

## 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	VARIABLES	Coeficientes	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.

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

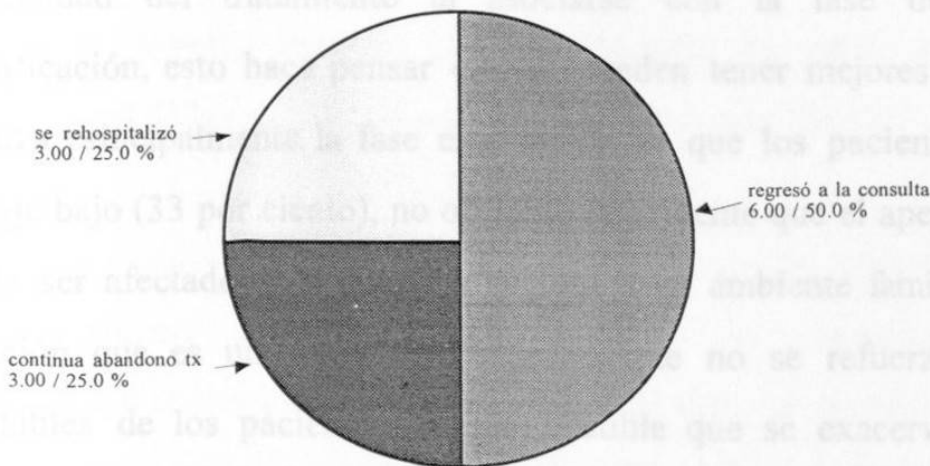
el esquema de medicamento y se le indicó una tableta de Akineton de 2 mg. por marcada acaticia y temblor.

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

Hallazgo en la Continuidad del Tratamiento después de la Entrevista Domiciliaria. Feb - Mar 1996.



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 exacerben 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).

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 domiciliaria 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 Institutiunelles. 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 Psiquiatría 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).