

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**OPINION DEL PACIENTE Y FAMILIAR DE LA
INFLUENCIA DE ENFERMERIA EN LA CONTINUIDAD
DEL TRATAMIENTO PSIQUIATRICO**

**POR:
MA. DE JESUS NAVA OVANDO**

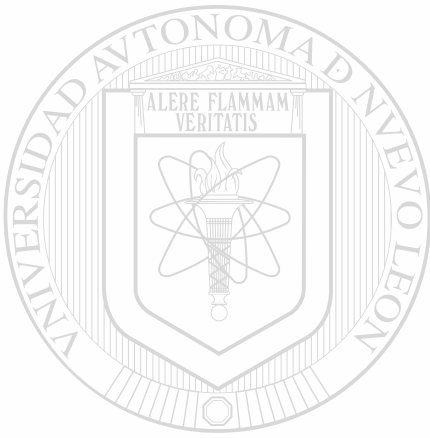
**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA
con Especialidad en Salud Mental y Psiquiatría**

AGOSTO, 1996

TM
RC440
N3
c.1



1080072459



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

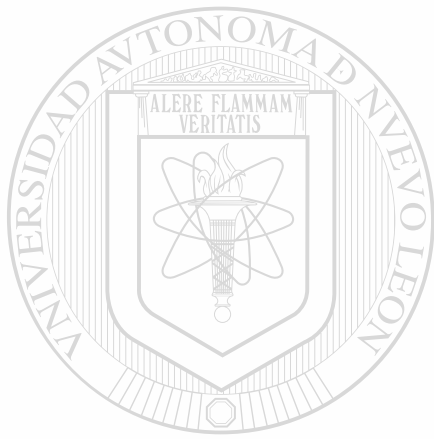


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TM
RC440
N3



(72459)



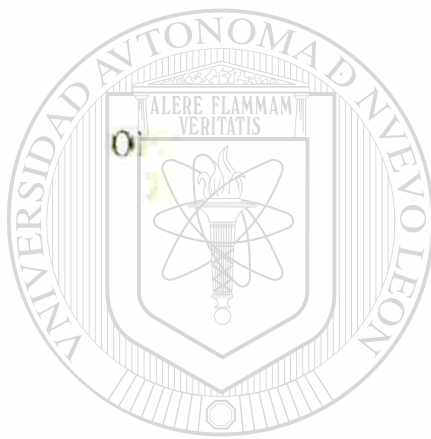
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERIA



TE Y FAMILIAR DE LA INFLUENCIA DE
CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO
PSIQUIATRICO

UANL

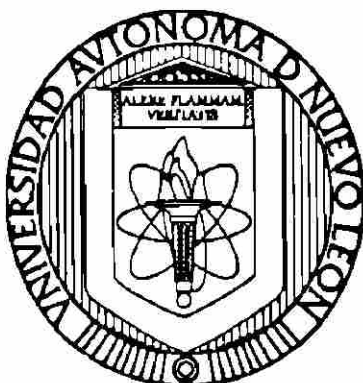
Por:
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
MA. DE JESUS NAVA OVANDO
DIRECCION GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA
con Especialidad en Salud Mental y Psiquiatría

Agosto 1996

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA



**OPINION DEL PACIENTE Y FAMILIAR DE LA INFLUENCIA DE
ENFERMERIA EN LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO
PSIQUIATRICO**

UANL

Por:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
LIC. MA. DE JESUS NAVA OVANDO ®
DIRECCION GENERAL DE BIBLIOTECAS

ASESOR
LIC. MA. LUISA CHAVEZ AGUILERA M.E.

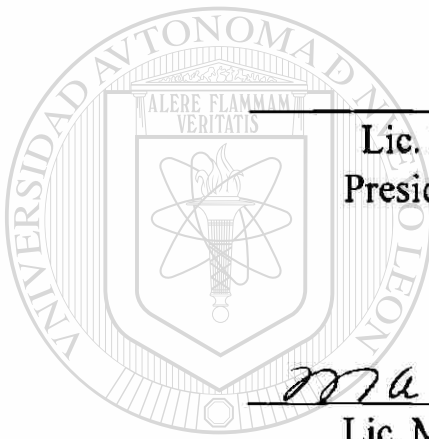
Agosto 1996


OPINION DEL PACIENTE Y FAMILIAR DE LA INFLUENCIA DE
ENFERMERIA EN LA CONTINUIDAD DEL
TRATAMIENTO PSIQUIATRICO.

Aprobación de la Tesis



Lic. Ma. Luisa Chávez Aguilera M.E.
Presidente de Jurado (Asesor de Tesis)



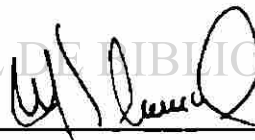


Lic. Ma. del Refugio Durán López M.E.

Secretario

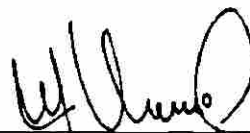
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo M.S.P.

Vocal



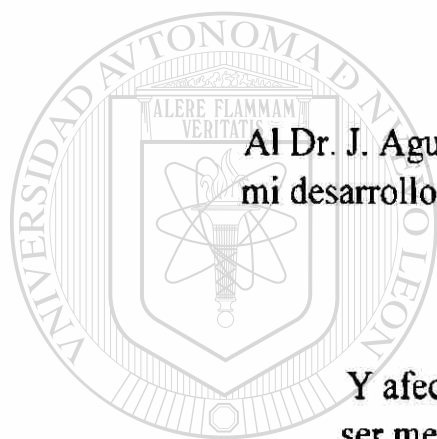
Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo M.S.P.

Secretario de Post Grado

DEDICATORIA

A mis padres por darme lo mejor de ellos.

A mi querida amiga enfermera Alma L. Gutierrez Torres por su constante motivación y compañía.



Al Dr. J. Agustín Ledezma Cerda por su constructiva influencia en mi desarrollo profesional.

Y afectuosamente a Sylvia por ser el motor que me impulsa a ser mejor en la vida.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Eternamente Agradecida.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Ricardo Zapata Castellanos por todas las facilidades otorgadas para el desarrollo de este trabajo y por su amistad.

A mi maestra María Luisa Chávez Aguilera quien me acompañó en ésta aventura intelectual, haciendo uso de su conocimiento y de su arte.

A los maestros que formaron parte de el Comité de Tesis y contribuyeron con sus aportaciones a enriquecer este trabajo: Lic. Guadalupe Martínez de Dávila, Lic. Dora Elia Silva Luna, Lic. Refugio Durán López, Lic. Magdalena Alonso Castillo y muy especialmente al Lic. Francisco Rocha Romero.

A la Dra. Martha Flores de Zapata, por infundirme confianza y proporcionarme valiosos puntos de vista para enriquecer el trabajo.

A mis amigos: Lic. Daniel Campos Jasso, Lic. Horacio García Barreto, y a todas aquellas personas que me apoyaron para alcanzar el objetivo trazado.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

RESUMEN

Ma. de Jesus Nava Ovando

Fecha de Graduación: Agosto, 1996

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: OPINION DEL PACIENTE Y FAMILIAR DE LA INFLUENCIA DE ENFERMERIA EN LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO PSIQUIATRICO

Número de páginas: 97

Candidato para el grado de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Mental y Psiquiatría

Area de Estudio: Ciencias de la Salud.

Propósito y Método del Estudio: La finalidad del estudio fué analizar retrospectivamente desde la percepción del paciente y familiar, el efecto terapéutico de la relación intrahospitalaria del personal de enfermería en la continuidad del tratamiento ambulatorio; para obtener la información se aplicó una entrevista basada en una escala de 16 items, cuyo diseño contiene los conceptos básicos del modelo de relaciones interpersonales de Peplau (1990); mismo que tuvo una confiabilidad de .93; la muestra se conformó con 27 pacientes de clase socioeconómica baja y media, con diagnósticos de trastorno afectivo, esquizofrenia, drogadicción y otros trastornos orgánicos, sus edades oscilaron entre 14 y 55 años.

Contribución y Conclusiones: El análisis de la información a través de cuatro modelos logísticos indican que la percepción de la relación con el paciente y familiar, no es determinante en el tratamiento estable ambulatorio ya que se observa un nivel de significancia menor de .05; sin embargo se observa que el diagnóstico y los antecedentes familiares psiquiátricos sí influyen en la conducta respecto al tratamiento en el hogar, concordando con estudios realizados con población mexicana y estadounidense; otro hallazgo de interés fué la reconquista del 50 por ciento de casos como respuesta a la entrevista domiciliaria.

FIRMA DEL ASESOR

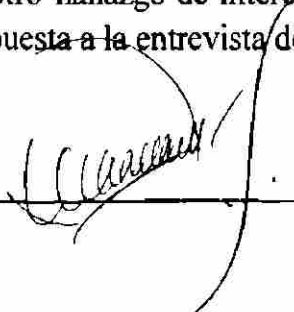


TABLA DE CONTENIDO

Capítulo		Página
1	INTRODUCCION	1
1.1	Planteamiento del problema	3
1.2	Hipótesis	7
1.3	Objetivos	8
1.4	Importancia del Estudio	9
1.5	Limitaciones del Estudio	10
1.6	Definición de Términos	10
2	MARCO TEORICO	12
2.1	Modelo Teorico de Peplau	12
2.1.1	Roles de Enfermería acordes al Modelo de Peplau	15
2.1.2	Fases de la Relación del Modelo de Peplau	17
2.2	Ambiente Terapéutico	20
2.3	Estudios Relacionados	23
3	METODOLOGIA	30
3.1	Diseño de la Investigación	30
3.2	Sujetos de Estudio	30
3.3	Etica del Estudio	32
3.4	Material	33
3.5	Procedimiento	36

Capítulo	Página
4 RESULTADOS	38
4.1 Análisis Descriptivo	38
4.2 Análisis Estadístico	50
4.3 Hallazgos Cualitativos	52
5. DISCUSION	55
5.1 Interpretación	55
5.2 Conclusiones	60
5.3 Recomendaciones	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	65
APENDICES	
APENDICE A.- HOJA DE REGISTRO DE DATOS DEMOGRAFICOS Y CLINICOS.	70
APENDICE B.- ESCALA DE OPINION DEL PACIENTE Y FAMILIAR DE LA RELACION CON ENFERMERIA Y LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO PSIQUATRICO.	72
APENDICE C.- INSTRUCTIVO DE CODIFICACION	81
APENDICE D.- SOLICITUD DE AUTORIZACION DEL ESTUDIO	94
APENDICE E.- ACUERDO DE PARTICIPACION EN EL ESTUDIO.	96

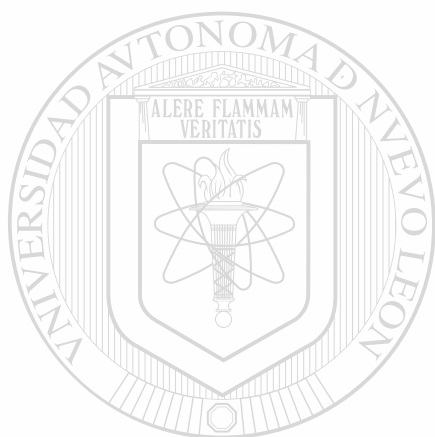
LISTA DE FIGURAS

Figura	Pagina
1.- Opinión del paciente y su familiar de la relación con enfermería en la población estudiada. Dic. 1995.	41
2.- Opinión del paciente de la relación interpersonal con enfermería por fase en la población estudiada. Dic. 1995	42
3.- Opinión del familiar de la relación interpersonal con enfermería por fase en la población estudiada. Dic. 1995	42
4.- Continuidad del tratamiento.	43
5.- Hallazgo en la continuidad del tratamiento después de la entrevista domiciliaria.	54

LISTA DE TABLAS

Figura	Pagina
I.- Características demográficas de los pacientes estudiados. Dic. 1995	39
II.- Características clínicas de los pacientes estudiados. Dic. 1995	40
III.- Motivos de abandono del medicamento en la población que no continuó el tratamiento. Dic. 1995	44
IV.- Motivos de abandono de la consulta externa en la población que no continuó el tratamiento. Dic. 1995	44
V.- Datos demográficos de la población estudiada relacionada con la continuidad del tratamiento. Diciembre de 1995	46
VI.- Datos demográficos y clínicos de la población estudiada relacionada con la opinión de la relación enfermera-paciente.	46
VII.- De la opinión de la relación paciente-enfermera confrontada con datos clínicos e interrupción del tratamiento.	48
VIII.- De la opinión del tipo de relación del paciente con la enfermera relacionado con datos clínicos y la continuidad del tratamiento.	48
IX.- De la opinión del tipo de relación de la enfermera con el familiar confrontados con datos clínicos e interrupción del tratamiento.	49

Figura	Pagina
X.- De la opinión del tipo de relación de la enfermera con el familiar confrontada con datos clínicos y la continuidad del tratamiento.	49
XI.- Modelo estimado.	51
XII.- Modelo estimado en pacientes sin antecedentes Psiquiátricos.	52



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO I

INTRODUCCION

La evolución científica y tecnológica que se ha desarrollado en el área de la salud ha contribuido a elevar el nivel y calidad de vida de la población en general. Esta contribución se ha reflejado en el campo de la Salud Mental, uno de los progresos más notorios fué el cambio de la antigua estructura de los claustros manicomiales por servicios más modernos y dinámicos así como la creación de nuevos servicios psiquiátricos (Rosselli, H., 1970; Cleghorn, J. & Lou Lee, B., 1993).

Sobre el tema Sartorius (1992), afirma que muchas personas con los nuevos tratamientos experimentan mejoría en su estilo de vida, ampliando el tiempo sin síntomas que ameriten internamiento.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, el efecto del progreso ha sido insuficiente por la magnitud de las necesidades crecientes de la población (De la Fuente, 1990). Se estima que por lo menos 150 millones de personas en el mundo se encuentran discapacitadas debido a un desorden mental, y que uno de cada ocho individuos requerirá hospitalización psiquiátrica en algún momento de su vida (Cleghorn & Lou Lee, 1993).

Algunos de los factores que favorecen el aumento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales son: inestabilidad económica, desempleo, alcoholismo, drogadicción y violencia, inclusive el incremento en la esperanza de vida; lo cual ha traído como consecuencia mayor incidencia de otras enfermedades debido a problemas involutivos dados por la longevidad (Sartorius, 1992).

En algunos países en vías de desarrollo se presentan mayores dificultades para enfrentar los problemas de salud mental, debido en parte a que los recursos humanos y materiales son insuficientes dentro de los planes de salud, además de no estar acordes al crecimiento de la población (Diario Oficial de la Federación, 1995).

La inaccesibilidad de los recursos de salud debido a la ubicación geográfica, desproporción entre cobertura y requerimientos de la población, pobreza e ignorancia son factores que obstaculizan las acciones para la salud mental en los diferentes niveles de atención en México y América Latina (Rosselli, 1970).

Esta compleja situación se agrava en algunos Hospitales Psiquiátricos en donde es usual que los tratamientos se circunscriban a dar cuidados custodiales, y en ellos los encuentros interpersonales constructivos no se favorecen. Esto último es paradójico, ya que en el campo de la salud mental la relación interpersonal es de suma importancia, debido a que gran parte de los resultados terapéuticos inmediatos y de largo plazo, se fundamentan en dicha relación (Hochmann, 1971).

Los Hospitales Psiquiátricos que han incorporado un sistema de atención obedeciendo a un proceso de cambio, en donde las relaciones interpersonales fundamentan la parte activa del tratamiento a fin de impulsar y apoyar la autosuficiencia, responsabilidad y seguridad tanto del paciente como de su familia, requieren de constante análisis las relaciones que se establecen entre los diferentes subsistemas que participan en la rehabilitación del paciente, de tal forma que las interacciones terapéuticas pueden lograr que la experiencia hospitalaria sea significativa (Hochmann, 1971).

No obstante uno de los problemas que enfrentan los hospitales psiquiátricos son las constantes recaídas de los pacientes (León, 1992 y Turner & Wan, 1993). Ante ésta situación, enfermería por las características de la profesión puede contribuir de manera significativa en la rehabilitación del paciente, al establecer interacciones terapéuticas tendientes al crecimiento personal y familiar de los pacientes hospitalizados (Peplau, 1990).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo de la profesión de enfermería ha cambiando en gran medida, debido a la demanda de atención que se presenta en la población, y al avance científico que se ha generado en el ejercicio profesional; ésto se traduce en el desempeño de roles más dinámicos y activos, específicamente en algunos Hospitales Psiquiátricos que han dejado atrás el modelo de atención tradicional, ello implica incorporar en sus esquemas de tratamiento un ambiente terapéutico que potencialice las fuerzas positivas del grupo, libertad de expresión y

posibilidad de análisis y manejo de fenómenos grupales que se reactivan en las interacciones entre paciente, personal y familia (Hochmann, 1971).

Este ambiente favorece el trabajo interdisciplinario bajo un esquema igualitario, preservando la identidad profesional específicamente de enfermería; dichos elementos permiten más efectividad en el cuidado al poner en práctica el conocimiento, arte y su personalidad para establecer relaciones terapéuticas con los pacientes y sus familias.

En los Hospitales Psiquiátricos se reconoce que el ambiente influye en las condiciones de vida de los pacientes en cuánto al tiempo necesario para su recuperación; en este sentido, enfermería tiene un papel muy importante para reforzar el tratamiento y promover aspectos saludables de los pacientes, si las interacciones son significativas, sistematizadas, organizadas y estructuradas.

Para lograr éste propósito es deseable que la organización de los recursos de enfermería favorezca la continuidad de la atención y un trato personalizado que comprenda empatía y sensibilidad al sufrimiento al establecer una relación interpersonal, aún más, cuando el paciente que recibirá los cuidados es psiquiátrico (Davitz & Col., 1980).

El desarrollo de los modelos de Tratamiento Hospitalario que se han implementado como Comunidad Terapéutica, Hospital de Día, Terapia Ocupacional, no han sido suficientes para evitar el reingreso y abandono del tratamiento. El reporte de León (1992), indica que el 64 por ciento cursa con una evolución clínica de regular a mala, que limita en forma importante el nivel de funcionamiento cuando el tratamiento es inconsistente.

Con respecto a ésta problemática se han realizado algunos estudios para identificar la relación de algunos factores asociados con los reingresos. Una de las variables que estudió Greenley (1979), fué la relación entre la angustia de la familia y el reingreso, detectando que existe temor a la conducta sintomática del paciente e inseguridad para manejarla.

Birley & Rudson (1990), señalan que la actitud de la familia tiene un efecto significativo en la rehabilitación del paciente, al fomentar la enfermedad o al negarla; ambas situaciones influyen en el pronóstico de la patología; de la misma forma documentan que existe una desinformación de la importancia de los fármacos y sus efectos colaterales, lo que conlleva a no acatar el seguimiento de indicaciones. Por otro lado Pristley (1979), a través de una encuesta aplicada a los familiares de grupos de autoayuda encontró que existe inconformidad por la falta de orientación sobre dificultades específicas de procedimientos necesarios para la atención del enfermo.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Holmes & Cols. (1994), reportaron que enfermeras psiquiátricas[®] han desarrollado algunos programas basados en la comprensión de la enfermedad, este enfoque psicoterapéutico intenta contribuir a disminuir las recaídas e integrar más fácilmente al paciente a la comunidad.

En diferentes abordajes relacionados con la rehabilitación del paciente hay varios elementos importantes para desarrollar programas de atención específica; un aspecto que llama la atención, es que en la mayoría de los estudios se considera la relación interpersonal como un factor determinante para tal proposito.

Con respecto a ésta problemática se han realizado algunos estudios para identificar la relación de algunos factores asociados con los reingresos. Una de las variables que estudió Greenley (1979), fué la relación entre la angustia de la familia y el reingreso, detectando que existe temor a la conducta sintomática del paciente e inseguridad para manejarla.

Birley & Rudson (1990), señalan que la actitud de la familia tiene un efecto significativo en la rehabilitación del paciente, al fomentar la enfermedad o al negarla; ambas situaciones influyen en el pronóstico de la patología; de la misma forma documentan que existe una desinformación de la importancia de los fármacos y sus efectos colaterales, lo que conlleva a no acatar el seguimiento de indicaciones. Por otro lado Pristley (1979), a través de una encuesta aplicada a los familiares de grupos de autoayuda encontró que existe inconformidad por la falta de orientación sobre dificultades específicas de procedimientos necesarios para la atención del enfermo.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Holmes & Cols. (1994), reportaron que enfermeras psiquiátricas han desarrollado algunos programas basados en la comprensión de la enfermedad, este enfoque psicoterapéutico intenta contribuir a disminuir las recaídas e integrar más fácilmente al paciente a la comunidad.

En diferentes abordajes relacionados con la rehabilitación del paciente hay varios elementos importantes para desarrollar programas de atención específica; un aspecto que llama la atención, es que en la mayoría de los estudios se considera la relación interpersonal como un factor determinante para tal proposito.

Peplau (1990), en su modelo teórico de relaciones interpersonales sostiene que el éxito se sustenta en establecer y mantener una relación comprensiva de las necesidades, sentimientos y actitudes del paciente; insistiendo en el autoconocimiento del personal con el fin de disminuir interferencias no terapéuticas que impidan el crecimiento personal de ambos.

Un ambiente propicio para la interacción puede ser la pauta de sentimientos y actitudes positivas que favorezcan un mejor nivel de funcionamiento del paciente y ambientes familiares más llevaderos, dada la complejidad de la relación interpersonal que se da en todo proceso terapéutico.

En la práctica profesional se tuvo la oportunidad de vivenciar y participar como agente de cambio en el proceso de transición de un Hospital Público, en el cual tendió a modificar la vida cotidiana hospitalaria de los enfermos mentales, estableciendo un sistema de tratamiento y rehabilitación. Dicho cambio parte de reconocer los recursos positivos potenciales de pacientes y personal, al romper el mito de la enfermedad mental y dignificar la institución, evitando que otras dependencias utilicen al hospital como zona de castigo para el personal y de segregación para los pacientes; fueron diversas las estrategias desarrolladas para anular rutinas que violaban los derechos de todo ser humano y se alejaban de toda posibilidad de ofrecer un tratamiento adecuado.

Cabe destacar que el ambiente imperante previo al cambio, estaba en relación con la falta de conocimientos y de recursos tanto humanos como materiales, ausencia de confianza institucional y de seguridad para los pacientes y el personal.

Las propuestas se centraron en la búsqueda de un equipo humano de trabajo que integrará aspectos elementales de relación tales como: repeto, constancia, continuidad, calidez y efectividad en la atención, éstos aspectos se enfatizan en el personal de enfermería dada la importancia de su papel como partícipe del tratamiento así como también en la organización de la vida diaria de los usuarios.

Después de diez años como resultado del programa de trabajo institucional Enfermería ha logrado desarrollar procedimientos e intervenciones de la especialidad en beneficio de los pacientes y su familia. No obstante se requiere conocer el efecto de su actuación en la rehabilitación de los mismos, observar si se esta contribuyendo al logro de los objetivos institucionales, con respecto a disminuir la interrupción del tratamiento de los pacientes que egresan a fin de mantener el nivel de funcionamiento del paciente y la estabilidad familiar.

Si siguiendo esta dinámica de cambio, el principal interés en el presente estudio se centró en el siguiente planteamiento: ¿Influye en la continuidad del tratamiento psiquiátrico, la relación interpersonal de la enfermera con el paciente y su familia?

1.2 HIPOTESIS

Hipótesis 1:

Hi Existe dependencia entre la opinión del paciente de la relación que enfermería establece con él y la continuidad del tratamiento.

Ho No existe dependencia entre la opinión del paciente de la relación que enfermería establece con él y la continuidad del tratamiento.

Hipótesis 2:

Hi Existe dependencia entre la opinión del familiar de la relación que enfermería establece con él y la continuidad del tratamiento.

Ho No existe dependencia entre la opinión del familiar de la relación que enfermería establece con él y la continuidad del tratamiento.

1.3 OBJETIVOS

- 1.- Conocer la percepción del paciente sobre la relación de enfermería con él y la continuidad del tratamiento.
- 2.- Identificar la percepción del familiar sobre la relación de enfermería con él y la continuidad del tratamiento.
- 3.- Conocer la asociación entre la opinión del paciente y su familia sobre la relación de la enfermera y la continuidad del tratamiento psiquiátrico considerando cada una de las fases de la relación de acuerdo al modelo teórico de Peplau.
- 4.- Identificar las características demográficas y clínicas que sobresalen de los pacientes estudiados.

- 5.- Identificar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes estudiados en la continuidad del tratamiento.

1.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La norma de atención de salud mental de 1994 le da un alto valor a la opinión del paciente sobre su tratamiento, este estudio permitió conocer la percepción del paciente y su familiar de la atención que le proporciona el personal de enfermería, no sólo desde el punto de vista de calidez, si no también de su relación con la continuidad del tratamiento.

La teoría de Peplau (1990), da una guía a la enfermera para desarrollar programas congruentes y efectivos, una vez fortalecidos los roles terapéuticos dirigidos a la solución del problema y al crecimiento emocional de ambos participantes. Conocer la percepción de la atención que se otorga a pacientes y familiares, da la oportunidad de retroalimentar los programas hospitalarios de salud mental al cubrir los puntos débiles identificados por los usuarios.

Las políticas de salud enfatizan la inclusión de la familia como apoyo a los programas de tratamiento y/o rehabilitación, siendo esto primordial en la atención del paciente psiquiátrico dadas las características de la patología; el presente estudio favoreció el conocimiento de la percepción del familiar con respecto al trato que enfermería les proporciona.

Los problemas que ocasionan las recaídas en los pacientes psiquiátricos a nivel individual, familiar y social han propiciado la búsqueda de acciones preventivas que refuercen la continuidad del tratamiento. Este trabajo da pauta

para el desarrollo de una investigación de intervención que contribuya al establecimiento de modelos de atención de enfermería enriquecida por un marco teórico de relaciones interpersonales.

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- 1.- Los resultados del estudio sólo se puede generalizar para aquellas poblaciones que tengan características demográficas y clínicas similares a la estudiada: diversas patologías mentales agudas y crónicas de diferentes estratos sociales, con estudios variados y rangos de edad diversos.
- 2.- No haber considerado al resto del equipo de trabajo.
- 3.- Tamaño de la muestra.

1.6 DEFINICION DE TERMINOS

Aceptación.- Elemento de la relación enfermera-paciente que requiere capacidad para aceptar al paciente tal y como es, por ser una persona. Irving, (1975), Cook, J. S. (1990) & Peplau, (1990).

Actitud Confiable.- Se demuestra por encuentros regulares, sinceros y consistentes a través de un trato incondicional (Ackerhalt, 1983).

Comunicación Terapéutica o Significativa.- Es un proceso creativo y elemental en la relación enfermera-paciente. La técnica que se utiliza va más allá

de lo literal y del diálogo superficial, aborda los sentimientos. Ackerhalt, (1983) & Simpson, H. (1992).

Continuidad del Tratamiento.- Se considera que ésta se dá cuando el paciente al ser dado de alta del hospital, toma el medicamento y asiste a la consulta programada.

Enfermera.- Persona con una historia que la hace ser única y diferente a los demás profesionales, que posee habilidades con conceptos teóricos basados en principios que los hacen competentes para cuidar a otra persona, siendo la esencia de su función, la relación interpersonal (Peplau, H. 1990).

Familiar.- Para este estudio se considera a uno de los miembros de la familia que el paciente identifique como recurso de apoyo al tratamiento.

Relación interpersonal.- Interacción de la enfermera con el paciente y su familia, desarrollada a través de un proceso en donde los participantes llegan a conocerse lo suficientemente bien para afrontar la problemática que surge en forma compartida (Peplau, 1990).

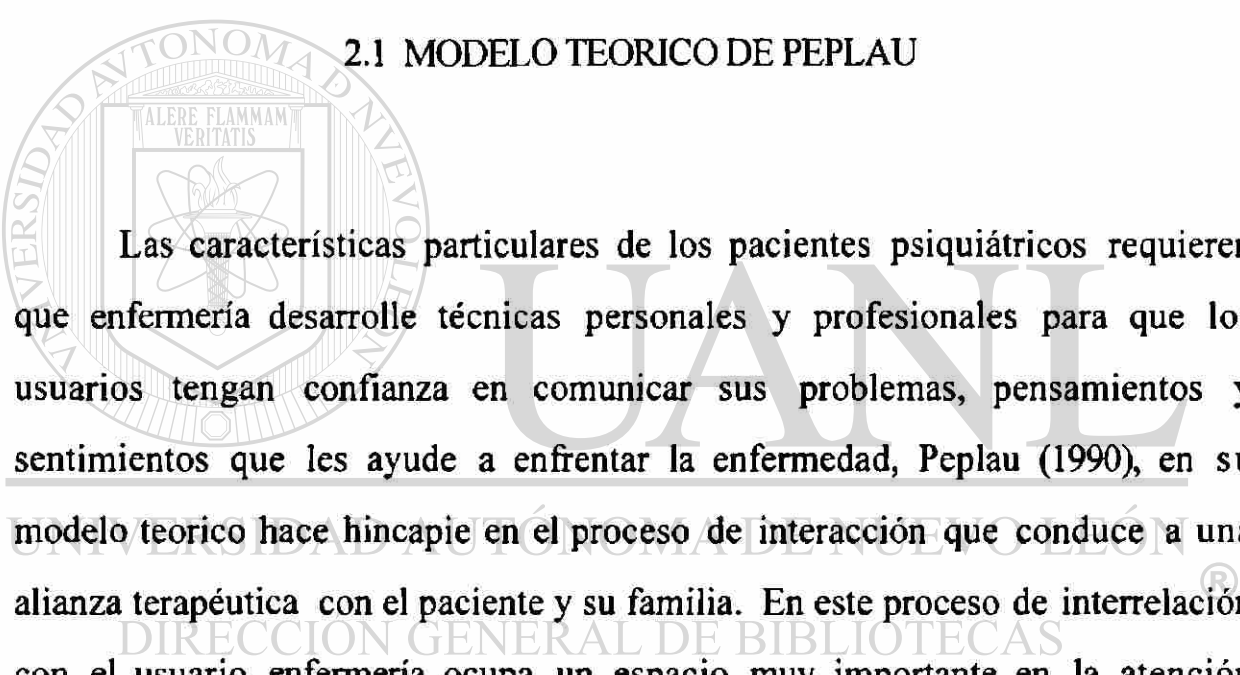
Paciente.- Persona que posee aspectos saludables, con capacidad de sentir en quien se reconoce las limitantes de la enfermedad y la capacidad de cambio (Peplau, 1990).

Percepción.- Procesos mentales por los que se organizan significativamente los datos sensoriales, intelectuales y emocionales influida por las características personales (Ackerhalt, 1983).

CAPITULO 2

MARCO TEORICO

2.1 MODELO TEORICO DE PEPLAU



Las características particulares de los pacientes psiquiátricos requieren que enfermería desarrolle técnicas personales y profesionales para que los usuarios tengan confianza en comunicar sus problemas, pensamientos y sentimientos que les ayude a enfrentar la enfermedad, Peplau (1990), en su modelo teórico hace hincapie en el proceso de interacción que conduce a una alianza terapéutica con el paciente y su familia. En este proceso de interrelación con el usuario enfermería ocupa un espacio muy importante en la atención particularmente por el tiempo que está en contacto con él en las diferentes fases de la enfermedad, ésto le dá oportunidad de establecer interacciones que de ser terapéuticas pueden contribuir a la rehabilitación del paciente y a la estabilidad familiar.

En éste sentido Peplau (1990), recomienda que la enfermera amplíe su autoconocimiento, reflexionar sobre sentimientos y actitudes ante sí mismo y los demás con el fin de identificar limitaciones y fortalezas al establecer una relación

interpersonal; aceptar que como otros individuos está expuesta a situaciones de estrés y que puede tener reacciones humanas; estar conciente de esta vulnerabilidad contribuye a la efectividad de la relación, aspecto que también fué identificado por Main (1957).

Peplau (1990), identificó que la enfermedad provoca en el individuo la reactivación de conflictos de la infancia, por ende una de las tareas psicológicas de la enfermera es identificar las necesidades que se derivan del comportamiento del paciente y de mecanismos de defensa psicológicos que emergen para disminuir la ansiedad; la intervención eficaz en ésta situación será aquella que toma en cuenta el nivel de desarrollo que está operando en el individuo para ayudar a resolver sus necesidades, de tal forma que se avance para satisfacer otras necesidades más maduras.

El grado de dependencia del individuo será mayor, si la persona es privada de expresar sus deseos. La enfermera es el profesional preparado para entender la psicodinámia de la conducta de los pacientes altamente dependientes para que la reacción sea terapéutica. La intervención incondicional permite que el usuario se exprese libremente, disminuya su dependencia además esto permite a la enfermera ampliar el conocimiento de la forma que utiliza al paciente para enfrentar la enfermedad.

Peplau (1990), describe que los pacientes que tienen rasgos de carácter en donde predomina la necesidad de control, requieren más que otros pacientes que se anticipen los procedimientos a realizar, hacer planes en conjunto en un ambiente afectuoso y de aceptación, ello favorece la disminución de la ansiedad y mejora las habilidades personales del usuario.

De acuerdo a la teorista la enfermera conoce las claves de crecimiento en el comportamiento, así mismo desarrolla en los usuarios la habilidad para afrontar los problemas a fin de buscar explicación psicológica de la situación que el paciente plantea en ese momento.

Lo anterior implica conocer la historia del cliente sus experiencias satisfactorias e insatisfactorias, como un elemento que contribuye para progresar en la relación de ayuda.

Enfermería al planear la atención del paciente psiquiátrico integra el apoyo a necesidades físicas a una aceptación incondicional en los diferentes niveles de dependencia aun en aquellos pacientes con mayor alteración mental. Su arte consiste en transmitir un interés genuino que se logra siendo espontánea, confiable, evitando actitudes robotizadas y represivas y también al estar atento a lo que siente y desconoce acerca del paciente (Simpson, 1992).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

La postura empática le dá una dimensión personal a la atención,® la enfermera capaz de sentir, tiene más posibilidades de buscar alternativas de acercamiento para identificar los sentimientos y pensamientos que podrían generarse en el paciente. En este sentido no es necesario que la enfermera tenga experiencia vivencial de todas las situaciones que le permitan comprender las posibles reacciones del individuo , lo importante es que tenga presente que las personas no son iguales (Simpson, 1992).

Los elementos que se han señalado llevan consigo un requerimiento de plasticidad para asumir el rol mas conveniente, acorde a las carencias psicológicas, físicas y sociales que se están manifestando.

Simpson (1992), describe que en el modelo de Peplau, la alianza que se espera es de cooperación entre paciente-enfermera, de tal forma que existan mas posibilidades para una buena y más rápida recuperación al evitar posturas autocráticas y que favorezcan la dependencia. Peplau (1990), destaca que el personal debe desarrollar una alianza de cooperación, aprendizaje constructivo y de autosuficiencia en los pacientes, a través del desempeño de roles dinámicos, no progresivos, y que se interrelacionan con frecuencia entre sí.

2.1.1 ROLES DE ENFERMERIA, ACORDES AL MODELO DE PEPLAU

1) Rol de persona extraño: se inicia con un acercamiento de respeto personalizado en busca de una alianza de cooperación, para lo cual es importante reconocer sus capacidades entendiendo lo que comunica, evitando etiquetar o calificar el comportamiento de los individuos.

2) Rol de persona-recurso, ésta actividad se centra en tratar, informar y despejar dudas de los problemas de salud. Su arte consiste en identificar la consecución de un aprendizaje constructivo al evitar dar consejos, por lo que se requiere explorar los aspectos psicológicos que intervienen en el problema y distinguir las situaciones que ameritan respuestas directas y objetivas de las que encubren sentimientos y necesitan asesoría; como señala la autora “Las enfermeras han interpretado siempre los planes y procedimientos del tratamiento para clarificar el cuidado prestado al paciente”.

3) Rol de enseñanza: está implícito en los diferentes papeles que la enfermera desempeña, su tendencia es desarrollar el conocimiento, al evaluar la capacidad de autocuidado tomando en cuenta los conocimientos y creencias del paciente.

4) Rol de liderazgo: se espera que la enfermera motive la participación de las personas involucradas en el tratamiento y la búsqueda de alternativas para la solución de los problemas.

5) Roles sustitutivos: Es un fenómeno psicológico de transferencia en donde al usuario en forma inconciente atribuye identidades diferentes a la enfermera que son necesarios para tener una relación terapéutica con el paciente.

Su distorsión en la imagen puede influir positiva o negativamente de acuerdo a los atributos de la figura sustitutiva, cuando los sentimientos reactivados son de hostilidad y se tiene conciencia de éste evento la enfermera puede comprender que la conducta del paciente está determinada por procesos inconcientes.

Reconocer la transferencia permite controlar reacciones contratransferenciales que limiten el rol de la enfermera, ayudar al paciente a distinguir similitudes y diferencias para que la perciba en forma realista.

Los roles sustitutivos están relacionados con necesidades psicológicas las cuales se deben identificar y tratar; la relación sigue un continuo cuyo fin es

llegar a la autosuficiencia, por tanto es conveniente que se observen las claves en la conducta que indica una tendencia hacia la independencia.

6) Rol de asesor: Constituye la promoción de la experiencia que conduce a la salud, la forma en que la enfermera responde a las demandas del paciente es determinante, el abordaje se centra en ampliar experiencias poco claras para el paciente, incluye la verificación de como se siente el paciente consigo mismo, como persona enferma y con respecto a pérdida de roles que esto conlleva. El asesoramiento tiene como fin ayudar a pacientes a tener conciencia de lo que sucede en lugar de mantenerlo disociado.

Los diversos roles, se van asumiendo en cada una de las fases que Peplau describe en el proceso de la relación interpersonal.

2.1.2 FASES DE LA RELACION DEL MODELO DE PEPLAU

FASE DE ORIENTACION.- Se analiza la reacción del paciente y su familia ante la enfermedad la cual se deriva de experiencias anteriores y del grado de conocimiento sobre la enfermedad; se valora además la objetividad en que percibe la situación problemática en cuanto a la gravedad y expectativas. Con ello se enmarca la dimensión de la intervención y permite planear la característica y el tipo de aprendizaje que se requiere.

La teoría de Peplau (1990), centra su atención en la enfermera como persona pues es requisito que reconozca los sentimientos que se generan al proporcionar ayuda para evitar interferencias en la relación y satisfacción de necesidades.

El objetivo en ésta fase es que el usuario identifique, comprenda y esté conciente de la ayuda que requiere. En ésta tarea participa la totalidad del equipo; a enfermería compete proporcionar y recopilar información, reforzar y clarificar lo que el médico ha comunicado al paciente e identificar los problemas periféricos o potenciales que se asocian con el problema principal.

Se espera que la enfermera fomente la participación del paciente en la identificación y comprensión del problema, que haga uso de un rol democrático para crear una atmósfera de colaboración y que integre la experiencia sin mayores consecuencias en su vida diaria. Para lograrlo es indispensable que el equipo de salud esté coordinado y siga un mismo plan que evite interferencias.

Otra acción de suma importancia es la orientación de los servicios que se ofrecen, rutinas del hospital, presentación del personal con los pacientes, ésto contribuye en disminuir la ansiedad, si se desarrolla en ambiente de interés y con una intención sentida de evitar desgaste emocional y reacciones de poca colaboración.

FASE DE IDENTIFICACION.- Cuando el paciente tiene un idea más clara de su situación de salud y de los recursos con que cuenta para enfrentar la enfermedad podrá indentificar las personas de apoyo, proceso en el cual influyen las características personales de los pacientes y de su familia.

En esta fase la meta es desarrollar una alianza terapéutica donde la tarea psicológica de las enfermeras es lograr establecer patrones de relación que proporcionen al paciente nuevas experiencias gratificantes como sustento para

expresar sus sentimientos, es importante estar alerta a la reacción de experiencias infantiles que se identifican por comportamiento de interdependencia, aislamiento o dependencia.

En éste período se puede potencializar la represión de emociones, por lo que la enfermera debe ser sensible a las manifestaciones psicológicas de los pacientes, ayudandolos para que no interfieran en el proceso de recuperación y les ayude a reconocer la necesidad de atención, haciendo hincapié en que los cuidados completos y dependientes son temporales para que el deseo de ser adulto siga presente.

El aprendizaje constructivo se persigue en ésta fase y no el dado por la imitación ya que se pretende que el paciente haga uso de su esfuerzo para atender su situación y desarrolle sus propias respuestas tendientes a la autosuficiencia.

FASE DE EXPLOTACION.- En ésta fase se incrementan las demandas del usuario para satisfacer sus necesidades, analizar las alternativas para solucionar los problemas y hacer planes para regresar a su medio ambiente, éste periodo se asemeja a la convalescencia dado que el conflicto se centra entre la necesidad de dependencia y la independencia

Enfermería debe estar pendiente de tratar las necesidades que surjan, cuando las exigencias se tornan un problema, el equipo de salud debe revisar la motivación de la conducta a fin de identificar la línea de acción, en ocasiones se debe reforzar la represión de la necesidad por dominar y obtener beneficios secundarios de ser necesario.

FASE DE RESOLUCION.- En ésta etapa el paciente se prepara para volver a su medio ambiente, la familia con una preparación adecuada y particular a su circunstancia social, cultural y educativa estará en condiciones de reforzar el tratamiento para esperar mejores resultados; si se integra bien la experiencia de ayuda se disminuirá el sentimiento de desamparo.

Para la autora, la fase de resolución es un fenómeno psicológico en donde el paciente siente el deseo de concluir el episodio de enfermedad, por lo que la tarea de la enfermera consiste en asegurar que las necesidades de dependencia psicológica y de relación se apoyen, con lo anterior se evita que se incremente la ansiedad desencadenada por necesidades no satisfechas.

La resolución se dá con la creación y fortalecimiento de la capacidad para actuar por sí mismo, ésto se alcanza cuando se resuelven las necesidades dadas por la aceptación incondicional en la relación y el reconocimiento de los logros del paciente en su dinámica con la familia.

2.2 AMBIENTE TERAPEUTICO

Otro aspecto de igual importancia que se deduce del marco de Peplau indica la factibilidad de establecer relaciones significativas entre enfermera, paciente y familia, es el momento histórico en el que se encuentra el hospital, pues no es posible establecer relaciones interpersonales en instituciones que carecen de infraestructura organizacional y no permiten el desarrollo de la identidad profesional.

Hockmann (1971), señala que si el ambiente social que impera es de carencia y privación de estímulos, con personal sin conocimientos y falta de apoyo, las interacciones entre paciente-familiar-personal y entre el equipo terapéutico estarán basadas en el principio de desconfianza, competencia desleal, lucha por el poder, pérdida de identidad, roles mal definidos como consecuencia de una cultura institucional en donde predominan papeles de dominio-sumisión.

Al respecto Ayala (1991) & Irving (1975), enfatizan que un ambiente poco estimulante exacerba la sintomatología psiquiátrica de los pacientes, conductas regresivas, pasivas, apáticas y de indiferencia; también afecta la capacidad del personal para relacionarse terapéuticamente con los pacientes.

El ambiente psiquiátrico hospitalario ha sido analizado por diferentes autores, sus aportaciones son de trascendencia para tener un mejor entendimiento de la enfermedad, evitar reforzar o desencadenar estados patológicos al entablar relaciones interpersonales. Sobre éste punto, Chaigneau & Col. (1971), identificaron que no toda conducta del paciente es síntoma de enfermedad; si el personal no diferencia la parte sana psicológica de la parte enferma, será incapaz de fomentar un estado de bienestar y tratar adecuadamente el problema de salud.

Racamier (1970), refirió cómo la ausencia casi total y prolongada de relaciones afectivas y sociales fomentan la patología como consecuencia de la sociopatología hospitalaria generándose el hospitalismo, el cual se caracteriza por una pérdida de iniciativa, apatía social y actitudes agresivas.

Stanton & Shwartz, (1954), describieron que el desconocimiento de los conflictos del personal producen exacerbación de los síntomas psiquiátricos en los pacientes hospitalizados, por lo cual se debe resolver tal situación para hacer del ambiente hospitalario un ambiente terapéutico.

Hochmann (1971), destacó que una de las reacciones mas comunes para disminuir el estrés en el personal es la tendencia a homologar a los pacientes desconociendo o anulando su individualidad, paradójicamente esto es una fuente muy intensa de la génesis de la enfermedad.

El efecto de la homologación en el personal de enfermería es una consecuencia de indiferenciación en su rol, en el que no habiendo una clarificación en las tareas, el sistema de trabajo se caracteriza por rotaciones frecuentes del personal, evitando un compromiso profesional en la continuidad de la atención, lo cual repercute en la falta de confianza del paciente y en las personas que lo rodean.

A raíz del estudio de los fenómenos institucionales antes descritos que no favorecen la recuperación del paciente, se desarrollaron métodos de atención que proponen la inclusión del ambiente como parte del tratamiento, siendo uno de ellos la terapia institucional, esta modalidad se centra en la transformación del asilo psiquiátrico en un hospital de especialidades, dando cabida a la resocialización y participación activa de los usuarios hace uso de la comunicación abierta y favorece la expresión de sentimientos.

En este ambiente el rol de la enfermera es dinámico, refuerza los planes de tratamiento, su presencia constante y continua provee de contacto con la realidad a los pacientes, dando un alto valor a las relaciones interpersonales y a el análisis constante de los fenómenos que se suscitan como consecuencia de la interacción (Chazaud, 1980).

2.3 ESTUDIOS RELACIONADOS

En la búsqueda de artículos de investigación no se encontraron estudios directos sobre la opinión de la relación interpersonal enfermera-paciente y el seguimiento del tratamiento psiquiátrico, no obstante, se han realizado estudios que enfatizan la importancia de la relación interpersonal como influencia positiva en la rehabilitación del paciente ya que se disminuyen los procesos regresivos, mejora la autoestima y la autosuficiencia.

En un estudio realizado por Davitz & Col. (1980), se describe que las enfermeras más sensibles al dolor, expresaban empatía, tenían una actitud positiva, además de proporcionar una mejor orientación a los pacientes de los procedimientos a realizar; por otra parte, enfermeras menos sensibles tenían más actitudes impersonales, eran más distraídas, cambiaban de tema o tenían una comunicación más concreta. Ser sensible implica reconocer los valores de los pacientes, cualidad indispensable si la atención es dirigida a un paciente psiquiátrico.

Lo anterior también fué identificado por Moore & Kuipers (1992), al concluir que el staff que manejaba las emociones y se involucraba con los pacientes tenían mejores resultados al aumentar la expresión emocional del

paciente y mejorar su autoestima. Esto fue observado en pacientes esquizofrénicos sin daño orgánico y con alto nivel de estrés.

Ackerhalt (1983), destaca los riesgos personales a los que se enfrentan las personas al relacionarse con los pacientes psiquiátricos, en el personal predomina el miedo al ataque físico y al rechazo, sentimientos de impotencia y frustración; en tanto en los pacientes se pueden precipitar reacciones de temor, coraje, resentimiento o culpa; superar éstos estados de ánimo llevan a un mejor nivel de satisfacción en ambos.

Bonnivier (1992), se dió a la tarea de investigar la contratransferencia que los pacientes desencadenan en la enfermera con el fin de evitar interferencias negativas en la relación enfermera-paciente. Peplau (1990), al respecto señala que una limitante en la interacción con el paciente es actuar en base a prejuicios y generalizaciones, evitar estas actitudes lleva a una alianza constructiva.

Simpson (1992), basado en la tesis de Peplau, analizaron didácticamente el proceso de relación de un "paciente impopular" ellos identificaron prejuicios y reacciones de contratransferencias negativas en el staff de enfermería que previamente había tenido contacto con el paciente. El caso fue retomado por una enfermera que no conocía el paciente, además evito involucrarse en los prejuicios por lo que no reaccionó con hostilidad, le dio tiempo al paciente para que expresara sus sentimientos y pensamientos, después de una serie de intervenciones domiciliarias se favoreció el regreso del usuario a la consulta.

Richmond (1995), obtuvo también como resultado de una encuesta que las tendencias de sobreprotección, falta de ayuda y actitud de apresuramiento

de las enfermeras, llevan a los pacientes a darles bajas calificaciones en la satisfacción de las necesidades, ello a diferencia de la enfermera que perciben más amigable, que les transmite esperanza, los orientan sobre el hospital y uso de los medicamentos. Sobre éste aspecto un grupo de enfermeras que trabaja en la agencia de servicios integrados de la villa en California refieren mejores resultados cuando los pacientes reciben un trato personal, de respeto y relación, además si se les involucra en los planes de tratamiento (Thompson & Strund, 1994).

Los elementos de la teoría de Peplau (1990), han sido utilizados por diferentes autores al examinar o proponer sistemas de atención encaminado a mejorar el tratamiento de pacientes con enfermedad mental. Sin embargo los resultados encontrados no hacen mención de los efectos que se tienen en la continuidad del tratamiento. Ejemplo de lo anterior es la capacitación que se dió a enfermeras que atienden a pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno afectivo, lo cual les permitió aplicar sus principios en el manejo de los pacientes; los resultados indican que las enfermeras se acercaban terapéuticamente a los pacientes, se involucraban en el tratamiento y dedicaron menos tiempo a los aspectos administrativos; el efecto del acercamiento en los pacientes fué de ansiedad transicional por los requerimientos de la relación en la que se hizo participe a los usuarios.

Forchuk (1992), centró su investigación en la fase de orientación, él sostiene que los resultados de la psicoterapia y rehabilitación dependen de la resolución de la fase inicial de la relación, así, al tener confianza el paciente puede expresar sus problemas. Los hallazgos reportados indican que el paciente tarda más de tres meses en superar esta fase, además cuatro de ocho pacientes

que reinician la orientación abandonan la relación si la enfermera asignada no es la misma.

Otros estudios como el de Weissman & Appleton (1995), enfatizan la importancia de la aceptación del paciente por la enfermera; en los adolescentes estudiados el efecto de la aceptación fué positivo, al proporcionarles confort emocional. Al respecto Hellwig (1993), encontró que aproximadamente dos terceras partes de pacientes regresan al hospital después de no cumplir con la medicación, esto debido a la ausencia de un clima de interés y asesoramiento.

En los pacientes hospitalizados se han intentado con buenos resultados métodos de intervención que contribuyen a la rehabilitación de los pacientes, uno de ellos es la terapia enfocada que consiste en una técnica terapéutica desarrollada por enfermeras, se centra en la solución de problemas y el elemento de intervención se basa en empatía, aceptación, reconociendo posibilidades de cambio (Masson & Cols. 1994).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

En la misma línea, las enfermeras que trabajan en una clínica especializada, consideran la conveniencia de integrar más de un concepto teórico al atender a los pacientes. Su tesis se basa en el uso de conceptos de Peplau y en el proceso de atención de enfermería, en ésta agencia elaboraron un plan para tratar pacientes difíciles; al evaluar los resultados éstos no fueron satisfactorios, concluyendo que se dió una alianza constructiva entre paciente y enfermera, no obstante la relación tuvo interferencias por un tercero que bloqueó los planes (Morrison, C. 1992), situación que apoya incluir en el tratamiento a otros miembros del personal así como a la familia.

Biagini (1994), ha examinado la influencia de los factores familiares en el curso de la enfermedad, encontrando que los pacientes que regresan a vivir con familias que muestran alto nivel de emoción expresada presentan más recaídas, la exacerbación de síntomas aumentan la probabilidad de que los miembros de la familia respondan a esto con una comunicación matizada por una elevada expresión de emociones intensificándose la conducta patológica del paciente creando un círculo vicioso; a diferencia de las familias en donde la expresión emocional es baja.

La familia requiere que se maximicen los recursos con los que cuenta para contener la enfermedad y enfrentarse a ella, en la alianza de trabajo se deben evitar actitudes agresivas hacia la familia, (Biagini, 1994).

En un estudio realizado en un hospital de la ciudad de Virginia, E.U.A., observaron que el incremento en los reingresos de pacientes con enfermedad mental crónica se asoció con problemas económicos, fueron factores predisponentes el desempleo, la pobreza y la desintegración familiar; además identificaron que las mujeres que eran “cabeza de familia” con las características sociales antes descritas tenían mayores reingresos, (Turner & Wan, 1993).

Por otro lado Wells, (1992), encontró que los pacientes al salir del hospital requieren de un mayor soporte por la exacerbación de los síntomas de su enfermedad como una reacción de ajuste ante la separación del hospital, por lo que se concluyó que hay necesidad de fomentar un sentimiento de autonomía en los pacientes para que toleren la separación, así mismo desarrollar un sistema de información a los familiares sobre el ajuste esperado y la forma de enfrentamiento.

Después de diez años León (1992), encontró que la idea que tienen los pacientes de la enfermedad y la actitud ante ella, influye en la evolución del cuadro clínico, éste conocimiento dá margen para intervenir al aclarar o reforzar la percepción que se tiene. La opinión de los pacientes de la atención que reciben es importante para conocer si la intervención está acorde a sus necesidades y si ésta es efectiva para que mantenga el paciente su nivel de funcionamiento (Peplau, 1990).

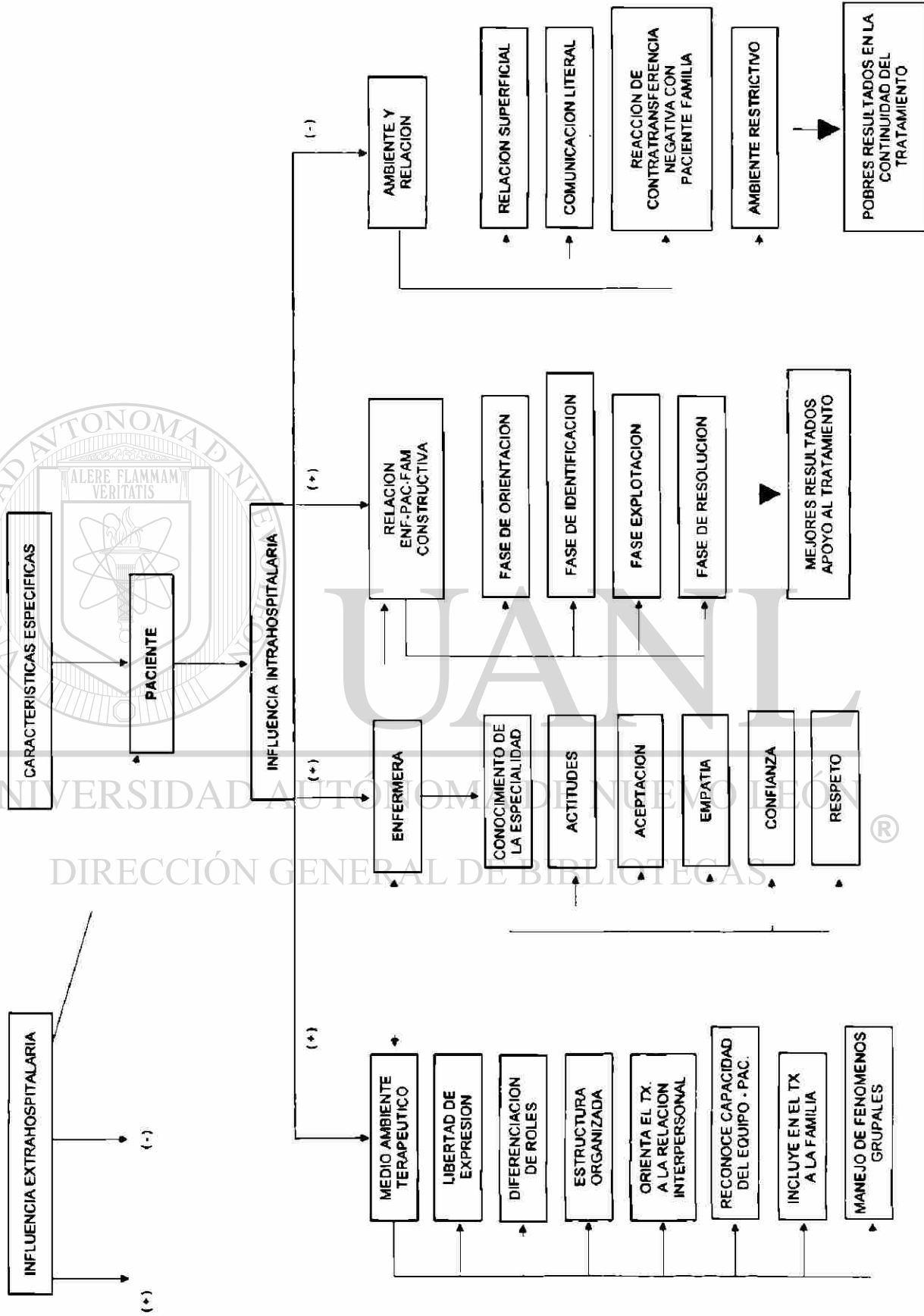
Los autores ya señalados dan a conocer los factores que pueden estar circunscritos a las recaídas de los pacientes, en cada uno de ellos está implícita la necesidad de aplicar principios de la relación interpersonal para el logro de las metas no solo con el paciente, si no también con el sistema familiar y el equipo terapéutico.

La relación terapéutica que promueva la enfermera puede animar a los usuarios a beneficiarse de los tratamientos que se ofrecen y a continuar su rehabilitación.

El esquema que se presenta a continuación integra los elementos revisados en éste capítulo (ver Esquema No. 1, pp. 29).

RELACION INTERPERSONAL ENFERMERA-PACIENTE-FAMILIA

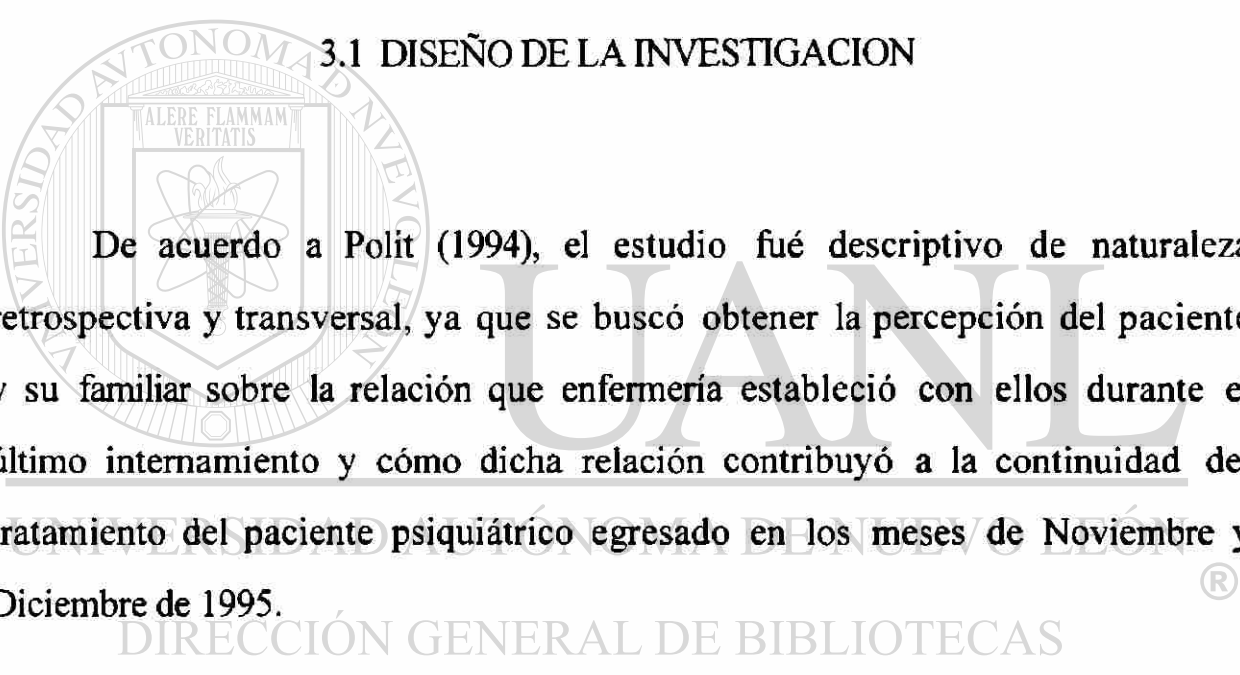
DIAGRAMA DE RELACION INTERPERSONAL POSITIVA Y NEGATIVA BASADA EN EL MODELO DE HILDEGARD E. PEPLAU (1988)



CAPITULO 3

METODOLOGIA

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION



De acuerdo a Polit (1994), el estudio fué descriptivo de naturaleza retrospectiva y transversal, ya que se buscó obtener la percepción del paciente y su familiar sobre la relación que enfermería estableció con ellos durante el último internamiento y cómo dicha relación contribuyó a la continuidad del tratamiento del paciente psiquiátrico egresado en los meses de Noviembre y Diciembre de 1995.

3.2 SUJETOS

La población estudiada estuvo constituida inicialmente por 32 pacientes egresados en Noviembre y Diciembre de 1995, de un hospital psiquiátrico gubernamental; de los cuales 5 fueron excluidos (2 estaban fuera de la Ciudad, 1 paciente presentó exacerbación de síntomas psiquiátricos; en un caso el familiar no aceptó que su paciente participara y de otro paciente el domicilio no se localizó); quedando 27 pacientes, también se integro a un miembro de la familia

que el paciente identificara como recurso de apoyo al tratamiento establecido, por tanto la muestra comprendió a 27 familiares.

El método para seleccionar la muestra fué no probabilístico, siendo este por conveniencia.

Los criterios para la selección de los sujetos del estudio fueron:

Criterios de inclusión: Pacientes egresados de un hospital psiquiátrico, en los meses de Noviembre y Diciembre de 1995, dados de alta por mejoría, con diagnóstico psiquiátrico diferente a retraso mental o demencia, que cuenten con un familiar identificado por el paciente como recurso de apoyo al tratamiento.

Criterios de exclusión: Pacientes egresados con diagnóstico de retraso mental o demencia, dados de alta por motivos diferentes a mejoría, que no cuenten con un familiar y que no vivan en zona urbana o conurbada[®] al Municipio de Monterrey, Nuevo León.

Criterios de eliminación: Pacientes que no se encuentran en su domicilio, con exacerbación de sintomatología psiquiátrica, con domicilios no localizados, que el familiar o paciente no acepte participar en el estudio o bien se encuentran hospitalizados en el período de captación.

3.3 ETICA DEL ESTUDIO

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, Art. 17, Cap. II (1987), el estudio no es considerado de riesgo.

Se consideraron del citado reglamento las siguientes disposiciones:

- 1.- Se respetó la dignidad y se protegieron los derechos de los participantes.
Art. 13.

Se tuvo especial cuidado en establecer un clima de confianza y seguridad, evitando mensajes que intimidaran a los participantes, o amenazaran los privilegios adquiridos para la atención. Se evitó establecer una relación jerárquica de autoridad, en la presentación se informó que el entrevistador formaba parte del personal de enfermería y trabajaba en el lugar de estudio, así mismo se reconoció en los participantes capacidad de autodeterminación, esta actitud de respeto prevaleció en el transcurso de la relación.

- 2.- En base al Art. 14, Fracción V., se busco el consentimiento informado y por escrito de los participantes. (ver APENDICE E).

El estado psicológico de los pacientes estudiados permitió que se respetara el derecho de autodeterminación por estar la enfermedad en fase de remisión y tener capacidad de abstracción. Además de contar con la aprobación del familiar identificado previamente por el paciente como recurso de ayuda.

- 3.- Se protegió la privacidad e identidad de los sujetos en estudio, Art. 16. Para el cumplimiento de éste aspecto se le asignó una clave a cada participante. Los datos personales fueron confidenciales. En la computadora no se registró ningún nombre y todos los datos fueron codificados. Además en forma verbal y por escrito se aseguró confidencialidad en toda la información.
- 4.- Art. 18, se respetó suspender la entrevista al identificar signos y síntomas de exacerbación. Además se dejó claro que los participantes podrán retirarse de la investigación en el momento que lo juzgue necesario.
- 5.- Se cubrió el requisito de ampliar la información de la investigación y se respetó la garantía de dar respuestas a las dudas que surjan en torno a la investigación, Art. 21.
-
- 6.- Retribución a sujetos, se dió particular importancia en atender las necesidades o problemas presentados en el momento del estudio por los participantes con el fin de reforzar aspectos positivos y/o dar orientación a los problemas de salud planteados.

3.4 MATERIAL

Para alcanzar los objetivos se diseñó un instrumento denominado “Escala de opinión de paciente y familiar sobre la relación de la enfermera y la continuidad del tratamiento psiquiátrico” (ver APENDICE B). La opinión es

registrada por el entrevistador, una vez concluida la entrevista y después de escuchar las respuestas previamente grabadas.

La escala se basa en la teoría de Hildegard E. Peplau, consta de 16 ITEMS dirigidos a identificar actitudes y tareas básicas de cada fase de la relación de la enfermera con el paciente y su familia a través de la percepción de los participantes.

El valor total mínimo del instrumento es de 14 puntos y el valor máximo de 64, los ITEMS están divididos de acuerdo a las fases que propone Peplau, como a continuación se describe :

	Fase	ITEMS	P. Min.	P. Total
I.-	Orientación	1, 2, 3, 4	4	16
II.-	Identificación	5, 6, 7, 8	4	16
III.-	Explotación	9, 10, 11, 12	2	16
IV.-	Resolución	13, 14, 15, 16	4	16

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

64

Cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta· sólo en la fase de explotación los ITEMS número 10 y 11 tiene una quinta opción de “No aplica”.

Siempre	(4)
Casi siempre	(3)
Algunas veces	(2)
Nunca	(1)
No aplica	(0)

Se optó por darles un orden de valor para identificar el tipo de relación de acuerdo al puntaje obtenido.

Puntos en General	Tipo de relación	Código
14 - 32	Deficiente	0
33 - 48	Regular	1
49 - 64	Buena	2

Puntos por fase	Tipo de relación	Código
4 - 8	Deficiente	0
9 - 12	Regular	1
13 - 16	Buena	2

Para medir la variable dependiente, la escala incluye ITEMS para identificar si el paciente continuó el tratamiento (ver APENDICE B), registro que se llenó a través de la entrevista, confrontada con los registros de la Institución sobre la asistencia a la consulta externa a partir del último egreso del paciente. A los familiares también se les entrevistó para obtener información sobre la continuidad del tratamiento.

Los ITEMS No. 32 y 34 son los que indican si hay o no continuidad. Las opciones de respuesta fueron:

Siempre	1	Si	Continuidad
Algunas veces	0	No	Continuidad
Nunca	0	No	Continuidad

Los ITEMS No. 30, 31, 33, 35 y 36 indican el motivo conciente expresado por pacientes y familiares para incurrir en la interrupción del tratamiento, éstas variables extrañas se incluyen con el fin de saber el por qué de la deserción, observar si el sistema de atención esta contribuyendo a evitar está problemática.

Por último se diseño un formato para registrar los datos demográficos y clínicos de los pacientes en estudio (H.R.D.D.C.), éstos datos fueron obtenidos del expediente clínico. (ver APENDICE D. A).

3.5 PROCEDIMIENTO

Una vez que se autorizó el estudio por los directivos del Hospital (ver APENDICE E), dos Licenciados en Enfermería con experiencia en el área psiquiátrica, previamente capacitados en la aplicación de las escalas procedieron a captar la información (ver APENDICE C).

Actividad que se inició a finales de Diciembre de 1995, la técnica utilizada para el llenado de los formatos fué a través de la entrevista, siendo grabada con previa autorización de los participantes valorando que no fuera un estresor y cuidando la privacidad de los participantes; éste sistema se utilizó como recurso de apoyo para crear un ambiente mas natural que permitiera un diálogo más fluido y personalizado. Una vez concluida la entrevista, como trabajo de escritorio se llenaron los registros, también se procedió a ordenar los hallazgos detectados en el desarrollo de la entrevista. Los datos demográficos y clínicos, se obtuvieron del expediente clínico registrados en el formato diseñado (ver APENDICE C).

La codificación y captura de los datos se realizó al finalizar la totalidad de las entrevistas (ver APENDICE C). La información se procesó por medio electrónico utilizando Statistical Package for The Social Science (SPSS/PC).

Una vez procesada la información y dadas las características se procedió a utilizar el modelo logístico con el fin de aprobar ó rechazar las hipótesis de investigación. Este metodo de regresión es apropiado, ya que considera a la variable dependiente con naturaleza dicotómica.

Además de obtener estadísticas descriptivas, para observar las características de las variables en estudio, paquetes para la captura del documento y gráficas elementales.

A través de la escala ALFA se encontró una consistencia del instrumento de .9311.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO 4

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación fueron divididos en tres secciones; la sección 4.1 se centró en el análisis descriptivo de las variables, la sección 4.2 se refiere al análisis estadístico y el 4.3 concentra los hallazgos cualitativos del estudio.

4.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

Las características demográficas de los pacientes indican lo siguiente :

- 1.- El 85 por ciento de los pacientes fueron hombres y el 4 por ciento mujeres.
- 2.- Predominó el grupo de 21 a 35 años de edad (63 por ciento) le continuaron pacientes de 36 a 55 años.
- 3.- EL 70 por ciento de pacientes son solteros, el 15 por ciento están casados y el 15 por ciento vive en unión libre, o está separado.

- 4.- Con respecto a la ocupación se encontró que el 66 por ciento esta desempleado, el 26 por ciento esta empleado, el 4 por ciento se dedica al hogar y el mismo porcentaje se dedica a estudiar.
- 5.- Los pacientes cuentan con mayores estudios a la preparación básica (44 por ciento), el 30 por ciento tiene secundaria y el 26 por ciento tiene primaria.
- 6.- De acuerdo al tipo de familia se encontró que el 89 por ciento es nuclear, el 7 por ciento es extensa y el 4 por ciento compuesta (ver Tabla I).

Tabla I

Características demográficas de los pacientes estudiados. Diciembre, 1995.

Sexo	Edad		Estado civil					
	Nº	%	Nº	%				
Hombres	23	85	14 - 20	4	15	Soltero	19	70
Mujeres	4	15	21 - 35	17	63	Casado	4	15
			36 - 55	6	22	U. libre-Separado	4	15
	27	100		27	100		27	100

Ocupación	Educación		Tipo de familia					
	Nº	%	Nº	%				
Empleado	7	26	Mayores estudios	12	44	Nuclear	24	89
Desempleado	18	66	Secundaria	8	30	Compuesta	1	4
Hogar	1	4	Primaria	7	26	Extensa	2	7
Estudiante	1	4						
	27	100		27	100		27	100

Fuente: H.R.D.D.C.

N = 27

Con respecto a la característica clínica de los pacientes estudiados se identifico que: el 52 por ciento de los usuarios no tienen antecedentes familiares psiquiátricos y el 48 por ciento si los tiene, de este porcentaje, la mayor proporción (19 por ciento) son hermanos; de acuerdo al diagnóstico el trastorno afectivo (37 por ciento) fue el más frecuente, le continuo la esquizofrenia con el 33 por ciento, las adicciones (19 por ciento) y los trastornos orgánicos con el 11 por ciento (ver Tabla II).

Al revisar los días estancia se observó que predomino las hospitalizaciones de menos de 30 días (33 por ciento); el 26 por ciento correspondió tanto a los periodos de 31 a 45 días como a 60 ó más (ver Tabla II).

Tabla II

Características clínicas de los pacientes estudiados. Diciembre, 1995.

Antecedentes Familiares Psiquiátricos			Diagnóstico Psiquiátrico			Días Estancia		
	Nº	%		Nº	%		Nº	%
Sin Antecedentes	14	52	Trastorno afectivo	10	37	menos de 30	9	33
Padre	3	11	Esquizofrenia	9	33	31 a 45	7	26
Madre	2	7	Adicciones	5	19	46 a 60	4	15
Hermanos	5	19	Trastorno Orgánico	3	11	61 y más	7	26
Abuelo, Primo, Papás	3	11						
Total	27	100		27	100		27	100

Fuente: H.R.D.D.C.

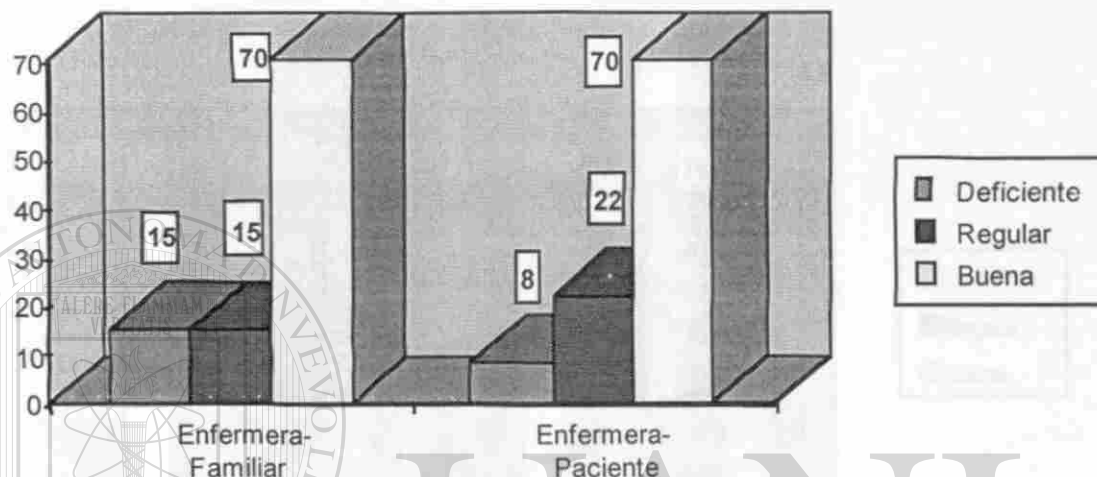
N = 27

Al analizar la opinión de los pacientes y su familiar del tipo de relación que enfermería en general establece, se detectó que el 70 por ciento indistintamente la percibe como buena y el 15 por ciento de los familiares la describen deficiente,

a diferencia de los pacientes que sólo el 8 por ciento la califica como deficiente (ver Figura 1).

Figura 1

Opinión del paciente y su familiar de la relación con enfermería en la Población Estudiada. Diciembre, 1995.



Fuente: E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 27

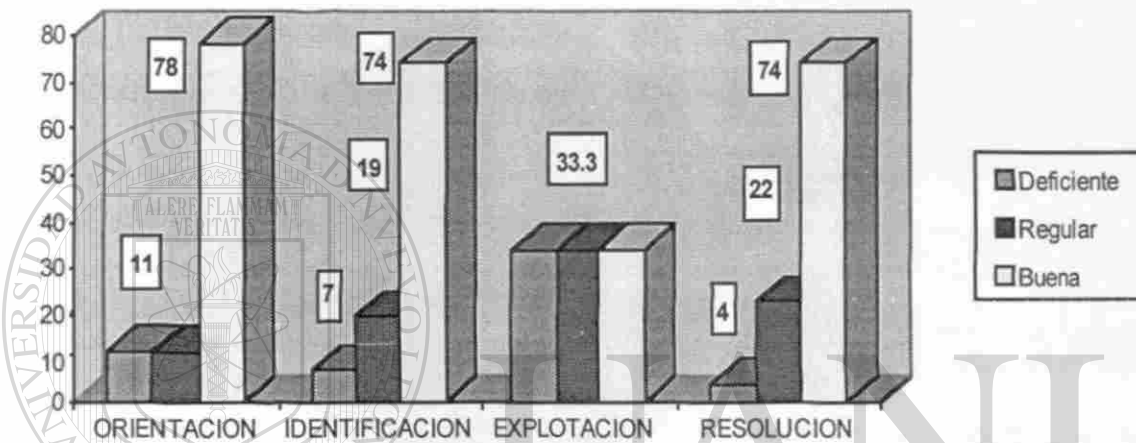
Otro aspecto que se exploró fue la presencia de cada fase de la relación descrita por Peplau, confrontada con la opinión del paciente y su familiar; se observa que la fase de orientación, identificación y resolución la califican como buena con porcentajes que varían de 74-78 por ciento, sin embargo, la fase de explotación sólo el 33 por ciento la califica como buena y el 33.3 por ciento regular y 33 por ciento deficiente.

Al comparar la opinión de los familiares se observa en el rubro de buena relación la fase de identificación y resolución con puntaje de 63 por ciento; la fase de orientación y explotación varía del 71-78 por ciento.

Cabe destacar que al comparar los porcentajes de deficiente relación dada por la percepción entre paciente y familiar, se encuentra mayor insatisfacción en cuanto a la relación Enfermera-Familiar. (ver Figura 2 y 3).

Figura 2

Opinión del paciente de la relación interpersonal con enfermería por fase en la Población Estudiada. Diciembre, 1995.

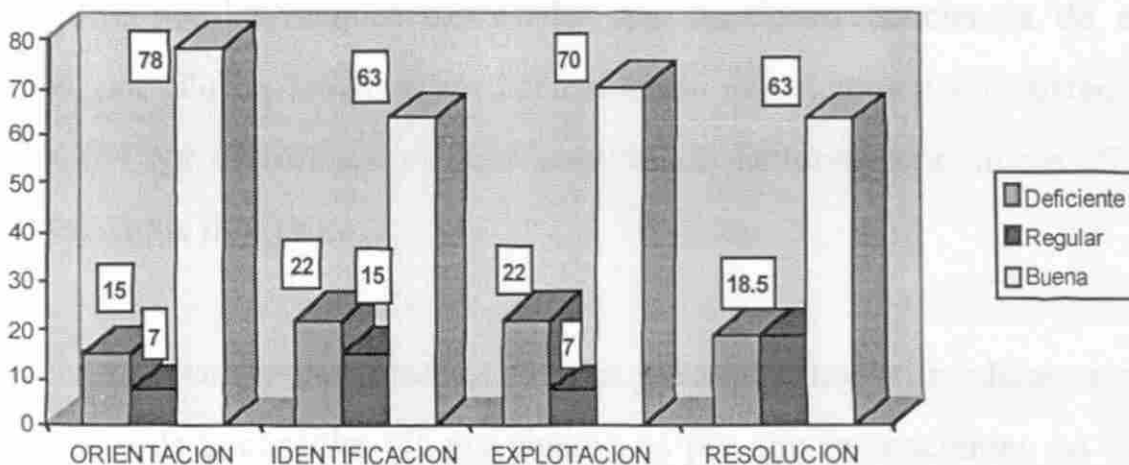


Fuente : E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 27

Figura 3

Opinión del familiar de la Relación interpersonal con enfermería por fases en la Población Estudiada. Diciembre, 1995.



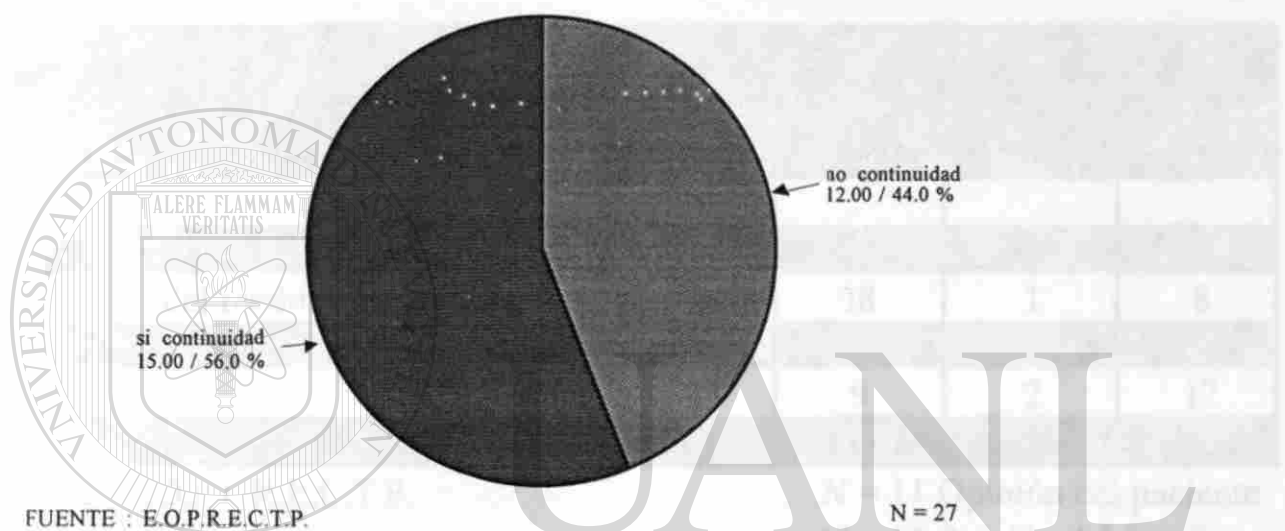
Fuente : E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 27

Si siguiendo el análisis se detectó que el 56 por ciento de los pacientes continuó con el tratamiento al ser dados de alta es decir asisten a la consulta y toman el medicamento y el 44 por ciento lo abandonó (ver Figura 4).

Figura 4

Continuidad del Tratamiento en la Población Estudiada. Diciembre, 1995



FUENTE : E.O.P.R.E.C.T.P.

N = 27

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN[®]

Con respecto al grupo de pacientes N = 12 que abandonó el tratamiento se encontró, por las razones expresadas que no tienen conciencia de estar enfermos, por ello no toman el medicamento (46 por ciento) y no asisten a la consulta (64 por ciento), el segundo motivo son factores económicos 27 por ciento (ver Tabla III y IV).

Los familiares opinan que las razones del abandono del medicamento (50 por ciento) y de la consulta (75 por ciento), es por que los pacientes no tienen conciencia de estar enfermos, aspecto que hace difícil el manejo del paciente en

su casa. Otro dato a destacar es el hecho de que un paciente no aceptó que el abandono del tratamiento, a diferencia de su familiar que reconoce que el paciente deserte del tratamiento, dato que coincide con los registros del hospital (ver Tabla III y IV).

Tabla III

Motivos de abandono del medicamento en la población que no continuó el tratamiento. Diciembre, 1995.

<i>Motivos</i>	<i>Opinion</i>			
	<i>Paciente</i>		<i>Familiar</i>	
	No.	%	No.	%
Razones económicas	3	27	3	25
Por efecto del medicamento	2	18	1	8
Por falta de conciencia de enfermedad	5	46	6	50
Si lo toma	1	9	2	17
Total	11	100	12	100

Fuente: E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 11 Opinión del paciente

N = 12 Opinión del familiar

Tabla IV

Motivos de abandono de la consulta externa en la población que no continuó el tratamiento. Diciembre, 1995.

<i>Motivos</i>	<i>Opinion</i>			
	<i>Paciente</i>		<i>Familiar</i>	
	No.	%	No.	%
Razones económicas	3	27	3	25
Por falta de conciencia de enfermedad	7	64	9	75
Trabajo	1	9	-	-
Total	11	100	12	100

Fuente: E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 11 Opinión del paciente

N = 12 Opinión del familiar

Al analizar las variables demográficas y clínicas relacionadas con la continuidad del tratamiento y la opinión de la relación Enfermera-Paciente se encontró lo siguiente: al relacionar la escolaridad y la continuidad del tratamiento se identifica que los pacientes con mayores estudios sí continúan el tratamiento (30 por ciento).

Aún y cuando la mayoría del grupo está desempleado, no es una limitante en la continuidad del tratamiento (40 por ciento). Al observar los resultados en los grupos de edad, las personas mayores de 36 años tienen más apego al tratamiento, en general representado con el 19 por ciento, esto se observa por la desproporción entre el grupo que no continuó el tratamiento (ver Tabla V, pp 46).

Otro aspecto que se investigó fue la patología psiquiátrica y la tendencia en la opinión de la relación de la enfermera con el paciente, se descubrió que a pesar de la sintomatología que se manifiesta en la esquizofrenia y en los trastornos afectivos (56 por ciento), los pacientes perciben una buena relación, no obstante los pacientes adictos a sustancias psicoactivas tienen más insatisfacción en la relación, de cinco casos sólo dos dicen que es buena (7 por ciento).

Con respecto a la escolaridad del paciente se detecta que a mayores estudios se tornan más críticos, al evaluar la relación enfermera-paciente representado con el 17 por ciento. (ver Tabla VI, pp. 46).

Tabla V

Datos Demograficos de la Población Estudiada Relacionada con la Continuidad del Tratamiento. Diciembre, 1995.

N - 27	No Continua		Si continua	
	No.	%	No.	%
<i>Escolaridad</i>				
Primaria	5	19	2	7
Secundaria	2	7	6	22
Mayores Estudios	4	15	8	30
Total	11	41	16	59
<i>Ocupación</i>				
Desempleado	7	26	11	40
Empleado	3	11	4	15
Hogar	1	4	-	-
Estudiante	-	-	1	4
Total	11	41	16	59
<i>Edad</i>				
14 - 20	2	7	2	7
21 - 35	8	30	9	33
36 - 55	1	4	5	19
Total	11	41	16	59

Fuente: H.R.D.D.C. y E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 27

Tabla VI

Datos Demográficos y Clínicos de la Población Estudiada relacionada con la opinión de la relación Enfermera-Paciente. Diciembre, 1995.

Diagnóstico	Opinión de la relación Enfermera - Paciente							
	Buena		Regular		Deficiente		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<i>Psiquiátrico</i>								
Esquizofrenia	7	26	1	4	1	4	9	34
Trastorno afectivo	8	30	2	7	-	-	10	37
Trastorno orgánico	2	7	1	4	-	-	3	11
Adicciones	2	7	2	7	1	4	5	18
Total	19	70	6	22	2	8	27	100
<i>Edad</i>								
20	4	15	-	-	-	-	4	15
21 - 35	10	37	6	21	1	4	17	62
36 - 55	4	15	1	4	1	4	6	23
Total	18	67	7	25	2	8	27	100
<i>Estudio</i>								
Primaria	5	19	2	7	-	-	7	26
Secundaria	7	26	1	4	-	-	8	30
Más Estudios	7	26	3	11	2	7	12	44
Total	19	71	6	22	2	7	27	100

Fuente: H.R.D.D.C. y E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 27

Al relacionar los datos clínicos con la continuidad del tratamiento desde la percepción de pacientes y familiares del tipo de relación que establece la enfermera, se identifican similitudes en los resultados. Llama la atención que los pacientes (5 casos) que abandonan el tratamiento y manifiestan buena relación de la enfermera, tienen antecedentes psiquiátricos familiares, en este grupo existen mayores reingresos, además se observa que 5 pacientes con diagnóstico de adicciones, cuatro no siguen en tratamiento (ver Tabla VII, pp. 48).

Con respecto a los pacientes que tienen buena opinión de enfermería y además continúan el tratamiento, sobresale que son pacientes que se han reingresado. Al relacionar los días estancia con el diagnóstico no fué significativo (ver Tabla VIII, pp. 48).

Siguiendo éste análisis pero desde la percepción del familiar, 3 de ellos califican como deficiente la relación de enfermería en pacientes esquizofrenicos, de ellos, dos tienen antecedentes familiares psiquiátricos y era el primer ingreso al hospital. El resto de los datos guarda similitud. (ver Tabla IX y X, pp. 49).

Tabla VII

De la opinión del tipo de relación paciente-enfermera confrontada con datos clínicos e interrupción del tratamiento. Diciembre, 1995.

Buena Relación	No. de Casos	Antecedentes Psiquiátricos		Reingre-sos		Días Estancia			
		+	-	Si	No	-30	31-45	46-60	61+
<i>Diagnóstico Psiquiátrico</i>									
trastorno Afectivo	4	2	2	2	2		2	2	
Esquizofrenia	2	1	1	1	1	1			1
Drogas	2	2	-	1	1	1		1	
Total	8	5	3	4	4	2	2	3	1
<i>Regular Relación</i>									
Trastorno Orgánico	1	1	-	1		1			
Drogas	1	-	1	1		-			1
Total	2	1	1	2		1			1
<i>Deficiente Relación</i>									
Drogas	1		1		1	1			
Total	1		1		1	1			

Fuente: H.R.D.D.C. y E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 11

Tabla VIII

De la opinión del tipo de relación del paciente con la enfermera relacionado con datos clínicos y la continuidad del tratamiento. Diciembre, 1995.

Buena Relación	No. de Casos	Antecedentes Psiquiátricos		Reingre-sos		Días Estancia			
		+	-	Si	No	-30	31-45	46-60	61+
<i>Diagnóstico Psiquiátrico</i>									
trastorno Afectivo	4	1	3	2	2	2		1	1
Esquizofrenia	5	3	2	4	1	3			2
Trastorno Orgánico	2	-	2	2	-		2		
Total	11	4	7	8	3	5	2	1	3
<i>Regular Relación</i>									
Trastorno Afectivo	2	1	1	2			1		1
Esquizofrenia	1	1	-	0	1		1		
Drogas	1	1	-	1	-				1
Total	4	3	1	3	1		2		2
<i>Deficiente Relación</i>									
Esquizofrenia	1	-	1	-	1		1		
Total	1		1		1		1		

Fuente: H.R.D.D.C. y E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 16

Tabla IX

De la opinión del tipo de relación de la enfermera con el familiar confrontados con datos clínicos e interrupción del tratamiento. Diciembre, 1995.

Buena Relación	No. de Casos	Antecedentes Psiquiátricos		Reingre-sos		Días Estancia			
		+	-	Si	No	-30	31-45	46-60	61+
<i>Diagnóstico Psiquiátrico</i>									
trastorno Afectivo	3	1	2	1	2		2	1	
Esquizofrenia	3	2	1	2	1	2			1
Trastorno Orgánico	1	1	0	1	0	1			
Drogas	2	1	1	2	0	1			1
Total	9	5	4	6	3	4	2	1	2
<i>Regular Relación</i>									
Trastorno Afectivo	1	1	-	1	-			1	
Drogas	1	1			1			1	
Total	2	2		1	1			2	
<i>Deficiente Relación</i>									
Drogas	1	-	1		1	1			
Total	1		1		1	1			

Fuente: H.R.D.D.C. y E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 12

Tabla X

De la opinión del tipo de relación de la enfermera con el familiar confrontada con datos clínicos y la continuidad del tratamiento. Diciembre, 1995.

Buena Relación	No. de Casos	Antecedentes Psiquiátricos		Reingre-sos		Días Estancia			
		+	-	Si	No	-30	31-45	46-60	61+
<i>Diagnóstico Psiquiátrico</i>									
trastorno Afectivo	4	2	2	3	1	1	1	1	1
Esquizofrenia	3	1	2	2	1	1			2
Trastorno Orgánico	2	0	2	2	-		2		
Drogas	1	1	-	1	-				1
Total	10	4	6	8	2	2	3	1	4
<i>Regular Relación</i>									
Trastorno Afectivo	2	-	2	1	1	1			1
Total	2		2	1	1	1			1
<i>Deficiente Relación</i>									
Esquizofrenia	3	2	1	1	2	1	2		
Total	3	2	1	1	2	1	2		

Fuente: H.R.D.D.C. y E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 15

4.2 ANALISIS ESTADISTICO

Los modelos de regresión que se estimaron fueron los siguientes :

$$(1) \quad C = B_0 + B_1 \text{ fase 1} + B_2 \text{ fase 2} + B_3 \text{ fase 3} + B_4 \text{ fase 4} + E$$

$$(2) \quad C = B_0 + B_1 \text{ relacion} + E$$

$$(3) \quad F.C = B_0 + B_1 \text{ fam fase 1} + B_2 \text{ fam fase 2} + B_3 \text{ fam fase 3} + B_4 \text{ fam fase 4} + E$$

$$(4) \quad F.C = B_0 + B_1 \text{ fam relación} + E$$

En donde "C" es la continuidad del tratamiento de acuerdo a los pacientes; "F.C" es la continuidad del tratamiento de acuerdo al familiar del paciente y "E" es el error del modelo el cual toma en cuenta otras variables que influyen en la continuidad.

Una vez que los modelos se han estimado arrojan los valores de los coeficientes :

B_0, B_1, B_2, B_3, B_4 para los modelos (1) y (3) y B_0 y B_1 para los modelos (2) y (4); los cuales muestran como varía la probabilidad en logaritmo a favor de la continuidad a medida que el puntaje de su respectiva fase se incrementa en una unidad.

El valor estimado de B_0 es la probabilidad en logaritmo de que haya continuidad del tratamiento si el puntaje de las fases es cero.

Bajo el criterio de un nivel de significancia .05 los resultados estadísticos obtenidos a través del modelo logístico señalan que la decisión de continuar

con el tratamiento no dependen significativamente de la relación enfermera-paciente-familiar. (ver Tabla XI).

Tabla XI

Modelo estimado.

Modelo	Variabes	Coefficientes	Sig.
1	Fase 1	.1515	.6381
	Fase 2	.4066	.2709
	Fase 3	.0042	.9730
	Fase 4	.6081	.0792
	Bo	1.1536	.6111
2	Relación	.0015	.9677
	Bo	.3004	.8729
3	Fam Fase 1	-.0400	.8992
	Fam Fase 2	.1449	.6475
	Fam Fase 3	.2086	.1623
	Fam Fase 4	-.4355	.1468
	Bo	1.9513	.2041
4	Fam relación	.0250	.3434
	Bo	1.4870	.2922

Fuente: E.O.P.F.R.E.C.T.P. AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN N=27

Al estimar el modelo (1) aplicado al grupo de pacientes que no tienen antecedentes psiquiátricos familiares (N=14) se observó una influencia estadísticamente significativa (sig. menor a .05) de las fases de orientación e identificación en la continuidad del tratamiento, un incremento en el puntaje de cada fase arroja una probabilidad de éxito en un 40 por ciento y .61 por ciento respectivamente. (ver Tabla XII, pp. 52).

Tabla XII

Modelo estimado en pacientes sin antecedentes psiquiátricos.

Variable	B0	B1	Sig	Pi
Fase 1	-9.0755	0.6820	.0211	.44
Fase 2	-134.086	9.6271	.0019	.61

Fuente: E.O.P.E.R.E.C.T.P. y H.R.D.D.C.

N = 14

4.3 HALLAZGOS CUALITATIVOS DEL ESTUDIO

En general se observó en los pacientes buena capacidad de abstracción: reformulando las preguntas, dando ejemplos y respuesta.

Se pudo constatar que aproximadamente el 80 por ciento de los pacientes estuvieron receptivos durante la hospitalización, se señalaron las siguientes afirmaciones: “Cuando salgo de permiso, la señorita me dá en un cono el medicamento y apunta cómo lo debo tomar”. “Una vez estaba triste y la enfermera me preguntó que tienes, que sientes”; fué común que los pacientes comentaran “La enfermera se preocupa por conocer si se vá uno satisfecho del Hospital”. También llamó la atención que por lo menos seis pacientes recordaron una charla motivacional organizada por estudiantes de enfermería.

Durante el proceso de recolección de los datos se retribuyó a pacientes y familiares al identificar necesidades y/o problemas expresados por ellos, que requerían de intervención como se describe a continuación :

Ocho pacientes recibieron orientación con enfoque psicoeducativo de la importancia del tratamiento después de escuchar los motivos que expresaban para abandonarlo; las razones variaron desde pensar que tenían un “mal puesto” ver a la enfermedad como vicio, falta de mejoría y pensar que podían controlar solos la enfermedad por miedo al medicamento. Al estar intercambiando puntos de vista con los pacientes se mostraron atentos, dando la impresión que regresarían a la consulta.

En cuatro casos se identificó la necesidad de ser reconocidos, por lo que se retroalimentó positivamente al paciente y su familia de los logros alcanzados: autocuidado del paciente, confianza y respeto del familiar por su paciente y responsabilidad del tratamiento.

Otra paciente entrevistada en ése momento se encontraba desaliñada, ella expresó su sentir al respecto identificandose sentimientos de vergüenza, ésto se manejó aceptando a la paciente, mostrando especial interés en retroalimentar aspectos positivos, teniendo como resultado que la paciente a los cinco días busca apoyo de consulta, identificando y saludando al entrevistador muy efusivamente diciendo “Mire ¿como ve hoy?” retroalimentandose positivamente.

Se indentificaron dos casos que viven en extrema pobreza. sin embargo, se observan con apego al tratamiento, tenían todos los medicamentos indicados, fueron apoyados por el programa de Cáritas.

Solo tres casos expresaron la falta de recursos para el tratamiento, se orientó e invitó para que se acercaran a trabajo social, en uno de ellos se revisó

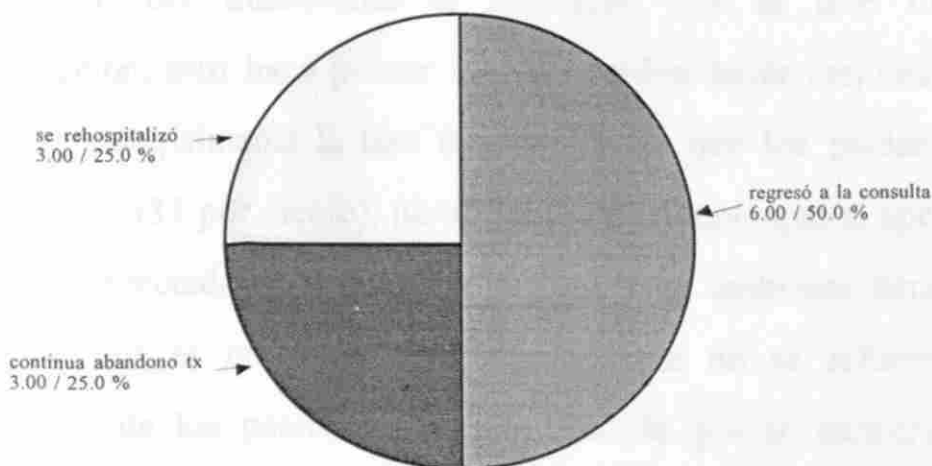
el esquema de medicamento y se le indicó una tableta de Akineton de 2 mg. por marcada acaticia y temblor.

Por último se abordó a un paciente que se estaba drogando, su domicilio se ubica en una zona altamente conflictiva, a pesar del estado de compulsión, el paciente conserva íntegra su memoria, reconoció al entrevistador y lo llamó por su nombre y apellido; los problemas detectados fueron: falta de conciencia de enfermedad, de voluntad y pensamiento mágico sobre el origen de su dependencia a las drogas “Mire me hicieron un mal puesto”, se invitó al paciente y familiar a regresar a la consulta.

En los meses de Febrero y Marzo se buscó conocer si los pacientes que habían abandonado el tratamiento lo reanudaron, encontrando que el 50 por ciento volvió a la consulta, el 25 por ciento se rehospitalizó y el resto continuó con el abandono del tratamiento. (ver Figura 14).

Figura 14

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
Hallazgo en la Continuidad del Tratamiento después de la Entrevista Domiciliaria. Feb -[®] Mar 1996. DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



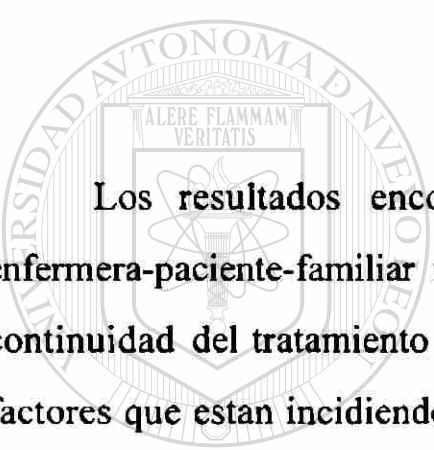
FUENTE : H.R.D.D.C. y Diario de Consulta Externa, Febrero-Abril 1996

N = 27

CAPITULO 5

DISCUSION

5.1 INTERPRETACION



Los resultados encontrados indican que la opinión de la relación enfermera-paciente-familiar no influyeron en la probabilidad de que hubiera continuidad del tratamiento psiquiátrico, ésto lleva a pensar que existen otros factores que están incidiendo en la continuidad del tratamiento.

Sin embargo, al analizar al grupo de pacientes que no tenían antecedentes psiquiátricos familiares (N-14), se observa que se da la probabilidad de la continuidad del tratamiento al asociarse con la fase de orientación e identificación, esto hace pensar que se pueden tener mejores resultados si se refuerza principalmente la fase explotación ya que los pacientes le dieron un puntaje bajo (33 por ciento), no obstante es evidente que el apego al tratamiento puede ser afectado si el paciente regresa a un ambiente familiar disfuncional, situación que es un factor de riesgo ya que no se refuerzan los aspectos saludables de los pacientes, es más factible que se exacerbren los síntomas psiquiátricos, aún y cuando los usuarios al ser dados de alta tengan una mejor estructura psicológica y percepción de su problema.

Kuipers y Bebbington, (1988), reportaron que los pacientes que regresaban a ambientes con alto nivel de emociones expresados, presentan significativamente más recaídas que los pacientes que regresaban a un ambiente con bajo nivel de emociones. Greenley (1979), Priestley (1979), Birley & Hudson (1990), comprobaron que las familias angustiadas e inseguras provocan recaídas a los pacientes, este hallazgo indica la necesidad de desarrollar un apoyo efectivo a familiares que cuentan con mayores estresores al tener a más de uno de sus integrantes con sintomatología psiquiátrica.

Biagini Alarcón (1994) y Peplau (1990), coinciden que el primer contacto psicoterapéutico presenta una oportunidad única de ayuda a las familias a encontrar mejores soluciones a los problemas que se presentan. De ahí la importancia de buscar incrementar el puntaje de la relación enfermera-familia.

Desde la percepción de los pacientes se deduce que la enfermera es empática, comprensiva, acepta al paciente y logra desarrollar en el usuario confianza para expresarse; ya que la fase de orientación, identificación y resolución alcanzan puntajes aceptables de 78-74 por ciento. Peplau (1990), sobre éste aspecto enfatiza que el desarrollo de estas aptitudes es una característica de la relación (Weissman, J. & Desmond 1995).

Los resultados antes descritos indican que las enfermeras se acercan terapéuticamente a los pacientes, mas no se identifican interacciones encaminados al abordaje y solución de problemas, lo anterior se infiere por el bajo puntaje que le dan los pacientes a la fase explotación de 33 por ciento, éste aspecto es preocupante dadas las tareas a resolver, encaminadas a incrementar

la conciencia de enfermedad, comprender el tratamiento, despejar dudas, fortalecer los aspectos positivos, prepararlo para el egreso, en ésta fase se hace uso de todos los recursos terapéuticos institucionales (Peplau, 1990).

Al respecto Ayala (1991), señala que el déficit de personal y la carga de trabajo puede ser una limitante para que la enfermera desarrolle todos los roles necesarios en el tratamiento del paciente; también puede estar vinculado con el factor conocimiento o dominio de la técnica.

La opinión de los familiares sobre las diferentes fases, señalan que la relación que enfermería establece es aceptable, arrojando porcentajes que varían de 63-78 por ciento, no obstante otra proporción calificó la relación como deficiente (15-22 por ciento); quizá como resultado de ausencias creadas por limitados contactos terapéuticos con los familiares, ello no conduce a obtener la alianza constructiva con la familia que Peplau (1990) recomienda para lograr que formen parte del tratamiento del paciente, es requisito que el staff en éste caso enfermería a través de la empatía, promueva en los familiares sentimientos positivos al sentirse aceptados y comprendidos.

Biagini Alarcón (1994), señala que la tendencia terapéutica con la familia es visualizarla como un grupo que sufre por la enfermedad, que tiene uno de sus miembros, que requiere ayuda al igual que su paciente para enfrentar la enfermedad.

En este estudio se encontró que el 44 por ciento de la muestra abandonó el tratamiento, la causa principal fué atribuida al rechazo del medicamento por el paciente (50 por ciento) como consecuencia de la falta de reconocimiento de

estar enfermo, considerado por López Iborra (1995), como un factor que predispone a la recaída.

A diferencia de los hallazgos encontrados por Turner & Wan, (1993), quien concluyó que la pobreza dada por el desempleo y la falta de recursos económicos determinaban el abandono del tratamiento. Los resultados de éste trabajo indicaron lo contrario, de 9 pacientes que abandonaron el tratamiento, sólo 3 lo interrumpieron por motivos económicos, después de la entrevista sólo uno de ellos no volvió a la consulta.

Las características clínicas y demográficas de los pacientes estudiados guardan similitudes entre los pacientes que continúan el tratamiento y los que lo abandonan, sin embargo, existe una mayor proporción de hombres que se hospitalizan en comparación a las mujeres, éste resultado se asemeja a lo reportado por León (1992). Quizás la cultura que se da entre los hombres los lleve a reprimirse, a ser más vulnerable al estrés y a no atenderse con oportunidad (Kennedy, 1983).

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Con respecto a las patologías, los trastornos afectivos y la esquizofrenia fueron las más frecuentes, por las respuestas encontradas en las entrevistas, el 50 por ciento de los pacientes logran identificarse con las enfermeras y tener confianza, a esta situación se atribuye que el malestar es más intenso, su funcionamiento social está más alterado en la fase aguda de la enfermedad; por tanto los requerimientos de atención demandan contactos más continuos en particular de enfermería para disminuir los sentimientos negativos derivados de la enfermedad; en la fase de remisión la intervención terapéutica da la posibilidad de mejorar de manera fundamental la estructura del paciente.

A diferencia de los pacientes adictos a sustancias psicoactivas que expresaron mayor insatisfacción de la relación que enfermería establece con ellos, de cinco pacientes, tres dicen que la relación es de regular a deficiente; éste resultado se asocia más con la caracterología limítrofe de los pacientes en donde la insatisfacción profunda de sus necesidades, la pobre tolerancia a la ansiedad, frustración, y la búsqueda compulsiva de placer limita la capacidad del paciente para buscar cambios en su estilo de vida y aceptar que requiere ayuda; la percepción que tiene de los demás le impide establecer relaciones interpersonales significativas (Kernberg, 1987).

Otro dato que llamó la atención en los pacientes que siguieron el tratamiento es que la mayoría tenían reingresos y buena opinión de la relación paciente-enfermera. Se desconoce si este grupo tenga una mayor conciencia de su enfermedad, ésta postura es calificada por León (1992), como de integración en donde el paciente tiene cierta resignación con lo ocurrido, o acompañado por una clara disposición para evitar enfermar de nuevo. A diferencia de otros casos en donde existe la remisión de signos y síntomas, los pacientes y sus familias tienden a atenuar o negar la enfermedad como reacción esperada de ajuste emocional e interfiere en el curso del tratamiento.

Como hallazgo adicional se descubrió que después de la entrevista domiciliar requerida para éste estudio, de los 12 casos que habían abandonado el tratamiento, seis regresaron a la consulta, tres se rehospitalizaron y tres pacientes continuaron sin seguir el tratamiento; se desconoce el motivo que los llevó a decidir regresar a la consulta, se tiene la idea que se participó en cambiar

la actitud del paciente al aclarar dudas, darles orientación, y al transmitirles interés por su recuperación.

También se identificaron aspectos que confirman que los pacientes son sensibles a lo que ocurre durante su hospitalización (Peplau, 1990).

5.2 CONCLUSIONES

Al analizar los resultados del presente estudio se concluye lo siguiente :

- 1.- Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la de investigación, al observar que la opinión de los pacientes con respecto a la relación que enfermería establece con ellos, así como la opinión del familiar no es una variable que explique la decisión del paciente para continuar o no el tratamiento.
- 2.- En los pacientes que no tienen antecedentes familiares psiquiátricos se identifica que la fase de orientación e identificación influye positivamente en la continuidad del tratamiento, dada la significancia de los datos y la probabilidad encontrada de 40 y .61 por ciento.
- 3.- Desde la percepción de los pacientes se identifica que la relación con enfermería en su mayoría la consideran buena destacándose la fase de orientación como positiva, los pacientes logran en el contacto inicial conocer el problema, sentirse seguros y aceptados, la fase de identificación es donde predomina el establecimiento de la alianza terapéutica se desarrolla en forma aceptable así como la fase de resolución en donde los usuarios despejan dudas y se prepara la

separación. Lo anterior lleva a pensar que los pacientes logran desarrollar la confianza básica que Peplau (1990), señala necesaria al establecer una relación significativa.

No obstante los resultados indican desde la percepción de los pacientes, limitaciones en el desarrollo de la fase de explotación, tarea de suma importancia, por ser la etapa de la relación en donde se debe abordar la problemática particular de cada paciente, se refuerzan aspectos saludables que le ayudan a enfrentar la enfermedad, a ser más autosuficientes y responsables del tratamiento (Peplau, 1990).

- 4.- Los motivos expresados por los pacientes para no tomar el medicamento y asistir a la consulta indican que no aceptan estar enfermos, factor que predispone a no cumplir con el tratamiento, esto ratifica la necesidad de hacer énfasis en la fase explotación para incrementar el conocimiento de la enfermedad en forma realista y comprensible.

- 5.- Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno afectivo, en su mayoría tienen buena opinión de las enfermeras y están receptivos a lo que sucede durante la hospitalización, este resultado lleva a pensar que existen alternativas a ofrecer a este grupo de pacientes, este resultado coincide con León (1992), al descubrir en pacientes esquizofrénicos que la tendencia de la patología no lleva necesariamente al deterioro.

- 5.1.- Con respecto a los pacientes adictos se identifica que por sus rasgos de carácter requieren de un programa específico para manejar la actitud del paciente hacia su enfermedad y tratamiento.

- 6.- Pacientes con antecedentes de reingresos siguen con el tratamiento, quizás por el efecto conductual que se genera por el contacto frecuente con el hospital o por que logran salir de la negación del problema.
- 7.- Los familiares que señalan deficiencias en la relación con enfermería, hace pensar que los contactos terapéuticos son insuficientes a las necesidades sentidas por ellos, a esto se agrega el hecho de que una proporción importante de los familiares tienen más de un paciente en casa, aumentando así la demanda de atención al equipo de salud, Wells (1992), informó que el egreso del paciente genera en éste reacciones de ajuste por la separación, que impacta a la familia, esto refuerza la necesidad de apoyar y preparar a los familiares para este período de ajuste.
- 8.- Con respecto a las características demográficas sobresale que se atienden a mas hombres que mujeres, entre 21-35 años, con mayores estudios a la preparación básica, solteros y desempleados, éstos atributos son importantes para identificar y manejar factores de estrés como lo es el desempleo, además de tener presente las características particulares del grupo que se atiende.
- 9.- Esta investigación permitio determinar que el seguimiento de los casos con una adecuada estructura de atención tiene efectos positivos en la continuidad del tratamiento. De los pacientes desertores el 50 por ciento reinició el tratamiento, posiblemente por el reforzamiento de la autoestima en relación a la preocupación de la institución (enfermería) por su mejoría.

Los pacientes en general están receptivos durante el internamiento, siendo para ellos significativa la relación y actividades que desarrollan por enfermería: charlas motivacionales, el interés y respeto con el que son tratados les deja una huella positiva en su vida.

5.3 RECOMENDACIONES

La línea de interés derivada del presente estudio sugiere investigaciones que se centren en examinar la práctica clínica de enfermería previa capacitación para la aplicación de la teoría de Peplau correlacionado con la habilidad del paciente para entender el proceso de la enfermedad.

Así mismo es conveniente que enfermería llene los vacíos que se tienen en el proceso de la atención del paciente participando en programas extrahospitalarios de apoyo a pacientes y familiares con más vulnerabilidad al estrés a través de: fortalecer los vínculos con la Institución, monitorizar el tratamiento farmacológico, continuar la psicoeducación sobre el padecimiento, signos y síntomas de reagudización, apoyar al sistema familiar valorando su funcionamiento y destacando factores riesgo y en programas intrahospitalarios en donde enfermera a través de acciones planeadas, coordinadas y haciendo uso de la relación terapéutica desarrolle habilidades en los familiares para manejar y convivir con su paciente.

Como parte del diagnóstico situacional del departamento de enfermería es pertinente continuar evaluando a través de la percepción de los pacientes y su familia, puntos débiles en la atención.

También se requiere el desarrollo de instrumentos que permitan conocer los índices de atención de enfermería en el área psiquiátrica, considerando participación activa y dinámica basadas en la relación estrecha, constante y continua.

Es importante que enfermería implemente actividades en donde se refuerze el rol psicoeducativo con el fin de fortalecer la capacidad de los pacientes y familiares para enfrentar la enfermedad.

Se recomienda que enfermería organice sesiones clínicas en donde se evalúen las actitudes que se desarrollan al interactuar con pacientes y familiares para disminuir interferencia en el logro de los objetivos.

Es conveniente seguir desarrollando investigaciones cualitativas para que se fortalezca la validación del instrumento propuesto para éste trabajo que también puede ser de gran utilidad en otros ámbitos de la profesión de enfermería, en su desempeño con pacientes comunitarios, en el seguimiento de pacientes crónicos atendidos en forma ambulatoria o intrahospitalaria. Reconocer el aspecto emocional puede hacer la diferencia en los resultados de la atención.

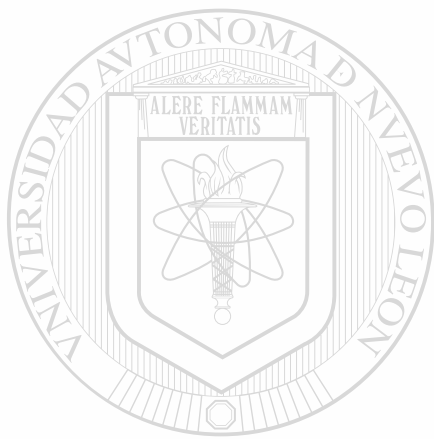
BIBLIOGRAFIA

- Ackerhalt, Judith. Relación Asistente-Paciente. Haber J., Leach A., Schudy, S. & Sideleau B. Psiquiatría Texto Básico. Ed. Salvat, Barcelona, 1983.
- Ayala A.R. La enfermera: Repercusiones actuales sobre el Médico y el enfermo. *Gaseta Médica*. 127 (6) : 516-520. (1991).
- Berlo, David. El proceso de la comunicación, Introducción a La Teoría y la Práctica. Trad. Silvina González Roura y Giovanna Winckhler. Ed. EL Ateneo, México, 1985.
- Biagini, A. M. Estructura y Dinámica Familiar y su relación con el Paciente Psiquiátrico; Antecedentes y Tendencias Actuales. *Salud Mental*. 17 (4) : 13-17. (1994).
-
- Birley, James & B. Hudson. La Familia, Red Social y Rehabilitación. Rehabilitación Psiquiátrica Teoría y Practica. Ed. Limusa, México, 1990.
- Bonnivier, J. (1992). A peer Supervision Group Put Countertransference to Work. *Journal of Psychosocial Nursing*. 30 (5) : 5-8. (1992).
- Briston F. & P. Callaghan. Using Peplau's Model in Affective Disorders. *Nurs Times*. 87 (18) : 40-41. (1991).
- Cook, J. Sue & K. Fontaine. Enfermería Psiquiátrica. Trad. Miguel Rascón Caballero, Calixto Plumed Moreno, Pedro A. Torrejón García y Francisco Mejías Lizancos. Ed. Interamericana, España, 1990.
- Chaigneau, H., Chanoit P. & Garrabí, J. *Les Therapies Institutiunnelles*. Ed. Masson. (1971).

- Chazaud, Jacques. Introducción a la Terapia Institucional. Hugo Acevedo. Ed. Paidós, España, 1980.
- Cleghorn, John M. & B. Lou Lee. Enfermedades Mentales. Trad. Eliane Cazenave, Tapie - Isoard. Ed. El Manual Moderno, México, 1993.
- Davitz, I., Davitz, J. & Rubin C. Nurses Responses to Patients Suffering. Enfermería Psiquiátrica. Ed. Interamericana, España, 1980.
- De la Fuente, A. Consideraciones Sobre los Problemas Mentales y Conductuales que afectan la Salud en Sociedades en Desarrollo: el caso de México. *Salud Mental*. 13 (3) : 1-7. (1990).
- Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (1987).
- Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Mayo, (1995).
- Diario Oficial de la Federación. Reunión Oficial Mexicana Nom. 025-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Salud de Atención Integral Hospitalaria Médico Psiquiátrica. Noviembre, (1995).
- Forchuk, Ch. ~~The Orientation Phase of the Nurse-Client Relationship: How Long Does it Take.~~ *Perspectives in Psychiatric Care*. 28 (4) : 7-10. (1992).
- Greengley, J.R. Family Symptom Tolerance and Rehospitalisation Experiences of Psychiatric Patients. En C.E. Watts Fraser N. & Bennett Douglas H. Rehabilitación Psiquiátrica Teoría y Práctica. Ed. El Ateneo, México, 1979.
- Hellwig, K. Psychiatric Home Care Nursing: Managing Patients in the Community Setting. *Journal of Psychosocial Nursing*. 31 (12) : 21-24. (1993).
- Hochmann, Jacques. Hacia una Psiquiátria Comunitaria. Trad. Marta Rojzman. Ed. Amorrortu, Argentina, 1971.

- Holmes, H., Ziemba, J., Evans, T. & Williams, C. Nursing Model Of Psychoeducation for the Seriously Mentally Ill Patient. *Issues in Mental Health Nursing*. 15 : 85-104. (1994).
- Irving, Susan. Enfermería Psiquiátrica. Trad. Susan Irving. Ed. Interamericana, México, 1975.
- Kennedy, Mary J. Impacto de la Enfermedad y la Hospitalización. Haber, J., Leach A., Schudy, S. & Sideleau G. Psiquiatría Texto Básico Ed. Salvat, Barcelona, 1983.
- Kernberg, Otto F. Trastornos Graves de la Personalidad. Trad. J. Abenamar Suárez. Ed. El Manual Moderno, México, 1987.
- León, C. A. El Esquizofrénico y su tratamiento. Noción Subjetiva del devenir Psicótico. *Salud mental*. 15 (1) : 17-31. (1992).
- López -Ibor Aliño J. J. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Masson, Barcelona, 1995.
- Main, T.R. (1957). El Padecimiento. Trad. Main T.R. Clínica Menninger. Topeka, Kansas, 1957.
- Mason, W. H., Breen, R. & Whipple, W. R. Solution-Focused Therapy and Inpatient Psychiatric Nursing. *Journal of Psychosocial Nursing*. 32 (10) : 46-49. (1994).
- Moore, E. & Kuipers, L. Behavioural correlates of expressed emotion in stall-patient interactions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 27 : 289-303. (1992).
- Morrison, E. G. Impatient Practice An Integrated Frame Wort. *Journal of Psychosocial Nursing*. 30 (1) : 26-28. (1992).
- Peplau, Hildegard E. Interpersonal Relations in Nursing, 2nd endn Basing-Stoke: Macmillan. (1988).
- Peplau, Hildegard E. Relaciones Interpersonales de Enfermería. Trad. Gloria Novel Martí. Ed. Salvat, España, 1990.

- Polit, Denise & B. Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Ed. Interamericana, México, 1994.
- Priestley, D. (1979). Helping a Self-Help Group in Schizophrenia and the Family. Community Care for the Mental Disabled. Oxford University Press, Londres, 1979.
- Racamier, P.C. Le Psychanalyste Sans divan. Payot, (1970).
- Richmond, I. & Roberson, E. (1995). The Customer is Always Right's Patient's Perceptions of Psychiatric Nursing Actions. J. Nurs Care Qual. 9 (2) : 36-43. (1995).
- Rosselli, H. Panorama Psiquiátrico en Latinoamérica. Neurología-Neurocirugía. 11 (2) : 133-143. (1970).
- Sartorius, N. The Chronic Patient Rehabilitation and Quality of Life. Hospital and Community Psychiatry. 43 (12) : 1180-1181. (1992).
- Simpson, Howard. Modelo de Peplau Aplicación y Práctica. Trad. Lorenzo Vives M. Ed. Salvat, España, 1992.
- Stanton, A. H. & Schwartz, M. S. — The Mental Hospital. Basic Books, Nueva York. (1954).
- Thompson, J. & Strand, K. Psychiatric Nursing in a Psychosocial Setting. Journal of Psychosocial Nursing, 32 (2) : 25-29. (1994).
- Turner, J. T. & Wan, T. T. Recidivism and Mental Illness: The Role of Communities. Hospital and Community Psychiatry. 29 (1) : 3-12. (1993).
- Weissman, J. & Appleton, C. The Therapeutic Aspects of Acceptance. Perspectives in Psychiatric Care. (31) 1 : 19-23. (1995).
- Wells, D. A. Management of Early Postdischarge Adjustment Reactions Following Psychiatric Hospitalization. Hospital and Community Psychiatry. 43 (10) : 1000-1004. (1992).



A P E N D I C E S

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



APENDICE A

HOJA DE REGISTRO DE DATOS DEMOGRAFICOS Y CLINICOS

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE A

Hoja de registro de datos demográficos y clínicos.

1.- Datos Demográficos

Edad _____

Sexo _____

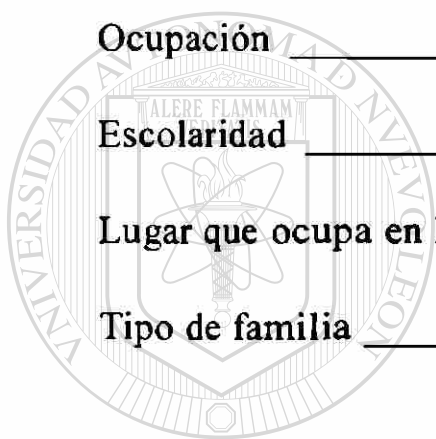
Estado civil _____

Ocupación _____

Escolaridad _____

Lugar que ocupa en la familia _____

Tipo de familia _____



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

2.- Datos Clínicos

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
Existen antecedentes familiares

Psiquiátricos _____

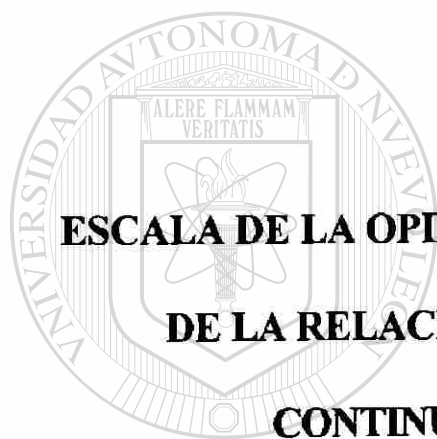
Diagnóstico Psiquiátrico _____

Días Estancia _____

Número de reingresos _____

Conoce el tratamiento medicamentoso actual _____

®



APENDICE B

ESCALA DE LA OPINION DE PACIENTES Y SU FAMILIAR DE LA RELACION CON LA ENFERMERIA Y LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

PSIQUIATRICO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE B

ESCALA DE OPINION DE PACIENTES Y FAMILIAR DE LA RELACION CON ENFERMERIA Y LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO PSIQUIATRICO (E.O.P.F.R.E.C.T.P.)

Entrevista Estructurada :

Las preguntas que a continuación se hacen tienen cuatro posibles respuestas, de acuerdo a su experiencia en el internamiento anterior señale lo más frecuente para usted.

El personal de enfermería : paciente
P.E.

1.- Se interesa por conocer el motivo que le trae al hospital ?

Siempre	(4)	_____®
Casi siempre	(3)	
Algunas veces	(2)	
Nunca	(1)	

2.- Es paciente, al entrevistarse con usted ?

Siempre	(4)	_____
Casi siempre	(3)	

Algunas veces (2)

Nunca (1)

3.- Le ayudó a entender el problema ?

Siempre (4) _____

Casi siempre (3)

Algunas veces (2)

Nunca (1)

4.- Le tranquilizó la información que se le proporcionó ?

Siempre (4) _____

Casi siempre (3)

Algunas veces (2)

Nunca (1)

5.- Lo escucha con atención ?

Siempre (4) _____

Casi siempre (3)

Algunas veces (2)

Nunca (1)

6.- Le dá confianza para platicar de lo que a usted le interesa ?

Siempre (4) _____

- Casi siempre (3)
- Algunas veces (2)
- Nunca (1)

7.- Le hizo sentirse seguro con su apoyo ?

- Siempre (4) —
- Casi siempre (3)
- Algunas veces (2)
- Nunca (1)

8.- Le proporciona ayuda para atender sus sentimientos ?

- Siempre (4) —
- Casi siempre (3)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

9.- Le dá información de los medicamentos indicados ?

- Siempre (4) —
- Casi siempre (3)
- Algunas veces (2)
- Nunca (1)

10.- Le dá por escrito ésa informacion o le permite hacer notas sobre ellos ?

- | | | |
|---------------|-----|-------|
| Siempre | (4) | _____ |
| Casi siempre | (3) | |
| Algunas veces | (2) | |
| Nunca | (1) | |

11.- Con la información que proporciona, le ayudó a participar en el tratamiento?

- | | | |
|---------------|-----|-------|
| Siempre | (4) | _____ |
| Casi siempre | (3) | |
| Algunas veces | (2) | |
| Nunca | (1) | |

12.- Lo estimula a participar en la solución de los problemas que identifica ?

- | | | |
|---------------|-----|-------|
| Siempre | (4) | _____ |
| Casi siempre | (3) | |
| Algunas veces | (2) | |
| Nunca | (1) | |

13.- Le ha apoyado en momentos difíciles durante el internamiento ?

- | | | |
|---------------|-----|-------|
| Siempre | (4) | _____ |
| Casi siempre | (3) | |
| Algunas veces | (2) | |

Nunca (1)

14.- Lo hizo sentir que usted puede superar sus problemas ?

Siempre (4) —

Casi siempre (3)

Algunas veces (2)

Nunca (1)

15.- Se preocupa por conocer si hay dudas antes de salir del hospital ?

Siempre (4) —

Casi siempre (3)

Algunas veces (2)

Nunca (1)

16.- Los cuidados recibidos del personal de enfermería, le dan confianza para seguir siendo atendido por ellos ?

Siempre (4) —

Casi siempre (3)

Algunas veces (2)

Nunca (1)

Instrumento para medir la actitud del paciente en la continuidad del tratamiento.

1.- Recuerda que medicamentos le indicaron ?

Código

Si

(3)

No

(1)

2.- Si la respuesta es negativa seleccione la causa más importante de esto.

Se le olvido

(1)

No le explicaron

(2)

No es importante conocerlo

(3)

Otra especifique _____

(4)

3.- Se ha podido llevar el tratamiento (medicamento) como lo indica el Dr. o terapeuta ?

Siempre

(3)

Algunas Veces

(2)

Nunca

(1)

4.- Si la respuesta es negativa o algunas veces, seleccione la causa más importante de esto :

	Código	
No tiene dinero para adquirirlo	(1)	_____
No lo necesita	(2)	
Le produce malestar tomarlo	(3)	
Se le olvida	(4)	,
No hay otra persona que le recuerde	(5)	
Porque no acepta tomarlo	(6)	
Otro, especifique _____	(7)	
No aplica	(8)	

5.- Se presentó a la consulta en la (s) fecha (s) citada ?

Siempre	(3)	_____
Algunas Veces	(2)	
Nunca	(1)	

Observaciones :

Número de veces que tenía que presentarse con el Sr. o terapeuta en relación al número que asistió.

6.- Si la respuesta es negativa o algunas veces, seleccione la causa más importante de esto :

No tiene dinero para el camión (1) _____

Se le olvido (2)

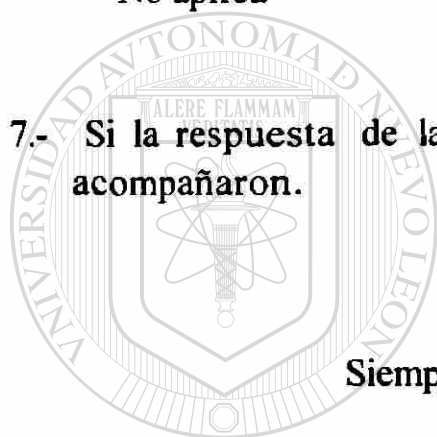
No es necesario (3)

No tiene que la acompañe (4)

Otro, especifique _____ (5)

No aplica (6)

7.- Si la respuesta de la pregunta 5 fué si o algunas veces, señale si lo acompañaron.



Siempre (3) _____

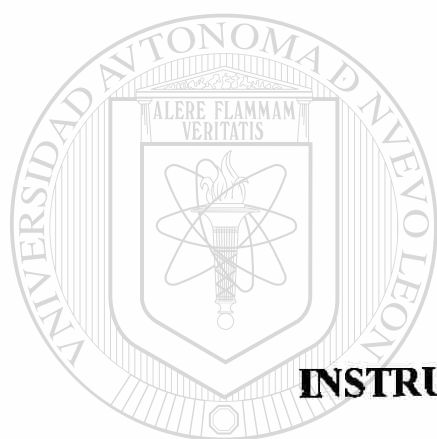
Algunas Veces (2) _____

Nunca (1)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®



APENDICE C
INSTRUCTIVO DE CODIFICACION

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN[®]
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE C

INSTRUCTIVO DE CODIFICACION

List of variables on the working file `NAVA.SAV`

Name	Position
PACIENTE Print Format: F8.2 Write Format: F8.2	1
CONTINUI continuidad del tratamiento Print Format: F8.2 Write Format: F8.2	2
Value Label 0 `no tratamiento` 1 `si tratamiento`	
SEXO Print Format: F8.2 Write Format: F8.2	3
Value Label 0 `mujer` 1 `hombre`	
EDAD Print Format: F8.2 Write Format: F8.2	4
RANGEDAD Print Format: F8.2 Write Format: F8.2	5

Value Label

- 1 '14 a 20'
- 2 '21 a 35'
- 3 '36 a 55'

EDOCIVIL

6

Print Format: F8.2

Write Format: F8.2

Value Label

- 1 'soltero'
- 2 'casado'
- 3 'otro'

OCUPACIO ocupacion

7

Print Format: F8.2

Write Format: F8.2

Value Label

- 1 'desempleado'
- 2 'empleado'
- 3 'hogar'
- 4 'estudiante'

ESCOLARI escolaridad

8

Print Format: F8.2

Write Format: F8.2

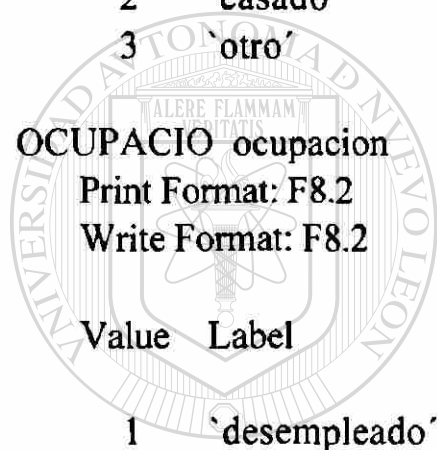
Value Label

- 0 'ninguna'
- 1 'primaria'
- 2 'secundaria'
- 3 'mas estudios'

ROLFAMIL rol de familia

9

Print Format: F8.2



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Write Format: F8.2

Value Label

- 1 `padre`
- 2 `madre`
- 3 `hijo`
- 4 `madre e hijo`

TIPOFAM tipo de familia

10

Print Format: F8.2

Write Format: F8.2

Value Label

- 1 `nuclear`
- 2 `compuesta`
- 3 `extensa`
- 4 `vive solo`

ANTECEDE antecedentes fam psiquiatricos

11

Print Format: F8.2

Write Format: F8.2

Value Label

- 1 `padre`
- 2 `madre`
- 3 `hermanos`
- 4 `abue prim papas`
- 5 `sin antecedentes`

DXPSIQ

12

Print Format: F8.2

Write Format: F8.2

Value Label

- 1 `esquizofrenia`
- 2 `trastornos afectivos`

- 3 `trastornos organicos`
- 4 `adicciones`

ESTANCIA

13

Print Format: F8.2

Write Format: F8.2

Value Label

- 1 `menos de 30 dias`
- 2 `de 31 a 45`
- 3 `de 46 a 60`
- 4 `de 61 y mas`

REINGRES

14

Print Format: F8.2

Write Format: F8.2

Value Label

- 1 `no reingresos`
- 2 `de 2 a 4`
- 3 `de 5 a mas`

RECMEDIC recuerda medicamento

15

Print Format: F8.2

Write Format: F8.2

Value Label

- 0 `no lo recuerda`
- 1 `si lo recuerda`

PREG1 se innte por conocer el motivo hosp

16

Print Format: F8.2

Write Format: F8.2

Value Label

- 1 `nunca`

- 2 'algunas veces'
- 3 'casi siempre'
- 4 'siempre'

PREG2 17

Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

PREG3 18

Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

PREG4 19

Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FASE I 20

Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

PREG5 21

Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

PREG6 22

Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

PREG7 23

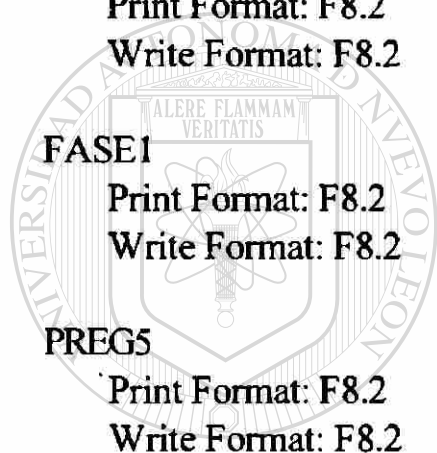
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

PREG8 24

Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FASE2 25

Print Format: F8.2
Write Format: F8.2



U A N L

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

REGISTRACIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



PREG9 26
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

PREG10 27
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

PREG11 28
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

PREG12 29
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FASE3 30
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

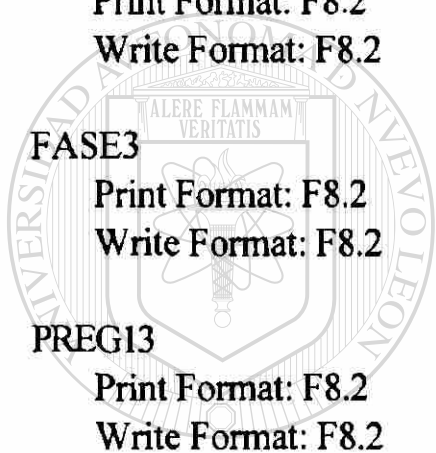
PREG13 31
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

PREG14 32
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

PREG15 33
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

PREG16 34
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FASE4 35
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2



UANL



RELACION 36
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

RELTOTAL puntuacion total de fases 37
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

Value Label

0 '14 a 32 deficiente relacion'
1 '33 a 48 regular relacion'
2 '49 a 64 buena relacion'

CODIGO4 rango de fase 4 38
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

Value Label

0 '4 a 8 deficiente relacion'
1 '9 a 12 regular relacion'
2 '13 a 16 buena relacion'

CODIGO3 39
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

CODIGO2 40
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

CODIGO1 41
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAMIENR 42
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

Value	Label
2	'padre'
3	'madre'
4	'hijo'
5	'tio novio esposo'

FAMCONT1 43
 Print Format: F8.2
 Write Format: F8.2

FAMPREG1 44
 Print Format: F8.2
 Write Format: F8.2

FAMPREG2 45
 Print Format: F8.2
 Write Format: F8.2

FAMPREG3 46
 Print Format: F8.2
 Write Format: F8.2

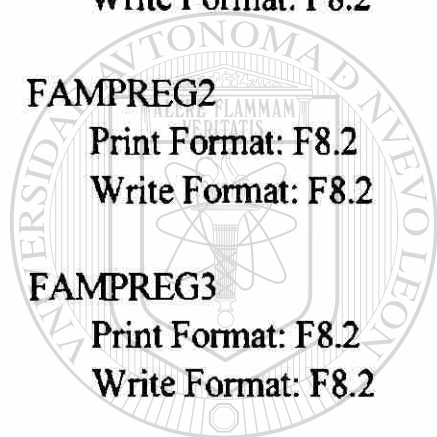
FAMPREG4 47
 Print Format: F8.2
 Write Format: F8.2

FAMFASE1 48
 Print Format: F8.2
 Write Format: F8.2

FAMPREG5 49
 Print Format: F8.2
 Write Format: F8.2

FAMPREG6 50
 Print Format: F8.2
 Write Format: F8.2

FAMPREG7 51



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
 DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAMPREG8 52
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAMFASE2 53
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAMPREG9 54
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAPREG10 55
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

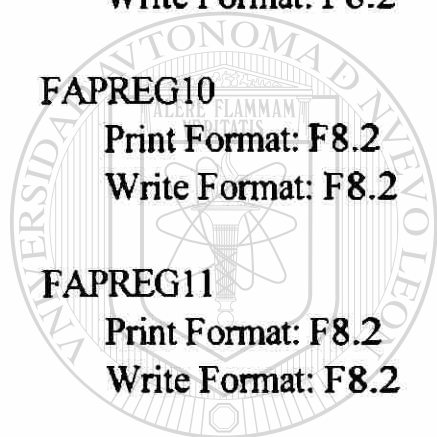
FAPREG11 56
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAPREG12 57
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAMFASE3 58
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAPREG13 59
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAPREG14 60
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



FAPREG15 61
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAPREG16 62
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAMFASE4 63
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FARECMED recuerda medicamento 64
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

Value Label

0 'no'
1 'si'

FAMRAZON razones por las que no toma medi 65
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

Value Label

0 'sigue tratamiento'
1 'le produce malestar'
2 'no tiene dinero'
3 'trabaja'
4 'olvido'
5 'no lo necesita'
6 'no sentia mejoría'
7 'por drogarse'
8 'curandero'
9 'no acepta'

FAMRAZCO razon por la que no consulta 66
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

RAZONPAC 67
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

RAZCOPAC 68
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAMRELAC 69
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAMRETOT 70
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAMCODI1 71
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN 72
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAMCODI3 73
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FAMCODI4 74
Print Format: F8.2
Write Format: F8.2

FILTER_\$ Filter Status
Print Format: F1
Write Format: F1

Value Label

- 0 'Not selected'
- 1 'selected'

HALLAZGO

75

Print Format: F8.2

Write Format: F8.2

Value Label

- 0 'continua abandono del tratamiento'
- 1 'se rehospitalizó'
- 2 'regresó a la consulta'

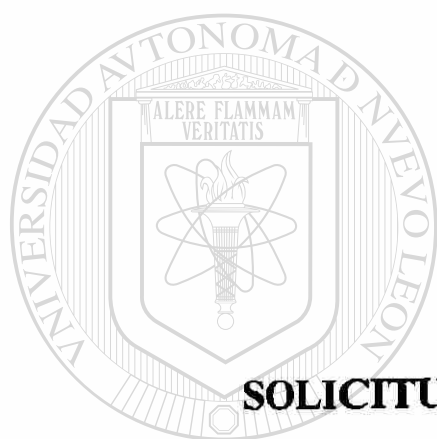


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



APENDICE D

SOLICITUD DE AUTORIZACION DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL EN EL ESTADO
SUB-SECRETARIA DE SALUD
MATAMOROS OTE., 520
MONTERREY, N. L.

DEPENDENCIA _____
SECCION _____
MESA _____
NUMERO DE OFICIO _____
EXPEDIENTE _____

ASUNTO:

Lic. Ma. de Jesus Nava Ovando
Alumna de Post Grado
Facultad de Enfermería

26 de Septiembre de 1996

Presente.-

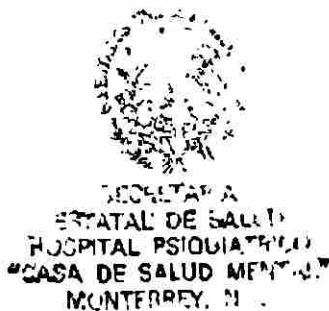
Despues de analizar su solicitud para realizar un estudio en el ambito de enfermería, le notifico que fué aprobado el desarrollo de la investigación denominada "OPINION DEL PACIENTE Y FAMILIAR DE LA INFLUENCIA DE ENFERMERIA EN LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO PSIQUIATRICO".

Bajo la asesoria de la Lic. Ma. Luisa Chavez Aguilera maestra de la Facultad de Enfermería y coordinadora del Post Grado de Maestria.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

También le informo que se sienta con la confianza de solicitar al Comité de Investigación de esta dependencia los apoyos que necesite.

Sin otro particular, quedo de usted.



Atentamente
[Firma]
Dr. Ricardo Zapata Castellanos
Director del Hospital Psiquiátrico

Al Contestar este Oficio citense los datos contenidos en el cuadro del ángulo superior derecho



APENDICE E

ACUERDO DE PARTICIPACION EN EL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



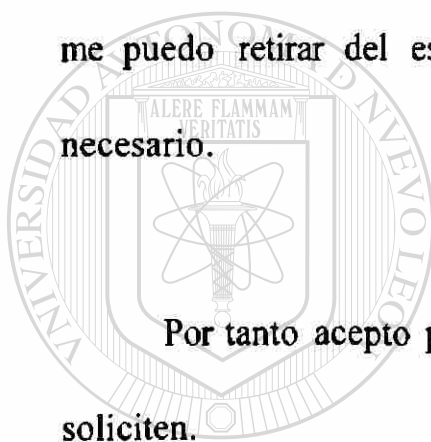
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE E
ACUERDO DE PARTICIPACION EN EL ESTUDIO

Es mi decisión participar en el estudio sobre “Apoyo del personal de Enfermería a Pacientes y Familiares en el Tratamiento Ambulatorio, ésto es con el fin de mejorar si es necesaria la atención de enfermería.

Me enteraron que la información se manejaría en forma confidencial y que me puedo retirar del estudio en cualquier momento que yo lo considere necesario.

Por tanto acepto participar, en dar respuesta a las preguntas que se me soliciten.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

Firma: _____
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Atentamente

Lic. María de Jesus Nava Ovando

Enfermera Responsable

Monterrey, N.L. a ___ de _____ 199 ____.

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Ma. de Jesus Nava Ovando

**Candidato para el grado de Maestría en
ENFERMERIA con ESPECIALIDAD
en SALUD MENTAL y PSIQUIATRIA.**

**Tesis : OPINION DEL PACIENTE Y FAMILIAR DE LA INFLUENCIA DE
ENFERMERIA EN LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO
PSIQUIATRICO.**

Campo de Estudio : Ciencias de la Salud.

Biografía :

**Datos Personales : Nacida en Poza Rica de Hidalgo, Veracruz, hija de Jesús
Cruz González y Galdina Nava de Cruz.**

**Educación : Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado
obtenido : Lic. en Enfermería (1983).**

**Experiencia Profesional : Jefa de Enfermeras del Hospital Psiquiátrico de la
Subsecretaría Estatal de Salud Monterrey, N.L., de 1981 a la fecha y
Jefa de Enfermeras del Centro Griátrico Roma a partir de 1988 a la fecha.**

- **Maestra de la materia de Enfermería Psiquiátrica de la Escuela de
Enfermería Clínica y Maternidad Conchita de 1981 a 1992, Escuela de
Enfermería de la Universidad de Montemorelos, N.L. de 1986 a 1993 y
de la Facultad de Enfermería Pre Grado Universidad Autónoma de
Nuevo León, de 1986 a 1989.**
- **Instructora de prácticas clínicas de la Escuela de Enfermería
Universidad de Montemorelos a partir de 1990 y de la Facultad de
Enfermería, Pre Grado Universidad Autónoma de Nuevo León, a partir
de 1994 a la fecha.**

