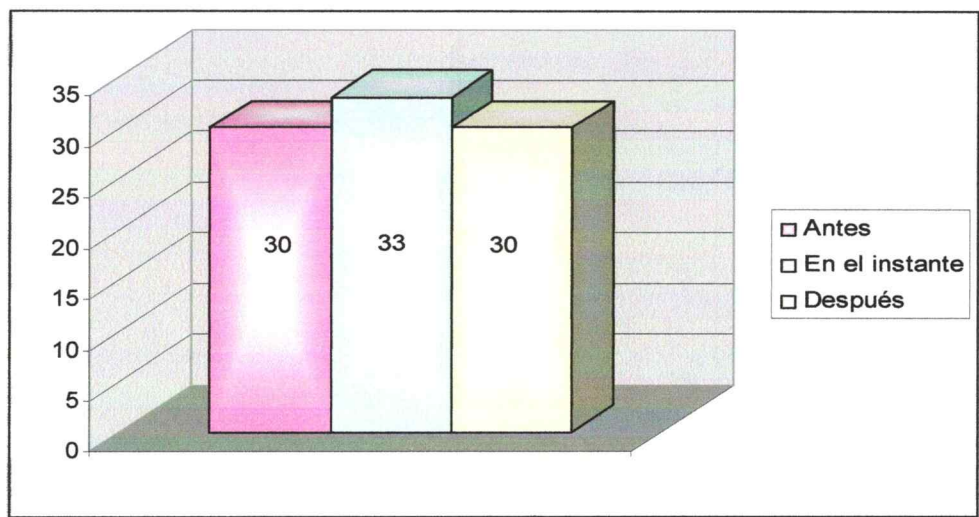
- ❖ **Cejas hacia arriba:** se observaron en un 50% (13 casos) de un total de 26 observaciones.
- ❖ **Comisura de los labios hacia arriba:** se observaron (12 casos) en un 48% de un total de 25 observaciones.
- ❖ **Labios postura sin cambios:** se observó (12 casos) un 27,27% de un total de 44 observaciones.

TABLA III: Uso de las manos durante el tacto, en las personas internadas en la Clínica Atlántica, Año 2007.

Uso de las manos	Antes		En el instante		Después		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Puños apretados	0	0	3	100%	0	0	3
Manos en movimiento	30	50%	0	0	30	50	60
Manos quietas	0	0	30	100%	0	0	30
TOTAL	30	32,25%	33	35,48%	30	32,25%	93

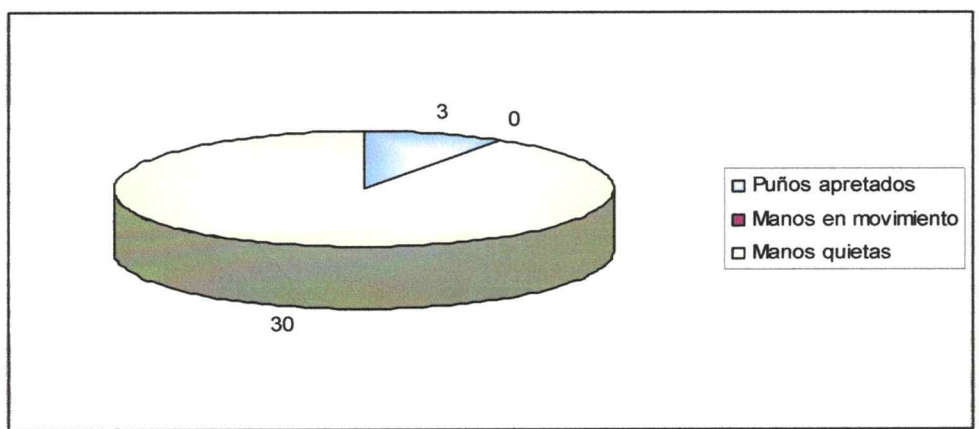
La Tabla anterior demuestra que antes de implementar el tacto (30 movimientos) un 32,25% de movimientos pertenecían al total de 93 movimientos realizados con las manos. Al momento de implementar el tacto (33 movimientos) un 35,48% pertenecía a los movimientos del total. Después del tacto (30 movimientos) se observó un 32,25% de movimientos con las manos del total de casos.

GRÁFICO N° 5: Total de los movimientos de las manos en relación al tacto, en las personas con trastorno mental, Clínica Atlántica, Año 2007.



En el Gráfico se observa que las personas mantuvieron sus manos quietas en el instante en el cual la enfermera le tomaba la mano.

GRÁFICO N° 6: Movimientos de las manos en el instante del contacto en las personas con trastorno mental en la Clínica Atlántica, Año 2007.



El Gráfico muestra que en el instante del contacto táctil se observó (3 casos) un 100% de personas que mantuvieron los puños apretados. Y en el momento del tacto un 100% se percibió con las manos quietas, de un total de 30 observaciones.

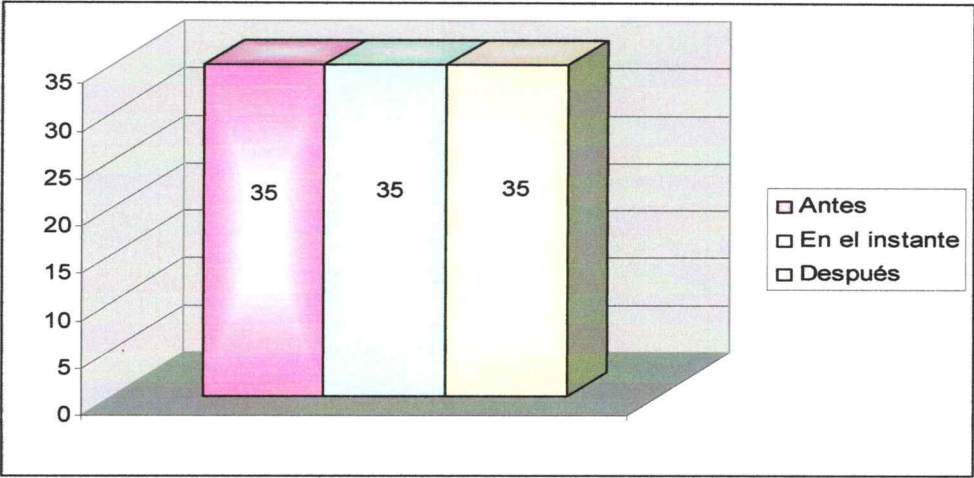
TABLA IV: Movimientos corporales durante el tacto, en las personas internadas en la Clínica Atlántica, Año 2007.

Movimiento corporal	Antes		En el instante		Después		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Violentos	0	0%	0	0%	0	0%	0
Inquietud psicomotriz	5	33,33%	5	33,33%	5	33,33%	15
Cese abrupto de movimientos	0	0%	0	0%	0	0%	0
Agitación	0	0%	0	0%	0	0%	0
Sin movimientos	30	100%	30	100%	30	100%	90
TOTAL	35	33,33%	35	33,33%	35	33,33%	105

En la Tabla se advierte que antes de implementar el tacto (35 observaciones) se produjeron un 33,33% de movimientos corporales del total de 105 movimientos en el instante del contacto, y luego del tacto coincide con los datos anteriores.

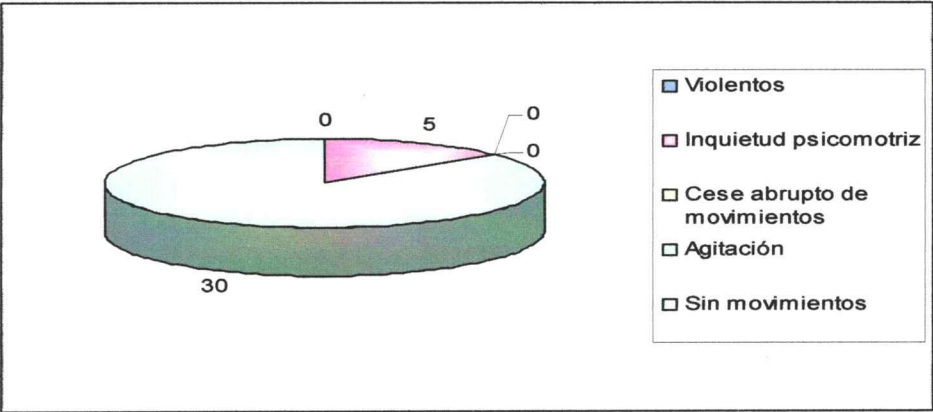
En el Gráfico 7 se hace referencia al total de los movimientos corporales que surgieron en los distintos tiempos.

GRÁFICO N° 7: Representación total de los movimientos corporales en relación al tacto, en las personas con trastorno mental hospitalizadas en la Clínica Atlántica, Año 2007.



La Tabla siguiente muestra que al implementar el tacto, las personas con trastorno mental presentaron inquietud psicomotriz (5 casos) en un 33,33% de los casos, del total de 15 observaciones. En el momento del contacto, el 100% de 30 observaciones permanecieron sin realizar movimientos corporales de importancia.

GRÁFICO N° 8: Movimientos corporales en el instante del contacto en las personas con trastorno mental en la Clínica Atlántica, Año 2007.



ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS PARALINGÜÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL, ANTE EL TACTO CON LA ENFERMERA.

Del análisis de las respuestas paralingüísticas ante el contacto de la mano de la enfermera sobre la mano del paciente con trastorno mental realizado en la institución nombrada, se efectuará un análisis de cada una de sus dimensiones: Ritmo de voz, Tono de voz y Volumen de voz.

Se pudo observar las siguientes respuestas.

TABLA V: Ritmo de voz ante el tacto, en las personas con trastorno mental en la Clínica Atlántica, Año 2007.

Ritmo de voz	Antes		En el instante		Después		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Velocidad aumentada	9	37,50%	11	45,83%	4	16,66%	24
Velocidad disminuida	11	32,35%	10	29,41%	13	38,23%	34
Pausado	3	33,33%	3	33,33%	3	33,33%	9
Sin variación	13	41,93%	9	29,03%	9	29,03%	31
TOTAL	36	36,73%	33	33,67%	29	29,59%	98

De acuerdo a los datos que muestra la Tabla, se puede observar que antes de implementar el tacto, las personas con trastorno mental manifestaban (36 respuestas) un 36,73% del total de las 98 modificaciones en el ritmo de voz. En el momento del contacto se observó (33 respuestas) un 33,67% del total de las respuestas emocionales. Después de producido el tacto (29 respuestas) un 29,59% fue el cambio en el ritmo de voz, del total de las 98 respuestas en las personas con trastorno mental.

GRÁFICO Nº 9: Ritmo de voz en el momento del contacto en las personas con trastorno mental, Clínica Atlántica, Año 2007.

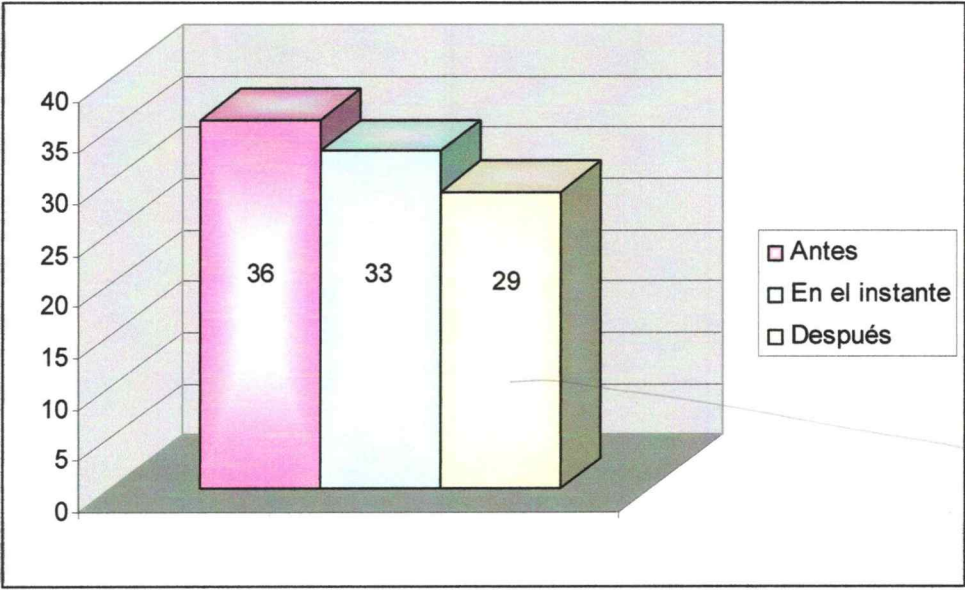
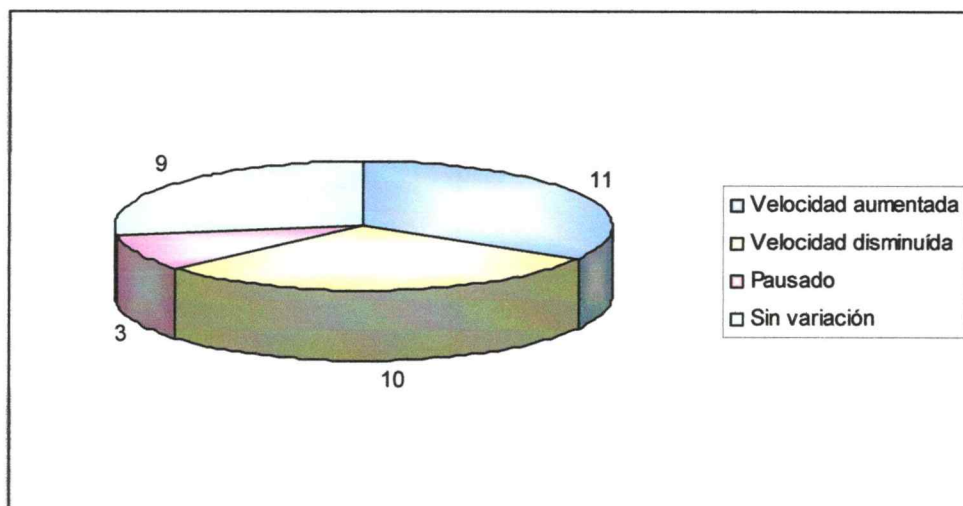


GRÁFICO Nº 10: Cambios en el ritmo de voz en el instante del contacto en las personas con trastorno mental en la Clínica Atlántica, Año 2007.



Al analizar los cambios en el ritmo de voz en el Gráfico 9 provocadas por el contacto de la mano de la enfermera sobre la mano del paciente con trastorno mental, se destaca:

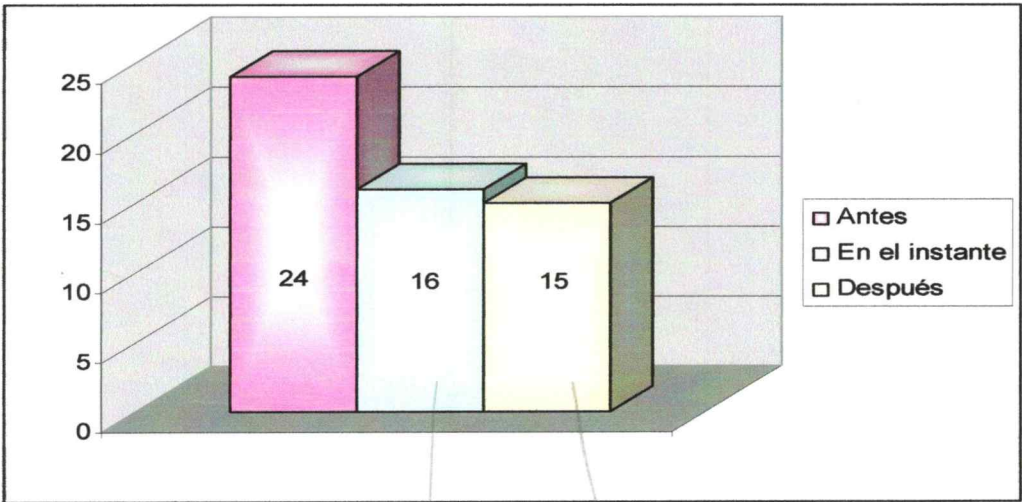
- ❖ **La velocidad aumentada:** se observaron en un 45,83% (11 casos) de un total de 24 observaciones de cambios de ritmo de voz en distintos tiempos.
- ❖ **Velocidad disminuida:** se observaron (9 casos) en un 29,03% de un total de 34 observaciones.
- ❖ **Ritmo de voz sin variación:** se observaron (12 casos) en un 27,27% de un total de 31 observaciones.
- ❖ **Ritmo de voz pausada:** un 33,33% (3 casos) de un total de 9 cambios en el ritmo de voz.

TABLA VI: Tono de voz ante el tacto en las personas con trastorno mental en la Clínica Atlántica, Año 2007.

Tono de voz	Antes		En el instante		Después		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tono inexpressivo	3	50%	1	16,66%	2	33,33%	6
Tono débil	10	4,76%	5	23,80%	6	28,57%	21
Tono alto	10	3,70%	10	3,70%	7	25,92%	27
Gritos	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	1
TOTAL	24	43,63%	16	29,09%	15	27,27%	55

Esta Tabla demuestra que antes de implementar el tacto, las personas con trastorno mental manifestaban (24 respuestas) un 43,63% del total de las 55 modificaciones en al tono de voz. En el momento del contacto se observó (16 respuestas) un 29,09% del total de las respuestas emocionales. Después de producido el tacto (15 respuestas) un 27,27% fue el cambio en el tono de voz, del total de las 55 respuestas en las personas con trastorno mental.

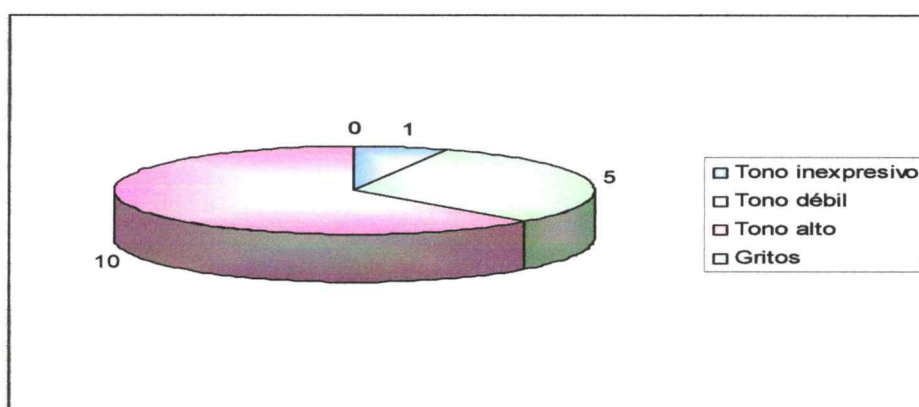
GRÁFICO Nº 11: Tono de voz en el momento del contacto en las personas con trastorno mental, Clínica Atlántica, Año 2007.



baja y luego queda bajo!

A continuación el Gráfico 12 muestra los cambios en el tono de voz provocados en el momento del contacto táctil.

GRÁFICO Nº 12: Cambios en Tono de voz en el instante del contacto en las personas con trastorno mental en la Clínica Atlántica, Año 2007.



- ❖ **Tono alto:** se observó en un 3,70% (10 casos) de un total de 27 observaciones de cambios de tono de voz en distintos tiempos.
- ❖ **Tono débil:** se observó (5 casos) en un 20,80% de un total de 21 observaciones.
- ❖ **Tono inexpressivo:** se observó un tono inexpressivo (1 caso) en un 16,66% de un total de 6 observaciones.

Haciendo referencia al volumen de voz utilizado ante el contacto de la mano de la enfermera sobre la mano del paciente con trastorno mental, en la Tabla VII se detallará las respuestas observadas.

TABLA VII: Volumen de voz en el instante del tacto, en las personas internadas en la Clínica Atlántica, Año 2007.

Volumen de voz	Antes		En el instante		Después		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Volumen alto	11	39,28%	10	3,57%	7	25%	28,25
Volumen bajo	18	34,61%	19	36,53%	15	28,84%	52
Silencio	1	14,28%	3	42,85%	3	42,85%	7
Volumen normal	5	31,25%	3	18,75%	8	50%	16,5
TOTAL	17	33,33%	16	31,37%	18	34,78%	103,75

Se observó que antes del contacto (17 casos) un 33,33% del tono percibido, indicaba *volumen alto* sobre un total de 103,75% de sonidos con respecto al volumen de voz. En el instante del tacto se observó (16 casos) un 31,37% del total de las observaciones; y después de implementar el tacto (18 observaciones) un 34,78% del total de volumen de voz utilizado.

GRÁFICO N° 13: Volumen de voz en el momento del contacto en las personas con trastorno mental, Clínica Atlántica, Año 2007.

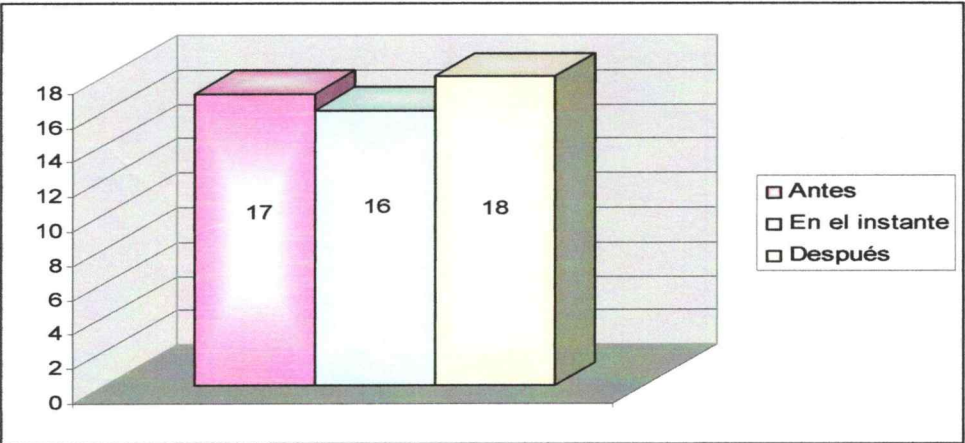
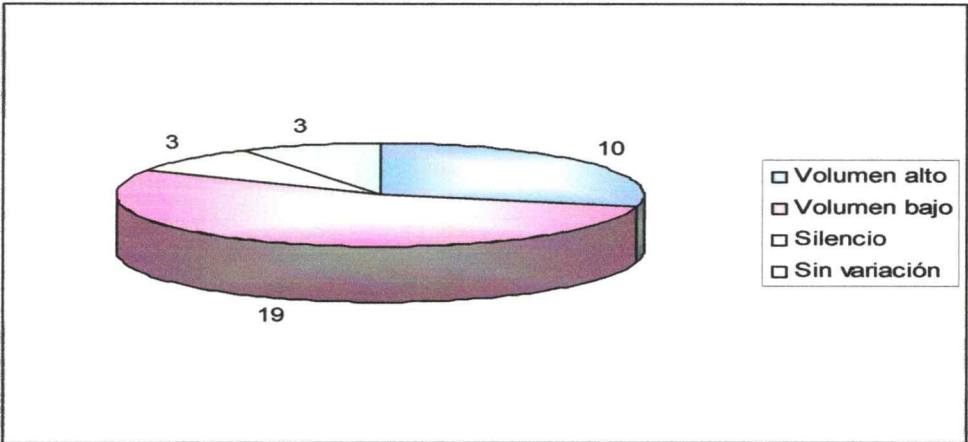


GRÁFICO N° 14: Volumen de voz en el instante del contacto en las personas con trastorno mental en la Clínica Atlántica, Año 2007.



- ❖ **Tono alto:** se observó en un 3,70% (10 casos) de un total de 27 observaciones de cambios de tono de voz en distintos tiempos.
- ❖ **Tono débil:** se observó (5 casos) en un total de 21 observaciones.
- ❖ **Tono inexpressivo:** se observó un tono inexpressivo (1 caso) en un 16,66% de un total de 6 observaciones.

En esta parte del trabajo se desarrolló el Tipo de estudio que se utilizó, las variables; se ubicó a la población que se estudió, se propuso un plan de recolección de datos, y se procesó y analizó los mismos a través de tablas y gráficos, con el fin de demostrar la Hipótesis.

19. Recomendaciones y conclusiones

Al analizar las respuestas emocionales de los pacientes de la Clínica Neuropsiquiátrica Atlántica, se destaca que de un total de 35 observaciones, 13 pacientes (un 56,52%) respondieron con alegría al contacto enfermero. Esta situación da la pauta de que la hipótesis expuesta es válida.

Las grandes teóricas de la profesión nos definen Enfermería como una relación que ayuda y que acompaña a la persona dentro de un entorno, a vivir experiencias de salud. El sufrimiento físico se puede calmar, solo hay que tener en cuenta el espíritu y los sentimientos de los pacientes. Todos los autores estudiados coinciden en ver la relación terapéutica persona-enfermera como la base de todos los cuidados de enfermería

De este aparente juego de realidades contrapuestas, surgen toda una batería de preguntas que deberían guiar el interés de próximas líneas de investigación en la enfermería española: ¿cuál es nuestra identidad si no hay demanda por parte de la persona hospitalizada?; ¿cuál debe ser nuestra formación?, ¿tareas, relación, o las dos cosas?; ¿cómo vamos a definir el cuidado?; ¿sabemos cómo quiere la persona ser cuidada?; ¿cómo cuantificar la relación para que sea valorable a efectos de gestión y de calidad?; si optamos por una enfermería basada en la relación, ¿se nos puede exigir como requisito profesional madurez personal?. Con la situación actual de inmigración y colectivos minoritarios, ¿no sería interesante y a la vez necesaria introducir una formación, como está sucediendo en los países sajones, sobre enfermería transcultural?, ¿están preparadas las instituciones y

los profesionales que en ellas trabajan para afrontar esta nueva enfermería?

La situación de la enfermería en salud mental en Argentina tiene rasgos críticos en cuanto a la formación y la práctica. Aspectos como una mayoría de personal no entrenado, y un modelo de atención predominante custodial o asistencialista, no dan la pauta de que esta situación es tristemente cierta. Solo ofrecen una atención centrada en la terapéutica médica.

Creemos que la contribución principal de este trabajo fue que nos permitió acercarnos a los pacientes y proponer cambios en los enfermeros. Incitar a los enfermeros que trabajan en salud mental a investigar e interiorizarse en la relación de ayuda, basándonos en las afirmaciones de los autores que mencionamos anteriormente; quienes opinan que al aumentar los conocimientos sobre la comunicación no verbal, que es la del tacto los enfermeros establecen una relación de confianza que beneficia al paciente y además su vida personal y/o profesional.

El presente es un trabajo abierto que puede ser utilizado el día de mañana para mejorar la calidad de atención del paciente con trastorno mental, ya que a través del mismo se pudo confirmar que la humanización a través del tacto es una acción muy importante a la hora de que se produzca el encuentro paciente-enfermera.

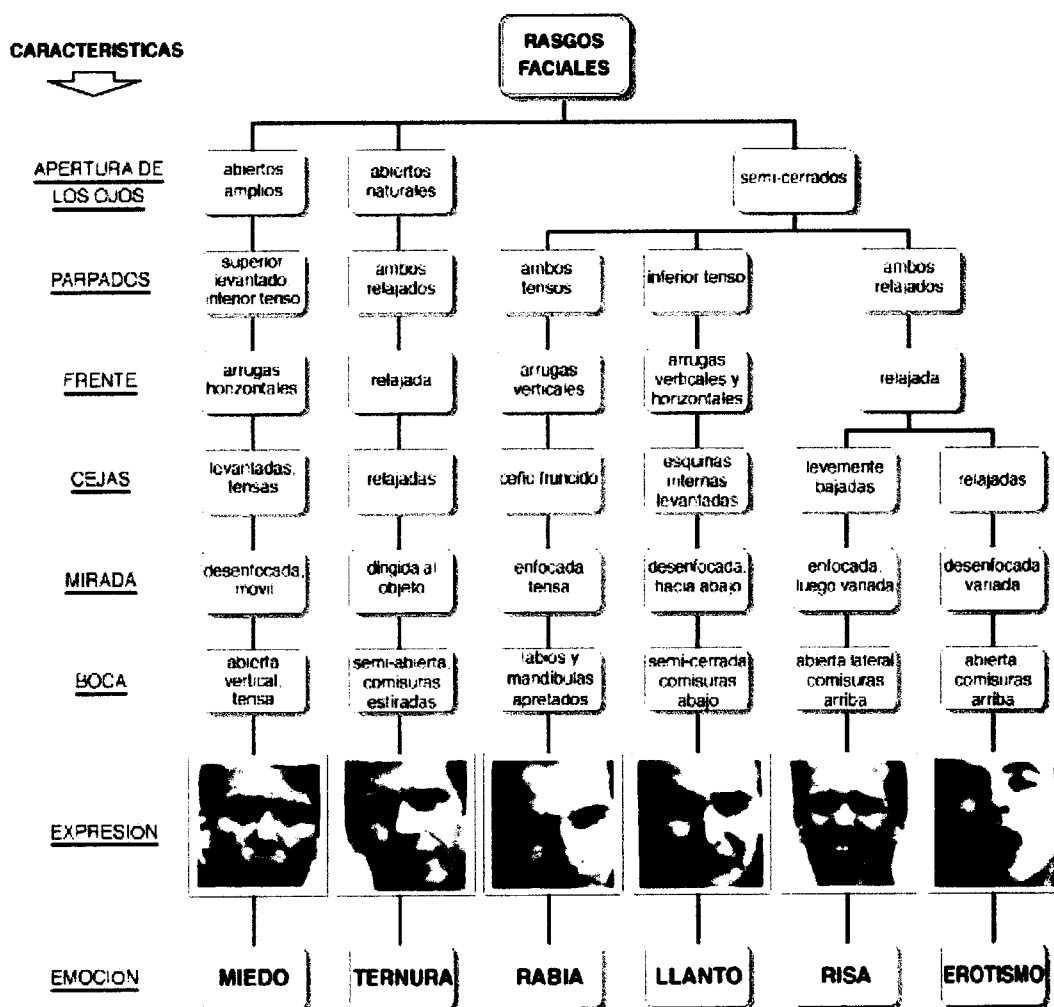
V- ANEXOS

20. ANEXO 1

CUADRO 1:

“Patrones Respiratorio - Posturo - Faciales específicos relacionados con Emociones Básicas”

Susana Bloch y Madeleine Lemeignan



CUADROS 2 Y 3: Cuadros utilizados para la recolección de datos en la Clínica Atlántica, Año 2007.

CUADRO 2: “Codificador”

CODIFICADOR FECHA:		MATERIAL A ANALIZAR: RESPUESTA EMOCIONAL DURACIÓN:	
CATEGORÍAS		FRECUENCIAS	TOTALES
EMOCIONES POSITIVAS (1)	ALEGRÍA (1.1.0)	Comisuras de los labios hacia atrás y arriba. (1.1.1)	
		Boca abierta con exposición de los dientes. (1.1.2)	
		Boca cerrada sin exposición de los dientes. (1.1.3)	
		Mejillas levantadas. (1.1.4)	
		Las arrugas denominadas 'patas de gallo' van hacia afuera, desde el ángulo externo del ojo. (1.1.5)	
	SORPRESA (1.2.0)	Cejas levantadas, colocándose curvas y elevadas. (1.2.1)	
		Arrugas horizontales en la frente. (1.2.2)	
		La mandíbula cae abierta, de modo que los labios y los dientes quedan separados, no hay tensión ni estiramiento de la boca.(1.2.4)	
EMOCIONES NEGATIVAS (2)	CÓLERA (2.1.0)	Cejas bajas y contraídas al mismo tiempo (2.2.1)	
		Líneas verticales entre las cejas (2.1.2)	
		Mirada dura en los ojos, que pueden parecer prominentes. (2.1.3)	
		Labios continuamente apretados, con las comisuras rectas o bajas. (2.1.4)	
		Labios abiertos, tensos y en forma cuadrangular, como si gritara. (2.1.5)	
		Las pupilas pueden estar dilatadas. (2.1.6)	
	MIEDO (2.2.0)	Cejas levantadas y contraídas al mismo tiempo. (2.2.1)	
		Las arrugas de la frente se sitúan en el centro. (2.2.2)	
		Párpado superior levantado, mostrando la esclerótica, con el párpado inferior en tensión y alzado. (2.2.3)	
		Boca abierta y labios bien tensos, ligeramente contraídos hacia atrás. (2.2.4)	
		Boca abierta y labios estrechados y contraídos hacia atrás. (2.2.5)	
	DISGUSTO (2.3.0)	Labio superior levantado. (2.3.1)	
		Labio inferior levantado, y empujado hacia arriba el labio inferior. (2.3.2)	
		Labio inferior tirado hacia abajo y ligeramente hacia delante. (2.3.3)	
		Nariz arrugada. (2.3.4)	
		Mejillas levantadas. (2.3.5)	
		Cejas bajas, empujando hacia abajo al párpado superior. (2.3.6)	
	TRISTEZA (2.4.0)	Los ángulos interiores de los ojos hacia arriba. (2.3.6)	
		La piel de las cejas forma un triángulo. (2.4.2)	
		El ángulo inferior del párpado superior aparece levantado. (2.4.3)	
Las comisuras de los labios se inclinan hacia abajo. (2.4.4)			
Los labios tiemblan. (2.4.5)			
		TOTAL	

CUADRO 3: “Respuestas emocionales causadas por el contacto”

Respuesta emocional positiva (REP)

- ❖ Alegría (A)
- ❖ Sorpresa (S)

Respuesta emocional negativa (REN)

- ❖ Miedo (M)
- ❖ Disgusto (D)
- ❖ Indiferencia (I)

Fecha:

Personas

NÚMERO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	TOTAL	
REP	A	X		X		X		X				X					X		X				X		X				X				X		X		13
	S										X				X			X									X										5
REN	M		X																								X			X							3
	D			X																	X											X				3	
	I					X			X	X			X	X			X				X				X								X			11	

21. ANEXO 2

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES			
VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB- INDICADORES
Respuesta Emocional	Expresión de las emociones	Emociones	Rasgos faciales: características.
Respuesta individual interna que ofrece cada situación, producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traducen con gestos, actitudes u otra formas de expresión.	La expresión facial indica los estados anímicos y las emociones. Esencialmente se utilizan para regular la interacción y para enfatizar los mensaje.	Alegría	-Elevación de las mejillas. -Comisura labial retraída y elevada. -Arrugas en la piel debajo del párpado inferior.
		Asco	Elevación del labio superior. Generalmente asimétrica. -Arrugas en nariz y áreas cercanas al labio superior. -Arrugas en la frente.
		Ira	-Cejas bajas, contraídas y en disposición oblicua. -Párpado inferior tenso. -Labios tensos, o abiertos en ademán de gritar. -Mirada prominente.
		Miedo	Elevación y contracción de las cejas. -Párpados superior e inferior elevados. -Labios en tensión. En ocasiones la boca está abierta.
		Sorpresa	Elevación de las cejas, dispuestas en posición circular. -Estiramiento de la piel debajo de las cejas. -Párpados abiertos (superior elevado e inferior descendido). -Descenso de la mandíbula.
		Tristeza	Ángulos inferiores de los ojos hacia abajo. -Piel de las cejas en forma de triángulo. Descenso de la comisura de los labios que incluso pueden estar temblorosos.

ACTITUD DE COMPREENSIÓN EMPÁTICA Comprende el sentir el mundo íntimo de los significados personales como si fueran propios, pero sin perder de vista la cualidad de "como si" de las persona con trastorno mental. La empatía se demuestra a través de el respeto, la aceptación, y el interés.	Respeto: aceptación de la persona con trastorno mental; sin omitir juicios morales o éticos, sobre su conducta, y supone la aceptación incondicional por parte de la enfermera.	Conducta verbal	No juzgar los mensajes del cliente.
		Conductas no verbales:	No interrumpir cuando la persona esta hablando Escuchar Sentarse en forma erguida Mantener los brazos al costado del cuerpo, sin cruzarlos. Respetar los silencios
	Aceptación: proceso activo serie de actos positivo de conductas, cuyo fin es infundir a la persona respeto hacia el mismo ayudándole a aceptar tal como es y lograr un auto-concepto adecuado.	Conductas no verbales:	Actitud tranquila Autenticidad No demostrar severidad en la mirada.
		Conductas verbales	Demostrar el interés a través de preguntas.
	Interés: preocupación demostrada por las enfermeras, al ayudar a la persona con trastorno mental	Conductas no verbales:	Disposición de tiempo Compromiso Interés en la relación Mirar a la persona a los ojos

22. ANEXO 3

GLOSARIO:

Afecto, susceptibilidad que el ser humano experimenta ante determinadas alteraciones que se producen en el mundo sexual o en su propio yo. También se conoce como el sexo que un ser humano brinda a alguien.

Tiene por constituyente fundamental un proceso cambiante en el ámbito de las vivencias del sujeto, en su calidad de experiencias agradables o desagradables.

Comunicación no verbal, comunicación que se da mediante indicios, signos y que carecen de estructura sintáctica verbal, es decir, no tienen estructura sintáctica por lo que no pueden ser analizadas secuencias de constituyentes jerárquicos.

Comunicación verbal, puede realizarse de dos formas: la comunicación oral, a través de signos orales y palabras habladas, o la comunicación escrita, por medio de la representación gráfica de signos. Pero normalmente se identifica la comunicación verbal con la comunicación oral, de la cual existen múltiples formas.

Emociones, fenómenos psicofisiológicos que representan modos eficaces de adaptación a ciertos cambios de las demandas ambientales. Psicológicamente, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas en la jerarquía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria. Fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluyendo expresiones faciales,

músculos, voz, actividad del SNA y sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más efectivo. Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, impulsándonos hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y alejándonos de otras. Las emociones actúan también como depósito de influencias innatas y aprendidas, poseyendo ciertas características invariables y otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas (Levenson).

Enfermedades mentales, afecciones o síndromes psíquicos y conductuales, opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. En general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y a la adaptación social. A través de la historia y en todas las culturas se han descrito diferentes tipos de trastornos, pese a la vaguedad y a las dificultades que implica su definición.

A lo largo de la historia, y hasta tiempos relativamente recientes, la locura no era considerada una enfermedad sino un problema moral — el extremo de la depravación humana— o espiritual —casos de maldición o de posesión demoníaca. Después de unos tímidos inicios durante los siglos XVI y XVII, la psiquiatría empezó a ser una ciencia respetable en 1790, cuando el médico parisino Philippe Pinel decidió quitar las cadenas a los enfermos mentales, introdujo una perspectiva psicológica y comenzó a hacer estudios clínicos objetivos. A partir de entonces, y desde que se inició el trabajo en los manicomios, se definirían los principales tipos de enfermedades mentales y sus formas de tratamiento.

Expresión facial, medio más importante para expresar emociones y estados de ánimo. Podemos utilizar las expresiones faciales (es decir, la cara en movimiento y no como un objeto estático) como medio de conseguir una mejor comprensión de lo que nos comunican los demás.

Hipótesis, término procedente del griego que designa, etimológicamente, 'aquello que se encuentra debajo de algo sirviéndole de base o fundamento'. En lógica filosófica, se entiende por hipótesis un enunciado (o un conjunto de enunciados) que precede a otros enunciados y constituye su fundamento. Asimismo, puede definirse como una proposición cuya verdad o validez no se cuestiona en un primer momento, pero que permite iniciar una cadena de razonamientos que luego puede ser adecuadamente verificada. Así, un 'razonamiento por hipótesis' es aquel que comienza 'suponiendo' la validez de una afirmación, sin que ésta se encuentre fundamentada o sea universalmente aceptada. La formulación de hipótesis adecuadas y correctamente fundamentadas en la experiencia es uno de los rasgos esenciales del método científico, desde Galileo e Isaac Newton. En lógica, la hipótesis toma la forma de un enunciado condicional, que debe seguir determinadas reglas para su admisión como razonamiento válido.

Investigación, búsqueda de conocimientos o de soluciones a problemas de carácter científico y cultural. Es la búsqueda intencionada de conocimientos o soluciones a problemas. También existe la investigación tecnológica, que es la utilización del conocimiento científico para el desarrollo de "Tecnologías blandas o duras".también podemos decir que investigación es como un enlace de culturas.

Investigación Experimental, estudio en el cual el investigador es un agente activo, es decir, que interviene en su desarrollo.

Investigación Observacional, estudios en que los datos se colectan mediante la observación y el registro de conductos o actividades de interés.

Investigación Transversal, estudio basado en la observación de grupos de edad o desarrollo diferente en un mismo momento con el fin de inferir tendencias a través del tiempo.

Tacto, es uno de los cinco sentidos de los seres humanos y de otros animales. A través del tacto, el cuerpo percibe el contacto con las distintas sustancias, objetos, etcétera. Los seres humanos presentan terminaciones nerviosas especializadas y localizadas en la piel, que se llaman receptores del tacto y pueden ser de dos tipos: corpúsculos de Meisner y discos de Merkel. Estos receptores se estimulan ante una deformación mecánica de la piel y transportan las sensaciones hacia el cerebro a través de fibras nerviosas. Los receptores se encuentran en la epidermis, que es la capa más externa de la piel, y están distribuidos por todo el cuerpo de forma variable, por lo que aparecen zonas con distintos grados de sensibilidad táctil en función del número de receptores que contengan. Existe una forma compleja de receptor del tacto en la cual los terminales forman nódulos diminutos o bulbos terminales; a este tipo de receptores pertenecen los corpúsculos de Paccini, sensibles a la presión, que se encuentran en las partes sensibles de las yemas de los dedos. El tacto es el menos especializado de los cinco sentidos, pero a base de usarlo se puede aumentar su agudeza; los ciegos, por ejemplo, tienen un sentido táctil muy delicado que les permite leer las letras del sistema Braille.

Variable, elemento de una fórmula, proposición o algoritmo que puede adquirir o ser sustituido por un valor cualquiera (siempre dentro de su universo). Los valores que una variable es capaz de recibir, pueden

estar definidos dentro de un rango, y/o estar limitados por criterios o condiciones de pertenencia, al universo que les corresponde (en estos casos, el universo de la variable pasa a ser un subconjunto de un universo mayor, el que tendría sin las restricciones).

Variable Dependiente, variable resultante que interesa; variable que, en función de la hipótesis, depende de otra o es causada por ésta (variable independiente).

Variable Independiente, variable que supuestamente causa la variable dependiente o influye en ella; en la investigación experimental es la variable que se manipula (el tratamiento).

VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Barriera Quiala Miriam, Ortiz Ojeda Sulia, Darromán Durruti Reina, Montoya Infante Migdalia.** Respuesta del estado psicológico en adolescentes con interrupción del embarazo. Rev Cubana Enfermer [periódico en la Internet]. 1999 Dic [citado 2008 Ago 21]; 15(3): 179-183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300008&lng=es&nrm=iso
- **Baquero, Bergoña.** El tacto: una forma de comunicación con el paciente. 2000. [citado el 11 de julio de 2007] Disponible en: <http://www4.ujaen.es/~jggascon/Temario/Masaje.pdf>
- **Beltrán ÓA.** Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. Invest. educ. enferm. 2006; 24(2): 144-150. [citado el 02 Agosto de 2007] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2195785>
- **Bernal Silvia,** Trabajo de investigación El Psicodrama. 1994.
- **Bevacqua, S** Evaluación de la capacidad de empatía y responsividad. Investigación. 1992.
- **Brady, B, Nesbitt, S** "Utilizar el tacto" Revista Nursing, Marzo1992.
- **Brien, Maurren J;** Comunicación y relaciones en enfermería. El Manual Moderno. México.
- **Castro, Rosiani; Paes da Silva, Maria Julia** "La comunicación no-verbal en las interacciones enfermero-usuario en la atención a la salud mental." 2000 Rev. Latino-Am .Enfermagem vol.9 nº1 Ribeirao Preto Jam.2001. [citado el 23 de Julio de 2007] Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

- **Chistoforo, B; Zagonel, I; Carvalho, D.** Relación enfermero-paciente en el preoperatorio: una reflexión teórica bajo Travelbee. *Cogitare enferm.* [online]. 2006, vol.11, no.1 [citado el 02 Agosto de 2007], p.55-60. Disponible en la World Wide Web: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362006000100009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1414-8536
- **Dimauro, Mario.** Salud mental y Sociedad: más allá de lo endógeno. 1ª. Ed.- Buenos Aires. El Ateneo. 1995.
- **Fornes Vives, Joana.** Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados. Panamericana. Madrid España. 2005.
- **García Marco, M; López Ibor,M; Vicente Edo,M.** Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica. ¿Falta de tiempo? Index Enferm Vol. 13 no .47 Granada Winter 2004 [citado el 18 de Agosto de 2007] Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300010&lng=en&nrm=iso
- **Gemma Cubero del Barrio** 2004 "El rostro no siempre es el espejo del alma".[citado el 25 de Septiembre de 3008] Disponible en: <http://www.elmundo.es/magazine/2004/264/1097864642.html>
- "Influencia de la comunicación no verbal en la conducta no asertiva de los alumnos del clei 4ºb del liceo integrado para jóvenes y adultos " mesa y posada" del municipio de envigado" Disponible en: <http://usuarios.lycos.es/doliresa/index-9.html>

- **Jonson Bárbara.** Enfermería psiquiátrica y de Salud Mental. Vol.1 4ma. Edición. Mc Graw – Hill. Interamericana. Madrid. España. 2002.
- **Jorcano Lorén, Pilar** “La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad” Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0017.php>
- **Kozier, B; Erg,G; Blai,K; Wilkinson, J. M** Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica. Vol 1. 5ª edición Mc Graw – Hill. Interamericana. Madrid. España. 2003.
- **Mariano Chóliz Montañés.** La expresión de las emociones en la obra de Darwin. 1995. En F. Tortosa, C. Civera y C. Calatayud (Comps): Prácticas de Historia de la Psicología. Valencia. Departamento de Psicología Básica. Universidad de Valencia Disponible en: <http://www.uv.es/choliz/ExpresionEmocionesDarwin.pdf>
- **Martínez Ortiz, Mª Belén.** Crítica y comentario al libro de Luis Cibanal & Mª Carmen Arce “La relación enfermera-paciente”.
- **Marriner Tomey, A; Raile, M.** Modelos y teorías en enfermería. Elsevier Mosby. 6ta. Edición. Madrid. España. 2007.
- **Martí Tusquets, J** Psiquiatría social. Herder. Barcelona. España. 1976.
- **Mejias-Lizancos, Molino Contreras, Pacheco Borrilla, G.** Guía de intervención rápida de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Difusión Avances de Enfermería. Madrid España. 2005.
- **Mejía Lopera, María Eugenia** “Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico” Disponible en:

http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200010&lng=en&nrm=iso

- **Oliveira, Mª, Fenili, R., Zampieri, Mª., Martins, C.** . Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. Enfermería Global. Disponible en:
<http://www.um.es/eglobal/8/08e02.html>
- **Pacheco Borrella G** “Enfermedad mental vs. Trastorno Mental” Presencia 2005 ene-Jun; 1(1). Disponible en:
<http://www.index-f.com/presencia/n1/3articulo.php>
- **Pacheco Borrella G.** “El concepto de Salud Mental. Psicomed. net. 2003. Disponible en:
<http://personal.telefónica.terra.es/web/psico/saludmental.html>
- **Paul Ekman** Emotion in the Human Face. 1972. [citado el 22 de agosto de 2008]. Wikipedia. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Paul_Ekman
- **Pezo Silva, M; Costa Stefanelli, M; Komura Hoga, L.** “En busca de Solución para el sufrimiento: vivencias de familiares en el proceso de enfrentamiento de la depresión.” Ciencia y enfermería vol. 10 nº 2 Concepción Dec. 2004.
- **Rigor Cuadra, A; Ugalde Apalategui, M.** Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2da. Edición. Masson. Barcelona, España. 2001.
- **Rogers, Martha; Peplau, Hildegard.** [citado el 5 de junio de 2006] Disponible en:
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias6.htm>
- **Silva, M**” La percepción de las enfermeras sobre la comunicación no verbal de los paciente” 1989. 108p. Disertación Escuela de Enfermería, Universidad de San Pablo.
- **Silva, Maria** Aspectos generales de la construcción de un programa sobre la comunicación no verbal para enfermeros.

1996. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.4 no.spe Ribeirão Preto Apr. 1996 [citado el 19 julio de2007]
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000700004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

- **Silva, M; Belasco, J** Enseñando el toque terapéutico: relato de una experiencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Apr. 1996, vol.4, no.spe, p.91-100. [citado el 19 de agosto de 2008] Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11691996000700010&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- **Susana Bloch y Madeleine Lemeignan** Patrones Respiratorio - Posturo - Faciales específicos relacionados con Emociones Básicas. Publicado en *Bewegen y Hulpverlening* 1992, vol. (Holanda). [citado el 20 de agosto de 2008] Disponible en :
<http://www.albaemoting.cl/articulospdf/pdfespa%F1ol/patrones%20RPF%203.pdf>
- **Sordoceguera / El tacto: canal para la comunicación y el aprendizaje.** [citado el 19 de agosto de 2007] Disponible en:
<http://www.asocide.org/sordoceguera/eltacto.htm>
- **Tamayo Bernabeu, Mª.** Enfermería Psiquiátrica y en Salud Mental 1ª tomo I. Instituto Monsa. Barcelona.
- **Tejero, Manuel** Revista ROL de Enfermería nº 238. junio 1998.
- **Vidal. Alarcón. Lolas** Enciclopedia iberoamericana de psiquiatría I. Médica Panamericana1995.
- **Wikipedia**, la enciclopedia libre: <http://es.wikipedia.org>