BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

Cómo citar este documento

García Suárez, Dolores Cristina; Díaz Domínguez, María Isabel; Viljanen, Kristiina Elisabeth. Intervención de la Enfermera Especialista en Salud Mental para mejorar el afrontamiento de los padres con hijos adolescentes con conducta disocial o trastornos de conducta. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0617.php

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LOS PADRES CON HIJOS ADOLESCENTES CON CONDUCTA DISOCIAL O TRASTORNOS DE CONDUCTA

AUTORAS:
Dolores Cristina García Suárez, María Isabel Díaz Domínguez, Kristiina Elisabeth Viljanen

CENTRO DE TRABAJO:
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla (España)

RESUMEN:
Justificación: Las conductas disruptivas generan muchas preocupaciones a los padres y un desgaste significativo en la dinámica familiar. Un factor que puede contribuir a mayores tasas de síntomas depresivos en las mujeres, es el estrés relacionado con la crianza de los hijos.
Pregunta de investigación: ¿Las intervenciones llevadas a cabo por la enfermera especialista en salud mental mejoran la capacidad de afrontamiento de los padres con hijos con trastorno de conducta?
Objetivo principal: Verificar que la intervención de mejora de afrontamiento realizado por la enfermera especialista en salud mental sea eficaz.
Metodología: Estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo.
La intervención consistirá en llevar a cabo un programa de mejora del afrontamiento dirigido a los padres de adolescentes con trastornos de conducta. Se medirá ansiedad, calidad de vida y depresión de los padres junto con la conducta del adolescente.
Ámbito de estudio: Provincia de Sevilla.

Palabras clave: Adolescentes, Disocial, Trastornos de conducta

1.- Introducción

La conducta disocial viene a ser considerada como aquella que responde a un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propia de su edad, manifestándose con los siguientes criterios: agresión a personas y animales (p. ej., intimida, manifiesta crueldad con animales y personas), destrucción de la propiedad (con intención de causar daños graves), fraudulencia o robo y violaciones graves de las normas[1].
Es decir, se podría entender la conducta disocial como aquel comportamiento que infringe las normas e intereses sociales, además de ser una acción perjudicial o dañosa contra los demás, tanto personas como animales o propiedades, siendo su factor principal la agresión.

No se debe confundir con otros trastornos semejantes, como el trastorno Negativista Desafiante porque, aunque éste comparta varias características, no se incluye el patrón persistente de agresión, ni violación de los derechos básicos de los demás; no ha de confundirse tampoco con el Déficit Atencional con hiperactividad (TDAH) porque a pesar de este trastorno involucra la presencia de un comportamiento hiperactivo que puede ser perturbador, no suele violar las normas propias de la edad; ni tampoco con los Trastornos del Estado de Ánimo, aunque puede ser que el trastorno de conducta derive de un trastorno del estado de ánimo de base y ni siquiera con el Trastorno Antisocial de la Personalidad que comparte los mismos caracteres pero solo se diagnostica una vez cumplidos los 18 años.

Los trastornos disociales suponen un problema que ha de ser tratado ya que ha alcanzado un punto importante de preocupación en la sociedad actual.

Los trastornos de conducta son problemas significativos para adolescentes y para sus familias que tienen el potencial de consumir muchos de los recursos de la atención social, salud y de los sistemas de justicia juvenil. Es una de las formas más frecuentes de alteraciones psiquiátricas en niños y adolescentes, afecta entre el 1,5% y el 3,4% de los adolescentes; la delincuencia es una de las categorías especiales a tener en cuenta, ya que un 2% de los menores entran en el sistema judicial cada año.[2]

Los problemas sociales, sin duda están afectando al bienestar y salud mental de gran parte de esta sociedad y es por tanto importante el abordaje de este tema.

Las relaciones humanas que se establecen cada día en la sociedad son cada vez más complejas y difíciles. La comunicación entre padres y adolescentes es insuficiente e infructuosa. En ocasiones los padres no pueden afrontar los problemas de mala conducta en su hijo, por lo que se debe ayudar a manejar esta situación[3].

Son muchas las visitas a centros de salud por motivos de estrés, insomnio, y depresión en los padres, en muchas ocasiones asociadas a las conductas de sus hijos. Según el artículo “Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depresión: A longitudinal study from early childhood to adolescente”[4] varios estudios dictaminaron que uno de los factores que pueden contribuir a mayores tasas de síntomas depresivos en las mujeres,

específicamente madres, es el estrés relacionado con la crianza de los hijos. Las características del niño y los comportamientos pueden contribuir a exacerbar o mantener la depresión materna. Los niños que presentan mayores niveles de irritabilidad observada, de agresión y/o falta de cumplimiento sería más probable de tener una madre con síntomas depresivos crónicos.[4]

Existe un amplio consenso entre los investigadores y público general acerca de la naturaleza multicausal de la conducta disocial.
Todas las conductas humanas son el resultado de la interacción entre experiencias vitales y una variable genética, es decir, las características individuales y su ambiente, van a modular una conducta disocial.
Los factores ambientales, como pueden ser los medios de comunicación, extreman la violencia en muchas ocasiones tanto verbal como física en películas y otros programas. Las investigaciones que centran sus estudios en evaluar la conducta de los jóvenes antes y después de ser expuestos a estas películas violentas avalan con datos el incremento de la conducta agresiva de forma significativa. La violencia para los jóvenes resulta excitante y sirve para insensibilizarlos de la violencia y refuerza y determina lazos de unión a ella. También las nuevas tecnologías como los videojuegos e internet refuerzan estos comportamientos. Hay sin duda diferencias en la conducta adolescente entre núcleos urbanos, zonas de alto nivel, multirraciales o complejos urbanísticos. Según registros el orden de mayor a menor delincuencia se encuentra según los barrios, el desempleo y la falta de recursos económicos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta conducta disocial es indirecta; viene también mediada por depresión de algún progenitor, conflicto matrimonial u hostilidad de los progenitores. Los efectos del estrés familiar están causados por depresión y una falta de disciplina en los padres.
Según también las variaciones étnicas encontramos índices de conducta disocial muy diferentes.[5]
Dentro de los factores individuales, hay mediadores biológicos a tener en cuenta como son hormonas, sistema nervioso y toxinas; pero también hay unos factores genéticos como son anomalías cromosómicas, además los padres con comportamiento antisocial tienen mayor probabilidad de tener hijos con conductas disociales.
También parece variar en función del sexo y edad. Con respecto a las diferencias de sexo, se ha demostrado que durante el curso de desarrollo, las conductas antisociales son más frecuentes en niños que en niñas. Las conductas a resaltar entre los varones serían hurtos, absentismo escolar, mentiras o destrucción…mientras que las mujeres muestran más timidez o sensibilidad a la hora de realizarlos (siempre desde un punto de vista general)
La edad también nos pone de manifiesto diferencias. Por ejemplo, en diversos estudios se ha constatado que los varones, cuando se da el caso, inician generalmente su conducta antisocial a la edad de 8 a 10 años; en las niñas, en cambio, la edad de inicio está en los 14 y los 16 años. Parece factible la idea de que se da una continuidad de la conducta antisocial a lo largo del desarrollo, apareciendo en principio de una forma tenue, en distintos periodos de la vida del niño, continuando después incrementando su forma e intensidad ya más al contacto con la etapa adulta.[6]
Hay factores psicológicos asociados importantes como el déficit de atención o hiperactividad, la toma de riesgos e impulsividad que elevan estas conductas en adolescentes. También ansiedad y nerviosismo influyen en gran medida en

este comportamiento.
A parte de todo ello hay estudios[7] que confirman que el estilo de educación de los hijos tiene importantes implicaciones, ya que se cree que permitirá obtener un clima emocional de la relación padres-hijos. Algunos propusieron que los tipos de padres varían de acuerdo a dos dimensiones separadas: exigencia (control) y capacidad de respuesta (aceptación) y que comparar los resultados de estas dimensiones provoca la separación de las categorías de padres. Algunos investigadores clasificaron a los tipos de padres en tres categorías: autoritarios (control alto y aceptación baja), autoritativos (control alto y aceptación alta) y permisibles/indulgentes (control bajo y aceptación alta).[8]
Los resultados mostraron que los autoritativos se asociaron con mejores resultados que los padres autoritarios y los negligentes.
Sugiere que las actitudes de los padres autoritarios expresadas por las madres puede tener importancia en el desarrollo de problemas de conducta.[9]
Los padres vienen enfrentando dificultades en la educación de los adolescentes, al buscarse transmitir patrones, valores y normas de conducta que puedan garantizar una vida en grupo que les brinde una inserción y participación social.
Este trabajo tiene como objetivo una propuesta de psicoeducación y orientación por parte de la enfermera especialista en salud mental para mejorar el afrontamiento de las familias de adolescentes con trastorno de conducta.
Está demostrado que la relación entre las actitudes de los padres y los problemas de conducta de los hijos, sin embargo hay menos información documentada sobre los posibles efectos perjudiciales en la salud mental de los padres producidos por el comportamiento de los niños, no hay que olvidar que es una relación bidireccional, es decir considerar no solo como afectan las actitudes de los padres en los hijos sino también como afecta el comportamiento de los hijos en los padres.
Según el estudio “Associations between Boys’ Externalizing Problems and Mothers’ Depressive Symptoms” se han encontrado evidencias de los efectos del niño sobre algunas conductas de los adultos tales como el consumo de alcohol, la vida social, el estrés e incluso influye en la calidad en el matrimonio.[10]
La investigación científica, así como la experiencia clínica, nos informan que el proceso de criar hijos e hijas puede estar acompañado de experiencias estresantes. Estas experiencias de estrés asociadas a la crianza son continuas y significativas si el hijo/a tiene problemas crónicos de salud, discapacidades en el desarrollo o algún patrón de conducta perturbadora, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad(TDAH), trastorno oposicional desafiante (TOD) y trastorno de conducta (TC).[11]
Los resultados proporcionan también información sobre las asociaciones de reciprocidad entre el comportamiento infantil y la depresión materna.[10]

La intervención a la familia puede tener beneficio para los adolescentes y su familia y puede provocar un ahorro en los costos de la sociedad y reducir las tasas de arrestos posteriores.
Por último a destacar a la teórica enfermera Callista Roy por su “modelo de adaptación” y su “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación”(ESCAPS), que los resultados de un estudio[(12)] confirman su validez y confiabilidad.

Roy define el afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender a las demandas del ambiente, que actuán como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad, por eso el afrontamiento es esencial para la salud y el bienestar.

2.- Bibliografía

1. American Psychiatric Association. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España. Barcelona: Ed. Masson; 2000.

2. Woolfenden SR, Williams K, Peat J. Intervenciones dirigidas a la familia y a los padres en niños y adolescentes con trastorno de conducta y delincuencia con edades entre 10 y 17 años (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

3. Óscar Benito Rodríguez, Yolanda Franco Burgos, Lourdes López López, María del Carmen Mayol Cañellas, Carolina Pons Otxoa de Olano, Antonia Pades Jiménez.¿ Puede reducirse la agresividad en adolescentes violentos?. Metas de enfermería. 2003;6(58):6-10.

4. Gross HE, Shaw DS, Burwell RA, Nagin DS. Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: A longitudinal study from early childhood to adolescence. Development and Psychopathology. 2009; 21:139-156.

5. Muñoz García JJ. Factores de riesgo y protección de la conducta antisocial en adolescentes. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. 2004; 31(1):21-37.

6. Bringas C,Herrero FJ, Cuesta M, Rodríguez FJ. La conducta antisocial en adolescentes no conflictivos: Adaptación del Inventario de Conductas Antisociales (ICA). Revista Electrónica de Metodología Aplicada. 2006; 11(2):1-10.

7. Williams LR, Degnan KA, Perez-Edgar KE, Henderson HA, Rubin KH, Pine DS, Steinberg L, Fox NA. Impact of behavioral inhibition and parenting style on internalizing and externalizing problems from early childhood through adolescence. J Abnorm Child Psychol. 2009 Nov;37(8):1063-75.

8. Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relaciones entre los tipos de padres y comportamientos de riesgo en la salud del adolescentes: una revisión bibliográfica integrada. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008, jan-feb;16(1).

9. Thompson A, Hollis C, Dagger DR. Authoritarian parenting attitudes as a risk for conduct problems Results from a British national cohort study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2003, Apr;12(2):84-91.

10. Gross HE, Shaw DS, Moilanen KL. Reciprocal Associations between Boys' Externalizing Problems and Mothers' Depressive Symptoms. J Abnorm Child Psychol. 2008 Jul;36(5):693-709.

11. Bauermeister JJ, Cumba-Avilés E. El Inventario de Experiencia Familiar:

Una medida del impacto de los hijos ehijas en los padres y madres. Revista Puertorriqueña de Psicología.2008;19.

12. Gutiérrez López C, Veloza Gómez MM, Moreno Fergusson ME, Durán de Villalobos MM, López de Mesa C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento"Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Chía. 2007;7(1).

3.- Hipótesis

3.1- Hipótesis General

Las intervenciones llevadas a cabo por la enfermera especialista en salud mental mejoran la capacidad de afrontamiento de los padres con hijos con trastorno disocial o trastorno de conducta.

3.2- Hipótesis Específicas

- Las intervenciones llevadas a cabo por la enfermera especialista en salud mental mejoran la capacidad de afrontamiento de los padres con hijos con trastorno disocial o trastorno de conducta.
- Las intervenciones llevadas a cabo por la enfermera especialista en salud mental disminuye los síntomas de depresión de los padres con hijos con trastorno disocial o trastorno de conducta.
- Las intervenciones llevadas a cabo por la enfermera especialista en salud mental mejora la calidad de vida de los padres con hijos con trastorno disocial o trastorno de conducta.
- Las intervenciones llevadas a cabo por la enfermera especialista en salud mental disminuye el estrés de los padres con hijos con trastorno disocial o trastorno de conducta.
- Las intervenciones llevadas a cabo por la enfermera especialista en salud mental disminuye el nivel de ansiedad de los padres con hijos con trastorno disocial o trastorno de conducta.
- Las intervenciones llevadas a cabo por la enfermera especialista en salud mental dirigidas a padres con hijos adolescentes con trastorno disocial o trastorno de conducta mejoran la conducta de los hijos.

4.- Objetivos

4.1- Objetivo general

Verificar que la intervención de mejora de afrontamiento realizado por la enfermera especialista en salud mental sea eficaz.

4.2- Objetivos específicos

Valorar que la intervención de mejora del afrontamiento realizado por la enfermera especialista en salud mental disminuya la ansiedad de los padres.

Evaluar que la intervención de mejora del afrontamiento realizado por la enfermera especialista en salud mental mejore la calidad de vida de los padres.

Verificar que la intervención de mejora de afrontamiento realizado por la enfermera especialista en salud mental disminuye el nivel de estrés en los padres.

Determinar que la intervención de mejora de afrontamiento realizado por la enfermera especialista en salud mental mejoran los síntomas de depresión en los padres.

Demostrar que la intervención de mejora de afrontamiento realizado por la enfermera especialista en salud mental dirigido a los padres mejora la conducta de los hijos.

5.- Metodología

5.1- Diseño metodológico

Se tratará de un estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo.

5.2- Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en la Comunidad autónoma de Andalucía, en el Servicio Andaluz de Salud (SAS). En dos hospitales de tercer nivel asistencial de la provincia de Sevilla.

Hospital Universitario Virgen Macarena, que atiende a un área de aproximadamente 551.856 habitantes. Los dispositivos de salud mental del Hospital Virgen Macarena atendieron en el año 2008 a 8766 primeras consultas externas y en el año 2007 tuvo 1545 ingresos en Salud Mental.

Su área de influencia engloba a una población general mixta, con núcleos rurales y urbanos.

La Unidad de Salud Mental Infanto- Juvenil (USMI-J) está situada en la segunda planta del HUVM y tiene una media aproximada de 9989 consultas al año.

Hospital Universitario Virgen del Rocio, que atiende todo tipo de especialidades, tiene una población asignada de 875.331 habitantes de la cual el 73% de ella pertenece a una zona urbana y el 27 % a una zona metropolitana.

Del total de población, 225.131 son menores de 14 años, susceptible de ser atendida en la USMIJ (se atienden hasta 18 años). En 2008 se atendieron a 702 primeras consultas y 14.012 consultas sucesivas individuales.

El total de la población atendida en la USMIJ de HH.UU. Virgen del Rocío en 2006 fue de 1420 pacientes, y los diagnósticos más frecuentes fueron:

- Trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

- Reacciones de estrés grave y trastornos de adaptación.

- Otros trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia.

- Trastornos hipercinéticos.

- Trastorno disocial y trastorno mixto disocial y de las emociones.

Según género, el 64,93% de los pacientes atendidos fueron hombres mientras que el 34,86% fueron mujeres.

Según edad, el número de personas atendidas en 2006 fueron las siguientes:

- 0-4 años: 52

- 5-9 años: 367

- 10-14 años: 564

- 15-17 años: 332

- 17 años: 96

El programa desarrollado lo llevará a cabo la enfermera especialista en salud mental de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J).

5.3- Población

Los padres, tutores o convivientes de adolescentes con trastornos de conducta que pertenezcan a las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de los hospitales antes nombrados. (Hospital Universitario Virgen del Rocío y Hospital Universitario Virgen Macarena).

Criterios de inclusión:

- Aceptar participar voluntariamente en el estudio

- Padres, tutores o convivientes de adolescentes entre 13-18 años

- Padres, tutores o convivientes de adolescentes diagnosticados de trastorno disocial de la conducta

Criterios de exclusión:

- No aceptar participar en el estudio

- Aquellas personas que no cumplan los criterios de inclusión

- Padres, tutores o convivientes que vayan a recibir intervención de algún sanitario especialista en salud mental durante el tiempo que dura el proyecto (psiquiatra, psicólogo y/o enfermero especialista en salud mental).

Muestra:

La prevalencia de adolescentes diagnosticados en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil con conducta disocial es baja, por lo que no tendría lógica científica calcular un tamaño muestral mínimo para establecer significaciones, por lo que se captarán todos los sujetos que cumpliendo criterios de inclusión/exclusión formen parte de la cartera de clientes de la USMIJ.

6.- Variables

6.1- Variable independiente

El programa de mejora del afrontamiento de los padres llevado a cabo por la enfermera especialista en Salud Mental.

Previo al comienzo del programa se realizará una entrevista, donde se le explicara de que trata, el horario y donde se le realizarán los cuestionarios y firmaran el consentimiento informado, en el cual se aceptará participar voluntariamente en el estudio.

A todos los sujetos que participen se les pedirá confidencialidad, asistencia, puntualidad y participación.
El programa consistirá en sesiones grupales de apoyo y soporte emocional a los participantes y se llevará a cabo en una de las salas de grupo de la USMI-J.
La metodología será teórico-práctica con el fin de lograr la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades. Estará dirigida por la enfermera especialista en Salud Mental y un coterapeuta (que será un miembro del equipo que apoyará al terapeuta principal, observando a los participantes y tomando nota de las reacciones emocionales y expresiones no verbales de los sujetos).
Se pretende enseñar a los miembros estrategias para vencer sus problemas actuales y afrontar los futuros, siguiendo un enfoque psicoeducativo, puesto que se trata de una experiencia didáctica estructurada.
El programa tendrá una duración de 12 sesiones que se desarrollarán durante 6 meses con una frecuencia quincenal, la duración será de hora y media y se realizarán por la tarde.
En cada sesión se repartirá un folleto informativo con lenguaje sencillo y accesible, sobre lo tratado durante la sesión.
Cada sesión constará de tres partes, la primera parte de exposición de contenidos específicos por parte del terapeuta, la segunda de actividades sobre dichos temas a realizar por el grupo, resolución de dudas y desahogo de los padres (tutores o convivientes) y la tercera que abarca la última media hora se utilizará para la realización de un taller de relajación.
En las sesiones se pretende mejorar los estilos de afrontamiento mediante psicoeducación, disminución del estrés y ansiedad mediante técnicas de relajación y mejorar la calidad de vida de los padres mediante la expresión de sentimientos, refuerzo de seguridad y la confianza.
Temas a tratar durante el programa:
- Bienvenida al grupo. Expectativas y demandas. Explicación de metodología.
- Entender la adolescencia.
- Trastorno de conducta disocial
- Necesidades de los hijos y su educación.
- Expresión de sensaciones, expectativas hacia vida diaria con hijos y facilitar una buena comunicación entre padres e hijos.
- Aumentar el afrontamiento, uso de las habilidades para resolución de problemas.
- Enseñanza de un estilo disciplinario adecuado y habilidades en la educación de sus hijos.
- Desculpabilización
- Ansiedad y su control.
- Técnicas de disminución del estrés.
- Técnicas de relajación
En la penúltima sesión se les pasará un documento en el que registrarán el nivel de satisfacción con el programa y aspectos que mejorarían, cambiarían o que incluso añadirían.
Sobre el grupo control sólo se intervendrá con una entrevista en la que se solicitará su colaboración y recogiendo datos del mismo modo que el grupo experimental.

6.2- Variables dependientes

1. Ansiedad de los padres.
Se define como un estado emocional en el que las personas se sienten inquietas, aprensivas o temerosas. Las personas afectadas experimentan ansiedad frente a situaciones que no pueden controlar o predecir, o sobre situaciones que parecen amenazantes o peligrosas.
Esta variable será medida a través del Test de STAI (State Trait Anxiety Inventory) de SPIELBERGER Y COLS. 1973. Este instrumento permite medir la ansiedad rasgo (A/R) y la ansiedad estado (A/E). La escala ansiedad de estado responden informando sobre la intensidad con que aparecen en un momento concreto sentimientos o sensaciones de ansiedad (nada, algo, bastante, mucho). La escala ansiedad de rasgo debe responder indicando como se siente habitualmente (casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre). . Es un cuestionario validado en castellano y con valores de referencia para población española.
La medición de la ansiedad a través de esta escala la realizará la enfermera especialista en salud mental, de manera individual y en un ambiente tranquilo, en una entrevista antes de que los padres tengan contacto con el programa, al finalizar y a los 3 meses de haber tenido contacto con el mismo para valorar la impronta temporal del programa en esta variable.

2. Calidad de vida.
Este es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.
Para medir la calidad de vida se utilizará el SF-36. Es un cuestionario validado en castellano y con valores de referencia para población española.
El SF-36 es un cuestionario que mide la salud percibida por la persona. Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana. Éstas se agrupan y miden en 8 apartados que se valoran independientemente, dando lugar a 8 dimensiones medidas con este cuestionario. Las 8 dimensiones son:
Funcionamiento Físico; Limitación por problemas físicos; Dolor corporal; Funcionamiento social; Salud mental; Limitación por problemas emocionales; Vitalidad; Percepción general de la salud.
La medición de la calidad de vida se llevará a cabo a través de esta escala, la realizará la enfermera especialista en salud mental en una entrevista antes de que los padres comiencen en el programa, al finalizar y a los 3 meses de haber tenido contacto con el mismo para valorar la impronta temporal del programa en esta variable.

3. Depresión.
Esta variable será medida con la escala de valoración de Hamilton (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) es una escala heteroaplicada, diseñada para ser utilizada para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.
Se utilizará la versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.

Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio.
Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52.
La medición la realizará la enfermera especialista en salud mental en la entrevista previa al inicio del programa, a la finalización del mismo y a los tres meses de la finalización para valorar la impronta temporal del programa en esta variable.

4. Conducta del adolescente.
Esta variable se medirá con un cuestionario con 14 síntomas del criterio A del DSM-IV para el diagnóstico de TDC. La puntuación mínima para la escala total es 0, y la máxima, 42. Las primeras preguntas están relacionadas con la "violencia", las siguientes "violaciones grandes de la norma" y las últimas con la "crueldad" con personas o animales.
El cuestionario es el siguiente:
1. ¿Intimida o amenaza a otras personas?
2. ¿Ha provocado de manera intencional incendios?
3. ¿Ha entrado violentamente en casa o vehículos ajenos?
4. ¿Se ha quedado fuera de la casa en una noche sin permiso?
5. ¿Inicia peleas y arremete físicamente a otros?
6. ¿Ha destruido a propósito cosas que pertenecen a otras personas?
7. ¿Engaña a otras personas para quitarles dinero u obtener objetos ajenos?
8. ¿Se ha fugado o se ha escapado de la casa durante más de 24 horas?
9. ¿Utiliza armas u objetos que puedan hacer daño a otros?(bates, cuchillos, etc.)
10. ¿Es cruel con las personas y les gusta hacerles sufrir?
11. ¿Roba objetos de valor cuando tiene la oportunidad de hacerlo?
12. ¿Ha robado o a atracado con armas o amenazado a otros?
13. ¿Ha forzado o amenazado a alguien para tener relaciones sexuales?
14. ¿Ha sido cruel con los animales y le gusta hacerlos sufrir?

Es una escala con cuatro posibles respuestas (nunca, a veces, frecuentemente y siempre), se ha elegido una escala con cuatro posibles respuestas para disminuir la probabilidad de la denominada "respuesta central o respuesta deseada"

La medición la realizará la enfermera especialista en salud mental en la consulta previa al programa, a la finalización del programa y a los tres meses de la finalización para valorar la impronta temporal del programa en esta variable.

6.3- Tabla de variables

VARIABLE	TIPO	VALOR
Edad	Cuantitativa continua	años
Sexo	Cualitativa dicotómica	Hombre/ Mujer
Nivel de estudios	Cualitativa Policotómica	Sin estudios Primarios (hasta estudios obligatorios

		Secundarios Universitarios
Estado civil	Cualitativa Policotómica	Soltero Casado Viudo Separado/ divorciado
Situación laboral	Cualitativa Policotómica	Estudiante Desempleado Incapacitado Activo Jubilado
Ansiedad	Cuantitativa discreta	Test de STAI
Calidad de vida	Cuantitativa discreta	SF-36
Depresión	Cuantitativa discreta	Escala Hamilton
Conducta adolescente	Cuantitativa discreta	Cuestionario

7.- Recogida de datos

Antes de comenzar la intervención realizaremos una evaluación de los pacientes, ajustada a los criterios de exclusión e inclusión descritos anteriormente.
La recogida de datos se llevará a cabo en la consulta de enfermería en la USMI-J, de manera individual, proporcionando un ambiente apropiado para facilitar la verbalización, obteniendo la información directamente de los sujetos que se van a someter al estudio.
A todos aquellos que finalmente acepten participar se les pedirá que firmen el consentimiento informado y se procederá a pasar las escalas antes nombradas.
Se pasará previo al comienzo de la intervención y se reevaluarán los resultados cuando finalice la misma y posteriormente a los 3 meses de finalizar para valorar la impronta temporal del programa, tanto en el grupo experimental como en el grupo control.
Se confeccionará un cuaderno, que contendrá toda la información, las hojas de registro necesarias y posteriormente se volcarán en una base de datos unificada que se diseñará para tal fin.

8.- Análisis Estadístico

8.1- Análisis Descriptivo

Al inicio se llevará a cabo una supervisión de las bases de datos para detectar información y observaciones anómalas. Se determinará las diferencias de los grupos que participan en el estudio y se realizará una valoración de los datos para identificar la existencia de valores extremos. Una vez terminado este punto, continuaremos con el análisis descriptivo de la muestra.
Las variables numéricas, se van a resumir con medias y desviaciones típicas, incluyéndose los intervalos de confianza si fuese necesario. En cuanto a las variables cualitativas, se expresarán en porcentajes.
Los datos obtenidos se resumirán en representaciones gráficas (pictogramas), para las variables cuantitativas discretas y continuas utilizando el diagrama de

barras e histograma respectivamente; para las variables cualitativas el diagrama de sectores.

8.2- Análisis inferencial

Para comparar la información de tipo cuantitativo/numérico entre el grupo control y el grupo experimental, se empleará la prueba de T de Student. De igual modo para estudiar la relación entre variables cualitativas en el grupo control y el grupo experimental se empleará el test Chi-cuadrado.

Complementaremos los resultados obtenidos de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% y el cálculo de la Odds Ratio y su intervalo de confianza.

El nivel de significación estadístico se establecerá en $p<0.05$

El análisis de los datos se efectuará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

9.- Limitaciones del estudio

Para el desarrollo de este estudio tenemos que contar con las siguientes dificultades y limitaciones:

- Posibilidad de sesgo de atención, por el hecho de saber que están participando en un estudio donde están siendo evaluados, lo cual puede dar a respuestas falsas.
- Otra de las limitaciones será el abandono del estudio por parte de los participantes una vez iniciado este, aunque la experiencia previa indica que cabe esperar una buena colaboración de los mismos.
- También encontramos como limitación la baja tasa de incidencia de la patología en el tercer nivel de asistencia (USMI-J), por lo que es posible que el seguimiento previsto sea escaso y haya que ampliarlo en el tiempo para captar un volumen de casos suficientes.

10.- Pertinencia de la investigación

La adolescencia es una etapa del individuo en la que se producen intensos cambios biológicos, psicológicos y sociales que tienen repercusión en el sistema de relaciones que asumen con el mundo que le rodea y consigo mismo.

Las conductas disruptivas generan muchas preocupaciones por parte de los padres debido a que por un lado el comportamiento del niño produce un desgaste significativo en la dinámica familiar y en la relación de pareja, y por otro que los actos rebeldes del niño movilizan una serie de señales sociales negativas por parte de las demás personas con respecto a la creencia en que su conducta se debe al fracaso en la crianza por parte de los padres. Este efecto psicosocial de la conducta del niño se convierte en un estresor psicosocial para la familia a quien, además del problema del niño, se le suma el aislamiento social.

En el caso de verificarse la hipótesis, se podría ofrecer a padres, un programa de atención integral específico que cubre las necesidades de información y formación necesaria.

Es un método sencillo, barato, eficaz y bien tolerado para mejorar las

habilidades y destrezas necesarias para enfrentar y resolver problemas familiares.
A su vez, el desarrollo de este estudio dentro del campo de la Enfermería podría significar una mejoría de la calidad asistencial percibida por nuestros pacientes y además una herramienta muy útil para ir creando competencias dentro del campo de la Enfermería Especialista en Salud Mental integrada en el campo asistencial.

11.- Aspectos éticos y legales

Antes de que los sujetos sean incluidos en el proyecto, se les informará verbalmente sobre los objetivos y metodología del mismo, y se obtendrá el consentimiento informado de aquellos individuos que finalmente acepten de forma voluntaria participar en la investigación, así como también tendrán derecho a dar por terminada su participación en cualquier momento.
Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada paciente deben de estar custodiados por el investigador principal, estando identificados exclusivamente por el número asignado a cada caso.
El proyecto se desarrollará en base a los principios éticos que se recogen en la declaración de Helsinki, se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes en el estudio cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre) y el R.D. 994/1999 de 11 Junio.

12.- Duración del estudio y cronograma:

AÑO 1	MESES											
ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Información general sobre el programa al equipo												
Reparto de tareas												
Calendario de reuniones												
Propuestas y preguntas												
Contacto con padres e informar de posibilidad de participar de proyecto												
Contacto para firmar consentimiento informado y pasar cuestionarios												
Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro												
Diseño de la base de datos del proyecto												
Desarrollo y puesta en marcha del programa												

AÑO 2	MESES											
ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reevaluación de los sujetos												
Recogida e inclusión de datos en la base correspondiente												
Análisis e interpretación de datos												
Obtención de resultados y conclusiones												
Informe y plan de difusión de resultados												
Presentación en el congreso												
Publicación del estudio en revistas científicas												

El estudio tendrá una duración de dos años.
Distribución de actividades entre el equipo investigador:
El investigador principal se ocuparía de la coordinación del equipo, de la custodia de todos los datos que se vayan produciendo y controlaría que se vayan cumpliendo los plazos del cronograma.

13.- Recursos necesarios y presupuesto

- Recursos humanos:
  - Dos Enfermeras Especialistas en Salud Mental (una para el grupo control y otra para el grupo experimental).
  - Un coterapeuta (miembro del equipo o enfermero/a residente de la especialidad de salud mental).
  - Bioestadístico.
- Recursos materiales:
  - Un aula para llevar a cabo las reuniones, que deberá presentar las condiciones físicas adecuadas en cuanto a iluminación, capacidad, audición y ventilación.
  - Un ordenador y un cañón, o en su defecto un proyector de transparencias.
  - Una pizarra.
  - Material de oficina como: folios, bolígrafos, grapas…
  - Material bibliográfico utilizado en el desarrollo del proyecto, así como los cuestionarios necesarios.
  - Gastos de comunicación y línea telefónica para mantener el contacto con los participantes en el estudio.
  - Material para entregar a los participantes (resumen de cada sesión, hojas de registro).

CONCEPTOS	PRESUPUESTO	
	PRIMER AÑO	SEGUNDO AÑO
Equipo informático (ordenador portátil e impresora)	1500 €	
Cañón de proyección	1000 €	
Material fungible	600 €	500 €
Material Bibliográfico	600 €	
Personal	2000 €	2000 €
Presupuesto para viajes y dietas	300 €	1500 €
Formación	500 €	
Gastos de contratación de servicios externos	500 €	1500 €
TOTAL	7000 €	5500 €
		12500 €