

**HOSPITAL PSIQUIATRICO:**

**PROCESO DE ATENCION EN  
ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE  
CRISIS**

**Manel Gràcia Balaguer**

**Marzo 1.993**

R. 10.546

UNIVERSIDAD DE BARCELONA  
ESCUELA UNIVERSITARIA  
SANTA MADRONA  
MASTER EN ADMINISTRACION Y  
GESTION EN ENFERMERIA

Manel Gràcia Balaguer  
Marzo 1.933

# **HOSPITAL PSIQUIATRICO:**

## **PROCESO DE ATENCION EN ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE CRISIS**

### **Líneas de investigación:**

- . El factor humano en Enfermería**
- . Unidades de Enfermería, organización formal**

A la Choni i en Guillem pel temps que no els  
he dedicat.

Als meus pares.

- He aquí mi secreto.

- Es muy simple: no se ve bien sino con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos.

( ANTOINE DE SAINT-EXUPERY )

## AGRADECIMIENTOS

Con estas líneas quiero expresar mi agradecimiento a aquellas personas que han hecho posible la terminación de este trabajo:

A FERRAN FERRER, por la orientación metodológica y el continuo apoyo en la realización de esta tesina.

A JOSE TEJADA, que ha hecho posible el tratamiento estadístico de este trabajo.

A ESTEVE PONT, por su colaboración.

A MONTSERRAT TEIXIDOR, por el interés y los ánimos manifestados a lo largo de este Master.

A SOR TERESA IÑIGUEZ, por permitir que lo que era un proyecto se convirtiera en una realidad práctica.

A SOR IMELDA GARCIA, por el intercambio de opiniones respecto a la atención al paciente.

Al Dr. DANIEL GARCIA-TARAFÁ, por su labor docente y su preocupación e interés por Enfermería. Y especialmente por el apoyo constante que me ha proporcionado durante los años que hemos trabajado juntos.

Y por último, a todos mis compañeros y amigos que de una manera u otra han colaborado en este trabajo.

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| 1.- JUSTIFICACION   | 2  |
| 2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION   | 4  |
| 3.- MARCO TEORICO   | 5  |
| 3.1.- PERSPECTIVA HISTORICA DEL P.A.E.-P.A.E.P.   | 9  |
| 3.2.- EL P.A.E.P. EN UNA UNIDAD DE CRISIS   | 17 |
| 3.3.- IMPLICACIONES DE LAS TEORIAS DEL COMPORTAMIENTO EN EL<br>P.A.E.P. EN UNA UNIDAD DE CRISIS                   | 25 |
| 3.4.- IMPLICACIONES DE LAS TEORIAS DEL DESARROLLO DE LA<br>PERSONALIDAD EN EL P.A.E.P. EN UNA UNIDAD DE<br>CRISIS | 29 |
| 3.5.- IMPLICACIONES DE LOS MODELOS DE ENFERMERIA EN EL<br>P.A.E.P. EN UNA UNIDAD DE CRISIS                        | 32 |
| 4.- HIPOTESIS GENERALES   | 38 |
| 5.- PROCESO   | 39 |
| 5.1.- IDENTIFICACION DE VARIABLES   | 40 |
| 5.2.- METODOLOGIA   | 41 |
| 5.3.- POBLACION-MUESTRA   | 46 |
| 5.4.- DISEÑO DE INSTRUMENTOS PARA VALORAR LOS RESULTADOS DEL<br>ESTUDIO   | 48 |
| 5.5.- PROCESO DE INVESTIGACION E INCIDENCIAS  | 50 |
| 5.6.- ANALISIS DE LOS DATOS:  | 53 |
| 5.6.1.- ANALISIS DESCRIPTIVO  | 53 |
| 5.6.2.- ANALISIS INFERENCIAL  | 57 |
| 6.- VALORACION DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES   | 62 |
| 7.- PROPUESTAS  | 67 |
| 8.- BIBLIOGRAFIA  | 69 |

## **1 JUSTIFICACION**



En el proyecto se propone la utilización del Proceso de Atención en Enfermería Psiquiátrica (P.A.E.P.) para conseguir criterios y modos de actuación del equipo de Enfermería de una unidad de agudos psiquiátricos.

La asistencia en este tipo de unidades se caracteriza:1)por la urgencia con la que se ha de actuar, ya que el enfermo presenta una situación de crisis;2)porque los enfermos realizan una estancia en un espacio determinado y limitado a un máximo de 50 días.

Es de vital importancia que cada uno de los miembros del equipo de Enfermería conozca el rol que debe desempeñar, tanto a nivel individual como del colectivo que forma parte, para poder proporcionar una atención integral a individuos en situación de crisis. Esta atención integral es decisiva para la evolución del enfermo, y debe además, proporcionarle una experiencia positiva que favorezca su recuperación y su reintegración a la vida cotidiana.

Actualmente, los hospitales psiquiátricos carecen de programas de cuidados establecidos (P.A.E.P.) o bien los que han elaborado no siguen una estructura lógica por falta de bases teóricas y criterios taxonómicos consolidados, de manera que, en la práctica son inoperables.

La aplicación del P.A.E.P. en una unidad de agudos podría permitir una atención integral del enfermo valorando aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales del mismo, lo que conduciría a la comprensión global de la persona. El P.A.E.P. es una herramienta muy útil para proporcionar un plan de cuidados de acuerdo con las necesidades del enfermo.

El establecimiento de diagnósticos de Enfermería puede permitir utilizar un lenguaje común y sobre todo plasmar por escrito las observaciones de la evolución del enfermo.

La comunicación entre el equipo de Enfermería facilita la comprensión de las reacciones del enfermo, de sus impulsos, ayudar a aceptarlo tal cómo es y puede evitar manifestaciones de rechazo. El conocimiento por parte de los profesionales de su propio nivel de tolerancia y comprensión es determinante para prestar cuidados en el campo de la Salud Mental.

2 OBJETIVOS DE LA  
INVESTIGACION

## **2.1.- OBJETIVOS GENERALES**

. Elaborar y aplicar las fases del Proceso de Atención en Enfermería Psiquiátrica en enfermos que presentan situación de crisis.

. Valoración y propuesta de la mejora de la atención de Enfermería al usuario.

## **2.2.- OBJETIVOS PARCIALES**

. Desarrollar las fases de la Relación Terapéutica determinando los niveles de necesidades.

. Identificar los problemas del enfermo y su causa, configurando el Diagnóstico de Enfermería.

. Establecer objetivos y acciones de Enfermería dirigidas a la atención del enfermo.

. Identificar el tipo de relación de dependencia a independencia en el transcurso de la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo.

. Elaborar las bases necesarias en la consignación de datos a través de los registros de Enfermería.

. Potenciar la comunicación entre:

-personal de Enfermería y

-personal de Enfermería y resto de profesionales del equipo terapéutico.

### **3 MARCO TEORICO**

Para llegar a entender cómo surge el Proceso de Enfermería es necesario ahondar en el pasado. En un principio las personas que se dedicaban a cuidar a los enfermos, se preocupaban de aliviarles proporcionándoles confort y una estancia feliz.

Fué preciso esperar a la época de F.Nightingale para observar toda una revolución de ideas en el ámbito de la Enfermería, ya que aunque dicha autora no profundizó en el Proceso de Atención en Enfermería (P.A.E.), si elaboro reglas propias basadas en la realización de acciones deliberadas que permitían proporcionar un mejor cuidado al enfermo.

Durante el periodo correspondiente a la 2ª guerra mundial, se produce toda una serie de cambios importantes en el cuidado al enfermo.

El gran número de personas heridas en el campo de batalla(quemaduras, fracturas, heridas de bala, etc...) precisaban de una actuación rápida de médicos y enfermeras. Fué necesario la contribución de diferentes profesionales para asumir la asistencia al enfermo, creandose así el equipo multidisciplinario.

La postguerra fué una etapa de grandes cambios en la Enfermería, se impuso el cooperativismo, y por primera vez la enfermera era considerada la responsable de prestar una asistencia total al enfermo.

Esther Brown, al igual que Nightingale, defendía que las posibilidades de proporcionar una asistencia eficiente eran mayores, si se realizaba mediante una acción organizada y deliberada que permitiera evaluar la calidad de ésta.

A finales de la década de los cincuenta se intentaron definir las diferentes profesiones en el ámbito sanitario. Así las enfermeras luchaban por establecer los deberes y derechos de su profesión para proporcionar una alta calidad de los cuidados al enfermo. Se empezó a tomar consciencia de que Enfermería es una profesión independiente capaz de aportar sus propios conocimientos. Las enfermeras inician una especialización adquiriendo experiencia en distintas áreas de hospitalización. Así aumenta el número de enfermeras con una formación más completa, que proporcionó una nueva visión en el ámbito de los cuidados a los enfermos.

En los años 70, aparece en E.E.U.U. el "Primer manifiesto sobre la formación para la asistencia de la Asociación de enfermeras". Este escrito proclamaba una mayor formación de las personas que realizaban estudios de Enfermería, la cual debería realizarse en instituciones de enseñanza superior.

Simultáneamente se crearon comisiones de trabajo en que resaltaron la importancia de determinar las funciones de la enfermera, de la educación sanitaria y del desarrollo profesional.

Dichas comisiones dieron mucha importancia al trabajo organizado mediante la planificación de unos objetivos y de las actividades necesarias para su ejecución, y a la evaluación de los resultados. (Griffith et al. 1.958, p.5-35).

Con los años siguientes aumentaron las expectativas del cuidado al enfermo y aparece una nueva metodología: P.A.E. Actualmente se están realizando estudios preliminares para evaluar su posible aplicabilidad en unidades de hospitalización.

El P.A.E. y el P.A.E.P. evolucionan de una manera paralela en la historia de la Enfermería. Naturalmente, hay diferencias significativas, pero los conocimientos de base son los mismos, es decir, los dos parten de una organización del cuidado al enfermo y para ello desarrollan unas etapas o fases a llevar a cabo.

La diferencia entre ambos procesos es la manera de enfocar el cuidado al enfermo, ya que en el P.A.E.P. lo más relevante es el seguimiento de la respuesta humana del enfermo ante una situación de crisis.

Para proporcionar un fundamento a la Enfermería, es necesario tener una base teórica consistente, lo más adaptada a la práctica diaria. Previo a la aplicación del P.A.E.P., es fundamental poseer una base teórica que guie el quehacer cotidiano con el enfermo.

La literatura revisada destaca que el P.A.E.P. tiene sus inicios en 1.929, cuando Jensen estableció diferentes fases en la atención al cuidado al enfermo. El orden de las etapas del proceso de Enfermería es crucial en el desarrollo de los cuidados.



Todo P.A.E.P. se ha de basar en un Marco Conceptual, el cual debe considerar todas las actuaciones de Enfermería a realizar.

Para crear el Modelo Conceptual que ha de servir de base al P.A.E. a utilizar en nuestro ámbito de trabajo, debe inspirarse en los diferentes Modelos ya existentes, ya que resulta más enriquecedor para la elaboración del propio Proceso la aportación de conceptos o aspectos de teorías de ideología diferente.

Enfermería, además de aportar su propia disciplina de conocimientos precisa de la integración de otras ciencias en su evolución a lo largo del tiempo. En el ámbito de Enfermería en Salud Mental, y más concretamente, en una unidad de crisis, la Psicología dota al P.A.E. de diversos conocimientos generales que le permiten al enfermero entender al individuo con sus características emocionales, cognitivas, conductuales y evolutivas, que influyen en su adaptación y nivel de bienestar. Para entender las pautas a seguir por el Proceso de Enfermería en una unidad de crisis (la aplicabilidad del P.A.E.P.), es necesario profundizar en los conocimientos teóricos que llevaran al establecimiento del P.A.E.P. como útil de trabajo y que se describen a continuación:

- 3.1.- Perspectiva histórica del P.A.E.-P.A.E.P.
- 3.2.- El P.A.E.P. en una unidad de crisis.
- 3.3.- Implicaciones de las teorías del comportamiento en el P.A.E.P. en una unidad de crisis.
- 3.4.- Implicaciones de las teorías del desarrollo de la personalidad en el P.A.E.P. en una unidad de crisis.
- 3.5.- Implicaciones de los Modelos de Enfermería en el P.A.E.P. en una unidad de crisis.

### 3.1.- PERSPECTIVA HISTORICA DEL P.A.E.-P.A.E.P.

Por primera vez Jensen en 1.929 describe las fases de identificación en las siguientes etapas:

- 1)Causas del ingreso del enfermo en el hospital
- 2)Qué hacía el enfermo en casa
- 3)Como puede ayudar la enfermera.

No es hasta 1.959 que Jhonson propone diferentes fases dentro del Proceso de Enfermería:

- 1)Valoración
- 2)Decisión
- 3)Acción

A partir de este momento el P.A.E. evoluciona rápidamente habiendo una amplia panacea de autores, que utilizan el P.A.E. como instrumento de trabajo en el seguimiento del enfermo, pero cada uno de ellos establece unas fases determinadas en la ejecución del mismo. Así se puede destacar a Orlando en 1.961 que propone las siguientes fases:

- 1)Comportamiento del enfermo
- 2)Reacción de la enfermera
- 3)Acciones designadas de Enfermería para beneficio del enfermo.

En 1.967, Yura y Walsh dividen el P.A.E. en cuatro etapas que son:

- 1)Valoración
- 2)Planificación
- 3)Ejecución
- 4)Evaluación.

Litte-Carnevali en 1.969 consideran como fases del Proceso:

- 1)Observación
- 2)Objetivos
- 3)Acción de Enfermería
- 4)Evaluación

Y por último, en 1.975 Roy amplia el número de fases que constituye el P.A.E. a cinco, siendo estas.

- 1)Recolección de datos
- 2)Diagnostico de Enfermería
- 3)Plan de cuidados de Enfermería
- 4)Ejecución
- 5)Evaluación.

A través de la historia de la Enfermería se observa la importancia del cuidado al enfermo. Fué V.Henderson, quién escribió por primera vez un cuidado centrado en el enfermo, influida en gran parte por la teoría de las necesidades humanas. Nightingale comenta la importancia que tiene realizar una aguda observación sobre los hechos como espontáneamente se presentan y también el consignarlos por escrito. Y esto se traduce en una buena evolución madurativa de la personalidad del enfermo.

En 1.952 Peplau considera que la base teórico-práctica de la Enfermería en Salud Mental es el Proceso de Atención en Enfermería que ella la entiende como una relación terapéutica, de la cual hablaremos posteriormente.

Más tarde Orlando refiriéndose a los aspectos interpersonales, hizo hincapié en la necesidad de una acción deliberada, mejor que intuitiva de la Enfermería.

En 1.960, los líderes de la Enfermería empezaron a escribir sobre el Proceso de la Enfermería desde un enfoque científico. Dorothy Johnson escribió en 1.961 sobre la necesidad de una toma sistemática de datos, con un análisis riguroso.

En 1.966, Kelly presentó un artículo en la revista Nursing Research, en el que describía por primera vez el diagnóstico de Enfermería permitiendo determinar las causas y como consecuencia organizar los cuidados para el alivio de un síntoma.

Kelly consideró en 1.965 la valoración de Enfermería no solo como la incorporación de datos sobre los signos físicos del enfermo, sino también sobre la historia social y su pasado cultural, así como los factores físicos y psicológicos del entorno.

En 1.970, la Enfermería se veía por los profesionales como una

disciplina científica.

El término diagnóstico de Enfermería, apareció por primera vez en la literatura con la siguiente definición:

" Paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados" (Fry, 1.953).

Cuatro años más tarde se incluye a la familia en la definición:

"La delimitación de la naturaleza y amplitud de los problemas de Enfermería presentados por los enfermos o familiares que reciben unos cuidados de Enfermería" (Abdellach, 1.957).

Otra definición del Diagnóstico de Enfermería posterior apoyando la inclusión de la familia:

"La determinación de la naturaleza y extensión de los problemas de Enfermería presentados por individuos o familias que reciben cuidados" (Komarita, 1.963).

Tres años más tarde se aporta a la definición del Diagnóstico de Enfermería, la importancia de realizar un estudio:

"La exposición de una conclusión obtenida del estudio de una muestra procedente de una investigación del enfermo por parte de la enfermera" (Durand;Prince, 1.966).

En 1.973, la Asociación de Enfermería Norteamericana (A.N.A.) adoptó los criterios de la práctica de Enfermería Norteamericana (A.N.A.) adoptó los criterios de la práctica de Enfermería, reflejados en el Proceso de Enfermería en cinco fases. Incluyó el Diagnóstico de Enfermería (D.E.) como parte del Proceso de Enfermería. Sin embargo, en el mismo año, se convoca la primera reunión de la National Conference Group for Classification of Nursing Diagnoses en donde se crea la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería

(N.A.N.D.A.) en 1.982 durante la quinta conferencia, para comenzar el desarrollo del D.E. Hasta la presente, la atención en la literatura es diez veces mayor, y a raíz de los procesos de debate y trabajo realizados en estas reuniones han dado lugar a una variada gama de definiciones de Diagnósticos de Enfermería:

"Una función independiente de Enfermería. Una evaluación de las respuestas individuales del usuario hacia sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital del desarrollo mental, crisis accidentales, enfermedad, privación u otros motivos de estrés" (Bircher,1.975).

"Juicio o conclusión que sucede como resultado de una valoración de Enfermería" (Gebbie;Lavin,1.975).

"Un proceso de deducción clínica a través de la observación de los cambios físicos o psicológicos que se producen en el paciente; si se hace correcta e inteligentemente, conducirá a la identificación de las posibles causas de la sintomatología" (Aspinall,1.976).

"Problemas potenciales o reales de la salud tratados por enfermeras, quienes gracias a su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para ello" (Gordon,1.976).

"Las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas, autorizadas y legalmente

responsabilizadas para tratar" (Moritz,1.982).

" El D.E. es una frase concisa o término que reúne un grupo de indicadores empíricos que representan patrones de un individuo como unidad".(Roy,1.982).

"Juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recogida y análisis de datos. Proporciona la base de las prescripciones para su tratamiento definitivo del cual la enfermera es responsable. Está expresado de forma concisa e incluye la etiología de la situación cuando se conoce".(Shoemaker,1.984).

Estas definiciones han evolucionado y describen el D.E. como problemas, respuestas, evaluación o juicio, ajustandose a la realidad de la práctica profesional.

Linda Carpenito en su volumen publicado, contribuye a la clarificación en la utilización de los términos diagnósticos. Es de vital importancia no usar el D.E. para denominar todos los problemas detectados por los enfermeros, ya que su utilización no definiría su rol particular.

Así Carpenito define el D.E. de la manera siguiente:

"Es un enunciado que describe la respuesta humana (estado de salud o alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede disponer las intervenciones de Enfermería definitivas para mantener el estado

de salud o para reducir, eliminar o prevenir alteraciones".  
(Carpenito,1.990).

Finalmente en 1.982 el P.A.E. aparece dividido en las cinco fases siguientes:

1)Valoración: El enfermero observa y descubre, recoge los datos.

2)Diagnóstico Enfermería: El enfermero realiza una identificación y valoración de los datos recogidos, que posteriormente interpreta, analiza y extrae una conclusión real o potencial de las necesidades detectadas en los enfermos.

3)Planificación: El enfermero se comunica con el enfermo y resto del equipo pasra decidir conjuntamente los objetivos a conseguir.

4)Tratamiento: El enfermero interviene, hace.

5)Evaluación: El enfermero discrimina entre lo propuesto y lo alcanzado.(Cook;Fontaine,1.990,p.43-75).

Estas fases son igualmente aplicables en Salud Mental, ya que como he dicho anteriormente la base de ambos procesos es la misma.

Como se ha comentado, la Relación Terapéutica (R.T.) es la base del P.A.E.-P.A.E.P. Esta relación es la intervención interdependiente más importante que realiza el enfermero en el marco de Salud Mental. La R.T. significa una aceptación mútua, de comodidad y seguridad. Otros autores añaden aspectos más amplios a la R.T. como la apertura mútua de percepciones, necesidades, deseos, comportamientos y sentimientos.(Coad;Denton,1.978).

La R.T. es el proceso de comunicación entre dos



personas(enfermero-enfermo), encaminada al logro del máximo bienestar físico-psíquico-social y espiritual, que consta de tres fases:

1.- Fase Inicial: de orientación y establecimiento de un primer contacto.

2.- Fase de trabajo: se determinan los comportamientos del enfermo que no le ayudan a resolver sus problemas e instaura a su vez comportamientos para cubrir sus necesidades.

3.- Fase Final: se planifica el fin de la relación.(Poletti,1.980,p.24-42).

Esta relación es importante porque no solamente permite la organización de las tareas que sean terapéuticas sino que sean abordables de tal manera que el enfermo pueda ir en un periodo de su vida de la dependencia hacia la independencia.(Poletti,1.980,p.78-91).

### 3.2.- EL PROCESO DE ATENCION ENFERMERIA PSIOUIATRICA EN UNA UNIDAD DE CRISIS.

La historia de Enfermería es el vehículo que nos permite establecer una comunicación y una relación más estrecha con el enfermo. Crear un clima de seguridad y confianza para conocer mejor sus necesidades físicas y psíquicas, proporciona al enfermo un cuidado integral.

Una unidad de crisis se caracteriza por la urgencia con la cual se ha de actuar, ante la llegada del enfermo en un estado de desconexión con su propia realidad interior y el ambiente externo que le rodea.

La unidad de crisis es un espacio determinado, en el cual el equipo terapéutico proporciona asistencia a pacientes en situación de crisis durante un tiempo limitado a fin de que la persona se recupere de la misma, restablezca su equilibrio y se reintegre a su realidad concreta. (García-Tarafa et al, 1990, p. 131-150).

Una consideración inicial en una situación de crisis, es la severidad del suceso que la está precipitando (Factores externos). Algunos sucesos como la muerte de un ser próximo o un ataque físico parecen por sí mismos ser el potencial de crisis. Los recursos personales integran un segundo grupo de variables clave, sea innato o adquirido a través de la experiencia, algunas personas están mejor dotadas que otras para enfrentar las tensiones (Factores Psicológicos).

Un tercer planteamiento de variables incluyen los recursos sociales presentes en el momento de la crisis (Factores sociales),

ya que la ayuda externa es de gran importancia para la determinación del cómo tomarán los individuos sus decisiones. (Royo, 1.990, p.1-17).

La crisis consiste en una vivencia de amenaza que las personas sienten cuando les ocurre algún suceso inesperado, que desequilibra su estructura psicológica y no pueden manejarse con los mecanismos habituales.

Otros autores definen la situación de crisis como:

"Entendemos por situación de crisis, tanto el fracaso de los recursos personales del paciente, para afrontar una serie de conflictos internos y externos, como el fracaso de la capacidad del entorno familiar y social para hacerse cargo de la situación creada por dicho fracaso personal del enfermo". (Garcia-Tarafa et al., 1.990).

Según Caplan "el factor esencial que determina la aparición de una crisis es el desequilibrio entre la dificultad o la importancia del problema y los recursos de los que se dispone inmediatamente para afrontarlo". (Royo, 1.990).

En las crisis siempre se contienen elementos de cambio o pérdida.

### INTERVENCION EN CRISIS

Para la Enfermería de Salud Mental, conocer y comprender los procesos que se producen en el cambio (que pueden desencadenar en una crisis) resultan esenciales, porque todas las situaciones de cambio presuponen un estrés para las personas. Al producirse un cierto grado de desequilibrio, el enfermero debe conocer y estar familiarizado con él, para así poder actuar correctamente

en estas situaciones y ayudar a las personas que se hallan inmersas en un situación de crisis.

Enfermería debe favorecer el paso a estadios del desarrollo más avanzados y ayudar a resolver las situaciones cambiantes.

La intervención en una crisis por parte de los profesionales de Enfermería, integrado en el equipo asistencial, significa introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que la está experimentando, con el fin de aminorar el impacto que puede producir y para ayudar a la persona a que movilice sus propios recursos y logre de nuevo la estabilidad.

La concepción de los cuidados al usuario queda reflejado en el P.A.E.P., estableciendose una Relación Terapéutica de aceptación, apoyo y empatía que nos permita disminuir el temor de la persona y reforzar las expectativas positivas sobre el control de la crisis.

Los cuidados que dispensa Enfermería tienen como objetivo promover el más alto nivel de independencia para cada enfermo, así, el P.A.E.P. permite por sus informaciones identificar claramente las áreas y los niveles de dependencia del enfermo, y fomentar los recursos para evolucionar hacia la independencia. Para que la crisis comience a ser afrontada, Enfermería debe dar apoyo al enfermo para fomentar la expresión de sentimientos dolorosos, permitir que la persona se exprese y pueda reconocer sus temores. Esta medida ayuda a reducir la tensión, mejora la percepción de la realidad y permite movilizar y canalizar las energías del individuo hacia acciones positivas para la resolución de la crisis.

Se debe animar a la persona a que comunique y clarifique su

percepción de la situación, lo que le representa y las expectativas que le supone. Para afrontarla, hay que explicar al enfermo la normalidad de la expresión de sus sentimientos en la presente situación de crisis, aunque siempre es importante conocer la veracidad de los hechos, ya que en ocasiones el estado de ánimo modifica la percepción y se producen fantasías o temores irreales.

El enfermero tiene que aceptar que la persona en situación de crisis, pueda desarrollar mecanismos de defensa inconscientes, para lo cual deberemos presentar la realidad con objetividad, no dar falsas seguridades, pero planteando las posibilidades reales de resolución de problemas (dentro de las posibilidades que el estado psicopatológico del enfermo le permitan).

Las personas necesitan un periodo de tiempo prudencial para adaptarse a la situación, por lo que resulta normal que la persona racionalice los hechos. Para aclararlo, se deben plantear las preguntas correspondientes, afín de evitar que se traspasen las responsabilidades a otras personas.

Es de vital importancia no pretender acelerar la situación ya que puede resultar entorpecedor o contraproducente en la evolución madurativa de la crisis que esta viviendo la persona.

El proceso de curación depende en gran parte de los recursos del enfermo y de sus esperanzas. El P.A.E.P. facilita un acercamiento individualizado. Hay que ayudar al paciente a que realice lo que pueda por sus propios medios y evaluar sus recursos para afrontar la situación o aprender nuevas acciones para resolverla. Si una persona puede llegar a comprender lo que le sucede, se ayudara a si misma, modificandose su estado

emocional.(Rigol;Ugalde,l.991,p.173-177).

L.Lamontagne, profesora de Enfermería en Lyon (Francia), destaca la importancia de que el dossier de cuidados proporciona al enfermero unos puntos de referencia, haciendo factible un feedback sobre su trabajo, y, de esta forma, un nivel más alto de satisfacción. También resalta la misma autora, que el profesional de Enfermería, organiza y planifica sus cuidados en función de objetivos precisos acerca de la realidad del enfermo. (Lamontagne,l.988).

Enfermería debe colaborar en la toma de decisiones, hablar con el enfermo sobre las realizaciones posibles, saber escuchar, describir las tareas que hay que realizar, aumentar la autoestima de la persona, todo ello estableciendo un orden de prioridades para proporcionar confianza en el seguimiento y resolución de la crisis.

Hay que fomentar la búsqueda de otros apoyos, sociales, familiares o de la comunidad, que Enfermería debe conocer y comunicar al enfermo.(Rigol;Ugalde,l.991,p.173-177).

La Relación Terapéutica que se establece entre el equipo asistencial y el enfermo en situación de crisis, es de vital importancia para que éste vaya aumentando su capacidad de comprensión y de conocimientos de él mismo y en relación con su crisis (insight). Al aumentar la comprensión que el paciente tiene de sí mismo y de lo que le pasa, puede hacerse cargo o integrar algunos aspectos de su psicopatología y por lo tanto puede también manejar mejor la realidad que le rodea y disminuir con ello su nivel de angustia, es decir , se contiene y por lo tanto supera la crisis.(Garcia-Tarafa et al.,l.990;p.131-150).

Estas ideas desarrolladas en la intervención en crisis, están apoyadas por otros autores como Fernández et al. en el cual plasman la importancia de realizar un análisis profundo del enfermo en situación de crisis, para posteriormente realizar el Proceso de Enfermería y poder obtener resultados favorables en su evolución.

Realizan una exhaustiva recogida de información que les permite conocer y comprender mejor las reacciones del enfermo, aunque no señalan si ha sido realizado por Enfermería, de que manera, como y cuando, en que momento de su estancia.

Ponen especial hincapié en todo lo que es la valoración, que evidentemente es necesaria, pero en el Diagnóstico de Enfermería utilizan la terminología diagnóstica médica, siendo incongruente la planificación de objetivos y las acciones posteriores.

La evaluación final es correcta y destacan lo importante del quehacer diario con el enfermo.

Sus conclusiones son evidentes ya que ponen de manifiesto que Enfermería va asumiendo un rol más activo en las intervenciones que realiza en el enfermo con problemas agudos psíquicos que requieren una intervención rápida y organizada. También comentan el tremendo esfuerzo personal que representa trabajar en estas unidades de crisis, ya que se disponen de pocos medios para salvar los inconvenientes, pero aún así son capaces de tomar la iniciativa y elaborar un programa que sea terapéutico y ponerlo en práctica. (1.991, p.46-56).

En un estudio de un caso psiquiátrico realizado por Grant y White destacan lo fundamental que es el poseer un modelo conceptual. Se ha de ser consciente de las dificultades de aplicar el Proceso

de Enfermería en Psiquiatría. Un enfermo admitido en un hospital general con una infección es fácil observar lo que le pasa ya que se realizan pruebas objetivas y si es necesario se identifica en un monitor. En un unidad de crisis es fundamental la observación del personal de Enfermería, la atención que se le da al enfermo es más prolongada, más duradera, y por lo tanto se establece una Relación Terapéutica comprensiva y más próxima a las necesidades del enfermo.

Realizan un buen plan de cuidados, resaltando que para su buena ejecución es crucial desarrollar previamente un documento formal de las necesidades del enfermo.(1.987,p.117-130).



Sales et al. en su libro publicado sobre los Diagnósticos de Enfermería y su aplicación en una unidad psiquiátrica en un hospital general, realzan la aplicación de una metodología científica en nuestro trabajo cotidiano. Dichos autores destacan la necesidad de conocer las teorías sobre el comportamiento humano y las del desarrollo de la personalidad, para que el enfermero entienda , observe e interprete la respuesta humana, que nos servirá para atender las necesidades alteradas de la persona en situación de crisis.

En sus conclusiones añaden la coherencia de su publicación y de su contenido , ya que desde 1.982 se dedican no solo al campo teórico sino también a su aplicación práctica, realizando estudios, cuyos resultados van a valorar los problemas con los que la Enfermería se enfrenta diariamente. Así se ha de subrayar que la forma de trabajar ha de estar basada en una metodología científica pertinente.(Sales et al.1.991,p.1-13).

### 3.3.- IMPLICACIONES DE LAS TEORIAS DEL COMPORTAMIENTO EN EL P.A.E.P. EN UNA UNIDAD DE CRISIS

Los profesionales de Enfermería deben conocer las teorías del comportamiento para comprender al enfermo en situación de crisis. La Enfermería en Salud Mental se fundamenta en la elaboración de las teorías del comportamiento realizadas por los teóricos, para poder objetivar las respuestas del enfermo.

Según ellos, podemos contemplar las teorías desde diversos puntos de vista:

#### **Teoría de las Necesidades**

Para Maslow, las necesidades humanas básicas están organizadas de forma jerarquizada, es decir, una vez que sean satisfecho las necesidades fisiológicas, la persona comienza a preocuparse por las necesidades superiores, las cuales, a su vez, dominan al individuo hasta ser también satisfechas dando paso a nuevas necesidades. Una persona que no puede comer por falta de recursos monetarios, raramente se preocupará de satisfacer su estabilidad psíquica antes que proporcionarse alimentos.

Esta teoría tiene fuertes detractores, que basan sus críticas en el hecho de que el autor nunca trabajó con enfermos y es, por lo tanto una teoría de laboratorio. La crítica constructiva es que sirve como hipótesis de trabajo para determinar la priorización e intervención a desarrollar con el enfermo.

#### **Teoría General de Sistemas**

La importancia que esta teoría tiene para el enfermero se pone de relieve en los siguientes puntos:

. Mediante la teoría general de sistemas el ser humano se entiende en su globalidad, es decir, de recibir una atención

integral en un sistema ecológico concreto.

. Si se produce un cambio en el sistema, la persona se adapta a la nueva situación con el riesgo de no asimilar dicho cambio.

. Pone especial atención en la relación-interacción de todos los componentes de un sistema para comprender la singularidad del individuo.

### **Teoría de la Conducta**

Los teóricos del Conductismo afirman que toda conducta es aprendida y, por lo tanto se puede modificar y posteriormente sustituida por otra. Toda conducta es la respuesta y esta respuesta se la obsequia con una recompensa.

Las conductas inadaptadas serían una respuesta a un cierto nivel de ansiedad y su recompensa es la disminución de este nivel de ansiedad. Por lo tanto, la terapia conductista se basa en suprimir el estímulo causante de la conducta inadaptada.

La importancia de la aplicación de las teorías de la conducta por la Enfermería es sumamente relevante en la siguiente cita de un autor: "sin el conocimiento de la conducta no hay Enfermería posible, ni atención a los pacientes, ni cuidado y asistencia a los enfermos. La conducta media todas y cada una de las relaciones, constituyendo el eje sobre el cual giran las intervenciones terapéuticas asistenciales y profesionales realizadas por el personal de Enfermería". (Polaino; Lorente, 1.989).

### **Teoría de la Comunicación**

La comunicación es la base de la Relación Terapéutica entre el enfermero, el enfermo y su familia. Como en todo sistema de comunicación se incluye un código, un emisor, un canal, un

receptor y un destino.

A través del proceso de comunicación el enfermero establece un intercambio de información que es básico en la resolución de problemas.

### **Teoría de la Adaptación**

Esta teoría se ocupa de entender y explicar cómo se mantiene el equilibrio para asegurar la supervivencia de los sistemas abiertos.

La persona ante las presiones de todo tipo que perturban o pueden perturbar su equilibrio, pone en marcha el sistema regulador que actúa mediante un mecanismo de compensación y que va a encargarse de regular el desajuste producido.

En el campo de la Enfermería Psiquiátrica el enfermero comprende los mecanismos de compensación (que no son más que los mecanismos de defensa) utilizados por el enfermo, así como los suyos propios, ya que son el mejor ejemplo de la teoría de la adaptación.

### **Teoría de la Percepción**

Cada persona tiene su propio sistema para tratar las situaciones en que se encuentra. En Salud Mental es fundamental como el enfermo ha aprendido a identificar objetos, ya que a través de la manipulación y la memorización podrá crear expectativas sobre el entorno.

Por la experiencia se recuerdan situaciones pasadas que tienen que ver con las actuales. En la práctica diaria, las percepciones recibidas por el enfermo procedentes de experiencias previas, pueden interactuar con las percepciones también anteriores del enfermero.

El objetivo de la comunicación entre el enfermero y el enfermo es clarificar y validar las percepciones. (Sales et al., 1.991, p.1-13) (Cook;Fontaine, 1.989, p.4-78).

### 3.4.- IMPLICACIONES DE LAS TEORIAS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN EL P.A.E.P. EN UNA UNIDAD DE CRISIS

A través de la investigación en Enfermería se ha llegado al desarrollo de los Modelos teóricos, y por medio de la exploración, comprensión y uso ha permitido ofrecer una prescripción a la práctica y poseer una capacidad para predecir los resultados de dicha práctica.

Enfermería es una profesión relacional que se basa en el cuidado a la persona en situación de crisis, por ello se hace necesario la aportación de distintas disciplinas y en concreto de la Psicología.

Si buscamos el significado del término "personalidad", seguro que tenemos respuestas: unos son divertidos, graciosos, agresivos, tacaños, etc...Otras definiciones intentan definir la personalidad describiendo el comportamiento de adaptación.

Hall y Lindzey dicen que la "personalidad se define por conceptos empíricos particulares que son parte de teoría de la personalidad que el observador emplea".(1.970).

Dependiendo del énfasis particular de su trabajo, los científicos definen la personalidad de varias formas:

Perspectiva psicoanalítica (S. Freud): Esta teoría destaca el cómo se desarrollan las personas en los primeros años de sus vidas y cómo aprenden a enfrentarse con el incómodo sentimiento de ansiedad.

Para el enfermero en Salud Mental la teoría psicoanalítica le aporta una mayor comprensión del misterio de la mente. Por ejemplo, si un enfermo verbaliza un insulto hacia el personal de Enfermería, para éste será más fácil de comprender y perdonar si

se entiende dicho insulto como la utilización de un mecanismo de defensa.

Si el enfermo llega a tener consciencia de su problemática podría darle toda una estructura nueva para valorar su personalidad.

Perspectiva del desarrollo (E.Erikson): Las teorías del desarrollo dan una estructura al enfermero para que pueda extraer criterios relevantes de la información recibida durante el proceso de valoración, es decir, de la recogida de datos pertinentes.

Perspectiva socio-psicológica (H.Sullivan): Esta teoría conceptualiza el desarrollo dentro de un contexto social y permite al profesional valorar las influencias de la cultura y la interacción social en el comportamiento del enfermo.

Perspectiva conductista (B.F.Skinner): Las teorías de Skinner pueden ser beneficiosas para el personal de Enfermería, teniendo en cuenta que una forma de aprender es a través del reforzamiento positivo de las reacciones y respuestas correctas de acciones del enfermo. El propósito básico de aplicar esta teoría en Enfermería en Salud Mental sería cuando en el momento que el enfermero o el usuario o ambos, desean cambiar un comportamiento en vez de los rasgos de la personalidad.

La teoría conductista ayuda al enfermero y al enfermo a entender más claramente lo que gana este último si actúa de una cierta manera.

### Perspectiva de la teoría cognitiva (J.Piaget):

La educación al usuario es una de las funciones que debe realizar el enfermero, ya que es de vital importancia que éste sea hábil en la valoración de la disponibilidad de aprendizaje y reconocer las habilidades cognitivas del enfermo que presenta una situación de crisis durante un periodo determinado de su vida.

### Perspectiva humanística (A.Maslow):

Las teorías humanísticas, y en especial la de Maslow, se usan en gran medida en Enfermería. Actualmente muchos planes de estudio en las Escuelas Universitarias han integrado los escritos de Maslow en sus estructuras filosóficas. Debido a que la práctica de la Enfermería se basa en conceptualizaciones humanísticas de las personas que reciben cuidados, es lógico pensar que estas teorías son pertinentes en muchas de las ideas básicas de la profesión. En el trabajo cotidiano, estas teorías continúan siendo útiles ya que demuestran observar una visualización dinámica de la persona con sus dificultades, sus limitaciones a la hora de enfrentarse con sus problemas que le originan un trastorno interno con su entorno habitual. (Cook;Fontaine,1.989,p. 80-100).



### 3.5.- IMPLICACIONES DE LOS MODELOS DE ENFERMERIA EN EL P.A.E.P. EN UNA UNIDAD DE CRISIS

Desde la aparición de los primeros Modelos en 1.950, son muchos los desarrollos teóricos que sean realizado en Enfermería. Actualmente estos Modelos aún permanecen vigentes en su aplicación en el ámbito clínico, es lógico pensar que en parte hayan quedado atrás debido a que Enfermería posee mayores conocimientos impulsando a la profesión desde sus inicios.

Enfermería para desarrollar teorías que le sirvan como base del cuidar ha de precisar de unos conocimientos organizados de forma sistemática, ya que si no existieran ni teorías ni Modelos de Enfermería sería imposible el trabajar con una metodología científica. Es decir, no se realizarían diagnósticos, no se planificarían estrategias para conseguir los objetivos propuestos, y no se podría valorar cómo se llevan a término los cuidados de Enfermería y si son o no susceptibles de influir en en la persona que precisa de una asistencia individualizada.

La Enfermería, en un principio, ha partido de unos presupuestos humanísticos. Con la evolución del tiempo se ha desarrollado un enfoque psicodinámico con la raíz humanística, para llevar a cabo su potencial terapéutico.

Se requiere una mayor profundización en el ámbito de la Psiquiatría de la aplicación y desarrollo de los diferentes Modelos, debido a la mayor incidencia de factores emocionales y psicológicos de las personas en situación de crisis que precisan de unos cuidados organizados. H.Peplau, enfermera psiquiátrica, realizó múltiples investigaciones en este campo, y a pesar de no poseer un Modelo de Enfermería específico tuvo en cuenta

múltiples elementos indicados para la aplicación en el ámbito de atención al enfermo psíquico.

No se van a citar todos los Modelos de Enfermería existentes en la actualidad, ya que el propósito es destacar como influye la perspectiva psicológica del Modelo en la configuración del Proceso de Enfermería en una unidad de crisis.

### Teoría de F. Nightingale

En 1.858 la autora ponía especial interés en la observación de la evolución del enfermo. Las acciones realizadas tenían como beneficiario al enfermo, e incluso lo relegaba a un papel pasivo en su colaboración no dejando que alcanzase un cierto nivel de independencia. Si bien esta falta de implicación del enfermo puede responder al periodo histórico en el que vivió y escribió. Además de la influencia de la aguda observación que debía realizar la enfermera, también destacaba todo el ámbito de la educación y la experiencia. Nightingale fué una mujer brillante y creativa, que sus escritos han aportado la estimulación suficiente para la investigación en Enfermería.

### Modelo de N. Roper:

Su Modelo se centra en los periodos de la vida, en los cuales el individuo aún no es capaz de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, en otros tiene esta capacidad, y finalmente hay periodos en los que puede haber perdido dicha capacidad. Para Roper la persona va desde la dependencia hacia la independencia en cada una de las actividades de la vida cotidiana.

La meta de la Enfermería es la de promover la adquisición, el mantenimiento o restaurar la independencia máxima para cada

enfermo. La aportación hacia la aplicabilidad del Proceso de Enfermería es la necesidad, que apunta la autora, de ayudar a la persona a progresar hacia el polo de la independencia máxima, y permaneciendo con la realización de actividades para hacer frente a cualquier alteración que pueda desencadenar hacia el polo de dependencia. Pero Roper va más allá, y da importancia a la persona que permanece con dependencia para ayudarla a aceptar tal pérdida e incluso ayudarla a morir con dignidad.

#### Modelo de V.Henderson (1.966):

En la lectura de este Modelo se manifiesta la influencia de Maslow, a partir de la división que realiza entre las necesidades básicas y superiores que la persona necesita para alcanzar su autorrealización. Henderson realiza una estructura de catorce necesidades y plasma la importancia de las habilidades del individuo para cubrir independientemente sus necesidades.

La aportación en la aplicabilidad del Proceso de Enfermería es la visión global que la autora da a la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios de la persona en situación de crisis para conseguir su autonomía e independencia, así como, de las actividades a realizar.

#### Modelo de H. Peplau(1.952):

En las aportaciones más importantes que recoge el Modelo se refleja la influencia de las teorías psicoanalíticas. Lo fundamental para la Enfermería es que comprenda su propio comportamiento a través del autocuidado, prestando especial interés a los elementos inconscientes que influyen en sus

actuaciones.

Las fases de la relación enfermera-enfermo se basan también en principios psicodinámicos, y en cuyo proceso la persona va hacia una vida creativa y de autorrealización. De las diferentes funciones que realiza la enfermera, Peplau destaca la de asesoramiento, la de educar e introduce la idea de que la enfermera ha de ser líder de la prestación de los cuidados.

#### Modelo de D.Johnson(1.961):

El cuidado de Enfermería, para la autora, es un servicio directo a la persona. Sus trabajos están marcadamente influenciados por la teoría de los sistemas generales y de las necesidades humanas. El principal propósito en la aplicabilidad del Proceso de Enfermería es lograr y mantener un estado estable para conseguir el bienestar del usuario.

#### Modelo de I. King(1.981):

Entendió el Proceso de Enfermería como un Proceso Humano, en el cual se producían interacciones entre el enfermero y el enfermo, de manera que a través de la comunicación lograban los objetivos, que previamente se habían elaborado, estudiado y de común acuerdo con el enfermo.

#### Modelo de M.Rogers(1.970):

Con sus estudios ha llegado a la conclusión de considerar a la persona en su totalidad en relación con su entorno, con lo cual se produce un continuo intercambio entre el individuo y su medio ambiente.

La importancia del Modelo es que la autora expresa la necesidad de constatar en el Proceso de Enfermería la realización de diagnósticos de Enfermería, que tipos de intervenciones se realizan y la evaluación de los resultados.

Modelo de C.Roy(1.981):

La teoría de la adaptación es la base del trabajo de Roy.

En su colaboración en la elaboración y aplicación del Proceso de Enfermería consideró en promover la adaptación de la persona, prestando especial interés en el conocimiento por parte del enfermo de que mecanismos de defensa utiliza ante situaciones de cambio. El enfermero ha de estar familiarizado con el método de resolución de problemas.

Modelo de I.J.Orlando(1.961):

Su trabajo esta muy influenciado por la teoría de la comunicación, en la cual Enfermería ha de hacer servir constantemente ante la práctica diaria.

El enfermero es responsable de satisfacer las necesidades del enfermo, obteniendo un resultado a través de la resolución de problemas.

Modelo de J.Travelbee(1.966):

Continuó el trabajo realizado por su compañera Orlando. Llegó a la conclusión de que la naturaleza de la Enfermería es la relación interpersonal. Añade a la familia para prevenir junto con el enfermo de la experiencia vivida para encontrar un significado de tales vivencias.

Su aplicación en el Proceso de Enfermería vendría determinado por las relaciones enfermero-enfermo, realizando tomar decisiones con sus decisiones y evaluar el desarrollo de dichas relaciones.

Modelo de J.Mellow(1.971):

Sus trabajos se basaron en la teoría del psicoanálisis. Realizó sus investigaciones en un hospital psiquiátrico con enfermos diagnosticados de Esquizofrénia. Debido a la necesidad de administrar cuidados a estos pacientes, Mellow llegó a pensar que sería imposible separarse de ellos, se establecería una relación simbiótica.

En la aplicación en el Proceso de Enfermería destaca la creación de vínculos emocionales con el paciente, ya que no solo es en el despacho del psiquiatra, sino que el enfermero los establece en la alimentación, higiene corporal, paseando, practicar deportes, conversando y en la administración de la medicación.

Modelo de B.Neuman(1.980):

Desarrolló todo un esquema global de la persona, dirigido a los problemas del usuario. El objetivo principal en la aplicación del Proceso, es como las personas reaccionan ante situaciones críticas utilizando sus propios recursos para tomar consciencia de sus problemas. (Rigol;Ugalde,1.991,p.13-31,p.57-62) (Cook;Fontaine,1.990,p.42-75)(Riehl;Sisca,1.992,p.77-132,p.161-166).

## **4 HIPOTESIS GENERALES**

La aplicación del Proceso de Atención en Enfermería Psiquiátrica en enfermos agudos permite al personal de Enfermería la administración de cuidados de una manera organizada, sistemática y coordinada hacia las necesidades del enfermo en situación de crisis.

La aplicación del Proceso de Enfermería en enfermos agudos proporciona al personal de Enfermería mayor satisfacción en el desempeño profesional.



## **5 PROCESO**

- 5.1.- IDENTIFICACION DE VARIABLES
- 5.2.- METODOLOGIA
- 5.3.- POBLACION-MUESTRA
- 5.4.- DISEÑO DE INSTRUMENTOS PARA VALORAR LOS  
RESULTADOS DEL ESTUDIO:
  - 5.4.1.- INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA  
APLICACION DEL P.A.E.P.
  - 5.4.2.- INSTRUMENTO DE VALORACION DEL  
P.A.E.P.
- 5.5.- PROCESO DE INVESTIGACION E INCIDENCIAS
- 5.6.- ANALISIS DE LOS DATOS:
  - 5.6.1.- ANALISIS DESCRIPTIVO
  - 5.6.2.- ANALISIS INFERENCIAL

## 5.1.- IDENTIFICACION DE VARIABLES

En el estudio planteado y según las hipótesis generales referidas, las variables a estudiar son las siguientes:

- A) V. Independiente: La aplicación del P.A.E.P. en enfermos agudos psíquicos.
- B) V. Dependientes: La facilitación en el trabajo.  
La atención al usuario.  
La satisfacción del personal.
- C) V. Intervinientes: Edad, Sexo, Estudios, Situación Laboral, Grupo Profesional.

## 5.2.- METODOLOGIA

La metodología seguida se encuadra dentro de los estudios experimentales con diseño pretest - posttest.

Para realizar la investigación se han establecido dos grupos entre el personal de Enfermería:

- Experimental ——— PRETEST———P.A.E.P.———POSTEST
- Control ——— PRETEST———POSTEST

Se han elaborado las siguientes hojas de registros, que en su conjunto se denomina Proceso de Atención en Enfermería Psiquiátrica ( se ha diseñado un guión para facilitar el aprendizaje ):

A) Portada: Se especifican los datos de identificación del paciente, así como apartados de relevancia significativas sobre la salud del mismo.

B) Informe de Enfermería: El cual está diseñado en una hoja doble por las dos caras, quedando reflejada la información y recogida de datos de la siguiente manera:

- Identificación del paciente.La forma de Ingreso. Datos de Salud anteriores y de su salud actual.Historia ginecológica y anotaciones referidas a pruebas diagnósticas.

- Examen del estado mental del paciente, en el cual se desglosa para su operatividad en : Aspecto general; Relación al contacto; Nivel de consciencia; Orientación; Memoria; Sensopercepción; Pensamiento; Afectividad; Expresión del Lenguaje y Conducta motora.

- Las Necesidades Fundamentales que son las siguientes:Alimentación; Eliminación; Movilización; Reposo-Sueño;

Higiene-Arreglo personal; Evitar peligros; Aprender; Autorrealizarse; Comunicación; Actividades-Recrearse; Medicación-Hábitos tóxicos y Aspectos Económicos.

Para cada necesidad se han establecido unos parámetros que a través de los cuales podemos conocer en que necesidad el paciente precisa de la asistencia del personal de Enfermería, y como consecuencia elaborar los diagnósticos de Enfermería.

C) Hoja de Evolución: Donde se registran diariamente y por turnos la apreciación lo más objetiva posible de la evolución del enfermo.

D) Plan de cuidados: Se detallan los diagnósticos de Enfermería, los objetivos a conseguir, sus intervenciones y la evaluación de los mismos.

E) Evaluación y Alta: Descripción de los diagnósticos planteados en el plan de cuidados, con el comentario sobre la consecución de los objetivos, así como, los niveles de dependencia e independencia respecto a las necesidades fundamentales desde el ingreso y los conseguidos en el alta del paciente.

F) Contraportada: Se especifica el día del ingreso y el del alta.

( ANEXO-1 ).

La investigación consistirá en la elaboración y aplicación de las etapas del Proceso de Atención en Enfermería Psiquiátrica en enfermos agudos de la unidad de crisis, para observar si se produjeran cambios significativos entre el grupo experimental y control desde el inicio hasta la finalización del estudio. Las variables a valorar vienen determinadas en cuanto a la facilitación en el trabajo, en la atención al usuario y en la satisfacción del personal de Enfermería. Se han realizado reuniones de trabajo ( diplomados con la Enfermera Jefe) , en las cuales se valoró la importancia de la propuesta de mejora del Proceso de Enfermería. Posteriormente se han realizado sesiones informativas y entrega de documentación sobre el Proceso de Enfermería al equipo de la unidad ( auxiliares, diplomados y supervisora ). También se ha presentado el proyecto de investigación en una sesión clínica docente en la que asistieron hermanas, enfermeras, auxiliares, psiquiatras, asistentes sociales y psicólogos.

El estudio de los casos clínicos, se ha efectuado prestando especial interés a la Relación Terapéutica, cuya finalidad es no solo el resolver un problema concreto sino también atender desde el punto de vista psicológico. En este tipo de relación se parte del planteamiento de unos objetivos que son abordados por el personal de Enfermería y cuya buena ejecución requiere de la colaboración mútua (enfermera-paciente).

En esta unidad, Enfermería valora por una parte para el buen ejercicio profesional cualidades personales como la empatía, la aceptación y tolerancia, la autenticidad, la concreción y la escucha activa, y por otra parte las capacidades propias del

enfermo en general, sobre todo para asumir sentimientos y emociones, y para discriminar problemas, preocupaciones y estados emocionales.

La Relación Terapéutica tiene lugar en tres fases: A) Inicial, B) Intermedia y C) Final.

A) El objetivo de la fase inicial o de orientación, es la de establecer una relación de confianza enfermera-paciente. Este primer contacto se realiza a través de tareas terapéuticas específicas. ( Esclarecimiento con el paciente del rol de la enfermera, y hacerse cargo de que los problemas son psiquiátricos y que por lo tanto afectan la relación interpersonal, esto es básico para que la enfermera pueda adoptar una actitud de aceptación de los conflictos que dicha relación perturbada genera).

B) En la fase intermedia o de trabajo, el objetivo es el mantener el contacto iniciado en la primera fase. Se aplica las etapas del P.A.E.P., teniendo en cuenta los diagnósticos de Enfermería aprobados por la N.A.N.D.A. en 1.991 en el transcurso de la novena conferencia. En esta fase se utilizan los siguientes pasos:

1.- RECOGIDA DE DATOS: Se recopilan los datos de identificación, de salud anteriores. Se determina el estado de salud actual del enfermo y se evalúa sus maneras de adaptación anteriores y presentes. Los datos se han obtenido a partir de entrevistas, de relaciones interpersonales y de la observación directa, de medidas fisiológicas.

2.- IDENTIFICACION DE PROBLEMAS: La observación del enfermo y la interpretación de los datos permiten valorar el estado de

salud actual ( historia detallada de los síntomas que ha padecido) y el estado mental. Se determina así el problema y la causa de éste.

3.- PLANIFICACION: De los problemas identificados se desarrollan los objetivos.

4.- INTERVENCION: Se realizan las acciones de Enfermería que permiten cumplir los objetivos propuestos.

5.- EVALUACION: Se realiza constantemente sobre las acciones, pudiendolas modificar y adaptandolas a las necesidades del enfermo.

6.- CONCLUSION: Se realiza una revisión conjunta con el enfermo de su hospitalización.

C) La tercera fase de la relación es la conclusión o final, cuyo objetivo principal es ayudar al enfermo a revisar lo que ha aprendido de esta relación y que pueda ser capaz de transferir este aprendizaje a otras interacciones y relaciones de su vida cotidiana. ( Comer y beber adecuadamente, dormir y descansar, elegir prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa, mantener la higiene y aseo personal, comunicarse con otras personas para expresar emociones, necesidades, jugar o participar en diversas actividades recreativas, expresar sentimientos y pensamientos ante situaciones de ambivalencia, ansiedad o temor, tomar decisiones...).



### 5.3.- POBLACION-MUESTRA

#### POBLACION

La investigación se va a realizar en el Centro Neuropsiquiátrico "Sagrado Corazón" de Martorell (Barcelona). Hospital de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón, cuyo objetivo es el de atender a los enfermos psíquicos en su tratamiento y rehabilitación.

Hospital privado concertado con el Institut Català de la Salut, en el que el personal esta formado por: hermanas hospitalarias, psiquiátras, enfermeros, auxiliares, asistentes sociales, psicólogos, socioterapeuta y el capellán.

#### MUESTRA

Dadas las características de la población y las limitaciones derivadas de la misma he tenido que utilizar el método de muestreo no probabilístico e intencional obteniendo la siguiente muestra:

El estudio se va a realizar en la unidad de crisis. Dicha unidad consta de 50 camas y se asiste a enfermos cuyas edades van desde los 18 a los 65 años, siendo el periodo máximo de estancia de 50 días. Proporciona asistencia psiquiátrica a la población de las comarcas: Anoia, Bergueda, Baix Llobregat, Bagès y a los distritos cuarto y quinto de la ciudad de Barcelona.

Atiende principalmente a enfermos psicóticos.

Se ha aplicado la investigación en 15 primeros ingresos durante el periodo 1 Enero al 7 Marzo del 1.993.

El personal de Enfermería de la unidad consta de:

- 1 Supervisora
- 2 D.U.E. ( días alternos)
- 16 auxiliares ( 10 turno diurno, 4 turno nocturno y 2 de fin de semana)
- 2 A.T.S./D.U.E. ( noches alternas).

Dentro de las características indicadas, y tras no responder a las encuestas 3 personas, la muestra de la población consiste en:

-2 A.T.S./D.U.E.

-15 auxiliares.

También se justificaría el procedimiento muestral por el propio diseño de investigación en el que nos hemos movido: estudio piloto.



#### **5.4.- DISEÑO DE INSTRUMENTOS PARA VALORAR LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO**

Para poder realizar la investigación se han diseñado los siguientes instrumentos de medida:

##### **5.4.1.- INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA APLICACION DEL P.A.E.P.**

A) MEDIDAS FISIOLÓGICAS y descripción detallada de los síntomas que ha padecido el paciente por aparatos.

B) MÉTODOS OBSERVACIONALES: se han diseñado de forma estructurada. Para facilitar la tarea y precisar los criterios asumidos en el trabajo se han desglosado de la manera siguiente:

- exámen del estado mental
- determinar el diagnóstico de Enfermería.

C) ENTREVISTA: se ha diseñado de forma estructurada. Se contemplan dos aspectos de nuestra actitud:

- aspecto activo: hacer, efectuar y conducir,
- aspecto pasivo: observar, percibir y asimilar.

##### **5.4.2.- INSTRUMENTOS DE VALORACION DEL P.A.E.P.**

D) CUESTIONARIO: Se han elaborado dos cuestionarios con 36 preguntas idénticas cada uno, abiertas y redactadas en positivo. Tras la confección de los cuestionarios, se validaron los dos modelos diseñados por diferentes profesionales desde distintos ámbitos: metodología de la investigación, dirección de Enfermería, supervisión, Psiquiátrico, docencia universitaria y de asesoramiento en proyectos.

El primer cuestionario se entregó al personal de Enfermería (Pretest) antes de iniciar el estudio, posteriormente al finalizarlo se les entregó un segundo cuestionario (Postest).

Dichos cuestionarios constan:

PRETEST: Datos referidos a la edad, sexo, nivel de estudios , situación laboral, experiencia anterior en el ámbito psiquiátrico y el grupo profesional.

La opinión de la aportación del P.A.E.P. en el trabajo se ha dividido en tres subapartados:

- a propósito de facilitar el trabajo, (item 1 al 14)
- a propósito de la atención al usuario y (item 15 al 22)
- a propósito de la satisfacción del personal (item 23 al 36).

Cada pregunta va seguida de una escala evaluativa:

Nunca (1) Raras veces (2) Frecuentemente (3) Siempre (4)

POSTEST: Con el mismo diseño que el anterior pero con la modificación, que la opinión de los profesionales es sobre lo que le ha aportado en el trabajo el aplicar el Proceso de Enfermería, y sin variar los tres subapartados con los mismos items.

Los dos cuestionarios han sido entregados tanto al grupo experimental como al de control. ( ANEXO- 2 )

### 5.5.- PROCESO DE INVESTIGACION E INCIDENCIAS

Debido al horario de mi trabajo, que es de 11 horas a días alternos y un fin de semana de cada dos, el tiempo para las sesiones informativas y la entrega de documentación al personal de la unidad se reducía a 15 minutos a la semana dos veces al mes desde Julio hasta el mes de Noviembre de 1.992. Además, a todo esto, se unió que no todo el personal podía acudir a tales reuniones debido a que el servicio debía estar cubierto por las características de la unidad de crisis y la necesidad de la presencia en los espacios de la misma del personal de Enfermería. Al personal de noche solamente disponíamos de 30 minutos con la particularidad añadida de transmitir el cambio de incidencias acaecidas durante el día. El trabajo de proporcionar artículos introductorios del Proceso de Enfermería ha sido satisfactorio, ya que posterior a su lectura han solicitado ciertas aclaraciones teóricas respecto al desarrollo del Proceso.

La colaboración por parte del equipo ha sido positiva, ya que comprendieron bien la finalidad de los cuestionarios, así como, las 36 preguntas a contestar y que desde mi punto de vista han reflejado la sinceridad que en principio se les solicitaba.

La aplicación del P.A.E.P. estaba previsto para principios de Diciembre del 92 hasta la primera semana de Marzo del 93, y como consecuencia de producirse 3 bajas en el equipo por enfermedad se tuvo que posponer la puesta en práctica hasta el 1 de Enero del 93. La práctica produjo interés y motivación ante tal cambio de orientación del cuidado al paciente en los miembros de Enfermería y como no el factor tiempo también ha sido determinante, ya que se disponía de 20 minutos para realizar las

entrevistas a los pacientes.

La sesión clínica docente realizada despertó curiosidad en el equipo médico del resto del hospital que se materializó posteriormente en un interés que se puso de manifiesto en el coloquio, donde se calificó el proyecto como ambicioso y con grandes expectativas futuras a nivel de una mayor colaboración mútua.

En el desarrollo del Proceso se observó ciertas dificultades en la primera fase de la Relación Terapéutica ya que el paciente podía no estar en condiciones para realizar una valoración, por lo que se determinó un plazo de 24-48 horas para realizar la primera valoración de Enfermería. La fase intermedia fué la más larga y compleja debido a la implantación de los diagnósticos de Enfermería. En la fase final no se produjeron incidencias debido a la importancia que supuso elaborar con el paciente en la fase anterior la separación profesional para no crear una dependencia traumática con el equipo.

La nueva terminología utilizada era en un principio un handicap, ya que se puso de manifiesto las dificultades para manejarnos con un lenguaje diferente, que al ir desarrollando el P.A.E.P. se perdió el miedo a equivocarnos.

En la segunda semana de Marzo se produjo la baja por enfermedad del investigador principal por lo que la entrega del estudio de investigación, y tras consulta con el tutor del trabajo, se pospuso hasta la primera semana de Abril.

La temporalización del proyecto ha servido para comprobar en que fase me encontraba:

- Revisión literatura: MARZO-MAYO 1.992
- Diseño de cuestionarios y validación de los mismos: NOVIEMBRE-DICIEMBRE 1.992
- Recogida de datos por medio de cuestionarios: ENERO y MARZO 1.993
- Aplicación del Proceso de Enfermería: 1 ENERO- 7 MARZO 1.993
- Tratamiento estadístico de resultados de cuestionarios: 1ª semana MARZO 1.993
- Interpretación y evaluación de los resultados estadísticos del estudio: 1ª y 2ª semana de MARZO 1.993
- Redacción provisional del trabajo: 25 MARZO 1.993
- Redacción definitiva del trabajo: 28 MARZO 1.993
- Presentación del estudio de investigación: 2 ABRIL 1.993



## 5.6.- ANALISIS DE LOS DATOS

Primero se procede a realizar un análisis descriptivo de los resultados sobre las características o variables intervinientes que se han dado en la muestra de profesionales que han participado en el estudio. Posteriormente se describen los resultados desde el análisis inferencial.

### 5.6.1.- ANALISIS DESCRIPTIVO

Para la introducción y explotación estadística de los datos recogidos, se han aplicado los siguientes programas informáticos:

- SPSS-PC+ ( estadística no paramétrica)
- Word Perfect 5.1.
- Harvard graphics 3.0. - Quattro Pro 3.0.

La muestra estudiada esta compuesta por 15 auxiliares , 1 A.T.S. y 1 D.U.E.:

El 35,3% entre 20 y 30 años

El 47,1% entre 31 y 40 años

El 17,6% entre 46 y 52 años

De estos:

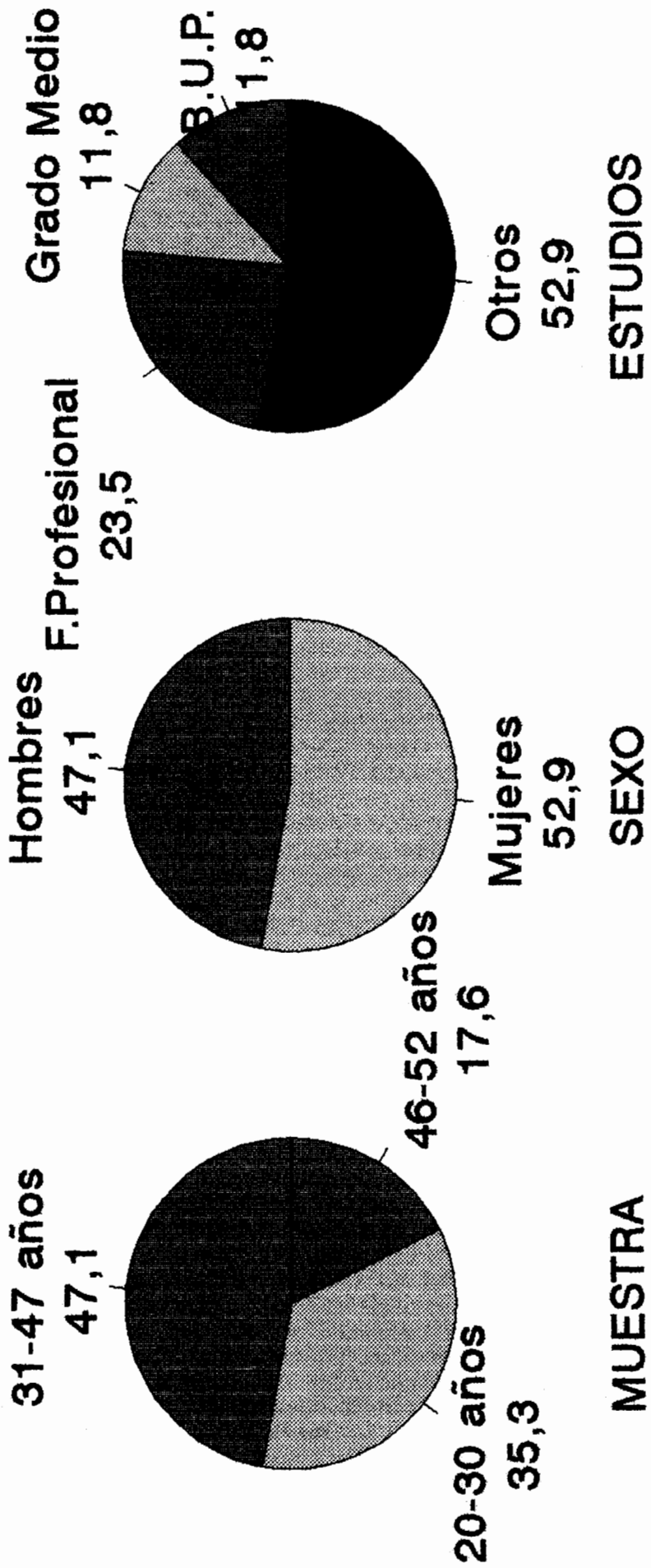
El 52,9% del personal que presta servicio en la unidad son mujeres y el resto hombres.

El 11,8% ha cursado estudios de B.U.P.

El 11,8% ha realizado estudios de grado medio universitario.

El 23,5% provienen de Formación Profesional y el resto han cursado otros estudios: Graduado escolar, Bachiller elemental, Bachiller superior, Informática, Socorrismo, Primeros auxilios.

# ANÁLISIS DESCRIPTIVO



El 58,9% tienen un contrato temporal y el resto fijo.

El 35,3% prestan sus servicios en el hospital durante 1 año.

El 23,4% llevan 2 años en el hospital, y el resto 5,9% llevan respectivamente 4, 5, 10, 11, 12, 14 y 15 años en el Centro.

El 41,2% trabajan en la unidad en el turno de mañana.

El 29,4% en el turno de tarde.

El 17,6% trabajan en el turno de noche y el resto de fin de semana.

El 76,5% no tienen experiencia anterior en el ámbito psiquiátrico, siendo el 23,5% con experiencia previa.

El 76,4% pertenecen al grupo profesional de Auxiliares de Enfermería, y el resto 11,8% respectivamente al grupo de A.T.S./D.U.E. y de Auxiliares psiquiátricos.

Perfil del profesional de Enfermería de la unidad de crisis:

- Mujer, que ha realizado estudios diferentes a la Enfermería, con contrato temporal desde hace 1 año, en el turno de mañana, sin experiencia previa en el ámbito psiquiátrico y que pertenece mayoritariamente al grupo profesional de auxiliares de Enfermería.



Los resultados de los datos clasificados en los cuestionarios se han realizado de la siguiente manera:

#### PRETEST

Encuesta del personal de Enfermería que miden las siguientes variables:

- A propósito de facilitar el trabajo: compuesta de 14 items que puntúan del 14 al 56, siendo su mediana 35 y la media resultante de 44,1.
- A propósito del usuario: compuesta de 8 items que puntúan del 8 al 32, siendo su mediana 20 y la media resultante de 23.
- A propósito de la satisfacción del personal: compuesta de 14 items que puntúan del 14 al 56, siendo su mediana 35 y la media resultante de 42.

#### POSTEST

Encuesta al personal de Enfermería que mide las siguientes variables:

- A propósito de facilitar el trabajo: compuesta de 14 items que puntúan del 14 al 56, siendo su mediana 35 y la media resultante de 46,4.
- A propósito del usuario: compuesta por 8 items que puntúan del 8 al 32, siendo su mediana 20 y la media resultante de 25,1.
- A propósito de la satisfacción del personal: compuesta de 14 items que puntúan del 14 al 56, siendo su mediana 35 y la media resultante de 45,7. ( Cuadro nº 1 )

#### PRETEST

A propósito de facilitar el trabajo:

- El 70,6% del personal de Enfermería percibe que el P.A.E.P. facilita siempre el trabajo, y el resto frecuentemente.

A propósito de la atención al usuario:

- El 11,8% del personal opina que el Proceso influye raras veces en el usuario.
- El 47% de los encuestados opinan que influye frecuentemente, y el resto siempre.

A propósito de la satisfacción del personal:

- El 52,9 de los encuestados piensan que les produce satisfacción siempre el trabajar con el Proceso de Enfermería, y el resto lo perciben frecuentemente.

**POSTEST**

A propósito de facilitar el trabajo:

- El 29,4% de los profesionales perciben que el Proceso de cuidados facilita frecuentemente el trabajo, y el resto opinan que siempre.

A propósito de la atención al usuario:

- El 70,6% del personal destaca que el P.A.E.P. influye siempre al usuario, mientras que el resto de los encuestados opinan frecuentemente.

A propósito de la satisfacción del personal:

- El 70,6% de Enfermería se encuentran siempre satisfechos al aplicar el Proceso de Enfermería, y el 29,4 frecuentemente satisfechos. ( ANEXO- 3 )

### 5.6.2.- ANALISIS INFERENCIAL

Al realizar el análisis de situación se ha establecido una estrategia estadística no paramétrica, dado que el tamaño de la muestra es pequeña, de comparación, cuantitativas, grupos independientes, dos o más grupos. Se ha aplicado el contraste no paramétrico de Manm- Witney y Wilcoxon, además de "correlation".

El resultado de los valores acumulados de las diferentes variables son los siguientes:

#### Comparación entre el grupo experimental (PRE-POST) y el sexo con las variables facilitar, usuario y satisfacción:

Al realizar el análisis no se observa ninguna diferencia significativa en las variables tanto al inicio del estudio como al finalizarlo entre la opinión de los varones y las mujeres.

#### Comparación entre el grupo control (PRE-POST) y el sexo con las variables facilitar, usuario y satisfacción:

En la situación de llegada y al realizar el análisis de las variables se aprecia una diferencia muy significativa ( $p < 0,02$ ) en la opinión de las mujeres en cuanto que el P.A.E.P. facilita el trabajo a realizar por Enfermería en una unidad de crisis. No se aprecian datos relevantes en el resto de las variables tanto al inicio de la puesta en práctica como en su finalización.

( Cuadro nº 2 )

Cuadro nº 1

|         | PRETEST     |             |              | POSTEST     |             |              |
|---------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|
|         | FAC.TRABAJO | ATENCION U. | SAT.PERSONAL | FAC.TRABAJO | ATENCION U. | SAT.PERSONAL |
| MEDIANA | 35,00       | 20,00       | 35,00        | 35,00       | 20,00       | 35,00        |
| MEDIA   | 44,10       | 23,00       | 42,00        | 46,50       | 25,10       | 45,70        |

Cuadro nº 2 : SEXO.

|             | PRETEST |       | POSTEST |       | PRETEST | POSTEST | PRETEST | POSTEST  |
|-------------|---------|-------|---------|-------|---------|---------|---------|----------|
|             | 1       | 2     | 1       | 2     |         |         |         |          |
| FACILITAR 1 | 43,00   | 41,50 | 43,50   | 42,50 | =       | =       | =       | P < 0,02 |
| TRABAJO 2   | 43,50   | 47,60 | 48,00   | 50,80 | =       | =       | =       | =        |
| USUARIO 1   | 19,50   | 24,50 | 22,50   | 24,75 | =       | =       | =       | =        |
| USUARIO 2   | 22,25   | 25,40 | 26,00   | 26,80 | =       | =       | =       | =        |
| SATISFAC. 1 | 37,75   | 42,50 | 43,75   | 46,25 | =       | =       | =       | =        |
| PERSONAL 2  | 42,25   | 46,40 | 45,25   | 47,20 | =       | =       | =       | =        |



Comparación entre el grupo experimental (PRE-POST) y el tipo de contrato (fijo-temporal) con las variables facilitar, usuario y satisfacción:

No se observan diferencias significativas ni en el pretest ni en el posttest, por lo tanto, la variable contrato no produce ninguna implicación al personal de Enfermería.

Comparación entre el grupo control (PRE-POST) y el tipo de contrato (fijo-temporal) con las variables facilitar, usuario y satisfacción:

El P.A.E.P. no ha influido en el grupo control ni al personal fijo ni al temporal en la posición de salida y en la finalización del del estudio. ( Cuadro nº 3 )

Comparación entre el grupo experimental (PRE-POST) y la experiencia previa con las variables facilitar, usuario y satisfacción:

Al analizar ambas variables no se aprecian diferencias destacables entre el personal que tiene experiencia en el ámbito psiquiátrico y el que nunca ha trabajado en servicios de psiquiatría.

Comparación entre el grupo control (PRE-POST) y la experiencia previa con las variables facilitar, usuario y satisfacción:

Al realizar el análisis de la situación de inicio del estudio, se percibe una diferencia significativa ( $p < 0,04$ ) entre el personal que ha trabajado en el ámbito clínico y el que no

conocía previamente la Enfermería Psiquiátrica asistencial.

( Cuadro nº 4 )

En el resto de cruzamientos de las variables analizadas (estudios, turno de trabajo y el grupo profesional ) no se observan modificaciones. ( ANEXO- 4 )

El resultado de las correlaciones ( PRE-POST) realizadas de las diferentes variables se aprecia que en la antigüedad y en la edad no hay diferencias significativas. En cambio al realizar el análisis entre las variables dependientes ( facilitar, usuario y satisfacción ) se perciben relaciones significativas ( las que poseen 1 \* ó 2 \* ), traduciendo en que el personal de Enfermería que puntua alto en una variable, recíprocamente puntuan alto en otra variable. Es decir:

FACPRE con: Usuapre\*, Satispre\*\*, Facpos\*\*, Satispos\*\*

USUAPRE con: Facpre\*, Satispre\*\*, Facpos\*\*, Usuapos\*\*, Satispos\*\*

SATISPRE con: Facpre\*\*, Usuapre\*\*, Facpos\*\*, Satispos\*\*

FACPOS con: Facpre\*\*, Usuapre\*\*, Satispre\*\*, Usuapos\*\*, Satispos\*\*

USUAPOS con: Usuapre\*\*, Facpos\*\*

SATISPOS con: Facpre\*\*, Usuapre\*\*, Satispre\*\*, Facpos\*\*

Cuadro n° 3 : CONTRATO.

|             | PRETEST |       | POSTEST |       | PRETEST | POSTEST | PRETEST | POSTEST |
|-------------|---------|-------|---------|-------|---------|---------|---------|---------|
|             | 1       | 2     | 1       | 2     |         |         |         |         |
| FACILITAR 1 | 44,00   | 44,50 | 47,60   | 48,00 | =       | =       | 1       | 2       |
| TRABAJO 2   | 42,00   | 45,00 | 42,66   | 46,85 | =       | =       | =       | =       |
| USUARIO 1   | 23,20   | 21,00 | 25,60   | 24,00 | =       | =       | =       | =       |
| USUARIO 2   | 17,00   | 26,14 | 22,00   | 26,42 | =       | =       | =       | =       |
| SATSFAC. 1  | 41,40   | 43,00 | 46,20   | 44,00 | =       | =       | =       | =       |
| PERSONAL 2  | 37,66   | 45,14 | 41,66   | 47,57 | =       | =       | =       | =       |

Cuadro n° 4 : EXPERIENCIA.

|             | PRETEST |       | POSTEST |       | PRETEST | POSTEST | PRETEST | POSTEST |
|-------------|---------|-------|---------|-------|---------|---------|---------|---------|
|             | 1       | 2     | 1       | 2     |         |         |         |         |
| FACILITAR 1 | 41,00   | 51,00 | 44,00   | 51,00 | =       | =       | 1       | 2       |
| TRABAJO 2   | 44,00   | 43,14 | 46,33   | 46,00 | =       | =       | =       | =       |
| USUARIO 1   | 19,00   | 26,50 | 23,00   | 27,00 | =       | =       | =       | =       |
| USUARIO 2   | 21,50   | 24,57 | 24,66   | 25,57 | =       | =       | =       | =       |
| SATSFAC. 1  | 38,00   | 46,50 | 44,00   | 48,50 | =       | =       | =       | =       |
| PERSONAL 2  | 40,66   | 44,14 | 44,66   | 46,28 | =       | =       | =       | =       |

## PRETEST

Comparación entre las variables ( facilitar, usuario, satisfacción) y el grupo de investigación:

En la posición de salida y al analizar ambas variables se observa una diferencia significativa entre el personal del grupo experimental y grupo control con la variable atención al usuario.

## POSTEST

Comparación entre las variables ( facilitar, usuario, satisfacción) y el grupo de investigación):

En la situación de llegada y al analizar las variables, no se observa diferencias significativas entre el grupo experimental y grupo control.

Comparación entre el grupo experimental ( PRE-POST ) y las variables facilitar, usuario, satisfacción:

Al analizar las variables, se detecta que el P.A.E.P. no influye en la facilitación del trabajo al personal. Se observa que existe una diferencia muy significativa (  $p < 0,02$  ) en la influencia en la atención al usuario entre la opinión de inicio de los profesionales y la posterior a la aplicación del Proceso.

Se percibe una tendencia significativa (  $p < 0,0592$  ) a la influencia del Proceso en la satisfacción de Enfermería antes de aplicarlo y en el momento de su finalización.

Comparación entre el grupo control ( PRE-POST ) y las variables facilitar, usuario, satisfacción:

Entre estas variables, se detecta que el grupo del personal de Enfermería que no han aplicado el P.A.E.P. no observan diferencias significativas tanto al inicio como al finalizar la aplicación práctica. ( Cuadro nº 5 )

**EN RESUMEN:**

**INFLUENCIA DEL PROCESO DE ATENCION EN ENFERMERIA PSIQUIATRICA**

- FACILITAR EL TRABAJO AL PERSONAL: NO
- ATENCION AL USUARIO: SI
- SATISFACCION DEL PERSONAL: TENDENCIA AL SI

Cuadro nº 5

|              | PRETEST      |         |               |
|--------------|--------------|---------|---------------|
|              | EXPERIMENTAL | CONTROL | SIGNIFICACION |
| FACILITAR    | 43, 25       | 44, 88  | =             |
| USUARIO      | 20, 87       | 25, 00  | P < 0, 05     |
| SATISFACCION | 40, 00       | 44, 66  | =             |

|              | POSTEST      |         |               |
|--------------|--------------|---------|---------------|
|              | EXPERIMENTAL | CONTROL | SIGNIFICACION |
| FACILITAR    | 45, 75       | 47, 11  | =             |
| USUARIO      | 24, 25       | 25, 88  | =             |
| SATISFACCION | 44, 50       | 46, 72  | =             |

**6 VALORACION DE  
RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

El estudio realizado se podría considerar una fase preliminar de un análisis más profundo del rol asistencial e investigador de la Enfermería Psiquiátrica en la unidad de enfermos agudos, del Centro Neuropsiquiátrico de Martorell. Se extraen como conclusiones las siguientes:

- Si consideramos al usuario como el núcleo del proceso asistencial y al Proceso de Atención en Enfermería Psiquiátrica un instrumento de trabajo elaborado, diseñado y realista con el ámbito propio de trabajo, entenderemos que el paciente está atendido desde un enfoque global y dinámico, en el cual se deben de identificar las respuestas del ser humano en situación de crisis, para posteriormente satisfacer las necesidades fundamentales.

- Una unidad de crisis que, por su particularidad, es un espacio donde las personas que ingresan no utilizan satisfactoriamente los recursos individuales para afrontar los conflictos internos como externos para resolver la crisis. Y si añadimos que están en un ambiente que no es el habitual, sin sus seres más queridos y que entran en contacto por primera vez con un grupo de personas profesionales en Salud Mental totalmente nuevas para ellos. Todo esto se traduce en un aumento de su desconfianza y el miedo a lo desconocido, siendo una labor a realizar el establecer una relación de confianza ( Relación Terapéutica ) conjunta con el equipo pluridisciplinario y el usuario.

- Enfermería tiene su peso específico en la atención al enfermo en crisis, ya que es el grupo profesional que está permanentemente con el paciente las 24 horas del día.



- La comunicación entre el equipo de Enfermería ha representado la comprensión y el entendimiento de las reacciones del enfermo, de sus impulsos, la aceptación tal cómo es, y la evitación de manifestaciones de rechazo hacia el paciente cuando éstas no son una explicación o comprensión de lo que a éste le pasa. Por esto Enfermería ha de poseer una buena cimentación en sus principios teóricos, para administrar cuidados de forma estructurada y que deben repercutir en proporcionar al paciente aquello que él no ha podido resolver por sí mismo.

- La evaluación del P.A.E.P. se ha potenciado por el intercambio diario de opiniones entre: a) personal de Enfermería y b) personal de Enfermería y otros profesionales del equipo.

- El P.A.E.P. es la aplicación práctica de toda la cimentación teórica, y es actualmente el mecanismo por el cual Enfermería debe investigar para ir aportando día a día mejoras en el campo de la atención al usuario. Nuestro grupo profesional ha de tener credibilidad hacia su profesión, para dar luego esta imagen creíble a la sociedad, y en concreto al enfermo en situación de crisis, que justamente necesita creer en alguien porque inconscientemente ha perdido toda su razón de existir, de saber y de ser en este mundo.

- La realización práctica del Proceso de Enfermería se ha desarrollado en 9 semanas, por lo que el tiempo no ha sido lo suficiente para que el personal de Enfermería pudiera observar algún cambio destacable como elemento facilitador del trabajo, que se suma al nivel profesional del personal, que si bien, la mayoría conocían el ámbito psiquiátrico, desconocían Enfermería. Al analizar más profundamente la variable sexo y el grupo de

investigación, destaca que el grupo que no ha aplicado el Proceso ( control ) y comparando el personal masculino con el femenino, es éste último que percibe la influencia del P.A.E.P. en cuanto ser un instrumento que facilita el desarrollo del trabajo a realizar. Debido fundamentalmente a que este colectivo de mujeres llevan años de trabajo en el ámbito psiquiátrico y que la posterior experiencia es básica y destacable en comparación con el personal masculino que es de reciente incorporación a la unidad. Se podría enlazar con la variable también analizada de experiencia previa, ya que de este grupo de 9 profesionales son 2 los que demuestran conocer el trato con pacientes agudos y son precisamente mujeres, por lo que su apreciación a priori de si el Proceso facilita el trabajo es significativo.

- El desconocimiento de nuestra propia profesión no es solamente a nivel individual, sino que empieza por el ambiente y filosofía del centro de trabajo. El poder aplicar el programa de cuidados durante más tiempo en el estudio hubiera posiblemente proporcionado al personal de Enfermería un mejor conocimiento del mismo a la hora de facilitar el trabajo. También cabe señalar que el curso de la enfermedad aguda en el paciente es lenta, es decir se habla de 50 días a 6 meses de hospitalización por lo que la evolución es progresiva, produciéndose minicrisis en el periodo de estancia en la unidad. Así se entiende que los casos clínicos estudiados hayan sido de 15 primeros ingresos en la unidad.

- La aportación del Proceso al usuario es muy significativa, ya que es justamente el objetivo de los cuidados a realizar. Desde un inicio el personal destaca la importancia de la nueva filosofía de atender al enfermo. Al finalizar el estudio el grupo

experimental aumenta esta apreciación ya que ha trabajado la relación terapéutica de una manera formal, realizando entrevistas, escuchando al paciente, comprender sus reacciones, conocer sus necesidades, sus dificultades ante la toma de decisiones y establecer el diagnóstico de Enfermería.

- Si en la primera variable a estudio el Proceso de Enfermería no ha influido en la facilitación del trabajo, en cuanto a la satisfacción del personal en el grupo experimental se objetiva una tendencia positiva al si. Y que además del factor tiempo de aplicación que es determinante , aquí se une la automotivación expectante inicial del grupo, para ser posteriormente de comprensión del cambio de orientación del cuidado al enfermo.

- Se ha respondido de una manera tímida con un acento altamente prometedor en dejar apartada la mecánica rutinaria diaria para entrar en la nueva conceptualización del cuidar enfermo.

- A pesar de esperar un mes para la incorporación del personal de baja por enfermedad, se inició el estudio. Su aportación teórica y práctica hubiera significado, debido a sus años de experiencia, una valoración importante en el desarrollo del plan de cuidados.

- Enfermería abandona su rol de vigilancia para adoptar la nueva terminología de contención. Para contener las respuestas humanas Enfermería debe valorar que el conocimiento, por parte de los profesionales, de su propio nivel de tolerancia y de comprensión es determinante para administrar la atención en forma de suplencia o ayuda al paciente, mediatizada por el P.A.E.P.,

que un periodo vital de su vida es incapaz de resolver por sí mismo.

- El Proceso de Atención en Enfermería Psiquiátrica, al poseer un marco teórico configurado por diversos Modelos de Enfermería permite una flexibilidad y un enriquecimiento en la elaboración y aplicación práctica al usuario.

- Enfermería en Salud Mental realiza una gran labor asistencial con la elaboración de un programa de cuidados terapéutico, que permite desarrollar una atención holística al paciente en situación de crisis o agudo.

**7 PROPUESTAS**

Comentada la particularidad de una unidad de crisis, del curso y evolución de las enfermedades mentales, se realizan las siguientes **propuestas de actuación**:

1ª Fomentar un mayor interés profesional en el personal de Enfermería de la unidad, impartiendo docencia sobre el Proceso de Enfermería.

2ª Integrar el Proceso de cuidados como metodología de trabajo del Centro.

3ª Continuar la aplicación del P.A.E.P. a todos los primeros ingresos en la unidad durante 2 años, realizando evaluaciones trimestrales de su desarrollo.

4ª Iniciar las gestiones para introducir el programa de cuidados en los diferentes servicios del hospital.

5ª Realizar un estudio de las historias clínicas de Enfermería, valorando los diagnósticos y los problemas interdependientes en relación a las necesidades fundamentales.

6ª Diseñar un estudio en el cual el usuario expresara su opinión sobre los cuidados recibidos durante su hospitalización por Enfermería. ( Grupo experimental- Grupo control ).

7ª Realizar un estudio inicial sobre las Categorías Diagnósticas de Enfermería Psiquiátrica.

8ª Adaptar el Proceso de Enfermería en los servicios de larga estancia ( pacientes que debido al pasado histórico de la Psiquiatría residen en los hospitales, pacientes con retraso mental, psicogeriatría ).

9ª Realizar un estudio comparativo de la aplicación del programa de cuidados en el servicio de agudos de psicogeriatría y la unidad de adultos ( 18 a 65 años ).

10ª Diseñar un estudio para valorar si existen diferencias significativas entre aplicar el P.A.E.P. en el servicio de agudos de psicogeriatría y la unidad de larga estancia del mismo servicio.

11ª Crear una comisión de Enfermería que realice evaluaciones sobre la implantación del Proceso.

12ª Realizar anualmente unas Jornadas de debate internas sobre el Proceso de Atención en Enfermería Psiquiátrica.

## **8 BIBLIOGRAFIA**



- \* Poletti,R: (1.980) Aspectos psiquiátricos de los cuidados en Enfermería.Barcelona.Rol.
- \* Cook ,J-Fontaine ,K: (1.990) Enfermería psiquiátrica.Madrid.Interamericana.
- \* Poletti,R: (1.980) Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales. Barcelona. Rol.
- \* Sales, R et al: (1.991) Diagnósticos de Enfermería: Aplicación en una unidad Psiquiátrica de un hospital general. Valencia.Nau Libres.
- \* Carpenito,L: (1.991) Diagnóstico de Enfermería. Madrid. Interamericana.
- \* Marriner,A: (1.989) Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona. Rol.
- \* Rigol,A-Ugalde,M: (1.991) Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica. Barcelona. Salvat.
- \* Alfaro,R: (1.988) Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica. Barcelona. Doyma.
- \* Salvage,J-Kersaw,B: (1.988) Modelos de Enfermería. Barcelona. Doyma.
- \* Riehl,J: (1.992) Modelos Conceptuales de Enfermería. Barcelona. Doyma.
- \* Griffith,J-Christensen,P: (1.986) Proceso de Atención de Enfermería: Aplicación de teorías, guías y modelos. Mexico. Manual Moderno.
- \* Yura,H-Walsh,M: (1.982) El Proceso de Enfermería: Valoración, Planificación, Implementación y Evaluación. Madrid. Alhambra.

- \* Riopelle,L et al: (1.984) Soins Infirmiers: Un modèle centré sur les besoins de la personne. Canada. McGraw-Hill.
- \* Roper,N: (1.987) Modelos de Enfermería. Madrid. Interamericana.
- \* Reginald,L: (1.990) Enfermería Psiquiátrica: Estudio de casos, diagnóstico y planes de cuidados. Barcelona. Doyma.
- \* Colonna,L: (1.981) Cuadernos dela Enfermera Psiquiátrica. Barcelona. Toray-Masson.
- \* Garcia-Tarafa,D et al: (1.990) "La Unidad Terapéutica de Hospitalización". Informaciones Psiquiátricas,nº 120.
- \* Fernandez,C et al.: (1.991) "Proceso de Atención de Enfermería a un paciente que sufre de psicosis maníaco-depresiva en fase maníaca". Psiquis,nº 384.
- \* Lamontagne,L: (1.988) "Dossier de cuidados". Rol,nº 118.
- \* Puig,A-Valls,R: (1.985) "Historia de una historia de Enfermería". Rol,nº89.
- \* López,G et al: (1.989) "Registros de Enfermería.Elementos clave en Atención Primaria". Rol,nº135.
- \* Gonzalez,A et al: (1.990) "Historia de Enfermería.Guía práctica". Rol,nº137.
- \* Sales,Ret al.: (1.990) " Diagnósticos en Enfermería.Aplicación en Psiquiatría". Rol,nº142.
- \* Fornas,C et al: (1.991) " Dossier de cuidados . Un análisis experimental". Rol,nº149.
- \* Martinez,J.M: (1.988) "La necessitat de reforma de la infermeria psiquiàtrica sorgida a partir del canvi en l'àmbit d'intervenció". Salut Mental Comunitària,nº1.

\* Generalitat de Catalunya. Departamente de Sanitat i Seguretat Social: (1.990) "Els registres d'Infermeria en l'atenció hospitalària".

\* Royo,M.D: (1.990) "Los procesos de cambio y las crisis". Universitat de Barcelona.Escola Universitària d'Infermeria.(Documentos fotocopiados).