

Cómo citar este documento

Ruiz Gómez, Erica; Suárez Ramírez, Nayra; Pascual Tosina, Raúl; Serrano Rodríguez, Elisa. Intervención de la enfermera especialista en salud mental en padres con trastorno mental grave a través de un programa de apoyo y seguimiento. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0554.php>

INTERVENCION DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL EN PADRES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE A TRAVES DE UN PROGRAMA DE APOYO Y SEGUIMIENTO

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El término enfermo mental crónico se ha venido utilizando, en gran parte del pasado siglo, para referirse a una población generalmente aislada en hospitales psiquiátricos y con enfermedad mental persistente a lo largo de la vida. Esta terminología responde a un enfoque asistencial restringido, obviando la parte psico-social del abordaje.

Por el contrario, el concepto Trastorno Mental Grave (TMG) sustituye la visión anterior, designando a un conjunto de personas que sufren entidades clínicas diferentes, pero que además, presentan una serie de problemas comunes derivados de la discapacidad producida por la enfermedad. Así, vamos a tener en cuenta otros parámetros, sanitarios y sociosanitarios, como base para organizar la atención, en cuanto a procedimientos e intervenciones, que dichos pacientes necesitan.

El TMG, es considerado una enfermedad discapacitante y como tal, tiene un enorme impacto en cuanto a la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.¹

A lo largo de los años, los programas y estudios han ido dirigidos a crear una red social de apoyo y fundamentalmente a integrar al enfermo mental en la sociedad. Sin embargo, se nos ha olvidado uno de los roles más importantes de la persona, como es el de tener hijos y cuidarlos. El deseo de tener relaciones sexuales, tener hijos y criarlos esta también presente en las

personas con trastorno mental grave, y de la misma manera que el resto, tiene que enfrentarse a las dificultades asociadas a la paternidad.²

En diferentes publicaciones se ha mostrado que la existencia de trastornos psiquiátricos graves en los padres va a suponer un incremento del riesgo de padecer patología mental en los hijos³ y que además elevan las tasas de alteraciones de conducta y de las emociones.⁴

Estos progenitores, se van a encontrar en la crianza de sus hijos con los mismos problemas que los progenitores sanos, a lo que tienen que sumar las dificultades de su enfermedad. Este sumatorio de circunstancias puede acabar dando como resultado un cuidado inadecuado de los hijos.⁵

Las madres con enfermedades mentales graves además de tener dificultad para proporcionar los cuidados y apoyos necesarios, se van a encontrar con problemas para mantener la continuidad de dichos cuidados en momentos de crisis durante las cuales pueden mostrarse rechazantes con sus hijos o con conductas impredecibles.³ Para algunas de estas mujeres, la maternidad supone una mejoría de las redes sociales, una disminución de los sentimientos negativos acerca de su identidad y además la adquisición de un rol social significativo. Pero para otras, supone un proceso en el que se acumulan sentimientos de culpa, frustración y duelo.⁴

En la persona con trastorno mental grave, se aprecia un claro deterioro de las funciones cognitivas, del estado de ánimo, de la percepción, la conducta y el juicio. Esto incapacita en muchas ocasiones al sujeto para proveerse adecuadamente de comida, ropa y refugio, lo que se va a traducir en una incapacidad del sujeto para dotar al niño del medio adecuado para su desarrollo normal.⁴

El niño, va adquiriendo las competencias sociales fundamentalmente a través de la interacción con las figuras parentales (imitación, instrucción, autorreconocimiento mediante el reflejo en los otros de uno mismo,...) Así el infante va desarrollando estrategias para la resolución de problemas interpersonales, estilos cognitivos o respuestas emocionales.

Los padres con TMG exponen más difícilmente a sus hijos a experiencias sociales estimulantes. También es esperable, que el miembro que padece el trastorno, tenga una atención especial por parte del miembro sano, lo que significaría estar éste menos accesible para la estimulación que precisa el

niño.

Además, la no disponibilidad del padre enfermo, dificulta y en muchos casos impide la formación de un vínculo afectivo sólido que permita al hijo reconocerle como “base segura” desde la que explorar el entorno con confianza. En caso de que se presenten dificultades o peligros, no se puede esperar por su parte una respuesta adecuada de tranquilización, guía y/o consuelo. La falta de esta base segura, facilitará en el niño la inhibición conductual y con ello la limitación de adquisición de habilidades que exigen una serie de experiencias de aprendizaje apropiadas.

En un ambiente familiar en el que alguno de los padres está afectado de trastorno mental grave, es más probable que se produzcan conflictos y que el niño esté expuesto a situaciones difícilmente predecibles y aversivas, que le llevan a estados de indefensión aprendida, caracterizados por percepción de ausencia de control sobre lo ocurrido. Esto puede llevar al menor a estados de depresión e impotencia.

De todo esto se concluye, que tener padres que manifiestan conductas desviadas, dificulta el aprendizaje de conductas socialmente adecuadas y promoverá comportamientos socialmente incompetentes, desviados o disfuncionales.⁶

Por eso, desde un planteamiento comunitario y de atención integral al paciente con TMG, es indispensable que la Enfermera Especialista en Salud Mental, lo atienda de manera que cuide también de la salud de la familia y esté especialmente atento a los problemas que pudieran surgir.³ Ejercerá una labor de apoyo, educación y asesoramiento en cuanto a la crianza de sus hijos, desarrollando funciones tales como la aplicación de programas psicoeducativos a grupos, educación paterna sobre la crianza familiar de los niños o fomento del desarrollo del niño.⁷

La familia, necesita una orientación eficaz, para evitar que padres e hijos vivan angustiados y con una sensación de fracaso en el desempeño de su rol. Basándonos en esto, se defiende la idea de que sea la Enfermera Especialista en Salud Mental la que lleve a cabo este programa de acuerdo con las intervenciones que se definen en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).⁸

El marco teórico desde el que desarrollamos este programa es el Modelo

de Adaptación de Callista Roy. En él, describe al hombre como un ser bio-psico-social en relación con un entorno cambiante. Para adaptarse a este entorno, lo hace en cuatro aspectos de su vida: la fisiología, la autoimagen, el dominio del rol y la interdependencia.

Partiendo de esta premisa, vamos a centrar la intervención enfermera en el dominio del rol de padres.

BIBLIOGRAFIA:

1. Valmisa Gómez de Larra, E (Coord.)...et al. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2008-2012. 2ª ED. Sevilla: Consejería de Salud; 2008.
2. Rullas Trincado M, Grande de Lucas A, Rodríguez Pedraza E. Roles parentales y enfermedad mental grave. Rev. Decisio Enero/Abril 2006.
3. Sánchez del Hoyo P, Sanz Rodríguez LJ. Abordaje psicoterapéutico en hijos de padres con trastornos mentales graves: a propósito de un caso. Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. XXV, nº 95, Julio/Septiembre 2005, páginas 151-165.
4. Sánchez del Hoyo P, Sanz Rodríguez LJ. Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas. Rev. De Psiquiatría y de Psicología del niño y del adolescente. 2004 Nov. 4, pp. 99-107.
5. Valenzuela Soler MC, Cabello Corrales F, Calderón Jiménez A, García Villarreal MJ, Moreno Alcantud T, Fernández Marín MA. Programa de atención a hijos de pacientes con trastorno mental grave. Rev. Presencia 2009 ene-jun, 5(9).
6. Fornés Vives J, Carballal Balsa MC. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Madrid: Panamericana; 2001.
7. Pedreira JL, Vega S, Fernández R. Los hij@s de padres con psicosis severas. Rev. Psiquis, 1995.
8. Rullas Trincado M, Grande de Lucas A, Rodríguez Pedraza E. Habilidades de crianza en padres-madres con trastornos enfermedad mental grave, Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP), año 10, núm. 18-19, 2004: 14-19.

9. Barahona A. Intervención psicoeducativa de enfermería con padres de niños hiperactivos. Fomento de las relaciones padres hijos. *Educare* 2004; 14.
10. McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Proyectos de intervenciones Iowa. Cuarta edición. Madrid: Elsevier/Mosby; 2007.
11. Campos C, Márquez F, Lucchini C. El teléfono como apoyo a los padres en la crianza de sus hijos: una contribución de enfermería. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2009 Nov 27]; 8(2): 73-78. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200008&lng=es. doi: 10.4067/S071795532002000200008.
12. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2007.

HIPOTESIS:

GENERAL:

La intervención de la enfermera especialista en salud mental en padres con TMG a través de un programa de apoyo y seguimiento mejora las habilidades de crianza.

ESPECIFICAS:

1. La intervención de la enfermera especialista en salud mental en padres con TMG a través de un programa de apoyo y seguimiento disminuye la ansiedad ante el desempeño del nuevo rol.
2. La intervención de la enfermera especialista en salud mental en padres con TMG a través de un programa de apoyo y seguimiento mejora la ejecución del rol de padres.
3. La intervención de la enfermera especialista en salud mental en padres con TMG a través de un programa de apoyo y seguimiento aumenta la autoestima de estos pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Demostrar que la intervención de la enfermera especialista en salud mental en padres con TMG, a través de un programa de apoyo y seguimiento mejora las habilidades de crianza.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Comprobar que la intervención de la enfermera especialista en Salud Mental en padres con TMG disminuye la ansiedad que genera el desempeño del rol de padres.
2. Comprobar que la intervención de la enfermera especialista en Salud Mental en padres con TMG mejora la ejecución del rol de padres.
3. Comprobar que la intervención de la enfermera especialista en Salud Mental en padres con TMG aumenta la autoestima de estos pacientes.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo desde una Unidad de Salud Mental Comunitaria del Área Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla.

El Área Sanitaria Virgen del Rocío, engloba una población de 766.241 habitantes, según el padrón municipal de 2008. A efectos asistenciales, esta población se divide en:

1. Zona urbana, con aproximadamente unos 540.000 habitantes que se distribuyen para su atención en las siguientes Unidades de Salud Mental Comunitaria:
 - USMC Guadalquivir (≈130.000 habitantes)
 - USMC Oriente (≈112.000 habitantes)
 - USMC Sur (≈125.000 habitantes)
 - USMC Este (≈172.000 habitantes)
2. Zona metropolitana, con unos 195.000 habitantes distribuidos en las siguientes Unidades de Salud Mental Comunitaria:
 - USMC Aljarafe (≈ 85.000 habitantes)
 - USMC San Juan de Aznalfarache (≈110.000 habitantes)

El programa de apoyo y seguimiento para padres con TMG se aplicará a la población atendida en la USMC Guadalquivir, y será llevado a cabo por la enfermera especialista en Salud Mental del equipo.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio cuasi-experimental, multivariado, longitudinal, prospectivo, intergrupo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN

Se incluirán en el programa, los pacientes de la Unidad de Salud Mental Comunitaria:

- Con Diagnóstico de TMG (Anexo)
- Con Diagnóstico enfermero 00057 Riesgo de Deterioro Parental
- Con hijos comprendidos entre los 0 y 6 años de edad.
- Que sean padres primerizos.

Serán excluidos del programa, aquellos pacientes que:

- Tengan hijos mayores de 6 años.
- Hayan tenido experiencias previas como padres.

VARIABLES

1. INDEPENDIENTE: Programa de apoyo y seguimiento para padres con TMG llevado a cabo por la Enfermera Especialista en Salud Mental. Se van a hacer grupos de padres en función de las edades de los hijos, para trabajar según la etapa del desarrollo en que se encuentre el niño. Será realizado a lo largo de dieciséis sesiones grupales (una por semana), de dos horas de duración cada sesión. Cada dos semanas, se abordará uno de los temas a tratar. En la primera de esas dos sesiones, se hará una exposición teórica de conceptos clave, con apoyo de medios audiovisuales, y se propondrán una serie de actividades para llevar a cabo en el domicilio. En la siguiente sesión, se hará una mesa redonda, en la que cada pareja, explicará su experiencia personal. Cada grupo, ocupará una sala y será dirigido por una Enfermera Especialista. Se propondrá una primera sesión pre-estudio, de un mes de duración, para captar a los participantes del estudio y solicitar su colaboración. Se les realizará la valoración estructurada de enfermería siguiendo los Patrones Funcionales de Marjorie Gordon. Una vez se haya captado a todos los padres con TMG susceptibles de participar en el programa, comenzarán las sesiones grupales.
2. DEPENDIENTES:

Ansiedad. Será medida por la Enfermera Especialista en Salud Mental en varias ocasiones: antes del estudio, en la semana cuarta, al finalizar el mismo. Se valorará nuevamente a los 3 y a los 6 meses de la finalización de las sesiones. Se medirá con la versión española validada por Carrobles y cols. de la Escala de ansiedad de Hamilton

Rol de padres. Entendemos este término como el conjunto de funciones que tienen que llevar a cabo los padres para garantizar la cobertura de todas las necesidades básicas del niño así como el desarrollo sano y completo del mismo. Para medir esta variable, la Enfermera Especialista, realizará una evaluación de las capacidades previa al estudio y otra al final del mismo, utilizando para ello, los indicadores que se mencionan en el siguiente apartado “Instrumentos de Medida”

Autoestima. Será medida por la Enfermera Especialista en Salud Mental en varias ocasiones: antes del estudio, al finalizar el mismo y a los 3 y 6 meses de la finalización de las sesiones.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para medir los resultados se utilizarán los siguientes instrumentos:

-Ansiedad: Escala de Hamilton de la Ansiedad, validada y adaptada al castellano por Carrobles y cols. en 1986.

-Ejecución de rol de Padres (13): Se medirá a través de una escala tipo Likert de cinco puntos en una serie de indicadores descritos en la Taxonomía NOC: 221101: Facilita las necesidades físicas del niño; 221122: Proporciona nutrición adecuada a la edad ;221102: Elimina los peligros medioambientales controlables; 221103: Proporciona asistencia sanitaria preventiva y del episodio; 221123: Proporciona una estructura familiar para el niño; 221104: Estimula el desarrollo cognitivo; 221105: Estimula el desarrollo social; 221114: Interacciona de forma positiva con el niño; 221129: Mantiene una comunicación abierta; 221117: Manifiesta una relación de afecto con el niño; 221119: Expresa satisfacción con el rol de padre

-Autoestima: Escala de Autoestima de Rosenberg .Se trata de una escala

que incluye 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo. La mitad de los ítems están enunciados en positivo y la otra mitad enunciados en negativo. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo) Para su corrección deben invertirse los valores de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9,10) y sumarse todos los ítems. La puntuación oscilará entre los 30 y 40 puntos.

TABLA DE VARIABLES:

Variable	Naturaleza	Escala de medición	de Interrelación
Ansiedad	Cuantitativa	Continua	Dependiente
Rol de padres	Cualitativa	Policotómica	Dependiente
Autoestima	Cuantitativa	Continua	Dependiente

RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de datos se confeccionará un cuaderno, que contendrá todas las hojas de registro necesarias. Se hará entrega de un ejemplar a cada paciente que participe en programa, para posteriormente volcarlos en la base de datos unificada creada para tal efecto.

ESTADISTICA DESCRIPTIVA

1. ANALISIS DESCRIPTIVO:

Con el fin de detectar observaciones aberrantes, se realizará una depuración de las bases de datos. Se identificarán valores extremos y se establecerán posibles subgrupos de individuos.

Una vez se finalice este proceso, se desarrollará 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. Para las distribuciones asimétricas utilizaremos medianas y cuartiles. En cuanto a las

variables cualitativas, se expresarán en porcentajes. Todas las medidas serán determinadas globalmente y para subgrupos de casos.

Además se añadirán distintas representaciones gráficas según el tipo de información (cualitativa/cuantitativa)

2. ANALISIS INFERENCIAL:

Para la comparación de información de tipo cuantitativo/numérico entre el grupo control y experimental, se empleará para muestras independientes la prueba T de Student. En caso de no normalidad de distribución de las variables, utilizaremos la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

El resultado de confianza establecido para los resultados de estas pruebas de hipótesis, será del 95%. También se calculará su OR e intervalo de confianza.

Establecemos el nivel de significación estadística en $p < 0.05$.

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS18.0 para Windows.

ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Todos los pacientes que se incluyan en el estudio firmarán la solicitud de consentimiento informado. Se seguirán en todo momento los principios éticos descritos en la declaración de Helsinki.

Cumpliendo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de la Constitución Española, sobre la protección de datos, todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada paciente, tendrán asignado un número de caso y serán custodiados por el investigador principal.

Se solicitará, para la presentación de este protocolo, la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión Ética e Investigación Clínica del Centro.

PLAN DE DIFUSION

Está previsto poder presentar el proyecto como comunicación oral o póster del programa en las X Jornadas de Residentes de Enfermería de Salud Mental, celebradas el 14 y 15 de Mayo de 2010 en la ciudad de Valencia, como presentación oral. Así mismo, se enviará un resumen para incluirlo en el X

Congreso Internacional de NANDA AETNDE, celebrado los días 12, 13 y 14 de Mayo de 2010 en la ciudad de Madrid, como presentación oral. Se intentará a su vez, la publicación del programa en alguna revista de enfermería tipo Presencia, actualmente con un alto factor de impacto. Se intentará publicar el protocolo del estudio en revistas científicas del tipo Nure investigación o Biblioteca Lascasas. Los resultados se intentarán publicar en alguna revista científica de enfermería con alto factor de impacto.

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD 1:

Sesiones conjuntas de todo el equipo para la puesta en común de:

- Información general sobre el programa
- Presentación del cronograma
- Exposición de la metodología
- Reparto de tareas
- Calendario de reuniones
- Ruegos y preguntas

ACTIVIDAD 2:

- Elaboración de los contenidos del programa
- Diseño de los medios audiovisuales
- Diseño de las hojas de registro
- Diseño de la bases de datos

ACTIVIDAD 3:

- Puesta en marcha del protocolo de investigación
- Recogida de datos
- Reunión con el equipo y los pacientes cada tres meses para reevaluación (hasta los seis meses)

ACTIVIDAD 4:

- Análisis de los datos
- Elaboración de los resultados y de las conclusiones
- Plan de difusión de los resultados

-Elaboración del artículo del protocolo llevado a cabo

AÑO.1

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												

AÑO.2

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												

PRESUPUESTO SOLICITADO Y JUSTIFICACION

CONCEPTOS	AÑO 1	AÑO 2
Equipamiento inventariable:		
3 ordenadores portátiles (uno para cada enfermera)	5400	
1 impresora láser blanco y negro	400	
3 proyectores	3000	
Material fungible:		
Consumibles informáticos (tóner, cd, pen drive, material de oficina)	1500	1500
Material bibliográfico:		
Ejemplares actualizados de bibliografía básica enfermera: NANDA, NOC, NIC	1000	
Bibliografía referente a grupos psicoeducativos, educación para la salud, etc.	700	
Personal:		
3 Enfermeras Especialistas en Salud Mental	54000	

Bioestadístico para análisis de datos		3500
Viajes y dietas:		
Congresos Nacionales		2000
Congresos Internacionales		2500
Reuniones de grupo	500	500
Formación y difusión de resultados:		
Contratación de servicios externos y arrendamiento de equipamiento de investigación:		
30 horas de formación externa sobre valoración del rol parental	1500	
15 horas de formación externa sobre Trastorno Mental Grave	730	
15 horas de formación externa sobre fomento de la parentalidad positiva	730	

ANEXO: PATOLOGÍAS QUE INCLUYE EL TÉRMINO TRASTORNO MENTAL GRAVE

F 20 ESQUIZOFRENIA	F21 TRASTORNO ESQUIZOTIPICO
--------------------	-----------------------------

F 22 TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES	F 23 TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS
F 24 TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES INDUCIDAS	F 25 TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS
F 28 OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS NO ORGANICOS	F 29 PSICOSIS NO ORGANICA SIN ESPECIFICACION
F 30 EPISODIO MANIACO	F 31 TRASTORNO BIPOLAR
F 32.2 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	F 32.3 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS
F 33.2 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	F 33.3 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS
F 60.0 TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	F 60.1 TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD
F 60.3 TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD	