

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.

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.

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.

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), dá 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 dá 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, esto 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 consciente 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).

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 antocráticas 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 sustitutos: Es un fenómeno psicológico de transferencia en donde al usuario en forma inconsciente 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 inconscientes.

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 sustitutos 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).

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 ésto 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).

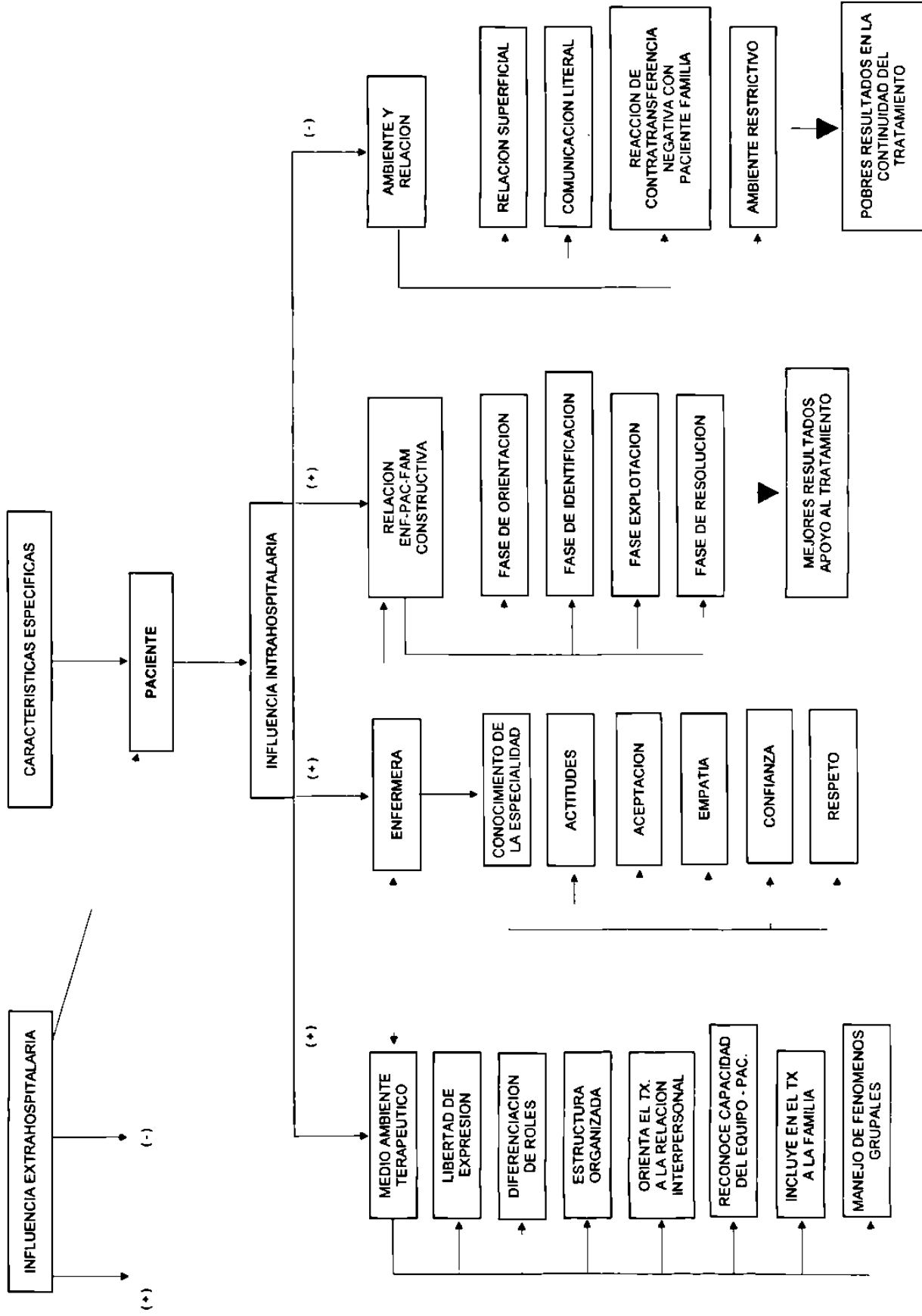
Los autores ya señalados dan a conocer los factores que pueden estar circunscritos a las recaídas de los pacientes, en cada uno de ellos está implícita la necesidad de aplicar principios de la relación interpersonal para el logro de las metas no solo con el paciente, si no también con el sistema familiar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

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	%		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	%		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 períodos 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.

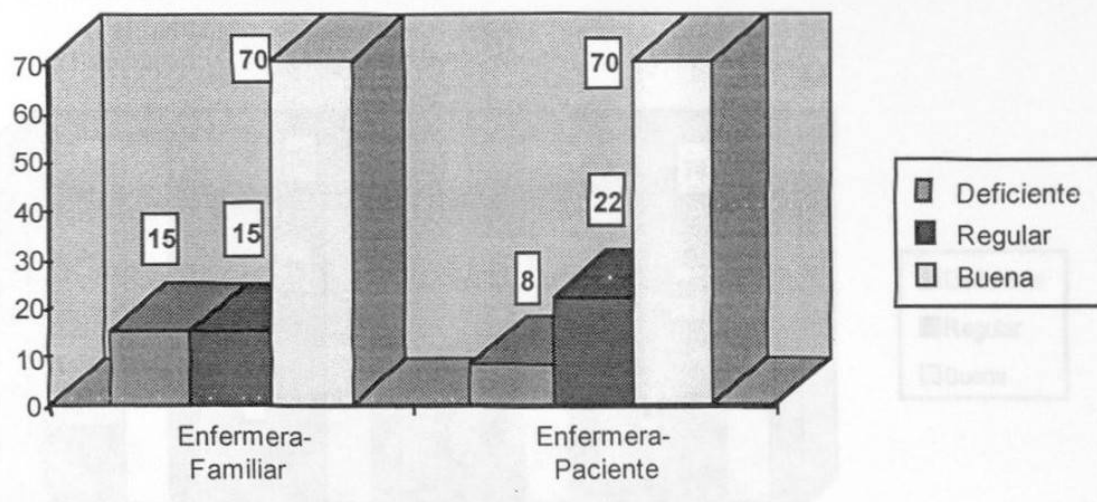
N = 27

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

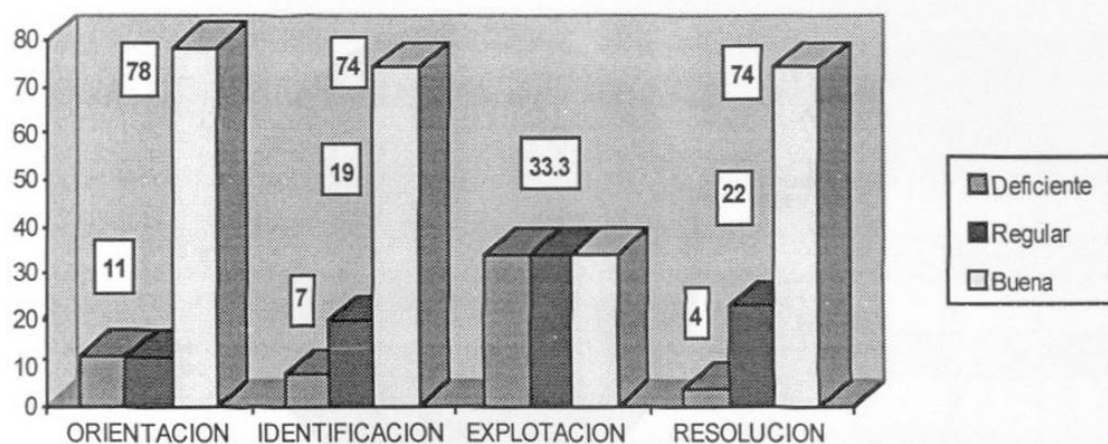
Otro aspecto que se exploró fue la presencia de cada fase de la relación descrita por Peplau, confrontada con la opinión del paciente y su familiar; se observa que la fase de orientación, identificación y resolución la califican como buena con porcentajes que varían de 74-78 por ciento, sin embargo,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

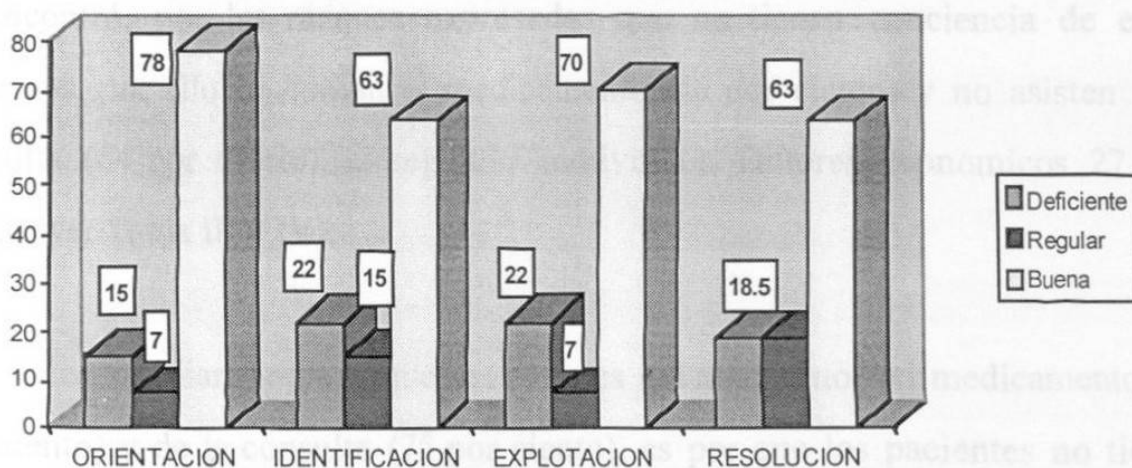


Fuente : E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 27

Figura 3

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



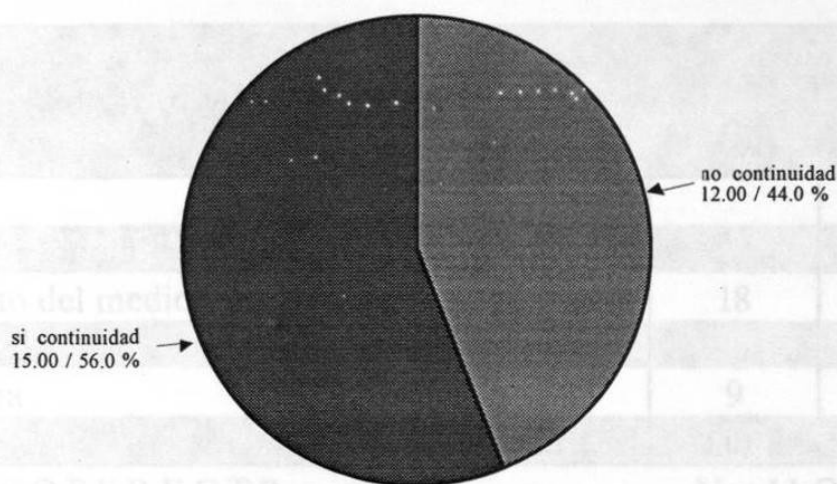
Fuente : E.O.P.F.R.E.C.T.P.

N = 27

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.

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 desisto 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 Demográficos 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	Opinion 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 fue 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 esquizofrénicos, 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

4.2 ANALISIS ESTADISTICO

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