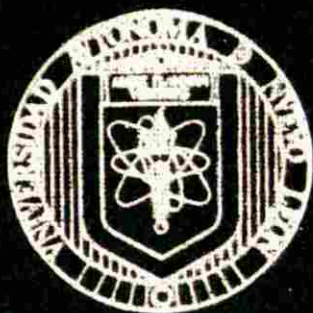


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO



INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
COMUNITARIA CON FAMILIAS EN CRISIS

T E S I S

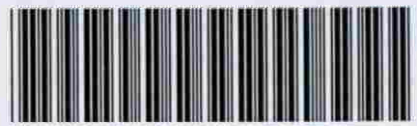
QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN
ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD COMUNITARIA

PRESENTA

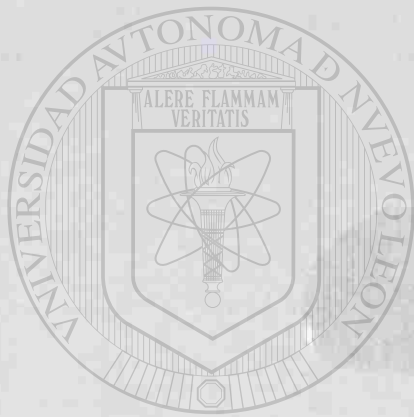
LIC. MARINA ARRIAGA PEREZ

MONTERREY, N. L., ABRIL DE 1993

TM
RC530
A7
C.1



1080070857



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

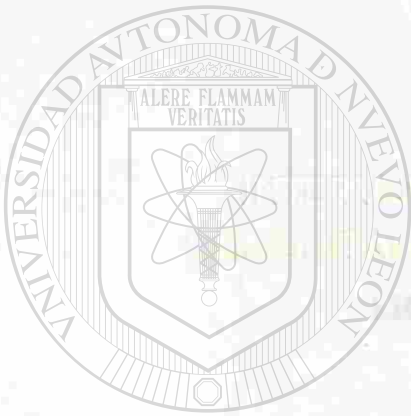
®



BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECRETARÍA DE POST-GRADO



U A N L

TESIS
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

EN OPCIÓN AL GRADO DE MAESTRÍA EN
ENFERMERÍA CON ESPECIALIDAD EN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
Y SALUD COMUNITARIA

®

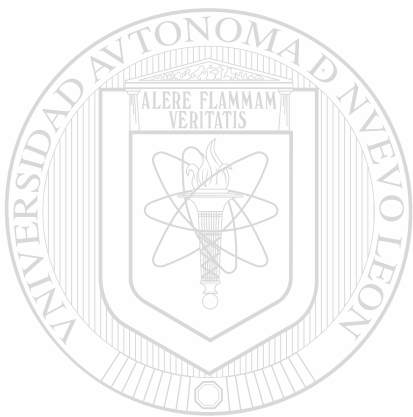
PRESENTA

LIC. MARINA ARRILAGA PÉREZ



MONTERREY, N. L., ABRIL DE 1993

TM
RC530
A7



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

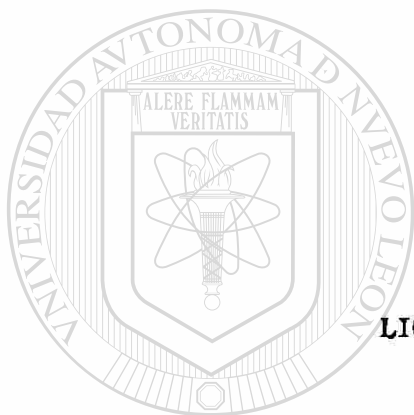
®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



(70857)

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA COMUNITARIA
CON FAMILIAS EN CRISIS**



ALUMNA

LIC. MARINA ARRIAGA PEREZ

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

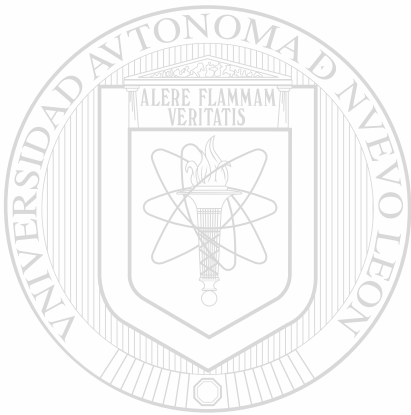
ASESOR

LIC. ESTHER C. GALLEGOS DE HERNANDEZ

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

DICTAMEN DEL JURADO



UANL

COMISION DE TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE TESIS

Arturo F. de Hernández

Ma. del Refugio Acuña®

[Signature]

MONTERREY, N.L., MARZO DE 1993

DEDICATORIA

A mi Esposo:

Ing. Concepción Martínez Avila

A mis Padres:

Sr. Delfino Arriaga García

Sra. Sabina Pérez de Arriaga.

A mis Hermanos:

Antonio, Margarito, Yolanda^(), Rito,*

Víctor, Delfina, José Guadalupe,

Silvina, Ma. Elena, Amalia, Hilda, Juan

Manuel^(), Sonia Teresa.*

A todos los compañeros de trabajo de la UANL

QUE CON APOYO Y SABIDURIA, HOY HAN HECHO POSIBLE ESTA REALIDAD

AGRADECIMIENTOS

De forma explícita deseo manifestar mi profunda gratitud a los maestros que a lo largo de mi trayectoria como estudiante universitaria han sabido inculcar el deseo de superación; muy especialmente a la Lic. Esther C. Gallegos de Hernández, por su ejemplo y estímulo constante y por haber tenido el privilegio de tenerla como Asesor en el proceso de elaboración de mi tesis de grado. De igual forma para la Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo, por su apoyo brindado en este período.

Así también mi mas amplio agradecimiento a la Lic. Mariana López de Laredo, Directora de esta Facultad, al Dr. Teófilo Garza Elizondo, Lic. Silvia Espinoza de Benavides, Ing. David García Contreras y Lic. Velia M. Cárdenas Villarreal que con sus orientaciones me guiaron hasta la culminación de este trabajo. Va también mi gratitud para todas aquellas personas que han contribuido en mi formación tanto personal como profesional; a todas ellas, muchas gracias.

RESUMEN

La Enfermera Comunitaria (E.C.) en la búsqueda del cómo interaccionar con el individuo y su familia después de un evento crítico que demanda consulta de urgencias, realiza acciones que llevan a confrontar la problemática buscando eliminar la crisis; el presente estudio tuvo como objetivo la atención de familias, donde uno de sus miembros sufren de crisis conversivas alterando la dinámica total de sus familias. El proceso de prestación del cuidado de enfermería se documentó a fin de perfilar con claridad el rol de la E.C. con este tipo de casos.

La muestra estuvo constituida por 16 pacientes que se seleccionaron durante un período de dos semanas al momento que solicitaron consulta de "urgencia".

El diseño del estudio es de caso con administración de tratamiento, para la comprobación de las hipótesis se utilizó la T de student. En el manejo de los datos cualitativos, se usó el análisis de contenido.

Los instrumentos de recolección de información fueron: a) Lista de chequeo, b) Cuestionario estructurado, c) Diario de campo.

Los resultados del estudio afirman que las intervenciones de la E.C. en familias con pacientes en crisis favorecen significativamente la recuperación del funcionamiento familiar e individual.

INDICE

| | Pág. |
|--|-----------|
| Dedicatoria | i |
| Agradecimientos | ii |
| Resumen | iii |
| Indice General | iv |
| | |
| CAPITULO I | |
| INTRODUCCION | 1 |
| 1.1 Planteamiento del Problema | 3 |
| 1.2 Hipótesis | 4 |
| 1.3 Objetivos | 5 |
| 1.4 Importancia del Estudio | 6 |
| 1.5 Limitaciones del Estudio | 7 |
| 1.6 Definición de Términos | 8 |
| | |
| CAPITULO II | |
| MARCO CONCEPTUAL | 12 |
| | |
| CAPITULO III | |
| METODOLOGIA | 26 |
| 3.1 Sujetos de Estudio | |
| | |
| CAPITULO IV | |
| RESULTADOS | 34 |
| | |
| CAPITULO V | |
| DISCUSION DE RESULTADOS | 51 |
| 5.1 Conclusiones | 56 |
| 5.2 Recomendaciones | 58 |
| | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 62 |
| | |
| APENDICE A Intervención de Enfermería | 65 |
| APENDICE B Instrumentos | 80 |

CAPITULO I

INTRODUCCION

La Enfermería Comunitaria se enfoca prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad; la salud individual, familiar y comunitaria aunque se consideren variables diferentes, están relacionadas entre sí. Tanto el individuo como la familia y los grupos comunitarios sufren un proceso de desarrollo en el cual se presentan factores de riesgo, que si no se identifican oportunamente pueden convertirse en un serio peligro para mantener un estado de salud funcional adecuado.

Walton, (1986) menciona que en el trabajo cotidiano la Enfermera Comunitaria (E.C.) se encuentra con una serie de situaciones que evidencian con claridad la interrelación de factores biológicos, psicosociales y culturales que producen desequilibrio o enfermedad en las personas, familias y la misma comunidad. Entre éstos, se pueden mencionar el desempleo, abandono de los hijos por el padre o la madre, abuso físico de menores, ancianos y mujeres, divorcios, embarazos no deseados, abuso en el uso de sustancias químicas, muertes repentinas, pérdidas económicas catastróficas; una o varias de estas situaciones, están presentes cuando las personas o las familias rechazan los programas preventivos o cuando está presente la enfermedad. Si la E.C. se conforma con la negativa a participar en los programas de salud, estará fallando profesionalmente al no reconocer la problemática de fondo que explica la conducta y dá la pauta para una atención de enfermería de calidad.

Los servicios de emergencia se ven invadidos por pacientes con signos

conversivos que acuden en repetidas ocasiones a solicitar atención médica por la misma causa. Durante el mes de septiembre de 1988 se hizo un registro diario de la consulta de urgencias en un centro de primeros auxilios del área metropolitana de Monterrey; se encontró que de 855 casos, 265 (30%) fueron diagnosticados como "pacientes histéricos", el tratamiento indicado fué la aplicación de un placebo (agua bidestilada intramuscular). Con este tratamiento los signos críticos desaparecían pero frecuentemente se veía regresar a los pacientes con el mismo cuadro.

La situación descrita motivó el estudio de los pacientes desde la perspectiva de enfermería, por considerar que este profesional puede contribuir a disminuir la problemática. Para conocer mejor las variables de la situación se estudiaron en forma exploratoria cinco pacientes con sus familias, los cuales fueron seleccionados de la consulta de urgencias del mismo centro de primeros auxilios, antes mencionado. Del estudio exploratorio se identificaron algunos factores comunes:

- En el momento de la crisis se presentaron signos y síntomas físicos como dolor localizado, náusea, vómito, diarrea, diaforésis, taquicardia, lipotimias, llanto y visión borrosa.
- Los pacientes manifestaron verbalmente sentimientos de culpa, miedo, vergüenza y abandono.
- El desencadenamiento de la crisis estuvo asociado con problemas familiares como: divorcio de los padres, prostitución de la madre, pérdida del padre; esta asociación no se reconoció ni por el paciente ni por la familia.

Como resultado del estudio exploratorio se dedujo que en el tratamiento de estos pacientes se debe buscar el origen de la problemática en el contexto familiar y medio ambiente inmediato, y no sólo atender las manifestaciones físicas del individuo enfermo; el tratamiento paliativo puede coadyuvar en el momento crítico, pero el problema se irá haciendo crónico en tanto no se involucre a la familia y se consideren los factores del medio ambiente que afectan la situación del paciente y su familia.

Con estos antecedentes se planteó el presente estudio cuyo propósito fue explicitar la metodología de trabajo de la enfermera comunitaria con pacientes y familias en crisis utilizando la aproximación genérica propuesta por Bárbara Walton, (1986), la cual enfoca la naturaleza y desarrollo del desequilibrio del individuo y su familia. Para llevarlo a cabo se siguió el método de estudio de caso con intervenciones directas.

1.1 Planteamiento del problema

Un alto porcentaje de los pacientes que presentan cuadros críticos en los servicios de urgencias, atraviezan por situaciones problemáticas que van más allá del aspecto biológico. Estas problemáticas tienen su origen en el medio familiar o comunal donde se desarrollan e interactúan, estando las familias también en situación de crisis. Ni el individuo, ni la familia, ni los círculos grupales donde se mueven, han sido efectivos para manejar el conflicto, por lo que se hace necesario la intervención profesional de la E.C. que tiene como meta contribuir a la consecución, manteni-

miento o recuperación de la salud total de las personas, de las familias y de la comunidad.

Tradicionalmente la enfermera comunitaria busca la intervención de un especialista en salud mental para atender a pacientes con las características de los incluidos en este estudio. Sin embargo, en nuestro medio, encontrarse con familias disfuncionales es sumamente frecuente, teniendo la E.C. que considerar estas familias como su grupo de trabajo. La pregunta de investigación que se plantea en el estudio es: *¿En qué medida las intervenciones de la E.C. favorecen el restablecimiento funcional de los pacientes y familias en crisis situacionales?*

1.2 Para dar respuesta a este cuestionamiento se planteó la hipótesis de investigación: "LA BASE CONCEPTUAL DE LA ENFERMERA COMUNITARIA ES SUFICIENTE PARA QUE OTORGUE ATENCION EFECTIVA A INDIVIDUOS Y FAMILIAS EN CRISIS". De la cual se derivó la siguiente hipótesis de trabajo.

LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA COMUNITARIA EN FAMILIAS CON PACIENTES EN CRISIS FAVORECEN EL RESTABLECIMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES ENTRE SI Y CON SU ENTORNO.

Hipótesis estadísticas:

Hipótesis nulas

1. Ho: Las relaciones de la familia/paciente con el entorno son menores o iguales cuando interviene profesionalmente la E.C.
2. Ho: La dinámica familiar es menor o igual cuando interviene profesionalmente la E.C.

Hipótesis alternativas

1. Las relaciones de la familia/paciente con el entorno mejoran significativamente cuando interviene profesionalmente la E.C.
2. La dinámica familiar mejora significativamente cuando interviene profesionalmente la E.C.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

1.3 Objetivos del estudio

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

General: Establecer el perfil de la actividad profesional de la E.C. en la atención del paciente en crisis y de su familia.

Particulares:

1. Identificar los pacientes en crisis que acuden a la consulta médica de urgencia y proporcionar cuidado de enfermería inmediato.

2. Comprometer a la familia en el proceso de trabajo con el paciente crítico.
3. Determinar y operar las intervenciones de E.C. basándose en la valoración de la familia como un todo.
4. Establecer comunicación y coordinación con instituciones y agencias requeridas para la atención total de las familias.

1.4 Importancia del estudio

La importancia de este estudio es el conocimiento de una metodología de trabajo de la E.C., que resulta efectiva para tratar a familias disfuncionales en áreas urbano-marginadas. El proceso de intervención en crisis postulado por la autora Bárbara, Walton, (1986), permitió darle contenido a conceptos que hasta ahora no se habían concretado, al menos con familias del área metropolitana de Monterrey. Debido a que se llevaron a cabo intervenciones de enfermería con los casos estudiados, se conocieron cuáles son los eventos que con mayor frecuencia desencadenan crisis en los individuos y en las familias, comprobando que los problemas económicos y sociales tienen un efecto desestabilizador importante en las familias de escasos recursos. Así mismo se determina el tipo de intervenciones de enfermería que resultan más efectivas, enriqueciendo con ello el rol de prestador de cuidados de la E.C.

Por otro lado, fue evidente el beneficio que recibieron las

familias participantes, pues en el lapso de 4 meses (duración del estudio), sólo un paciente y en una sólo ocasión, recurrió a los servicios de urgencia del centro de primeros auxilios; si se considera que el 30% de la consulta en urgencias se trata con placebos, el que no regresen los pacientes por este tipo de tratamiento descongestionará los servicios.

Así mismo, el beneficio de las familias que lograron un mejor nivel de integración para enfrentar eventos críticos futuros que arriesgan la salud familiar y la de alguno de sus miembros, cumpliendo así el cometido de la E.C. de enfatizar la prevención.

1.5 Limitaciones del estudio

En relación a los sujetos de estudio.

La respuesta de los pacientes y de la familia a las indicaciones de la E.C., estuvieron influenciadas negativamente por los siguientes factores:

- La desconfianza hacia los servicios y personal de salud, quienes generalmente les han incumplido en sus promesas de apoyo o ayuda.
- La contradicción con las creencias y mitos sobre la enfermedad y los tratamientos.
- El rechazo del paciente a incluir a la familia en el tratamiento, lo que tiene una base cultural.

- Conceptos equivocados del paciente y su familia, sobre la calidad de la atención primaria.

En relación a los instrumentos y a la metodología.

- Los instrumentos para medir las relaciones y dinámica familiar tuvieron alguna deficiencia en su construcción, que no se detectó durante la prueba piloto.

- La aplicación de dichos instrumentos demandó demasiado tiempo, ocasionando cansancio en la familia y en el investigador.

- La selección de los casos de estudio fué intencional, de acuerdo a las posibilidades del investigador, lo que limita las probabilidades de generalización.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

1.6 Definición de Términos

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

1. Familia y relación con el entorno: Son las interacciones que realiza cada uno de los integrantes y de la familia como tal, con su medio social. Dentro de ellos se tienen las relaciones con vecinos, iglesia, escuela, trato con amigos, relaciones de trabajo. Internamente se determinan relaciones entre la pareja, entre los hermanos y el trato entre padres e hijos.

2. **Dinámica Familiar:** Son las interacciones que se dan entre los miembros de la familia en los diversos momentos y actividades que componen el diario vivir. Para evaluar la dinámica se indaga y se observa sobre cómo se expresan los problemas, cómo se ejerce la autoridad, cómo se da la comunicación y cómo se manifiesta el afecto entre los miembros.

3. **Intervenciones de Enfermera Comunitaria:** Son aquellos que se determinan siguiendo el proceso de atención de Enfermería correspondiendo a los roles de educadora, facilitadora y representante del paciente y su familia. Las acciones o actividades implicadas en esos roles son las entrevistas, la observación participante y dinámicas grupales.

4. **Paciente y/o Familia en Crisis:** Manifestaciones de desequilibrio en la conducta y funcionamiento individual y familiar; se identifican cuatro etapas: shock, retiro defensivo, reconocimiento y adaptación.

5. **Metodología de trabajo de Enfermera Comunitaria:** Intervención en crisis. Incluye la valoración causal del evento, planeación de la intervención terapéutica, intervención y terminación.

6. **Aproximación Genérica:** Enfoca la naturaleza y desarrollo de la

crisis e incluye cuatro elementos: 1) estimula la conducta adaptativa, 2) brinda apoyo general, 3) manejo del medio ambiente, 4) anticipa el cuidado.

7. Estudio de caso con intervenciones: Metodología que permite profundizar en el estudio de individuos, familias o grupos. El interés principal es la comprensión de cómo interactúan las variables que se estudia; son extensas en su naturaleza. Con frecuencia implican la aplicación de un tratamiento o intervención para modificar conductas, actitudes y conocimientos.

8. Familia Urbano Marginada: Las áreas urbano-marginadas se caracterizan por la falta o escaso desarrollo de infraestructura de servicios primarios, escuelas y servicios de salud, las familias que residen en estas colonias pueden ser colonos o poseionarios; generalmente son emigrantes de áreas rurales de otros estados o de otras áreas marginadas de Monterrey. Un número importante de éstas familias se caracterizan por tener múltiples problemas de salud, apatía, frustración y baja cooperación, matrimonio o relaciones sexuales de pareja a temprana edad y énfasis en el matriarcado.

9. Enfermería Comunitaria: Tiene un enfoque holístico con la atención paciente-familia-comunidad, sus acciones están diri-

gidas a la educación, autocuidado, actuando como mediadora y señalando en toda acción el proceso de atención de enfermería.

10. Bases conceptuales de la Enfermera Comunitaria que apoyan el trabajo con familias.

- . Salud de la familia como unidad (sistema).

- . Factores socioculturales en familia.

Funcionamiento, estructura y etapas de desarrollo familiar.

- . Comunicación y dinámica familiar.

- . Crisis situacionales y de desarrollo.

- . Entrevista familiar-individual.

- . Coordinación intersectorial.

11. Crisis Situacional: Es un estado de desequilibrio severo en individuos que se enfrentan a una situación amenazante y se sienten atrapados sin escapatoria, bloqueando toda habilidad de desarrollo usual en busca de una solución.

12. Crisis en Maduración: Son manifestaciones de desequilibrio producido por eventos normales que ocurren en la transición o desarrollo de las personas.

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

La calidad de vida de las familias está íntimamente relacionada con la calidad de vida del individuo, a la vez que la calidad de vida individual estará afectando la familia. Así mismo, la salud de una comunidad dependerá del nivel de salud familiar e individual. Estas repercusiones mutuas están siendo tomadas en cuenta por la E.C., quien al enfrentarse en su trabajo diario con familias e individuos se encuentra con serios problemas si la familia no participa activamente, cuando alguno de sus miembros sufre crisis de diversa índole.

Tradicionalmente se dice que la enfermera trabaja con la familia en la comunidad; la experiencia muestra que ésta es una afirmación no del todo verdadera, ya que trata con sus miembros en forma de individuos y no con el grupo familiar. Existen dificultades para comprender lo que significa tratar con la familia como un todo, este enfoque es necesario cuando uno de sus integrantes sufre de algún desequilibrio crítico, repercutiendo el funcionamiento de la unidad familiar. Los conceptos utilizados en este marco corresponden a Barbara Walton (1986) y a Marilyn Friedman (1986); de la primera autora se maneja todo lo concerniente a la teoría de crisis y las formas de intervención de enfermería. De Friedman, se toma lo relativo a las conceptualizaciones sobre familia.

La familia, como grupo de individuos que conviven bajo un mismo techo, están relacionados por lazos consanguíneos y de afecto. Toda familia tiene una estructura y modos de funcionamiento, que aunque son generales,

adquieren particularidad en cada una de ellas. Dependiendo de la efectividad en su estructuración y funcionamiento, está el éxito o fracaso de sus miembros como personas individuales y como integrantes de una sociedad .

La familia, como célula básica de la sociedad, cumple funciones y tiene responsabilidades, para con sus miembros y para con la misma sociedad. La continuidad del género humano y la socialización primaria del individuo, son dos de los papeles fundamentales que desarrolla la familia en toda sociedad; además, estabiliza la sociedad a través de la formación de redes familiares, aún en áreas o comunidades altamente industrializadas o de grandes concentraciones urbanas caracterizadas por la indiferencias entre sus habitantes. Las funciones que la familia desarrolla en beneficio de sus integrantes, se resumen en : afectividad, socialización, reproducción, sustento económico y atención y cuidado a la salud.

Un aspecto fundamental para la familia es la capacidad de comunicación entre sus miembros y entre la familia y su medio ambiente. La comunicación familiar se ve alterada cuando alguno de los individuos sufre desequilibrios por diferentes eventos; el rol que la persona desempeña dentro de la dinámica familiar, se ve opacado o distorsionado por la incapacidad de utilizar mensajes claros al interactuar con el resto de la familia, quienes a su vez desempeñan también otros roles. Estos mensajes o comunicaciones son verbales y no verbales y se ajustan a las normas familiares que rigen las relaciones e influyen la conducta de cada individuo.

En el transcurso de la vida cotidiana de las personas, se presentan a menudo situaciones inesperadas que provocan desequilibrio severo, por no

ser capaces de resolverlas utilizando las habilidades naturales con que cuenta todo ser humano. Esto da como resultante que se presente una inseguridad en las acciones que realiza el individuo afectando también a la familia y al grupo más cercano a ésta. En este proceso lo que sucede es que la persona sufre un bloqueo en sus habilidades de imitación, exacerbando ciertas estereotipias que entorpecen la comunicación y llevan a una crisis.

La E.C. puede con bastante frecuencia verse ante situaciones que colindan con la especialidad de salud mental. De acuerdo con Bárbara Walton, (1986) la E.C. estará actuando dentro de su campo cuando sus intervenciones se enfocan al aquí y al ahora de la crisis que enfrentan sus pacientes ya sean individuos o familias; esto significa que en la familia, las personas tienen las habilidades y capacidades suficientes para confrontar las situaciones sin necesidad de recurrir a la introspección y al pasado buscando el origen del desequilibrio. Una forma práctica de comprobar si esto es así, consiste en determinar un período de 4 a 6 semanas como límite para ver cambios en las personas al seguir las indicaciones de la E.C. Leahy, (1990); si no se dan dichos cambios y la crisis no solo continúa pero se está agudizando, deberán intervenir los especialistas.

De acuerdo con Bárbara Walton (1986), las crisis pueden ser de dos tipos: situacional y de madurez. La crisis situacional se refiere al rompimiento del equilibrio por eventos no predecibles asociados con las actividades diarias del individuo. Ante tal evento se manifiesta una incapacidad para actuar en su vida familiar y con el entorno; el origen del evento generalmente es externo, consistente en experiencias extraordinarias

que obligan a cambios en las formas de vida e interrumpen el equilibrio. Algunos eventos que tienen este efecto son los problemas económicos, desempleo, abusos, divorcios, embarazos no deseados, entre otros. Las crisis de maduración, igualmente con manifestaciones de desequilibrio, son producidas por eventos normales de transición o desarrollo.

En el desarrollo de las crisis se han identificado cuatro etapas. shock, retiro defensivo, reconocimiento y adaptación. Estos estadios o etapas no son necesariamente secuenciales ni claramente diferenciadas la una de la otra. En la etapa de shock el individuo se da cuenta del problema sin poder identificar la importancia real y aparecen sentimientos de indiferencia, euforia, pánico, ansiedad, pensamientos no lógicos; la conducta está desorganizada en mayor o menor grado, presentándose también síntomas sicofisiológicos como: insomnio, dolores corporales, náuseas, sudoración, taquicardia, entre otros.

Retiro defensivo; esta etapa se caracteriza por el intento del paciente de enfrentar la situación, pensando que ha podido resolver situaciones semejantes en el pasado. A la vez trata de escaparse, negándole importancia al problema y generalmente culpando a otras personas por lo que le está sucediendo. Se presentan sentimientos y emociones como apatía, euforia y coraje pensando prematuramente en lograr la adaptación.

En la etapa de reconocimiento el paciente se enfrenta a la realidad, reconoce la significancia del mismo y empieza a manejar las manifestaciones depresivas de apatía, agitación, remordimientos, sarcasmo, hasta la depresión severa; es así como surge la reestructuración de habilidades para enfrentar

la situación como el pensamiento organizado así como la conducta y sus propósitos en la elaboración de planes realistas.

Adaptación; en esta etapa se dan los compromisos personales con la familia para resolver la situación, aparecen los sentimientos de esperanza de forma positiva hacia la solución del problema. Hay expresiones abiertas sobre la situación, con las cuales se busca manejar y estabilizar el cambio y se fortalecen las habilidades para confrontar el futuro.

La E.C. en su trabajo diario se encuentra con un gran número de personas en crisis situacional o de maduración. Dada la esencia de la enfermería que considera al individuo en forma holística, la atención que se proporciona requiere considerar a la familia; el foco de dicha atención es lograr la integración del núcleo familiar desarrollando juntos las habilidades de imitación que los mantenga unidos, que promueva la madurez, consiguiendo con ello que estén mejor equipados para enfrentar todo desequilibrio. La atención directa de la E.C. es confrontadora estimulando al individuo y a la familia para que surja una autoevaluación y reorganización de los pensamientos a través de la construcción afectiva, dando lo mejor de sí mismo. En este proceso se incluyen los recursos internos y externos de la familia.

El rol de proveedor de cuidados de la E.C. al trabajar con las familias de los pacientes en crisis, incluye los papeles o funciones de educador, facilitador y representante-defensor. Cuando los individuos y/o las familias presentan comportamientos que arriesgan la integridad y salud familiar, la E.C. refiere el caso al especialista en salud mental, actuando

como intermediaria.

Existen dos tipos de métodos para trabajar con pacientes y familias en crisis; el genérico y el individual. Para la mayoría de los casos que atiende la E.C., el método genérico es el más apropiado, éste enfoca la naturaleza y el desarrollo de la crisis. Esto significa que se diseña específicamente para el tipo de crisis de que se trate, sea situacional o de maduración. La aproximación genérica incluye cuatro elementos: 1. impulso directo a la conducta adaptativa 2. apoyo general 3. manejo del medio ambiente y 4. guía anticipatoria.

El proceso para proporcionar la atención de enfermería implica la valoración causal del evento, la planeación de la intervención terapéutica, la intervención y la terminación. Al intervenir en crisis la E.C., asume que el paciente tiene sus propios recursos y trata de que éstos resurjan para que enfrenten los eventos estresantes, buscando siempre que las familias se responsabilicen por el cuidado de la salud de sus miembros.

Valoración causal; para toda intervención se hace previamente una evaluación minuciosa del evento causal de la problemática que pone en riesgo la integridad del individuo y del núcleo familiar, así como la participación de otros individuos fuera de la familia. Se evalúa de forma rápida pero detallada en función del objetivo marcado; durante este proceso, se actúa de forma inmediata sobre el problema para llegar a un diagnóstico apropiado. Se cuestiona directamente sobre el porqué decidió pedir ayuda, qué tipo de evento sucedió para que estallara la crisis, cuánto tiempo hace que ocurrió, si el evento fue rápido o lento y cómo define o percibe el problema el

paciente y qué tanto conoce la familia sobre el estado actual de salud.

Planeación de la intervención terapéutica; este plan se construye en función de los factores de balance que fueron valorados en el primer encuentro de la enfermera con el paciente. Los factores son: percepción del evento por el paciente, apoyos situacionales disponibles, personas que pueden fungir como recursos y habilidades del paciente para enfrentar la crisis. Además, se determina el estado general de salud del paciente, experiencias anteriores con situaciones similares, influencias socioculturales y religiosas y edad. El plan se establece con el paciente y la familia y puede enfocar una o varias áreas, dependiendo del tipo de crisis y causas identificadas.

Intervención; durante la intervención la E.C. y el paciente y su familia deberán mantener una comunicación abierta y productiva. En el desarrollo de la intervención se muestra flexibilidad para hacer los cambios requeridos sobre el plan formulado. Al término de cada sesión se harán asignaciones específicas para el paciente y la familia, de manera que se pueda evaluar el logro de los objetivos propuestos por el cumplimiento de ellas. La autora menciona principios que deben guiar la intervención:

1. Demostrar aceptación del paciente, ya que la crisis a menudo destrozan el ego del paciente, necesitan sentir el apoyo de una persona positiva que no juzgue sus sentimientos o conducta alguna, las expresiones negativas como enojo, aislamiento y negación son aspectos normales en los factores tempranos de una crisis y debe aceptarse todo esto como normal.

2. Ayudar al paciente a enfrentar la crisis. Los pacientes necesitan enfrentar y discutir la situación. Expresar sus sentimientos reduce la tensión y ayuda a mejorar la percepción y realidad, volviendo a narrar todo lo ocurrido hasta la actualidad; ésto puede ser doloroso pero ayuda al paciente a enfrentar la crisis.
3. Ayudar al paciente a encontrar los hechos. Ideas desordenadas y factores desconocidos de la situación, crean tensión adicional y pueden producir una respuesta mal adoptiva.
4. Ayudar al paciente a enfrentar sus sentimientos abiertamente. Los sentimientos reprimidos pueden presentarse en pacientes que han perdido a una persona a través de la muerte o divorcio; deben ser animados a encontrar una solución adecuada para llenar el vacío ya sea con una nueva persona y promover el apoyo necesario para proporcionar tales satisfacciones.
5. No ofrecer reafirmación falsa ya que esto bloquearía al paciente todas sus habilidades y destrezas. Los pacientes necesitan enfrentar la realidad no evitarla. Expresiones como no se preocupe, saldrá adelante, son negativos y no tienen significados; mas bien se necesita dar expresiones positivas de nuestra fe en sus habilidades para enfrentar la situación.
6. Llevar al paciente a no culpar a los demás. No señalar a los pacientes si culpan a otros; utilice nuevas técnicas para

reducir el estrés y ansiedad, haga preguntas para resolver el problema.

7. Estimular al paciente a aceptar ayuda. La negación se da en la fase temprana de la crisis; ayude a estimularlos y enfrentarse al problema.
8. Promover el desarrollo de nuevas relaciones positivas, ya que estas ayudan a la confrontación y aceptación de la crisis.

Resolución y planeación anticipatoria; en esta etapa se evalúa, estabiliza y planea para el futuro. La evaluación permitirá conocer si se resolvió el problema, si se obtuvieron los resultados deseados y si estos resultados ayudan a entender cómo enfrentar crisis futuras. La estabilización del cambio consiste en identificar y reforzar todos los mecanismos y conductas positivas. Se enfatiza con el paciente y la familia, el éxito que se tuvo en esta situación a fin de fortalecer la autoconfianza. Los planes para el futuro incluyen metas realistas, enfocando el uso de las habilidades personales y familiares para futuras crisis.

Diversos autores Archer, D., Antai, D., Antong (1989), Barrón M., Fox R., Kaufman S., (1991) mencionan la experiencia que han tenido al trabajar con pacientes en crisis, donde se ve afectada la familia. En los casos tratados las crisis se han generado por la presencia de una enfermedad crónica degenerativa como la diabetes, hipertensión y obesidad; por enfermedades terminales como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y cáncer de mama; por adicciones a drogas, alcohol y tabaco y por muerte de

un ser querido. En general los pacientes estaban en estado depresivo con deseos de morir, rompían en llanto con facilidad, con agresiones hacia ellos mismos, sentimientos de culpa tanto en individuos como en la familia. La comunicación del paciente con la familia estaba afectada manifestándose un agotamiento general de todos los miembros.

Las intervenciones de enfermería se enfocaron a:

- Facilitar la expresión de sentimientos tanto en el paciente, como en la familia.
- Propiciar que los pacientes aceptaron ayuda.
- Observar el lenguaje corporal del paciente.

Los autores enfatizan la necesidad de hacer una valoración individual, no evitar al paciente deprimido y conocer suficiente sobre la enfermedad o desequilibrios que padecen; así mismo recomiendan ser realistas en el planteamiento de objetivos buscando siempre involucrar a la familia en el tratamiento del paciente en crisis.

Daren N. Archer (1989), habla de un modelo holístico que ayuda a comprender los procesos de duelo; en este se reconocen las siguientes respuestas de paciente y/o familia:

- 1.- Tipo físico. Se dan a corto plazo, llanto, fatiga, aumento y disminución del apetito, cefalea, palpitaciones, mareos, náuseas.
- 2.- Emocional. Consiste en irritación, rabia irracional y ansiedad.
- 3.- Mental. Presencia de Shock, negación, olvido y desorganiza-

ción.

- 4.- Social. Con manifestaciones rituales que se traducen en diversas manifestaciones de consuelo.
- 5.- Familiar. En familias integradas se apoyan unos a otros; en familias no integradas se dan lamentaciones, distanciamientos emocionales y conflictos.
- 6.- Espiritual. Se basa en imposiciones filosóficas para responder a los "porqués" del evento.

Gutstein, Rudd, et.al. (1988), en su estudio: Intervención Sistemática en Crisis como Respuesta a las Crisis de la Adolescencia, demostró la efectividad de un programa ambulatorio diseñado para responder a las crisis de adolescentes a través de la participación de sus familias y reestructuración de sus sistemas familiares.

El comportamiento de algunos jóvenes crea crisis en el seno familiar y particularmente a los padres; las acciones violentas contra sí mismos como intentos de suicidio, violencia y uso de drogas, hicieron sentir a los padres que eran incapaces de criar a sus hijos; muchas veces recurrían a la hospitalización psiquiátrica para suplir sus incapacidades. La mayoría de estas hospitalizaciones eran causadas por una reacción extrema (atentar contra su vida), a una disfunción familiar y al estrés del desarrollo.

Los sujetos de estudio fueron 34 hombres y 41 mujeres (47 con conducta suicida, 5 con severas depresiones, 7 conducta violenta, 16 con drogas, abandono del hogar y otros) los cuales se incorporaron al Programa de

Intervención en Crisis (SCIP), el cual estuvo integrado por los siguientes componentes:

- 1.- Promover una respuesta inmediata de emergencia que sirviera para mantener la ansiedad de los miembros de la familia dentro de los límites manejables.**
- 2.- Movilizar a los miembros de la familia para involucrarlos en la crisis.**
- 3.- Reestructurar el sistema de relaciones familiares de tal manera que se proveyeran soluciones exitosas de largo plazo.**

El modelo se basó en tres premisas básicas acerca de la naturaleza de la crisis y de las familias.

- 1.- Los hijos pertenecen a sistemas familiares fragmentados, en los cuales los miembros han perdido la confianza en el padre y en el resto de parientes.**
- 2.- Los sistemas familiares han alcanzado un punto de "sobrecarga". Las soluciones familiares a los problemas se sustituyen con el uso de recursos institucionales.**
- 3.- Cada nueva crisis ofrece oportunidad para modificar los eventos familiares, esta oportunidad puede destruirse si la ayuda sustituye al sistema familiar, en lugar de fortalecerla.**

El tratamiento consistió en una sesión de evaluación que duraba de 1 a 3 horas; con cada miembro de la familia extendida se llevaron a cabo sesiones de preparación para su involucramiento con duración aproximada de 1 hora y en número de 6 a 19 sesiones; durante la crisis también se llevaron a cabo 2 reuniones con la familia de 4 horas aproximadamente de duración.

Los instrumentos se aplicaron en cuatro momentos:

1. Durante la valoración familiar inicial.
2. Entrevista de seguimiento a los 3 y 6 meses.
3. En el período comprendido entre 12 y 18 meses de ocurrencia de la crisis.
4. A una sub-muestra de 10 casos, a los 24 meses para evaluar estabilidad.

Resultados:

I. ¿El tratamiento puede considerarse sin riesgo?

Dos de 75 casos tuvieron intento de suicidio, durante el período de seguimiento. No se reportó daños en las familias-pacientes en el proceso.

II. ¿El Programa puede aliviar el sentido de la crisis?

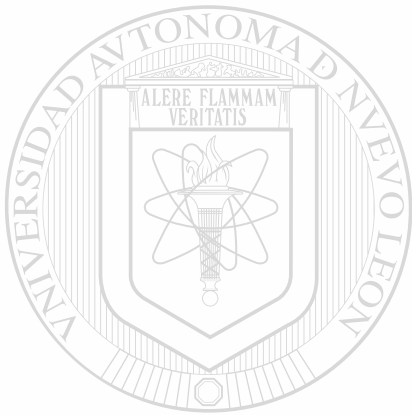
Más de 85% de los casos calificó el programa como catastrófico al inicio del tratamiento, 3 meses después sólo el 21% declaró que el problema no se había resuelto. La tendencia decreciente siguió hasta que fué calificado como mínimo. Sólo el 16% indicó que el problema era severo a los doce meses, y sólo el 10% a los 24 meses.

III. ¿El programa puede llevar a un decremento de la crisis futura?

El número de episodios problemáticos disminuyó significativamente en el período de los 2 años siguientes al inicio del tratamiento.

IV. ¿El tratamiento puede evitar hospitalizaciones durante el período de seguimiento?

Sólo 5 de 75 adolescentes tratados fueron hospitalizados durante el período de seguimiento.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

CAPITULO III

METODOLOGIA

La metodología utilizada en el presente trabajo fué la de estudio de caso con administración de tratamiento. De acuerdo con Polit (1991), los estudio de caso permiten conocer las variables importantes en la historia y desarrollo del evento estudiado facilitando así la comprensión de porqué una persona (grupo o institución) piensa, se comporta o se desempeña de una manera en particular. La administración de tratamiento, consistente en intervenciones de enfermería en este trabajo, da lugar a que se utilice el diseño de un solo grupo (Campbell y Stanley, 1973) sin embargo, la esencia del fenómeno estudiado y la consecuente imposibilidad de controlar variables intervinientes, permite calificar el método de investigación como quasiexperimento. El siguiente esquema refleja el proceso y/o manejo con los pacientes y familia.

Como estrategia fundamental para coadyuvar con el paciente y la familia a la superación de los estados de desequilibrio la E.C. mediante la estructuración del diseño de estudio que refleja la medición de la sintomatología conversiva del paciente y la familia.

DISEÑO DEL ESTUDIO CON FAMILIAS EN CRISIS

| MEDICIONES | I N T E R V E N C I O N E S | I N T E R V E N C I O N E S | I N T E R V E N C I O N E S | I N T E R V E N C I O N E S |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| . Dinámica | | | | |
| . Comunicación | | | | |
| . Autoridad | | | | |
| . Afecto | | | | |
| . Relaciones externas internas | | | | |

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los datos de la investigación son de carácter cualitativo, habiéndose realizado algunas transformaciones a medidas cuantitativas. La razón para el uso de técnicas cualitativas y cuantitativas es, de acuerdo con Benoliel (citada por Polit, 1991) que proporcionan una mejor aproximación sistemática a "procesos vivenciales de adaptación de las personas a experiencias críticas de la vida como enfermedades crónicas o cambios situacionales o del desarrollo." Tal es el caso de los pacientes que atraviesan por una crisis en la cual está involucrada la familia.

La población de estudio estuvo constituida por 16 pacientes que se seleccionaron de los que solicitaron consulta de urgencia en la institución seleccionada en un período de dos semanas durante el turno vespertino. La decisión de usar solamente el turno vespertino fue por la disponibilidad de tiempo del investigador, además de que se observó que es en este lapso cuando acuden el mayor número de casos con cuadros conversivos. El procedimiento para determinar qué pacientes serían incluidos en el seguimiento implicó que la investigadora presenciara la consulta médica y una vez que el médico ordenaba la aplicación de un placebo (lo que equivalía a diagnosticarlo como histérico), se decidía que el caso sería entrevistado e incluido en la muestra.

El paciente era entrevistado por la investigadora, evitando que se le aplicara el placebo ordenado por el médico; éste fue un acuerdo previo entre enfermera y médico. Durante la entrevista el paciente era estimulado a que expresara sus sentimientos y los sucesos que aparentemente le habían llevado al estado crítico. También se les practicó examen físico general, incluyendo la toma de signos vitales; con estos datos la enfermera pudo reafirmar a los pacientes que no existía razón para la sintomatología manifestada. También se insistía en la capacidad que él o ella tenían para controlar la situación. Una vez que el paciente se había calmado, se le invitaba a participar en el estudio, haciendo una cita para visitarle en el hogar.

Para la obtención de la información se manejaron dos tipos de instrumentos: el diario de campo y dos cuestionarios estructurados cuyas

respuestas se clasificaban en una escala del 0 al 20. El tipo de preguntas incluidas son una adaptación de algunos aspectos del modelo de valoración familiar de Calgary, validados por Cárdenas, (1986), Smilkstein, (1979). Uno de estos cuestionarios incluye 10 ítems sobre la dinámica familiar en los aspectos de:

- Comunicación, con preguntas como "¿Platica sin temor alguno con sus padres?"
- Afecto, con preguntas como "¿En su familia hay privilegios para alguno de los miembros?"
- Autoridad, con preguntas como "¿Distingue claramente quien es la autoridad en su familia?"

El segundo cuestionario incluyó 10 ítems sobre las relaciones del paciente y la familia:

- Con su medio externo, con preguntas como "¿Cómo considera sus relaciones con sus compañeros de trabajo?"
- Con su medio interno, con preguntas como "¿Cómo considera el trato entre padres e hijos?"

Los instrumentos cuentan con 10 preguntas, una para cada componente, con tres opciones de respuesta, con los siguientes valores cuantitativos:

I. *Dinámica Familiar.*

1. Siempre = 2 puntos.
2. Algunas veces = 1 punto.
3. Nunca = 0.

II. Relaciones con el entorno y su familia.

1. Buena = 2 puntos.
2. Moderada = 1 punto.
3. Nulas = 0 puntos.

De acuerdo a la respuesta dada por el paciente y/o familiar, la investigadora asignaba un puntaje por ítem, sumalizando los totales obtenidos en cada sesión. El manejo de los puntajes se hizo, tomando como base un rango de 0 a 20 puntos. Para dar un valor numérico de forma directa a una variable subjetiva Smilktein (1979).

- De 16 a 20 = la familia no está en crisis.
- De 10 a 15= la familia sufre de crisis moderada.
- De 0 a 9= la familia está en crisis.

El diario de campo consistió en una libreta en blanco, donde se hacían las anotaciones de los eventos que se sucedían durante la visita domiciliaria. El foco de las anotaciones fue la dinámica de la interacción familiar, el tipo de comunicación entre los miembros de la familia y las respuestas a las intervenciones de enfermería.

Fue necesario llevar a cabo un estudio piloto que mostrara la utilidad de los instrumentos y procedimientos de recolección de la información. Este se llevó a cabo con cinco familias seleccionadas en urgencias, como se describió anteriormente. En esta experiencia se comprobó el nivel de comprensión de las preguntas por parte del paciente y su familia, así como el tiempo que tomaba su aplicación. Uno de los aspectos que se modificaron

fue el número de preguntas que en última instancia versaban sobre un mismo tipo de relación. Así mismo, se decidió aplicar los cuestionarios solamente a los miembros de la familia con 12 años de edad y mayores.

Los procedimientos de recolección de información en urgencias fueron: la observación participante, la entrevista familiar e individual y la lista de chequeo. En el primer contacto se llevó a cabo la primer entrevista. El seguimiento de caso, el cual implicó la incorporación de la familia, se realizó en el hogar. A cada paciente se le hicieron cuatro visitas domiciliarias con duración promedio de 4.5 hrs., con intervalos de 2 á 3 semanas, dedicándoles así un período de tres meses. El seguimiento de los 16 casos tomó a la investigadora, un total de seis meses.

La aplicación de todos los instrumentos fue hecha por el investigador.

1. Lista de chequeo, se aplicó en el momento que demandó consulta en urgencias, durante la presentación de signos y síntomas

"conversivos".

2. Los cuestionarios estructurados, fueron en entrevistas individuales y/o familiares que se realizaron con las familias.

3. Diario de Campo; son anotaciones en forma de anecdotario al término de cada visita domiciliaria.

Para integrar a las familias como grupo, fue necesario que el investigador llevara a cabo algunas actividades y/o tomara en consideración algunos aspectos que se sintetizan a continuación:

- a) Establecer las visitas en horario y día que la familia especificó (esta incluyó fines de semana y horarios nocturnos).

- b) Participación en algunas tareas "domésticas" con fines de establecer relación de confianza.
- c) Proporcionar algunos servicios de enfermería que dieran solución a problemas y justificaban la presencia de la enfermera como (toma de presión arterial, peso, talla, destroxitis) entre otras.

No se envió ningún paciente y/o familiar para que fuera manejado por el especialista a salud mental; se solicitó apoyo de otros profesionistas como: Ginecólogo, Medicina Interna, Pediatría como parte complementaria del tratamiento de E.C.

El tratamiento de los datos se llevó a cabo con técnicas cualitativas y cuantitativas. La información obtenida a través del diario de campo fué manejada con el método de análisis de contenido. De acuerdo a las variables de estudio, los datos se sumarizaron buscando los conceptos claves. Los resultados numéricos de las escalas de los cuestionarios se trataron estadísticamente, aplicando una t de Student para concluir si hubo diferencia entre la situación inicial y final del tratamiento.

ETICA DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo el presente estudio una vez identificado el paciente en el servicio de urgencias, se le preguntó si estaba de acuerdo en participar en el estudio. Asi mismo, si aceptaba una primer visita domiciliaria de la investigadora, haciendo una cita específica. También se explic0 al paciente y a la familia cómo se llevaría a cabo la atención de

enfermería, el tiempo de investigación, pidiendo su anuencia para ser incluidos en dicho estudio.

Se protegió la individualidad de las personas participantes excluyendo nombre y domicilios; la información que fue obtenida para dar lugar al tratamiento en el paciente y la familia, se manejó en forma circular, es decir, una vez que se obtenía se regresaba las personas. La información obtenida de los lugares de trabajo o de amigos o personas cercanas fue también guardada confidencialmente asegurándoles que los datos que ellos estaban proporcionando no perjudicaría al paciente.

Los resultados del estudio se dieron a conocer a todos los participantes que estuvieran involucrados, siendo la base para algunas las intervenciones de enfermería.

En ningún momento se utilizarán los resultados como un instrumento negativo para con el individuo y su familia, estando claro además, que se tenían los contactos profesionales e institucionales necesarios si a juicio de la investigadora, se requería en intervención a un segundo o tercer nivel de atención.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Los resultados se presentan en un primer apartado, ordenados según el proceso de atención de enfermería (PAE). Evidentemente, no se recogieron en ese orden confirmándose así que la práctica está regida por la realidad, sin que ello signifique una separación entre la teoría y la práctica. Los datos cualitativos, recolectados a través del diario de campo, fueron analizados y sintetizados en función de los elementos del PAE; algunos de ellos pudieron transformarse o representarse numéricamente, otros sólo se sintetizaron dándole contenido a los conceptos teóricos. En la segunda parte se introducen los datos cuantitativos correspondientes a las hipótesis.

I. PERFIL DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA COMUNITARIA

Según el perfil de la E.C., las bases primordiales para confrontar la crisis y posteriormente llegar a la eliminación son:

1. Estímulos directos: Son todas las acciones que provocaron cambio en la familia, paciente, llevándolos a enfrentar y eliminar la crisis.
 - a) Aceptación del problema.
 - b) Aumento de auto-estima.
 - c) Utilización de habilidades y destrezas.
 - d) Incorporación aparato reproductivo.

2. **Apoyo general:** Es toda acción dirigida al grupo familiar-paciente, donde hacen llegar la seguridad y responsabilidad en todos los eventos que pongan en desequilibrio la estabilidad familiar, demostrando con esto una vez integración de medida inmediata para la eliminación de la crisis.

3. **Manejo de medio ambiente:** Es un proceso de integración del paciente y la familia con el entorno para obtener opciones con algunas herramientas que permitan el apoyo básico para la eliminación de la crisis familiar.

4. **Guía anticipada:** Es un formato elaborado en forma de registro, con el objetivo de rescatar toda información de la familia en estructura y función con cada uno de sus integrantes, clarificándose la disfuncionalidad grupal y permitiendo con esto una participación enfocada sobre el problema presente, apoyándonos en una exploración general, para que posteriormente esto permita valorar, planear y ejecutar toda acción que conlleve a la eliminación de la crisis familiar.

El primer contacto con los pacientes en etapa crítica se tuvo en el departamento de urgencias de un punto de primeros auxilios en Monterrey. El paciente, siempre acompañado por un familiar o amigo, presentaba una sintomatología común, que se resume en el siguiente

cuadro.

CUADRO NO. 1

SIGNOS Y SINTOMAS "CONVERSIVOS" DE PACIENTES EN URGENCIAS

| SINTOMATOLOGIA | # | % |
|----------------------------------|----|-----|
| Visión Borrosa | 6 | 39 |
| Hipertensión Arterial | 2 | 13 |
| Astenia | 1 | 6 |
| Cefalea | 1 | 6 |
| Dismunición de glucosa | 1 | 6 |
| Hipersensibilidad a la palpación | 1 | 6 |
| Rígidez generalizada | 1 | 6 |
| Disnea - Sensación de asfixia | 1 | 6 |
| Sialorrea | 1 | 6 |
| Lipotimias | 1 | 6 |
| TOTAL | 16 | 100 |

Aunque los pacientes acusaban más de un síntoma o signo, lo representado en el cuadro señala la causa principal por la cual solicitaban servicio de urgencias.

Con datos de la entrevista realizada en la consulta (después de que había desaparecido el signo conversivo) y de la primera visita domiciliaria, se pudo llegar a la valoración integral del paciente. Los hallazgos se resumen en el siguiente cuadro.

CUADRO NO. 2
HALLAZGOS SEGUN ELEMENTOS DE VALORACION EN
PACIENTES CON CRISIS CONVERSIVAS

SENTIMIENTOS Y EMOCIONES

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|--|--------------------------------------|
| Agresión hacia sí mismo. | Depresión y Abandono. | Resentimiento con familia; sentimiento de odio. | Rechazo al personal de salud. |
| 7 casos = 44% | 3 casos = 19% | 4 casos = 25% | 2 casos = 16% |

PENSAMIENTOS

| | | |
|---------------------------------|------------------------|--|
| Desorganizado Negativos. | Ideas Suicidas. | Negativos, sin deseos de vivir. |
| 8 casos = 50% | 6 casos = 37% | 2 casos = 13% |

CONDUCTA

| | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|
| Desconfianza - con tendencia al aislamiento | Sumisa, depresiva con rechazo a la comunicación. | Dominante, autoritaria, manipuladora | Agresividad verbal y física. |
| 1 caso = 7% | 6 casos = 37% | 3 casos = 19% | 6 casos = 37% |

Los elementos de valoración muestran la trascendencia del problema físico hacia las esferas sicosociales, mostrando afecciones importantes sobre la salud mental de los individuos.

Con esta información se pudo detectar la problemática de fondo que precipitó la crisis conversiva. En seguida se presentan los factores implicados en dichas crisis.

CUADRO NO. 3

FACTORES IMPLICADOS EN LA SITUACION DE CRISIS

| | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|----------------------|
| Pérdida del trabajo e ingreso económico. | Desviaciones sexuales (lesbianismo, homosexualismo, incesto). | Relación defectuosa de padres e hijos. | Relación defectuosa de pareja. | Embarazo no deseado. |
| 4 Casos = 25% | 4 Casos = 25% | 3 Casos = 19% | 3 Casos = 19% | 2 Casos = 12% |

Considerando todos los elementos conjuntados sobre los pacientes y su familia, se llegó a establecer el diagnóstico de enfermería para cada una de ellas, los que se muestran en el siguiente listado.

CUADRO NO. 4

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

| | |
|-----|--|
| 1.- | Crisis situacional por terminación de relación de pareja. |
| 2.- | Crisis situacional por abandono repentino de pareja e ideas suicidas. |
| 3.- | Crisis situacional relación patológica de padres posesivos e hija inmadura e ingenua. |
| 4.- | Crisis situacional por embarazo no deseado de hija adolescente agregado a problemas de pareja. |
| 5.- | Crisis de situación y de maduración por incomprensión de relación padres-hijos. |
| 6.- | Crisis de situación por pérdida de trabajo. |
| 7.- | Crisis de situación por abandono de padres y conocimiento de la homosexualidad del padre. |
| 8.- | Crisis de situación por hijo homosexual y temor a confrontar grupo religioso por ser ministro. |
| 9.- | Crisis de situación por falta de ingreso económico familiar. |
| 10. | Crisis de situación por pérdida de trabajo y embarazo de esposa. |
| 11. | Crisis de situación por abandono del esposo. |
| 12. | Crisis de situación por pérdida del esposo. |
| 13. | Crisis de situación por matrimonio de hija que sostiene el hogar. |

| | |
|-----|--|
| 14. | Crisis de situación por embarazo de alto riesgo, no deseado. |
| 15. | Crisis de situación por abandono de padres y cambio de roles familiares. |
| 16. | Crisis de situación por lesbianismo. |

La planeación de las intervenciones de enfermería se hizo tomando en cuenta el tipo de diagnóstico, así como de algunos aspectos básicos identificados en el paciente, familia y medio donde se desarrolla. Esta información se sintetiza en el siguiente cuadro.

CUADRO NO. 5

ASPECTOS BASICOS PARA LA PLANEACION DE LAS INTERVENCIONES

TIPO DE DIAGNOSTICO

| | |
|---|------------------------------------|
| Situacional (De repetición) 14 Casos = 88% | Situacional Aguda 2 Casos = 12% |
|---|------------------------------------|

PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE LA CRISIS

| | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| Grave sin posibilidad de cambio, sin solución. 9 Casos = 57% | Fatal y única. 3 Casos = 19% | Difícil de entender. 2 Casos = 12% | Grave que nadie le puede ayudar. 2 Casos = 12% |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|---|

PERSONAS DE MAYOR INFLUENCIA

| | | |
|---|--|----------------|
| Padre(s), Hermano(s), - hijo(s), esposa(o). | Vecinos, amigos, novio(a), clientes, Juez, Miembro de grupo religioso. | Abuelos, Tíos. |
| 7 Casos = 49% | 6 Casos = 37% | 3 Casos = 19% |

APOYOS SITUACIONALES DISPONIBLES

| | | | |
|---|--|---------------|------------------------|
| Otros profesionistas (Médicos, Abogados, Trabajo - Social). | Dependencias Gubernamentales y privadas. | Familia. | Sacerdotes, Ministros. |
| 6 Casos = 37% | 4 Casos = 25% | 3 Casos = 19% | 3 Casos = 19% |

Llama la atención que la mayoría de los casos se clasifican como crisis situacionales de tipo crónico o repetitivo, lo que de alguna manera refleja la falta de impacto de los tratamientos médicos que habían recibido los pacientes. Así mismo es notoria la fatalidad con que el paciente percibía su situación.

En función del conocimiento de la situación, los planes de atención de enfermería se enfocaron a tres aspectos:

1. La comprensión o entendimiento racional de la crisis, llevándoles a comprometerse en su solución.
2. Identificación de reemplazo apropiado.
3. Manejo de técnicas para enfrentar la situación.

INTERVENCION DE ENFERMERIA

A. ATENCION EN URGENCIAS

Los aspectos fundamentales sobre los que giró la intervención de enfermería con los pacientes psicósomáticos son:

- 1.- Cuidados inmediatos.

2.- Observación.

3.- Examen físico.

a) Los cuidados inmediatos estuvieron basados en la sintomatología que presentaba cada uno de los pacientes que demandó consulta de urgencia.

b) Observación; se elaboró un registro de los signos y síntomas conversivos, en base al cual se estructuró una lista de chequeo, para registrar las frecuencias de cada sintomatología: visión borrosa, hipertensión arterial, astenia, cefalea, disminución de glucosa, hipersensibilidad a la palpación, rigidez generalizada, disnea, sialorrea, lipotimias.

El examen físico, se hizo por sistemas: auditivo, ocular,

sensitivo, respiratorio, digestivo, genitourinario, cardiovascular, confrontando los resultados con lo expresado por el paciente y/o familia.

a) La visión, audición y tacto no presentaban ninguna alteración.

b) En piel, presentaban algunas lesiones con edema (generalmente producidas por fricción realizada por el mismo paciente).

c) Los pulsos fueron normales a la auscultación; sin embargo los pacientes refirieron no sentir los extremos distales

de miembros superiores e inferiores.

- d) Sensación de ahogo, ruidos extraños al respirar y tos incontrolable. Estas manifestaciones no se confirmaron a la auscultación de los campos pulmonares.
- e) Desde el punto de vista neurológico las reacciones pupilares, fuerza muscular, orientación en espacio y tiempo, nivel de conciencia, estaban dentro de los límites normales.
- f) El sistema gastrointestinal, genitourinario, músculo esquelético se valoraron sin encontrar evidencias de alteraciones que fundamentaran los signos y síntomas referidos por el paciente.

Una vez superado el cuadro sintomático se negoció con el paciente y/o su familia el contrato para hacer la primera visita domiciliaria. Otra actividad que se desarrolló durante el proceso[®] fue establecer comunicación con los familiares y/o amigos que acompañaban al paciente en el servicio de urgencias.

En esta interacción se obtuvo información sobre roles, conducta del paciente y la familia, lo cual se registró en forma anecdótica en el diario de campo. Estos registros, mas los datos de la valoración inicial, permitieron planear la primera visita domiciliaria en base a necesidades manifiestas.

Tanto al paciente como a sus acompañantes se les mostraron los

instrumentos de recolección de información, mismos que serían la base para la intervención de enfermería; la aceptación de la visita incluyó entonces el permiso para registrar los datos como parte de la investigación. El tiempo promedio para realizar este trabajo fué de 50 - 60 minutos; el 100% de las personas aceptaron recibir la visita dentro de los siguientes 3 a 4 días de la fecha de la consulta de urgencias, en el horario que más les convenía. A los familiares, se les asignó la tarea de observar al paciente y reportar en forma escrita o verbal el resultado de dichas observaciones cuando se efectuara la visita en el hogar.

B. ATENCION EN EL HOGAR

Como se dijo anteriormente a cada familia se le visitó hasta por cuatro ocasiones. En cada una de ellas, se tuvo un objetivo específico.

PRIMER VISITA.- Objetivo: (Exploratorio de vivienda y familia). Establecer comunicación, proporcionar información específica sobre el personal profesional que los visitaba, reafirmar el contrato de trabajo mutuo y definir el tiempo aproximado de duración de las visitas y material de apoyo en el proceso. (Instrumentos).

SEGUNDA VISITA.- Objetivo: Obtener la aceptación de la familia, promover, comunicación y aplicación de tratamiento de Enfermería.

TERCERA VISITA.- Objetivo: Confrontar a la familia en comunicación abierta y hacer seguimiento de tratamiento.

CUARTA VISITA.- Objetivo: Manejo de la comunicación y la integración familiar, valorar tratamiento, lograr la aceptación del problema, la incorporación al aparato productivo y establecimiento de metas a corto plazo; verificar desaparición de la crisis.

Para llevar a cabo el plan de atención de E.C. se aplicaron estrategias, como:

- 1. Comunicación.**
- 2. Observación participante.**
- 3. Entrevista.**
- 4. Dinámica familiar.**
- 5. Sociodrama.**
- 6. Enseñanza - Orientación.**

Enseguida se resume en qué consistió cada una de ellas.

- 1. La comunicación familiar y paciente se manejó espontánea, libre**

sin presión alguna, con el objetivo de ser aceptado en la familia e interactuar con cada uno sin transmitir sensación de dominio, para poder rescatar dudas y resistencias, rechazos, miedos, roles, conductas, autoridades que ingieran dentro y fuera de la familia.

2. **Observación Participativa:** Se llevó a cabo en busca de cómo interactuar con el grupo familiar y así le permitiría participar promoviendo el espacio de aceptación y disminución de resistencias presentes en la familia.
3. **Entrevista directa e individual,** para rescatar conocimientos sobre el problema o sentimientos, historia familiar, hábitos y costumbres del grupo familiar.
4. **Ejercicio de dinámica familiar;** es el manejo, por la E.C., en pequeños grupos de trabajo con las familias donde se aborda el problema, confronta, clarifica conceptos de salud y del problema predominante, sugerencias y propuestas del problema.®
5. **Sociodrama;** es la representación e imitación de un evento conocido por la familia y paciente, para identificar conductas, roles.
6. **Enseñanza - Orientación;** son acciones, interacciones del paciente-familia, E.C., sobre el problema específico y tratamiento, manejo de habilidades y destrezas en el grupo familiar para la eliminación de la crisis en familia.

RESOLUCION Y PLANEACION ANTICIPADA

En la búsqueda de la eliminación del problema, la E.C. recurre a las habilidades detectadas con cada uno de los pacientes y la familia a la vez que demuestra la importancia que hay con cada acción realizada, por la forma en que se confronta la problemática y la búsqueda de la solución en el desequilibrio familiar.

Las formas específicas que llevaron a la resolución y planeación anticipada fueron:

- 1) Manejo de comunicación familiar; grupal (clases de biblia).
- 2) Manualidades: Bordado en tela, flores de papel y tela, tejido a gancho, papiroflexia, relieve, tarjetería.
- 3) Técnico: Cocina, corte y confección, aplicación de inyecciones, escribir con los pies, aerobics, pintura y reparación de zapatos, bordar diademas.
- 4) Establecer negocio propio: Venta de tacos, diseño de ropa, venta de ropa, forrar botones, aplicación de dibujos en tela, renta de película, taller de soldadura.

¿Cómo se resolvió el problema?

La eliminación del problema se logró con la aceptación del mismo, así como la implementación y desarrollo de las habilidades encontradas con cada paciente y su familia durante la intervención de la E.C., en el proceso de interacción.

Posteriormente se maneja una valoración familiar, para constatar que el proceso de interacción paciente, familia, E.C., permitió durante el desarrollo de las ejecuciones en el hogar y su entorno la desaparición del evento crítico que ponía en riesgo el desenvolvimiento personal de cada miembro de la familia; es en este momento donde la E.C., mediante la observación participante en el hogar comprobó que el nivel de integración familiar se había recuperado, pues las relaciones internas y externas hablaban de la desaparición total del problema ya que se habían recuperado amistades, la integración familiar, funcionamiento de negocios propios, e inicio de nuevos empleos; así mismo clarificación de roles y conductas, incorporación a trabajos anteriores, separación definitiva de matrimonios, recuperación importante del autoestima y disposición del grupo en dar apoyo mutuo.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
BENEFICIOS DE LA EXPERIENCIA ACTUAL PARA CRISIS FUTURAS

- En las versiones espontáneas de los grupos de riesgo, expresaron que podían identificar con claridad los eventos de riesgo que conducían a una crisis por la comprensión detallada del proceso de la enfermedad.
- Conocimiento de recursos de apoyo, familiar y comunitario.
- Manejo de confrontación en las personas involucradas no permite el crecimiento de la crisis y ocurre la eliminación total.
- Implementación de habilidades y conocimientos propios como

fuente de recursos económicos.

- Valoración individual y recuperación del auto-estima.
- Decisión para liderar positivamente en el medio interno, externo.
- Desarrollo de metas a corto plazo.

II. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Se presenta en primer término los puntajes obtenidos en el primer contacto con el paciente y con la familia, para posteriormente mostrar los resultados de prueba de hipótesis (uno y dos) aplicando una t de student.

RELACIONES EXTERNAS E INTERNAS EN FAMILIAS DE PACIENTES EN CRISIS ANTES DE LA INTERVENCION DE E.C.

| | PRIMERA VISITA AL PACIENTE | | PRIMERA VISITA. MIEMBROS DE LA FAMILIA. | |
|-----------------------------|----------------------------|-----|---|-----|
| | No. | % | No. | % |
| FUERTES (16-20) | - | - | - | - |
| MODERADA DISFUN. (10-15) | 1 | 6 | 5 | 9 |
| DISFUNCIONALES (0 - 9) | 15 | 94 | 54 | 91 |
| TOTAL | 16 | 100 | 59 | 100 |

DINAMICA FAMILIA : AFECTO Y COMUNICACION EN FAMILIAS DE PACIENTES EN CRISIS, ANTES DE LA INTERVENCION DE E.C.

| | PRIMERA - OPINION VISITA PACIENTE | | PRIMERA - OPINION VISITA FAMILIA | |
|----------------------|--------------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|
| | No. | % | No. | % |
| FUNCIONAL (16-20) | - | - | 1 | 2 |
| DISFUNCIONAL (10-15) | - | - | 8 | 13 |
| CRISIS (0 - 9) | 16 | 100 | 50 | 85 |
| TOTAL | 16 | 100 | 59 | 100 |

Hipótesis No. 1

Ho: Las relaciones con la familia/paciente con el entorno son menores o iguales cuando interviene la enfermera comunitaria.

Hi: Las relaciones de la familia/paciente con el entorno mejoran significativamente cuando interviene profesionalmente la Enfermera Comunitaria.

RELACIONES EXTERNAS E INTERNAS EN FAMILIAS DE PACIENTES EN CRISIS

| RELACIONES | Valor de t calculada | 0.05 t = teórica | DECISION |
|--|-------------------------|---------------------|--------------|
| Relaciones externas e internas según miembros fam. | 8.86 | 1.65 =74gl. | Se acepta Hi |
| Relaciones externas e internas según el paciente. | 4.00 | 1.75 =15gl. | Se acepta Hi |

Hipótesis No. 2

Ho: La dinámica familiar es menor o igual cuando interviene profesionalmente la Enfermera Comunitaria.

Hi: La dinámica familiar mejora significativamente cuando interviene profesionalmente la Enfermera Comunitaria.

DINAMICA FAMILIAR: COMUNICACIÓN Y AFECTO EN FAMILIAS
DE PACIENTES EN CRISIS

| RELACIONES | Valor de t | t = | DECISION |
|--|------------|-------------|--------------|
| Comunicación, afecto y autoridad en la familiar según miembro fam. | 8.64 | 1.65 =74gl. | Se acepta Hi |
| Comunicación, afecto y autoridad en la familia según el paciente. | 4.00 | 1.75 =15gl. | Se acepta Hi |

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados del estudio llevan a afirmar que las intervenciones de la Enfermera Comunitaria en familias con pacientes en crisis favorecen significativamente ($t = 1.75, 1.65 \quad = 05$) el restablecimiento de las relaciones familiares entre sí y con su entorno. Esta hipótesis se comprobó determinando cómo se daban las relaciones, la comunicación y el afecto entre los miembros de la familia entre sí y el afecto entre la familia y su medio, discriminando la opinión del paciente del resto de la familia.

Este resultado coincide con lo que sostienen los autores Archer (1989), Barron (1991), Kaufan (1991), Steinman (1991), Walton (1986) quienes han trabajado con pacientes en crisis donde se ve afectada la familia. Las crisis generalmente desencadenadas por enfermedades crónico-degenerativas llevando a las familia a un agotamiento general. Las intervenciones de enfermería facilitaron el restablecimiento del funcionamiento familiar.

Los signos y síntomas conversivos en los pacientes estudiados son una reacción frecuente en las situaciones de estrés; la somatización y los cambios de conducta están ampliamente documentados por diversos autores (Archer, 1989; Walton, 1986), en este caso, la intervención de enfermería evitó que al paciente se le aplicara el tradicional placebo favoreciendo la cronicidad y el deterioro de la persona y de la familia. La valoración iniciada durante la atención de urgencia, permitió concretar sentimientos, emociones y pensamientos que mostraron claramente que estaba comprometida la salud mental del individuo y no sólo el aspecto físico o biológico. En

concordancia con éstos hallazgos, Archer (1989) en su modelo holístico de duelo señala que tanto el individuo en crisis, como la familia respondieron con rabia emocional, ansiedad e irritación entre otras manifestaciones emocionales.

Los factores anteriores implicados en la crisis de los pacientes corresponden a los eventos que Walton (1986). Señala como causas primordiales; divorcios, enfermedades crónicas, muerte de un ser querido, desastres naturales, económicos, como los más frecuentes para las crisis de situación (pp. 178). Además estas situaciones de alguna manera están asociadas con los aspectos débiles de la vida familiar de las familias urbano marginadas. Definitivamente a este nivel se percibe la afección de toda la familia del individuo que originalmente pidió la ayuda profesional. Gustein y Rudd (1986) encontraron las mismas repercusiones cuando estudiaron a los adolescentes que sufrían internamientos psiquiátricos repetitivos por incapacidad de los padres para atender a los hijos. La mayoría de las hospitalizaciones eran causadas por una reacción extrema a una disfunción familiar, basada en tales referencias la E.C. para interaccionar con el paciente y la familia, utiliza desde el primer contacto la comunicación como apoyo fundamental en toda acción directa y/o indirecta permitiéndole claridad en algunos eventos causales que pueden estar involucrados en las relaciones del paciente y su familia.

Como paso subsecuente cuestionó sobre el concepto de salud y el conocimiento del problema, del tipo de respuesta proporcionada depende el enfoque específico de las acciones para con el grupo familiar.

Posteriormente después de tener una panorámica generalizada sobre los

sucosos estresantes, las acciones son dirigidas a la familia y/o familiares, amigos mas cercanos al paciente en busca del apoyo de cada uno de los integrantes que conforman el círculo interno del núcleo familiar; partiendo de ahí para la involucración con el entorno que envuelve directamente al paciente y su familia, contribuyendo todo lo anterior para definir el diagnóstico de enfermería específico.

El tratamiento incluyó sesiones terapéuticas rehabilitadoras basadas específicamente en la confrontación del problema por el paciente, familia o personas con influencia directa en el paciente, sin pasar por alto las observaciones, entrevista, registro de diario de campo, aplicación de cuestionarios estructurados; sumado a esto el apoyo de gabinete, laboratorio, médicos especialistas que corroboraron a este grupo la ausencia de una patología.

El diagnóstico al que llega la enfermera comunitaria se define posterior a la valoración. Bárbara Walton, (1986), señala que en el transcurso de la vida cotidiana de las personas miembros de una familia, se presentan a menudo situaciones inesperadas que provocaron desequilibrio severo, en este proceso lo que sucede es que los individuos bloquean sus habilidades de imitación, exacerbando ciertas estereotipias que entorpecen la comunicación y los llevan a una crisis (p. 172). Los diagnósticos a que se llegó en los pacientes de las comunidades urbano-marginadas muestran la incapacidad para enfrentarse al problema y lo manifiestan en crisis: por término de relación de pareja, ideas suicidas, padres posesivos, embarazo no deseado, incomprensión entre padres e hijos, pérdida de trabajo, abandono

de padres y homosexualidad del padre, homosexualidad del hijo, falta de ingreso económico familiar, pérdida de trabajo, abandono de esposa.

Para proporcionar atención de enfermería a los pacientes ya diagnosticados, la guía teórica de Bárbara Walton (1986), fundamentó el determinar que el 88% de los casos sufría de crisis situacionales crónicas y solamente el 12% correspondió a situaciones agudas. Con este hecho se comprueba la presunción inicial sobre que el tratamiento con placebo favorecería que se hicieran crónicos o repetitivos los problemas del paciente histórico. Para llegar a determinar la intervención de enfermería comunitaria se determinó la percepción del paciente sobre su crisis, las personas de mayor influencia con el paciente y los recursos disponibles en la comunidad. Este proceso se fundamenta en que el paciente tendrá sus propios recursos, siendo tarea de la E.C. el buscar que éstos sean constructivos y que las familias se responsabilicen del cuidado de sus miembros; en este sentido el que sólo al 19% de las familias se pudiera clasificar como apoyo disponible, confirma también la presunción inicial de que las familias de los pacientes estaban también en crisis o la crisis del paciente se originaba en las crisis de la familia; refuerza esta apreciación el dato de que solamente el 2% de las familias pudieron ser clasificadas como funcionales (16-20 puntos), cuando se les aplicó el instrumento que refleja la dinámica familiar.

Las intervenciones de Enfermería que se llevaron a cabo a través de las visitas domiciliarias en un período aproximado de 3 meses para cada caso, requirieron de diversos tipos de actividades basadas en los conceptos de la dinámica, estructura, funcionamiento e interacción familiar, así como

lo relativo a la teoría de crisis. La experiencia en este trabajo con las familias en sus domicilios coincide con lo que Gutstein y Rudd (1988) incluyen como premisas básicas en su modelo de atención acerca de la naturaleza de las crisis y familia.

1. Familias fragmentadas en las que sus miembros han perdido la confianza entre sí.
2. Los sistemas familiares han llegado a su límite y buscan recursos institucionales que los sustituyan en la solución del problema.
3. Las crisis familiares son oportunidades para fortalecer el sistema familiar, pero pueden perderse si son tratadas en forma dependiente por la institución.

La planeación anticipada que constituye el último elemento en el proceso de atención, se basó en las habilidades del paciente y la familia e incluyó el beneficio que la experiencia de esta crisis le reportó para el futuro. Como se muestra en la hipótesis el 100% de los casos salió de la crisis con algunas formas para enfrentar los futuros eventos críticos, en el transcurso del seguimiento solamente uno recurrió al servicio de urgencias.

CONCLUSIONES

- La intervención de la Enfermera Comunitaria en las situaciones de urgencias (sobre todo en los cuadros conversivos repetitivos diagnosticados médicamente como histeria), puede considerarse exitosa, al evitar el encubrimiento de la problemática psicosocial del individuo y de la familia que estaba alterando el estado de salud integral a ambos niveles: individual y familiar. Consecuentemente este es un campo de acción de la especialista en enfermería comunitaria.
- El seguimiento que se llevó a cabo a las familias estudiadas permitió comprobar que el comportamiento de los miembros del grupo familiar coincide con el proceso de crisis explicado por Bárbara Walton (1986), por lo que este se reafirma como uno de los contenidos indispensables en la formación de la especialista en enfermería comunitaria. Agregándose además, el dominio de métodos y técnicas como la observación participante, entrevista y dinámica familiar que favorecen la expresión de sentimientos y el establecimiento de comunicación, entre otros aspectos.
- La metodología del trabajo lleva a integrar a la familia que tuvo una atención individualizada a grupos de tarea o de expresión que son una forma de trabajo establecido en unidades de primer nivel de atención,

dándole factibilidad al modelo de atención propuesto.

- El modelo de atención experimentado se resume en función del proceso de atención de enfermería y de las etapas de la crisis.

| P.A.E. | DESCRIPCION | ETAPAS DE LA CRISIS |
|------------------------------------|---|---------------------|
| Valoración | Urgencia. 1a. Visita Fam. | SHOCK |
| Diagnóstico | Interacción con paciente y familia. Análisis de datos. | RETIRO DEFENSIVO |
| Planeación e Intervenciones. | Objetivos por visita. Visita domiciliaria (desarrollo del plan): <ul style="list-style-type: none"> . Observación . Dinámica . Entrevista . Mediciones . Orientación - Concepción . Coordinación con instituciones sociales y con profesionales. . Referencias - representaciones. | RECONOCIMIENTO |
| Evaluación -Planeación anticipada- | Aplicación de Instrumentos. Documentación del proceso (desvío de campo). <ul style="list-style-type: none"> . Definición de estrategias para el actual problema y futuras crisis. | ADAPTACION |

RECOMENDACIONES

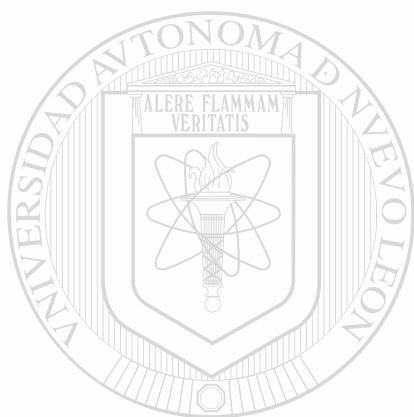
- Enfocar las actividades de la enfermera comunitaria más a las necesidades manifestadas por los pacientes de tal forma que se logre la participación desde el inicio de la familia hasta la solución del problema.
 - Enfocar la educación para la salud a los diferentes tipos de crisis que se pueden desarrollar en función a los factores de riesgo, de acuerdo al entorno predominante.
 - Utilizar un modelo teórico de acuerdo a la problemática encontrada con el propósito de validar toda acción preventiva y poder rescatar aquel elemento innovador que surgan de dicho proceso.
-
- Ampliar la capacidad de E.C. para la identificación de desequilibrio de conducta en el individuo y la familia que presenten signos y síntomas conversivos.
 - Incluir la exploración y valoración del entorno familiar en la búsqueda de detección de la problemática familiar que lleva a un miembro al estado de crisis.
 - La E.C. promovera innovaciones que permitan el rompimiento esteroti-

pado de la conducta médica con relación al diagnóstico de los pacientes psicósomáticos definidos histéricos.

- Involucrar al paciente y la familia sobre el manejo grupal con el paciente en crisis, promoviendo el auto-cuidado y responsabilidad en él y seguimiento del problema que esté causando alteraciones funcionales en el núcleo familiar.
- La E.C. debe profundizar con gran firmeza en la familia sobre la importancia de la comunicación familiar en cada uno de sus individuos y manifestando la responsabilidad que tienen en expresar y confrontar toda problemática en la cual esten inmersos, y reafirmando que juntos eliminarán todo trastorno desequilibrante que surja entre ellos.
- E.C. debe compartir con las familias en crisis todos los hallazgos que proporcionen seguridad y protección de salud detectados en la comunidad, así como también las diferentes instituciones a las que puede recurrir en busca del apoyo para la eliminación del problema.
- La importancia del desarrollo de habilidades y destrezas de cada miembro familiar es fundamental dentro del núcleo familiar, tomándolos como recursos propios que son primordiales en la eliminación de la crisis.

- Concientizar a la familia del gran número de eventos que rodean a todo individuo en el medio interno (familia), externo (trabajo, escuela), como parte normal del desarrollo de cada uno, y la influencia económica, psicológica, social presente; por lo cual si no son manejados de forma apropiada la familia se verá envuelta en desequilibrios severos.
 - La E.C. antes de interaccionar con la familia debe conocer el problema y cuál es el concepto que tienen de salud; basada en la respuesta, toda acción dirigida debe ser específica para el tipo de familia que está sufriendo de crisis.
 - En la educación de la E.C. se debe fortalecer la temática de métodos cualitativos de investigación más apropiada para las problemáticas que enfrenta en su campo de trabajo.
-
- UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
- Cualquiera que sea el enfoque metodológico de la investigación, la elección construcción y uso de instrumentos para la recolección de datos es una área que debe fortalecerse en la Maestría de Enfermería.
 - Realizar estudios con familias urbano-marginadas y de otro nivel socioeconómico con la finalidad de explorar más a fondo los eventos que surgieron como críticos.

- **Hacer estudios que profundicen los aspectos de cultura y estilo de vida de las familias.**



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

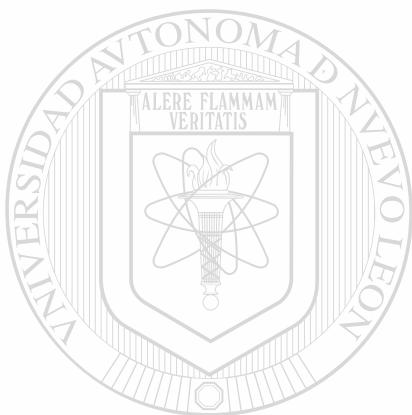
®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Antai, Otong, RN (1989). Cuando su paciente está deprimido. Nursing, 89, Abril, 32-34.
- Archer, Daren N. (1989). La aflicción tiene muchas caras. Ayuda a las familias a afrontar el duelo. Nursing 89, enero, 14-16.
- Barron Joan M. (1991). Trastornos compulsivos. Ayuda a pacientes que han perdido el control. Nursing 91, agosto-septiembre, 55-56.
- Cadenas, Ibarra, (1986). An evaluation of three instruments to asses family function in comunity health centers. Baylor Colege of Medicine.
- Fox, Steinman, Swzarengen (1991). Como los grupos de apoyo pueden ayudar al paciente con una enfermedad crónica. 33-35. Nursing 91, octubre, 33-35.
- Friedman Marilyn M. RN. (1986), Family Nursing Theory and Assessment (2a. ed.). Appleton Century Graft.
- Gutstein, Rudd (1988). Systemic crisis intervension as a response to adolescent crisis: an out come study. Family Process, June 88, 201-211.
- Mc Kerracher, Barbara (1991). Apoyo en una crisis. Nursing, 91, octubre, 8-10.
- Polit F. Denise (1991). Investigación Científica en ciencias de la salud. (6nd. ed.) Interamericana, México.
- Valente M. Sharon, Saunders M. Judith (1989). Cómo afrontar la depresión profunda en los pacientes con cáncer. Nursing 89, noviembre 24-30.

Walton Barbara (1986). Community Health Nursing. Conceptos and practice.
(5nd. ed.) Little, Brown Company, Boston.

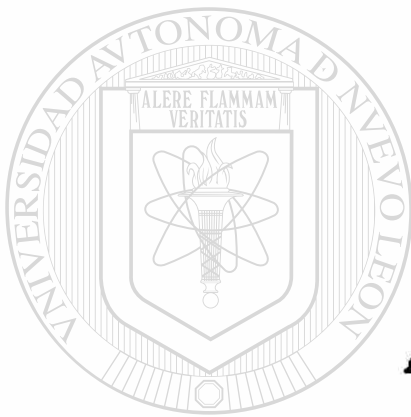


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



APENDICES

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

1a. VISITA

Objetivo: Exploración de vivienda y familia, presentación con todos los integrantes familiar, promover la comunicación e inspirar confianza, definir tiempo aproximado de visitas y seguimiento, reafirmar el compromiso de trabajo por ambas partes, ampliar el concepto sobre el personal profesionalista especializado.

- a) En la vivienda se observaban deficiente iluminación y ausencia en algunas recámaras, la higiene estaba ausente, no se aprovechaba el espacio físico, la conducta de algunos integrantes era de rechazo, en el paciente se observaban la presencia de algunos signos y síntomas manifestados en la consulta; expresaba la percepción de su familia en el transcurso de los días; señalándolos como que no les importa su problema, no lo dejan solo, pero no se comunican sobre la enfermedad que sufre. Sus deseos son estar en consulta por su sentir en mejoría; el resto de la familia explicitaba el grado de dificultad para comunicarse, pues muchos años han pasado comportándose de tal forma que ahora les es difícil, pero aseguran que serán insistentes para lograr una mejoría total si en ellos está.

b) Estado de Salud.

- Físico-emocional, la percepción del problema está latente en el grupo, surgen los señalamientos y culpabilidad, no hay aceptación del problema, la negación es rotunda no se quieren comprometer a ninguna acción que lleve a la eliminación del problema por el concepto erróneo que manejan de la situación

actual (la vecina dice que sólo internado o con visitas al consultorio diarias), las creencias y costumbres son fuertes (cultura).

c) **Actitudes y conducta.**

El sentido de cooperación es nulo en la familia, la comunicación es utilizada para herirse y menospreciarse, negación a hablar sobre el o los problemas que éstos perciben, las conductas son agresivas o de aislamiento, los mensajes que se intercambian son amenazantes, rechazo a establecer una comunicación formal y/o informal sobre el problema que les envuelve.

Actividades de Enfermería

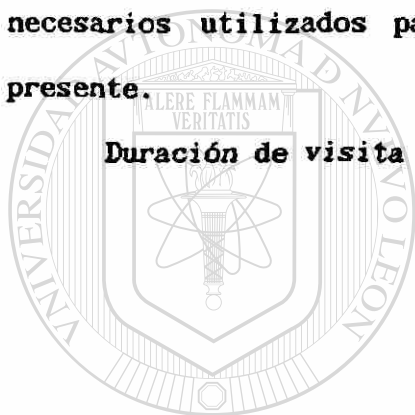
- 1.- Observación participante, se interaccionó en la comunicación que se maneja al momento en el grupo para propiciar y/o medir los instantes que desbordan cierta agresión.
- 2.- Entrevista sólo con algunos de los integrantes que se niegan a cooperar o comunicarse tocante a la tarea.
- 3.- Instrumentos de apoyo en la valoración (baumanómetro, pesa, estetoscopio, destroxitis: como medidas afirmativas para valorar integral al grupo familiar-paciente, sobre el proceso del problema).
- 4.- Comunicación, sobre evolución del problema y la valiosa intervención que todos han realizado, en lo agradable y desagradable que han vivido y que ahorita está presente, en posibles sugerencias en toda

acción a realizar en busca de mejoras en el problema para todos.

Comentarios de otras instituciones y personal profesionista de diversas especialidades especificando las existentes para que tengan una panorámica general de donde pueden recurrir y recibir apoyo de salud gratis.

Orientación general en toda acción que se llevará a cabo y los apoyos necesarios utilizados para buscar juntos la eliminación del problema presente.

Duración de visita 4 horas.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

2a. VISITA

Objetivo: Lograr aceptación de la familia promover comunicación y aplicación del tratamiento.

a) Vivienda.

Se observaban cambios dentro y fuera de la casa, se presenciaba higiene, ventilación, iluminación, cambios en mobiliario, presencia de detalles (como flores en la mesa, muñecas en sala y plantas verdes), se mostraban amables, cooperadores, el paciente expresaba pequeños cambios en su sintomatología y mencionaba el interés por algunos de los integrantes de la familia ya que nunca lo han dejado solo; y el señalamiento del deseo de acudir a la consulta una vez más por las sensaciones de su enfermedad, las cuales desaparecían al comunicarlo a cualquier miembro en casa y este lo escuchaba y sugería que hiciera lo que deseara ya fuera llorar, enojarse o tomar agua y esperar a que desapareciera la sensación y se confiaban tareas pequeñas y desaparecía la ansiedad de sentir la presencia del medicamento inyectado.

b) Estado de salud familiar.

Físico-emocional, hay percepción del problema, las fasis son de angustia, se culpan entre ellos mismos, todas las acciones marcan la no aceptación de la situación actual, verbalizan, plantean alternativas en función de terceras personas (hazlo tú porque tu eres el más indicado por tu comportamiento), se apoyan en las expresiones dichas

alguna vez por alguien de la familia como una respuesta cierta, reflejan dolor al reconocer el problema, empiezan a fluir entre los miembros las posibles alternativas para dar solución.

c) **Actitudes y conductas.**

El sentido de cooperación en el grupo es mínimo, aumentan las intervenciones agresivas verbalmente, espacios de tiempos prolongados de silencios, comunicación visual autoritaria, expresiones verbales del paciente imaginarios, expresan desconfianza, el grupo se culpa individual del problema que esta presente.

Actividades de Enfermería

- Observación participante (comunicación directa sobre acción prescrita).
 - Dinámica familiar (utilizando la información rescatada de tarea).
 - Entrevista (sobre datos incompletos señalados anteriormente en la tarea o por tipo de conducta).
1. Brindar orientación sobre signos y síntomas detectados (su han disminuido o desaparecido y/o presentes).
- Sociodrama: Representación como estaban las actitudes y conductas en la primer visita y expresar cuales fueron los cambios, crear un registro de cambios señalados por la familia y paciente sobre el problema.
 - Proporcionar pase de especialista para valoración (Medicina

Interna, Ginecología, con toda la información necesaria).

- Orientación general sobre tipo de servicios a los cuales podrían acudir. (Laboratorio clínico, DIF, Grupos de Enfermedades Crónicas, Diabetes, Obesos, Hipertensos), grupos religiosos.
- Según la problemática del paciente, se interaccionaba con la familia en desempeño de labores domésticas, enseñanza de manualidades y creatividad para aumentar ingreso económico.
- Como aprovechar los espacios de casa y evitar hacinamiento .
- Medidas de higiene y seguridad.
- Aprovechar recursos de la comunidad.
- Aplicación de instrumentos.

Duración de la visita 5 horas.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

3a. VISITA

Objetivo: Confrontar la familia en comunicación abierta, hacer seguimiento de tratamiento.

a) Valoración del hogar.

Hay cambios positivos, el espacio físico está higiénico, ausencia de hacinamiento, modificaciones improvisadas, para negocios, presencia de decoración interna-externa (con plantas), la presencia de actividad continua, el paciente está involucrado en todo.

b) Estado de salud familiar.

Físico-emocional, hay enfrentamiento real con el problema, el paciente empieza a concientizarse sobre su presentación personal, la familia expresa libremente el evento estresante, surgen las propuestas de como eliminar juntos el problema, la aceptación en integración con amigos y/o familia, hay aclaraciones sobre culpas expresadas y

sentidas en el grupo, el paciente todavía expresa remordimiento por los malos momentos que ha hecho participe a la familia.

c) Actividades de enfermería.

- . Dinámica familiar.
- . Sociodrama.
- . Entrevista.
- . Observación participativa.
- . Orientación - enseñanza en salud.

1.- Dinámica familiar, se confronta a familia y/o amigos vecinos que esten involucrados directamente con el paciente, manejando

el problema, como lo percibe cada uno de ellos, cuáles son sus alternativas o propuestas y como ayudarían a eliminar el problema, porque están de acuerdo y porqué no estan de acuerdo con lo planteado, llevando toda esta discusión a una claridad en las respuestas que se convence al equipo y surge el compromiso en la tarea para eliminar el problema.

2.- **Sociodrama;** es la presentación de un evento que la familia y paciente y/o amigos conozcan para que lo desarrollen en el grupo y logren identificar el problema, cuáles son sus aciertos y cuáles son negativos, comparándose posteriormente la superación que han logrado juntos y unidos.

Entrevista; ésta se realiza para obtener información más específica de algunos datos aportados dispersamente que tiene un gran valor en toda acción dirigida a la eliminación del

problema.

3.- **Observación participante,** sigue presente entre el grupo, para introducirlos a la tarea de una forma muy sutil y cooperadora donde todos se involucren por su propia decisión jugando los papeles propios del momento que estan viviendo.

4.- **Orientación y enseñanza en salud,** su enfoque está basado de acuerdo al tipo de problema específico de cada paciente, donde se le brinda información veridica sobre el problema que afecta al grupo ya sea describiendo una patología, demostraciones clínicas de ausencia de enfermedad que expresan tener, o bien expresar sintomatología real detectada en ese momento y cuáles

son las cifras normales y anormales.

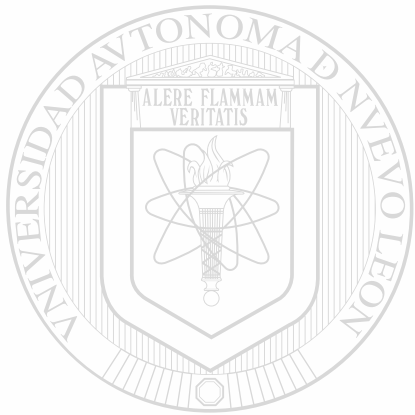
- En caso de ingesta medicamentosa, dosis, horario, ventajas, desventajas, dieta y quien la prescribió.
- Apoyos profesionales, médicos especialistas, Lic. en Salud Mental, Nutricionistas, Odontólogos, Ginecólogos, Oculistas, Lic. en Derecho y Trabajo Social.
- Apoyos Gubernamentales y/o Privados (Programas de asesoría familiar).
- Apoyos Sociales en su propia comunidad (grupo de diabéticos, hipertensos, bíblicos, manualidades).
- Visitas a empresas privadas (para integración del aparato reproductivo en el hogar).
- Centros creativos en el hogar (diseñadores de modas, negocios, diversos tipos de colores en pinturas, tablas de registro y control {peso, medicamento, dieta}, recetas de cocina, como utilizar recursos propios sin costo).

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La familia-paciente valora todos los avances que han tenido y de los que han sido capaces de desarrollar utilizando sus propios recursos sin costo alguno y el grado de integración y necesidad de sentir la pertenencia a dicho grupo, que con la aceptación y confrontación del problema han eliminado todo obstáculo que entorpecía el desarrollo cotidiano familiar; evitando con esto que se identificaran como grupo con poder, para eliminar cualquier desequilibrio familiar y eludiendo a la tarea primordial que los llevaría siempre a una solución positiva; la duración de ésta visita se

prolongó en 5 horas, el paciente expresa libremente que hasta esta fecha no ha necesitado asistir a la consulta de urgencias por su problema (ya no se siente enfermo, y si esto sucediera, tiene calificado que acciones seguir para su eliminatoria como hasta hoy).

Posteriormente se expresa que se acerca el momento de dejar de vernos, que están listos para superar cualquier problema de este tipo.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

4a. VISITA

Objetivo: Manejo de comunicación abierta, integración familiar, valorar tratamiento, incorporación de aparato productivo, metas, desaparición ó disminución de la crisis.

- a) En la valoración de vivienda se observaron cambios en la iluminación, ventilación, higiene, éstos eran positivos, surge la aceptación de amigos, vecinos, familiares en plan de visitantes, los ruidos y sonidos son agradables en el hogar lo expresan todos (música en cambios y tonalidades), toda la familia participa de diferentes formas integradoras en las diversas tareas, se dejan de escuchar pronombres en las comunicaciones, hay una aparición de nombres en toda conversación, toda expresión es clara, no hay presencia de temores o señales de castigos y/o represiones, no existen los silencios, se confrontan con realidad al problema, la presencia de temores desaparecen.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

- b) Estado de salud familiar.

Física-Emocional, manejan el problema abiertamente, las discusiones son positivas, tiene claro el concepto del problema (no lo manejan como enfermedad), la angustia desaparece, hacen manifiesto estar preparados para diferenciar entre un desequilibrio y una enfermedad crónica.

Las actitudes y conductas son pasivas, no hay presencia de agresiones verbales, surge la confrontación integradora con preguntas y respues-

tas, hay cambios observables de comunicación, además el grupo lo expresa y remarca el tipo de comportamiento; las creencias de salud se han clarificado sin ningún obstáculo.

c) **Actividades de Enfermería.**

Estas actividades, todas tienen el enfoque de manejar a la familia y paciente de forma integradora y participante de forma totalitaria en todos los eventos de acto presente; abiertas al diálogo para que surgan los intercambios de sugerencias y propuestas en el grupo demandante. Los instrumentos utilizados como apoyo en la acumulación de información y las representaciones semejantes a los hechos, en la búsqueda de bases firmes para eliminación de la crisis.

Entrevista; en esta fase se realiza directamente de forma comparativa en actitudes y conductas, sentimientos, haciendo énfasis en las experiencias anteriores las cuáles eran rechazadas señalando por los individuos la equivocación en la que encontraban, es así como empiezan a manejar sugerencias y propuestas y/o alternativas de solución que los llevará al cambio total de pensamiento. Nunca se dió una respuesta afirmativa por parte del investigador, el grupo sólo obtuvo claridad en el diálogo propiciado.

Aplicación de instrumentos específicos sobre el tipo de relaciones internas y externas en la familia, comunicación, afecto, estres. Se desarrolló una vez más con el objetivo de comparación dentro de el acumulo de información después de los hallazgos detectados y manejados en cada intervención por el investigador. Las

respuestas expresadas eran favorables enfocadas a todas las variables que habían sido identificadas como causas principales del desequilibrio. Para apoyar todos los hallazgos nuevos y darles validez, se buscó apoyo en el manejo estadístico como una medicina final para comprobar si habían sufrido algunos cambios los integrantes después de la intervención frecuentes por el investigador.

Dinámica familiar; esta técnica es otro apoyo más que es implementado, con el objetivo de observar y valorar todas las acciones manifiestas en los instrumentos anteriores. En este momento se trabaja con la familia y/o familiares que están involucrados en forma directa con el paciente que presente el desequilibrio de conducta; se promueve la interacción en comunicación abierta donde surgen manifestaciones sobre logros y obstáculos que estuvieron presentes en toda intervención a nivel grupal y cómo fue el proceso de la solución al rompimiento de estereotipos que estaban latentes como obstáculos.

A equivocarse, que fue el acercamiento, integración más aceptación entre cada uno de los integrantes y el proceso que llevaron para poder identificar conductas y papeles que no les pertenecían, y como no estaban capacitados para ello, sucedió el desequilibrio alejándolos día a día de la realidad.

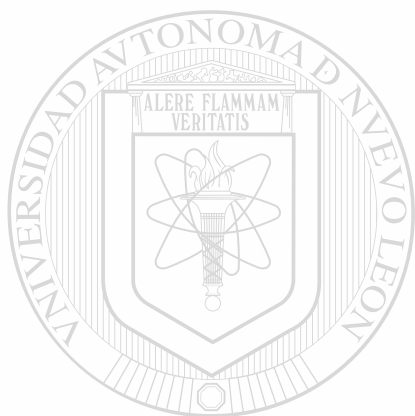
3. **Sociodrama:** Son simulacros de sucesos que realizó la familia durante el proceso de tratamiento donde se ven reflejadas todas sus acciones pasadas y en estos momentos pueden señalar cuál era lo equivocado y

comparar a la realidad por poder visualizar el cambio.

4. Entrevista; se siguió realizando en forma comparativa, en cuanto a actitudes y conductas, urbanismo, pensamiento, se hacía énfasis con las palabras expresadas anteriormente las cuáles eran rechazadas señalando la equitación tan grande en la que se encontraban y mencionando propuestas y/o alternativas de solución que los llevaría a el cambio total de pensamiento, remarcando que la enfermera nunca dió una respuesta afirmativa, ellos las identificaron.
5. Aplicación de instrumentos, solo fué una comparación cuantitativa, sobre los cambios en comunicación en el medio interno-externo, en conductas, autoridad, afectividad, tipo de relaciones, e interacción en su entorno social, resultado favorable toda intervención planeada y aplicada en el campo de acción, reflejada en la distribución estadística aplicada como medida de medición final para llegar a una comprobación terminal y así poder aportar una experiencia comprobada estadísticamente.
6. Orientación-Enseñanza. Se logró que los integrantes y afectados aceptaran rescatar sus propias habilidades y recursos propiciados en la intervención y que reconozcan la capacidad integradora al medio de producción en el hogar y empresas, provocando el sentido de pertenencia y responsabilidad en la sociedad; por lo tanto, la desaparición de temor al fracaso y la eliminación de la crisis; haciendo con ésta

el evento final que los llevó a visualizar la realidad y todas las habilidades no explotadas que como grupo se habían negado, dejándose llevar por la dependencia total que ocasionó el problema y que ahora este mismo les permite valorarse y auto-evaluarse en su entorno social.

Duración de visita es 4:30 horas; señalando ellos mismos que hoy terminaba el contrato de trabajo formal.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CUESTIONARIO DE OPCION MULTIPLE

(INFERIDO DEL MAPA FAMILIAR)

Objetivo: Rescatar información relacionada con la dinámica familiar.

| | SIEMPRE | ALGUNAS VECES | NUNCA |
|--|----------------|--------------------------|--------------|
| 1. Pláticas sin temor alguno con tus padres? | _____ | _____ | _____ |
| 2. Tiene confianza con sus hermanos para expresar lo que tiene. | _____ | _____ | _____ |
| 3. Expresa con facilidad los problemas dentro de la familia. | _____ | _____ | _____ |
| 4. Considera que en toda decisión familiar, es tomado en cuenta. | _____ | _____ | _____ |
| 5. Distingue con claridad quién es la autoridad en su familia. | _____ | _____ | _____ |
| 6. Con su pareja distingue cuál es el tipo de relación, que lleva? | _____ | _____ | _____ |
| 7. El cariño que recibe es recíproco (mutuo). | _____ | _____ | _____ |
| 8. En su familia ¿hay privilegios por alguno de sus integrantes? | _____ | _____ | _____ |
| 9. Cuando en la familia se da una orden, se cumplen sin problemas. | _____ | _____ | _____® |
| 10. Ha tomado en cuenta el tipo de comunicación entre cada uno de los integrantes. | _____ | _____ | _____ |

Nota: Valor cuantitativo basado en el apgar familiar.

CUESTIONARIO DE OPCION MULTIPLE

(INFERIDO DEL ENCOGRAMA)

Objetivo: Obtener información del entorno del paciente y la familia.

| | BUENO | MODERDO | NULO |
|--|-------|---------|-------|
| 1. El tipo de relación con la iglesia ¿cómo la describe? | _____ | _____ | _____ |
| 2. Cómo percibe el trato con los amigos? | _____ | _____ | _____ |
| 3. Cómo describe la relación con su pareja? | _____ | _____ | _____ |
| 4. Cómo describe la relación con sus vecinos? | _____ | _____ | _____ |
| 5. Cómo considera la relación con sus hermanos? | _____ | _____ | _____ |
| 6. Qué tipo de relación tiene con el Centro de Salud. | _____ | _____ | _____ |
| 7. Cómo es la relación en trato de padre e hijos en la familia. | _____ | _____ | _____ |
| 8. La relación de su trabajo con compañeros y jefes cómo la percibe. | _____ | _____ | _____ |
| 9. Cómo describe la relación con sus familiares (tíos, abuelos, primos). | _____ | _____ | _____ |
| 10. Cómo describe la relación de la familia con las Instituciones (Escuela, Centros Sociales). | _____ | _____ | _____ |

Nota: Valor cuantitativo basado en apgar familiar.

