

## Enfermedad mental y violencia. Propuestas de Intervención en Enfermería

Lic. Luis Ulloa Reyes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Licenciado en Enfermería. Instructor.

**"La violencia es el miedo a las ideas de los demás y poca confianza en las propias"**

***Mahatma Gandhi***

---

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en una muestra compuesta por 80 pacientes con enfermedades mentales con un funcionamiento a nivel psicótico, familiares o convivientes y miembros de la comunidad pertenecientes a las áreas de salud del policlínico Julio Antonio Mella de Camagüey, que son atendidos por el Centro Comunitario de Salud Mental del área antes mencionada, en los meses de mayo, junio, julio y agosto del 2006, mediante la utilización de la Técnica Cualitativa de Grupos Focales, con el objetivo de explorar aspectos relacionados con la violencia y las enfermedades mentales conocer el criterio que se tiene con relación a este fenómeno y si el enfermo mental es víctima de violencia. Exploramos diferencias entre los grupos de enfermos, los convivientes y miembros de la comunidad, en cuanto a la percepción de la violencia (conceptualización), tipos de violencia, mecanismos de producción y reacciones ante ella. Participaron en esta investigación el Equipo de Salud Mental, integrado por el psiquiatra, psicólogo, la trabajadora social, el técnico de terapia ocupacional, la psicometrista y dos profesionales de Enfermería. Proponemos acciones de intervención a ejecutar por el personal de Enfermería para disminuir la violencia, así como actividades educativas, para aumentar el conocimiento acerca de las enfermedades mentales, e inculcar el respeto que se merecen como seres humanos.

**Palabras clave:** Enfermedad mental, violencia, epidemiología descriptiva, propuestas de intervención, enfermería.

---

### INTRODUCCIÓN

La violencia ha sido definida como cualquier relación, proceso o condición por la cual un individuo o grupo social viola la integridad física, psicológica o social a otra persona.<sup>1</sup> Sus diferentes grados, niveles y concepciones, están en correspondencia con los valores, normas y creencias de cada país, época y clase social.<sup>2-3</sup>

Puede clasificarse según la afectación que produce en el individuo, en física, económica y sexual, así como por el lugar donde se produce, en familiar o doméstica, laboral, escolar e institucional. La violencia es un comportamiento deliberado que resulta en daños físicos o psicológicos a otros seres humanos, o más comúnmente a otros animales y se le asocia, aunque no necesariamente, con la agresión, ya que también puede ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas. Algunas formas de violencia son sancionadas por la ley o la sociedad, otras son crímenes. Distintas sociedades aplican distintos estándares en cuanto a las formas de violencia que son o no aceptadas.

La violencia es una forma de relación social que tiene implícito el ejercicio del poder, cuyo objetivo es la dominación, implica un arriba y un debajo de roles reales con gran carga simbólica, traducido en padre-hijo, profesor-alumno, hombre-mujer, joven-anciano. Atenta contra la integridad biopsicosocial del individuo que la padece, así como de las personas con quienes interactúan.

En nuestro país la violencia no alcanza la magnitud de otras naciones, ni la mismas formas de presentación, pero no dejan de ser una preocupación del Estado y el Ministerio de Salud Pública, por sus consecuencias negativas para la salud y el bienestar de la población, por lo que desde hace varios años se invierten recursos y se han ido creando políticas de salud que impulsan el desarrollo de futuros programas y actuales estrategias de intervención de corte psico-social para la prevención de la conducta violenta a cualquier nivel, entre las que podemos citar:<sup>4</sup>

- La Casa de orientación a la mujer y la familia.
- El Centro de atención al adolescente.
- La Casa de orientación a la familia.
- El uso de la prensa escrita, la televisión, la radio y el cine para divulgar mensajes educativos de todo tipo donde la violencia tiene su espacio.
- La comisión de atención y prevención social.

En estos últimos años, se han realizado estudios exploratorios vinculados a la violencia en organizaciones de base de la FMC, en hospitales, por médicos de la familia y en la comunidad, en escuelas, por la Policía Nacional Revolucionaria, por la Comisión de Prevención y Asistencia Social, el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) y el Instituto de Medicina Legal.

Los grupos más vulnerables a sufrir violencia son los niños, las mujeres, los impedidos físicos, ancianos y los enfermos mentales.

Históricamente se ha identificado al paciente esquizofrénico con hechos violentos, por lo que eran confinados a instituciones manicomiales sin un trato adecuado.<sup>5</sup> La enfermedad conduce frecuentemente a un deterioro importante de la personalidad, lo que se conoce como ruptura de la línea vital, ocasionando la pérdida del vínculo laboral y el rechazo social y hasta familiar.

El problema de la violencia está demandando políticas de salud, de educación y de reorientación de los servicios, donde la promoción y prevención permitan enfrentar este fenómeno. Se imponen además, determinadas tareas, ya de índole científico, como son la elaboración de indicadores para la evaluación de la violencia, para la

captación de la morbilidad por violencia y ajuste de los indicadores ya existentes y caracterización psicosocial de los grupos o individuos violentos o en riesgo.<sup>6</sup>

La intervención del sector salud en la violencia, debe ser mucho más que el simple registro del caso, lo cual sería una respuesta pasiva al problema. No cabe duda de que es un problema de salud pública y por lo tanto debe tratarse como tal. Esto impone sistematizar la atención y fomentar nuevas actitudes hacia el problema.

El año 1995 marca el comienzo del proceso de reorientación de los servicios psiquiátricos hacia la Atención Primaria de Salud, facilitado por la estructuración del Sistema Nacional de Salud, en estrecha relación con el binomio médico-enfermero de familia, y el Segundo Nivel de Atención, que tiene como protagonista la comunidad.

Previo diagnóstico de salud mental del área en cuestión, con la participación intrasectorial-transectorial y un abordaje interdisciplinario, surge el Centro Comunitario de Salud Mental como responsable máximo, facilitador y ejecutor de acciones de salud, que abarcan desde la promoción hasta la rehabilitación y la reinserción social del paciente en su propia comunidad.

Varias son las tareas que debe garantizar en materia de salud mental este centro, entre las cuales se encuentran: la asistencia, la docencia y la investigación que responden al cumplimiento de los Programas Nacionales de Salud y los propios del subsistema de salud mental. En este contexto es como se atiende al paciente esquizofrénico, actualmente dispensarizado, goza de sus derechos de gratuidad, equidad y accesibilidad al servicio de salud mental, cuenta con el apoyo social comunitario y el de su familia.

La verdadera rehabilitación del paciente con enfermedades mentales sólo puede lograrse cerca de la familia, en la comunidad en que convive a través de la reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria de Salud.<sup>7</sup>

Las enfermedades mentales han sido detectadas desde tiempos remotos, así se demuestra en escritos griegos y egipcios, en los que se mencionan síntomas que en la actualidad podrían ser considerados como evidencia de enfermedades mentales subyacentes. Sin embargo, en esta época el origen de las enfermedades mentales y también de las físicas era atribuido a espíritus endemoniados o a otras génesis de carácter mágico-religioso.<sup>8</sup>

En el período Greco-romano aparece por primera vez en la historia la atribución de causas orgánicas al origen y estado patológico.

Durante la Edad Media se establecen racionalizaciones teológicas y explicaciones de carácter mágico-religioso que conllevan el alejamiento o, en algunos casos, "la hoguera" para los pacientes con enfermedad mental, este período es lo que se puede considerar en la actualidad como "era de la alienación", caracterizada en definitiva por la exclusión social más o menos ritualizada.

Durante el siglo XVII se desarrolló como contraposición al período anterior una tendencia a proteger y amparar a los pacientes mentales, lo que generalmente conllevaba a un confinamiento de los mismos en diferentes tipos de asilos u hospitales.

El final del siglo XVIII y principios del XIX, es una etapa en la que se desarrolla lo que ha venido en considerarse como la era del "tratamiento moral" en el cual estaban continuamente presentes no solamente las cadenas, si no también la

guillotina. Se debe a *Philippe Pinel* (1793) en Francia, y a *William Tuke* (1796) en Inglaterra, el inicio de la tendencia a liberar de las cadenas a los pacientes mentales y la supresión de la angustia por la responsabilidad que supone el tratamiento en libertad de la locura.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX se inicia una nueva tendencia caracterizada por la creación y desarrollo de los hospitales mentales y/o psiquiátricos. Justamente es en ese momento cuando surge la profesión de Enfermería, especialmente de Enfermería Psiquiátrica a pesar de que las funciones de enfermería habían existido desde la antigüedad. *Theodor* y *Friederike Fliedner* inauguran la primera escuela de enfermería en Alemania en 1836. Esta escuela fue visitada por *Florence Nightingale*, antes de inaugurar la Escuela del Hospital Santo Tomás en Londres.

En 1858 *Nightingale* indicaba que el objetivo fundamental de la Enfermería era situar al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actuase sobre el mismo.

En 1880 surge la primera Escuela de Enfermería Psiquiátrica en América y dos años más tarde 90 enfermeras fueron graduadas.

A finales del siglo XIX existía personal de enfermería en varios hospitales mentales que se encargaban tanto de la administración de medicación (hidrato de cloral y paraldehído), como la supervisión del uso de hidroterapia, cuidados físicos y nutricionales. En esta época la mayor parte de las funciones eran custodiales, mecánicas y especialmente dirigidas por Psiquiatras.

*Kraepelin* en 1899, consideraba en su "Tratado de Psiquiatra" los inicios de una construcción clínica encaminada a desarrollar una nosografía que identificase para cada trastorno una base orgánica de tipo cerebral.

Durante el primer cuarto del presente siglo aparecen las teorías de la relación interpersonal y emocional como dimensiones que influyen en la enfermedad mental, incluyendo, por tanto necesidades de tratamiento del «medio» donde se desarrolla la enfermedad mental, hecho este que ha generado nuevas funciones para la Enfermería Psiquiátrica, ya que desde entonces participa e interviene en el tratamiento comunitario, familiar y de grupo.

Las modernas concepciones de Salud han sido recogidas en la década de los setenta a través de la OMS y formuladas a raíz de la Conferencia de Alma-Atá. A partir de este momento se define la salud, como una yuxtaposición de grados de bienestar en los campos psíquico, físico y social, y no sólo como ausencia de enfermedad. Estos diferentes grados de salud potencial permanecen, por tanto, vinculados a variantes biológicas, psicológicas y del entorno.

En las últimas décadas se han desarrollado varias situaciones de consenso fundamentalmente patrocinadas por la OMS, a través de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en especial a lo que se refiere a trastornos mentales y del comportamiento, y por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría).

Estos dos últimos esfuerzos de grupos de profesionales de la Psiquiatría han sucedido a otras tendencias denominadas «antipsiquiátricas», vinculadas fundamentalmente a los movimientos de derechos civiles que se desarrollaron en torno a la década de los sesenta, y que obtuvieron un gran impacto en los medios de comunicación y en la propia práctica clínica.

Consecuencia del modelo antipsiquiátrico, que pone especial énfasis en los aspectos psicosociales, tanto de la salud como de la enfermedad mental, ha resurgido el modelo de Psiquiatría Biológica, que ha vuelto a tomar gran relevancia en la actualidad y que ha profundizado de nuevo en las raíces médicas del quehacer clínico.<sup>9</sup>

En síntesis, se podría asumir que la atención a la salud y a la enfermedad mental sigue centrada en la patología del cerebro y del sistema nervioso en general, pero enriquecida por las aportaciones comunitarias de la Sociología y de las diferentes ramas de la Psicología.

La Enfermería Psiquiátrica podría definirse como una especialidad de las Ciencias de la Salud y Antropológicas, capaz de estudiar no sólo las causalidades biológicas, sino también las motivaciones psicológicas, psicodinámicas y las condicionantes socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas, aplicando los cuidados y la atención pertinentes.<sup>8</sup>

La esquizofrenia es una enfermedad mental de precoz aparición en la vida, de comienzo agudo o insidioso, de evolución crónica por brotes, caracterizada por una disociación cognoscitivo-afectiva-conativa que produce deterioro de la personalidad con la consecuente afectación de la capacidad creadora y relacional del individuo a su medio circundante, presenta una lamentable dificultad aún, la cual consiste en la no precisión de su etiología la que oscila entre una hipótesis dopaminérgica hasta una posible y más explicativa, capaz de englobar todas las descritas, la viral.<sup>7-10</sup>

A nivel mundial, se calcula para esta enfermedad una prevalencia entre el 0,5 y 1,5 % de la población, existen en general poca variación entre las diferentes culturas. Esta prevalencia se expresa por igual entre hombres y mujeres, aunque para los hombres se observa un comienzo más temprano.<sup>1,2</sup>

Los estudios realizados a esta entidad han sido dirigidos generalmente a sus relaciones con la distribución geográfica, expresión en los patrones de reproducción, densidad de población, comorbilidad médica, asociación al suicidio, consumo y abuso de alcohol y otras sustancias, así como factores de riesgo. Más modernamente se exploran los aspectos: genéticos, bioquímicos, moleculares, proteicos, enzimáticos, neuroinmunológicos y neuroendocrinos, también se profundiza en los hallazgos del comportamiento humoral, los anatomopatológicos e imageneológicos.<sup>11</sup>

La esquizofrenia, caracterizada clínicamente por trastornos del contenido del pensamiento, sensoriales, de la afectividad y la expresión desorganizada de la conducta, acompañados de la ruptura con la realidad, tiene en el consenso internacional en los criterios de su evolución las estadísticas de recaída siguientes: del 1,5 al 3 % de los pacientes recaen al mes, el 50 % al año y el 85 % en los 5 años.<sup>12-14</sup>

Los especialistas en salud pública afirman que es necesario investigar más en este campo para salvar las brechas e indicar cuáles son las medidas de salud pública que pueden reducir y prevenir la violencia, pero combatir la violencia no puede depender sólo de la comunidad de salud pública debido a que sus causas son tan complejas y variadas, las medidas eficaces para reducirla deben provenir de numerosos sectores y niveles.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, utilizando la técnica cualitativa de Grupos Focales, la fue aplicada a una muestra de 80 pacientes con enfermedades mentales a nivel psicótico, perteneciente a las áreas de salud del policlínico Julio Antonio Mella de la ciudad de Camagüey, que es atendido por el Centro Comunitario de Salud Mental (CCMS) Agramonte, en los meses de mayo, junio, julio y agosto del 2006 con el objetivo de explorar aspectos relacionados con la violencia y las enfermedades mentales, así como proponer intervenciones de Enfermería encaminadas a la prevención y promoción de este fenómeno.

Para dar cumplimiento a los objetivos de nuestro trabajo, se seleccionó del universo de 160 pacientes una muestra representativa de 80 pacientes, convivientes familiares o no y personas de la comunidad allegadas por tratarse de una investigación cualitativa mediante la técnica de Grupos Focales.

Se utilizó el método aleatorio intencional, teniendo en cuenta que debía buscarse dentro de nuestro universo las personas que supuestamente tenían la información necesaria sobre el tema de estudio. Se conformaron como muestra 4 tipos de Grupos Focales:

- 1er Grupo: Pacientes esquizofrénicos masculinos.
- 2do Grupo: Pacientes esquizofrénicos femeninos.
- 3er Grupo: Convivientes, familiares o no.
- 4to Grupo: Comunidad allegada.

Para la realización de nuestro trabajo se utilizó la siguiente metodología:

- Técnica de Grupos Focales: Es la más factible, pues proporciona abundante información a profundidad de una forma rápida y dinámica.
- Del total de 160 esquizofrénicos aplicamos criterios de inclusión, y se confeccionó listado de posibles participantes.
- Se separaron por sexos y se seleccionaron al azar simple 40 pacientes de cada grupo (grupos 1 y 2), 20 para cada uno de los grupos focales y para los grupos 3 y 4, 20 para cada uno.
- Se habilitó un local según técnica apropiada.
- Se realizaron todos los Grupos Focales con la misma técnica.
- Se confeccionaron resúmenes de cada tipo de Grupo Focal.
- Se confeccionó un resumen global de todos los grupos.
- Se analizaron y discutieron resultados, de esa forma arribamos a conclusiones y recomendaciones.

Criterios operacionales: Utilizamos los criterios de consenso, es decir, la opinión de la mayoría y de la minoría al procesar la información

### **Criterios de inclusión:**

- Que estén de acuerdo a colaborar
- Que el paciente esté compensado e insertado en el Programa de Rehabilitación Comunitaria.

**Criterios de exclusión:**

- Que no estén de acuerdo a colaborar.
- Que el paciente esté descompensado.

**Bioética:**

- Consentimiento informado por escrito.

Este grupo de estudio se incluye en la investigación con consentimiento informado de los miembros a colaborar de forma voluntaria en presencia de los miembros del ESM ([anexo 1](#)).

**RESULTADOS**

Pregunta No.1: ¿Qué usted entiende por violencia?

Consenso	La mayoría	La minoría
Acto de agresión de una persona a otra por imposición de poder y fuerza produciéndole daño o pérdida de bienestar.	Estado de ánimo agresivo hacia los demás por un hecho determinado.	Acto producido por la sociedad actual o por no estar de acuerdo con las leyes sociales.

Cuando se indaga en por qué piensan que se produce la violencia entre las personas, muchos plantean que por problemas familiares o las dificultades económicas. Esto se observa en estudios sobre adolescentes que dependen de los padres, o en los ancianos y las amas de casa, donde la dependencia económica genera también violencia. Identifican la violencia por descuido.

La violencia psicológica es resaltada también porque les dicen "locos", los chotean y mortifican, y esto no sucede solo con estos pacientes sino también en mujeres y adultos mayores.

Pregunta No. 2: ¿Por qué piensan ustedes que se produce la violencia entre las personas?

Consenso	La mayoría	La minoría
Existen discrepancias entre familiares y con los vecinos,	Por el consumo de bebidas alcohólicas o por el abandono a una persona que	Por hacinamiento. Por problemas laborales. Como vía de escape. Por ser diferente cada

por dificultades económicas o por falta de respeto entre las personas.	necesita cuidados y ayuda.	persona. Porque se ríen de mí y me miran. Porque saben que estoy enfermo. La genera la sociedad, es parte de ella.
--	----------------------------	---

Pregunta No. 3: ¿De qué forma una persona puede dañar o maltratar a otra?

Consenso	La mayoría	La minoría
Violencia física. Violencia psicológica. Violencia sexual. Maltrato infantil. Maltrato a ancianos. Maltrato a impedidos físicos o mentales.	Violencia económica.	La violencia contra los animales o el medio que nos rodea.

Pregunta No. 4: ¿Cómo reaccionan casi siempre las personas cuando son víctimas de un hecho violento?

Consenso	La mayoría	La minoría
Con más violencia física o de palabras.	Rompiendo objetos.	Agrediendo al que provoca la violencia. Con miedo. Buscan la soledad porque reprimen la ira intentado contra su vida.

Pregunta No. 5: ¿Consideran ustedes que tener una enfermedad mental es un hecho que influye en las reacciones violentas? ¿Por qué?

Consenso	La mayoría	La minoría
Sí, por dificultad en la contención de los impulsos, por estar enfermos. Sí, la mayor parte de las veces en la posición de víctima y la menor en la de victimario.	Sí, por ser más violentos pero existiendo una provocación previa o cuando están en crisis.	No tiene relación, de acuerdo a la educación.

Pregunta No. 6. ¿Qué sugieren ustedes que podríamos hacer nosotros para ayudar a las personas a no tener conductas violentas?

Consenso	La mayoría	La minoría
Realizar charlas educativas sobre el tema a familiares y vecinos. Atención de calidad por parte de la Enfermera y proponer intervenciones en su actuar. Necesidad de que el paciente esquizofrénico cumpla con el tratamiento.	Aceptar al enfermo mental y respetar sus derechos como ser humano.	Violencia siempre ha existido y existirá, aunque se hagan esfuerzos para erradicarla.

## [Anexo 2](#)

### **DISCUSIÓN**

La definición acerca de lo que piensan las personas sobre la violencia, nos remite a pensar en violencia como un hecho que provoca daño o dolor, que se recibe como algo negativo y la utilización de las palabras «poder y fuerza» completan el concepto, guardando gran relación con los conceptos clásicos sobre violencia. (Barrientos G, Hernández T, Acosta Z, León M, González J. Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria. [video] La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1997). Además, condicionan la violencia a una reacción conductual, observada también en adolescentes.<sup>15</sup> Debe considerarse que parte del número de los participantes en la investigación son pacientes, ven la violencia como una situación recrudescida por la era en que vivimos, en que el estrés impera y la globalización produce cada vez más pobreza, infelicidad y violencia.

¿Cómo reaccionan, por lo general, las personas cuando son víctimas de un hecho violento? La violencia engendra violencia y así se observa en el estudio. Es indudable que el aprendizaje de conductas violentas, percibidas como «normales» da lugar a que se repitan los patrones aprendidos, comienza a producirse un círculo del cual es muy difícil salir,<sup>16</sup> por lo que es de importancia vital modificar los estilos de vida de las personas, para disminuir la violencia.<sup>17</sup>

Al investigar si consideraban que tener una enfermedad mental es un hecho que influye en las reacciones violentas, resulta interesante que los pacientes y familiares, así como los vecinos allegados, plantean que sí influye la condición de estar enfermos en la aparición de la violencia, por la dificultad que presentan en la contención de los impulsos, pero señalan, que son más agredidos, que lo que son capaces de agredir. Se reconocen como víctimas, porque a pesar de estar enfermos tienen que seguir interactuando en la sociedad con sus limitaciones. El hecho de que puedan sentirse útiles a través del uso de sus potencialidades sanas contribuyendo a su bienestar y mejor calidad de vida, es nuestra labor.<sup>11</sup>

Para ayudar a las personas a no tener conductas violentas, se resalta la importancia de las Escuelas de Familia para pacientes de larga evolución como forma de orientación y conocimiento sobre el enfermo mental, ya que aumenta la capacidad de comprensión y ayuda al manejo de los pacientes, así como de los promotores de salud, para que de esta manera disminuya la violencia en el interactuar cotidiano en la comunidad. Se reconoce también la importancia del seguimiento adecuado del tratamiento por parte del personal de Enfermería, para

mejorar su sintomatología, sobre todo la administración de neurolépticos de depósito.<sup>12,18</sup> Igualmente se pide tolerancia hacia el enfermo mental, porque tienen el derecho de que se les respete como personas, independientemente de cualquier enfermedad que padezcan.

### **Propuestas de intervención para el personal de Enfermería**

- Identificar la violencia como un problema de salud, social y de derechos como profesionales de la salud.
- Diagnosticar la problemática existente en cada área de salud.
- Identificar la naturalización de posibles actos violentos en la comunidad. (Centros laborales donde se encuentran insertados y entorno).
- Hacer visible el problema a través de visitas de terreno donde vive el enfermo mental, recogiendo las opiniones de los organismos de masas (CDR- FMC-Consejo de vecinos).
- Familiarizar, sensibilizar y reflexionar sobre el tema violencia a toda la población donde radican los Centros Comunitarios de Salud Mental.
- Diseñar programas educativos, educación popular y animación socio-cultural, así como audiencias sanitarias en cada zona, haciendo énfasis en las de más alto riesgo.
- Crear grupos de auto cuidado y autoayuda en pacientes esquizofrénicos insertados en la comunidad.
- Negociar con todas las organizaciones políticas y de masas existentes en la comunidad, la necesidad de aceptación y comprensión de los pacientes insertados en el programa.
- Intensificar el trabajo con grupos de familia de estos pacientes a través de técnicas y dinámicas, así como en las reuniones de familia.
- Abordar el problema a través de los medios de divulgación existentes en la Comunidad, con una participación activa del médico y enfermera de la familia.
- Incrementar los Cursos de Entrenamiento sobre cómo prevenir la violencia (post grados, diplomados, maestrías).
- Incrementar en el campo de la investigación de Enfermería y con el apoyo de la Sociedad Científica el tema Violencia.
- Fortalecer la intersectorialidad en los servicios de Enfermería.
- Proponer la incorporación del tema sobre violencia en el plan de estudio de las carreras de Licenciatura en Enfermería, Tecnología de la salud, Especialidad en Salud Mental y otras afines.
- Controlar a través de un registro oficial los casos de violencia por parte del personal de Enfermería.
- Sensibilizar a las unidades de salud de la atención primaria y sobre todo de la atención secundaria sobre el trato que se le debe brindar a los pacientes con trastornos mentales cuando son remitidos o ingresados en unidades no propias de la especialidad para evitar actos violentos.
- Mantener la ética profesional en el desempeño de nuestras funciones.
- Educar al paciente y a la familia sobre la importancia de no abandonar su tratamiento, asistir diariamente a su centro laboral y utilizar de forma sana su tiempo libre.
- Adiestrar a promotores de salud sobre el tema de la violencia.
- Diseñar programas de comunicación social para educar a la población en general acerca del tema.

Recomendamos perfeccionar la ejecución de la propuestas de intervención para el Personal de Enfermería, estimular e involucrar una mayor participación comunitaria en la aplicación de esta investigación, generalizar las propuestas a todos los

Centros comunitarios de Salud Mental y unidades de salud de la atención primaria y secundaria.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la MSc Caridad Rodríguez Díaz y a la MSc Dra. Nidia Riera Carmenates, por su encomiable ayuda para la realización de ese trabajo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. WHO. Violence and Health Contribution to the Inter-American Conference on Society. Violence and Health. Washington DC: World Health Organization;1994.
2. Orpinas P. ¿Quién es violento? Factores asociados con comportamientos agresivos. Washington D.C:OPS;1999.
3. Green J, Wintfeld N. A violence prevention curriculum. JAMA. 1997;278(12):979-80.
4. Carmenate D. Proyecto de Intervención Comunitaria para la Violencia Familiar [tesis]. Facultad de Ciencias Médicas de Camagüey. 2000.
5. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Interamericana sobre sociedad, violencia y salud. Washington DC:OPS;1994.
6. Dirección Nacional de Asistencia Social. Comisión Nacional de Salud Mental. Plan de Trabajo para el abordaje de la Violencia en la Atención Primaria de Salud. La Habana: MINSAP;2001.
7. Fenton WS. Esquizofrenia y delirio. En: Berkewr, Brees MH, Fletcher MB, editores. Manual Merck. Barcelona: Océano;1997. p. 467-69.
8. SteinentT. How common is violence in schizophrenia despite neuroleptic treatment? Am J Pharmacopsychiatr. 2000;33(3):98-102.
9. Galli E, Patrucco R. Aspectos inmunológicos en esquizofrenia. Psiq. Biológ. Aportes Latinoamericanos. Vol.2. Buenos Aires: Editorial Cangrejal;1997. p. 106-123.
10. González R. Clínica Psiquiátrica Básica. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica;1998.
11. Artilés I. ¿Aprendemos la violencia? Rev Sexol Soc. 1996;2(4):17-8.
12. Fung C. The role of community mental health nurses in education of clients and families about schizophrenia. Am Mental Health Nurse. 1999;8(9):162-75.
13. Zambrano M. Aspectos históricos y conceptuales de la esquizofrenia. Psiq. Biológ. Aportes Argentinos No.6. Buenos Aires: Edición Cangrejal; 1998. p. 173.
14. Llinás S, Caballero A. Dopamina y esquizofrenia, ¿esto lo explica todo? Psiq. Biológ. Aportes Argentino-Cubanos. Buenos Aires: Editorial Cangrejal;1998. p. 14.

15. Debus M. Manual para la excelencia en la investigación mediante grupos focales. Health Com. Communication for child survival. Washington DC:HPP/HPS;1994. p. 19.
16. Fabian R. Violencia y sociedad. vol. 1. Santiago de Chile:Centro Médico Mar de Plata;1997. p. 49.
17. Maltrato Infantil. Enciclopedia Microsoft Encarta en CD-ROM. Microsoft Corporation;1998.
18. Hunnes T. Redes sociales y rehabilitación psicosocial. Rev Psiquiatría;1997;14(4):163-73.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

1. Okubo Y, Suhara T. Decreased Prefrontal Dopamine D1 receptors in Schizophrenia Revealed by positron emission tomography. Nature 1994;38:634-6.
2. Vázquez Cetkovict M, Cipriam O. Fecha de nacimiento y riesgo de esquizofrenia. Rev Clin Neuropsiquiatr. 1996;5(3):237-41.
3. Akel M, Lewis D. Cytoarchitecture of Entorhinal Cortex in Schizophrenia. Am J Psychiatr. 1997;154:1010-2.
4. Nitin G, Sporn A, Clasen LS. Anomalías en la estructura cerebro en hermanos sanos de pacientes con esquizofrenia iniciada en la niñez. Am J Psychiatr. 2002;160(3):569-71.
5. Raone SV, Seidman LJ, Kremen WS, Kennedy D, Makris N, Caviness, et al. Anomalías estructurales del cerebro entre parientes de pacientes con esquizofrenia: implicaciones para los estudios de acoplamiento. Schizophr Res. 2003;60(3):125-40.
6. Schiffman J, Morten E, Schulsinger F, Sorensen H, Mednick S. Anomalías y trastornos físicos menores en el espectro del trastorno esquizofrénico: un estudio prospectivo. Am J Psychiatr. 2002;159(2).
7. Montenegro RM. Médicos, pacientes y sociedad. Buenos Aires; Editorial APAL;1998. p. 167.
8. American Pyschiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4 ed. Washintong DC: Crite, APA;1994. p. 147.
9. Burms T, Raftery J. Cost of schizophrenia in a randomized of home-based treatment. Schizopr Bull. 1991;17(3);407-10.
10. Cockson RF, Huybrechts KF. Economics benefits of Risperidone in schizophrenia. J Assessmen. 1998;1;369-402.
11. Navies LM, Drummond MF. The economic burden of schizophrenia. Psychiatr Bull. 1990;14:522-5.
12. Schürhoff F, Szöke A, Bellivier F, Turcas C, Villemurc M, Tignold J, et al. Anhedonia en la esquizofrenia: ¿un subtipo familiar distinto? Schizophr Res. 2003;61(1):18-26.

13. Galli E. Antipsicóticos atípicos. Psiq. Biológ. Apuntes Argentino-Cubanos No.6. Buenos Aires: Editorial Cangrejal;1998. p. 156-72.

14. Wiersma DK, Kluitter H, NienHuis FJ, Rüphan M, Giel R. Cost and benefits of day treatment with community care for schizophrenic patients. Schizophr Bull. 1991;17:411-9.

15. Antos MO, Cieres PM. Evaluación del nivel de utilización de neurolépticos clásicos en salas de un Hospital Clínico Quirúrgico. Psq. Biológ. Aportes argentino-cubanos. Buenos Aires: Editorial Cangrejal;1998. p. 59.

16. Beau CH, Hauby S. Synopsis 2000 des médicaments en psychiatrie. París: Ed. Santé Prevention Communication;2000.

17. Newcomer JW. Alteraciones metabólicas relacionadas con el empleo de antipsicóticos. J Clin Psychiatr. 2001;62(27):83-4.

Recibido: 20 de octubre de 2007.

Aprobado: 4 de noviembre de 2007.

Lic. *Luis Ulloa Reyes*.

Director de la Sede Universitaria del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente Comandante René Vallejo Ortiz. Camagüey. Cuba

#### ANEXO 1

Consentimiento Informado:

Yo: \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo a participar en la investigación titulada:

Se me ha explicado que:

- En la actualidad existen actos violentos, cuestiones que yo reconozco y acepto.
- Que existen propuestas de intervención a desarrollar por el Personal de Enfermería para de esta forma prevenir y promover la violencia en nuestro medio.

Que si lo deseo puedo, junto a mi familia, recibir los beneficios que brindara esta investigación y que en el caso que desee abandonar mi participación en el estudio puedo hacerlo.

Mi participación es voluntaria por lo cual y para que así conste firmo este consentimiento informado junto al profesional que me brindo la información.

A los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional del ESM: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### ENCUESTAS:

Se realizaron las siguientes preguntas abiertas a los grupos focales sobre la violencia:

1. ¿Qué usted entiende por violencia?
2. ¿Por qué piensan ustedes que se produce la violencia entre las personas?
3. ¿De qué forma una persona puede dañar o maltratar a otra?
4. ¿Cómo reaccionan casi siempre las personas cuando son víctimas de un hecho violento?
5. ¿Consideran ustedes que tener una enfermedad mental es una hecho que influye en las reacciones violentas? ¿Por qué?
6. ¿Qué sugieren ustedes que podríamos hacer nosotros para ayudar a las personas a no tener conductas violentas?