



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/063o.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Propuesta de intervención para suavizar el sufrimiento de los adolescentes con trastorno de conducta
<i>Autores</i>	Susana <i>Marqués-Andrés</i> , Esperanza <i>Rayón-Valpuesta</i> , Lurdes <i>Barrasa-Santamaría</i> , Cristina <i>G-Vivar</i>
<i>Centro/institución</i>	Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Hospital de Basurto. Universidad Complutense de Madrid. Universidad de Navarra
<i>Ciudad/país</i>	Bilbao, España. Madrid, España. Pamplona, España
<i>Dirección e-mail</i>	smarquesa48@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Desde la perspectiva profesional, las clasificaciones nosológicas biomédicas dejan de reconocer el sufrimiento cuando relacionan síntomas y signos e identifican con ellos una enfermedad. Sin embargo las enfermeras, establecemos una categorización diferente, basada en las respuestas de salud humanas, para fomentarla, dinamizarla o fortalecer la salud, incluso ante la enfermedad. Un diagnóstico psiquiátrico de trastorno de conducta, lleva aparejadas distintas etiquetas NANDA. Un diagnóstico psiquiátrico de trastorno de conducta, lleva aparejados distintos diagnósticos NANDA: (00188) Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, Conductas para la salud, (00078) Gestión ineficaz de la propia salud, (00194) Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, (00095) Insomnio, (00096) Deprivación del sueño (00146) Ansiedad, (00126) Conocimientos deficientes, o (00222) Control de impulsos ineficaz entre otros. El objetivo es proponer un programa de intervención enfermera, encaminado a suavizar el sufrimiento de los adolescentes con trastorno de conducta.

Metodología: La propuesta "Demos Interés a la Adolescencia" es la denominación del programa. Está fundamentado en evidencias que han mostrado su utilidad y aplicabilidad. Desarrolla habilidades de comunicación, tecnología punta de la Enfermería, manejo de contingencias, resolución de problemas, expresión emocional y habilidades sociales en fases encadenadas.

Conclusiones: Los programas disciplinares que las enfermeras pueden desarrollar a partir de la detección de problemas, se etiquetan en diagnósticos de Enfermería. Aprenderlo requiere ejercitar autoanálisis y autocrítica como parte del proceso.

Palabras clave: Sufrimiento/ Trastorno de conducta/ Adolescentes/ Intervenciones enfermeras.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Desde la perspectiva profesional, las clasificaciones nosológicas biomédicas obvian, ignoran o anulan el reconocimiento del sufrimiento cuando relacionan síntomas y signos e identifican con ellos una enfermedad. Sin embargo las enfermeras, establecemos una categorización diferente, basada en las respuestas de salud humanas, para fomentarla, dinamizarla o fortalecer la salud, incluso ante la enfermedad. Desde la disciplina psicológica, sus profesionales defienden la diferencia con el discurso biomédico respecto a los parámetros de salud y enfermedad fundamentados en la objetividad, no reconocida en el campo de la salud mental.¹ De esta forma un diagnóstico psiquiátrico de *trastorno de conducta*, lleva aparejadas distintas etiquetas NANDA,² propias de las enfermeras. Por ejemplo, (00188) Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, Conductas para la salud, (00078) Gestión ineficaz de la propia salud, (00194) Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, (00095) Insomnio, (00096) Deprivación del sueño (00146) Ansiedad, (00126) Conocimientos deficientes, (00222) Control de impulsos ineficaz, (00174) Riesgo de compromiso de la dignidad humana, (00054) Riesgo de Soledad, (00120) Baja autoestima situacional, (00061) Cansancio del rol de cuidador, (00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador, (00075) Disposición para mejorar el afrontamiento familiar, etc.

A partir del estudio sobre el sufrimiento de los adolescentes con trastorno de conducta,³ se ha propuesto una intervención enfermera con la que poder ayudar a estos adolescentes durante todo su proceso a suavizar su sufrimiento.

Ha quedado demostrada su capacidad de pensar, frente a las críticas al respecto de algunos profesionales, investidos en su docta sapiencia que les enjuician como "*chavales que no piensan porque les duele pensar*". Es posible que dicha capacidad esté encauzada, orientada, supervisada y dirigida, seguramente por los profesionales que se han convertido en parte de su contexto cercano. Ellos suplen, a veces, la renuncia parental, modificando su entorno y su realidad. Seguro que muchas veces también cometiendo errores, susceptibles de analizar y subsanar a la luz de las palabras de los adolescentes. La modificación posibilita en cierta forma suplir la vulnerabilidad de su indefensión y, con ella, permitir normalizar la vida de estos adolescentes. Visto desde otro punto de vista, se consigue humanizar su realidad.

A partir de esas capacidades, pueden suavizar el sufrimiento, utilizando diferentes tácticas en un proceso que parece evolutivo. Esta evolución determinará acabar aprendiendo a soportar el sufrimiento, como representación de un estado emocional, de tonalidad desagradable. O, por el contrario, utilizar cualquiera de las otras artimañas y seguir huyendo de su realidad. Esta idea está expuesta en otras investigaciones sobre el sufrimiento⁴⁻⁶ estableciéndose toda una estructura defensiva que pone de manifiesto el miedo, la inseguridad, la ira y el rencor utilizados para alejar y romper las relaciones interpersonales cuando son próximas y han resultado problemáticas.

Cuando los adolescentes están ingresados, modificar algunos aprendizajes suele ser fácil, porque el entorno lo posibilita y lo permite. Pero poderlo generalizar requiere también un cambio por parte de la familia, tanto en el caso de los más desprotegidos como de los sobreprotegidos. Las enfermeras hacen todo esto a partir de "su" Proceso

de Atención de Enfermería. Este proceso es el que aporta la identidad y la independencia disciplinar.⁷

El trastorno de conducta se ha visto que es un problema en aumento, con una alta prevalencia que oscila entre el 4 y el 18%.⁸ Cuenta con escasos recursos de afrontamiento. Sin embargo, uno de los recursos más productivos se está perdiendo, las enfermeras. Es un trastorno que suele “eclosionar” a la temprana edad de 10 años. Como si de una enfermedad infecciosa se tratara y durante los diez años previos hubiera estado “incubándose”. Es cierto que muchos niños acuden a los dispositivos de salud mental, pero también es cierta la ausencia de enfermeras en ellos que les puedan atender.

Tener hijos supone una gran responsabilidad y queda patente en las expresiones de los adolescentes,³ tanto como en la de los niños⁹ cuando se les escucha en sus planteamientos. Exige, además de deseo auténtico, competencia para prestarles atención, paciencia para dedicarles cuidados y tiempo exclusivos. Con ellos se conforma el lazo afectivo basado en la demostración de interés y cariño para jugar con ellos cuando son pequeños, como ellos quieren. O Mejor, como ellos necesitan, compartiendo juegos porque con estos aprenden, desde la simbología, a diferenciar, a construir, a elegir, a negociar, a tolerar, a ceder, a perder y a pactar. Pero con alguien que les de réplica. Hablar y dialogar, estableciendo la confianza para que cuenten sus dudas, temores y preocupaciones. Pero exigiendo la responsabilidad cuando no cumplen con lo previamente establecido, sus obligaciones. Esto ayuda a establecer el respeto y el aprendizaje de la diferencia necesaria entre las figuras parentales y las amistades. Y aprender esta diferencia es fundamental.

Las enfermeras en las consultas de pediatría pueden empezar a hacer algo ante este problema. Por ejemplo, orientar a los padres y madres hacia los cambios de atención, unas veces deficiente y otras exagerada. Pero sobre todo en la atención a determinadas conductas y expresiones emocionales que ponen de manifiesto la existencia del sufrimiento cotidiano.⁹ También pueden orientar en lecturas posibles respecto a técnicas concretas y sencillas de modificación de la conducta, haciendo un seguimiento de los problemas que surgen o las dificultades que se afrontan. Sirvan de ejemplo algunas referencias como “Mi niño no me come”, “Duérmete niño”, “El no también ayuda a crecer” o “Asesoramiento familiar de educación infantil”. Para esto también es necesaria la formación. Ésta si pueden hacerla las enfermeras de salud mental, y llegar a los padres a través de las otras enfermeras. No se trata de tirar balones fuera, sino de intentar implicar a todas las enfermeras en el proceso de promoción de la salud, tan proclamado, pero tan obviado en lo que respecta a la salud mental, o psicosocial.

Las enfermeras de salud mental lo tienen más difícil para contactar con los padres de los niños menores de 10 años. Como se ha mencionado, en las unidades de psiquiatría infanto-juvenil extrahospitalarias donde se atiende a estos niños, no hay enfermeras. El equipo multidisciplinar es un poco más pequeño. Cuando llegan a las unidades de ingreso, el trastorno de conducta es ya una realidad. Y también el desbordamiento operativo de los padres. De aquí la importancia de demostrar porqué son necesarias las enfermeras y qué es lo que pueden hacer. Se exponen algunos argumentos profesionales para justificar por qué las enfermeras deben formar parte de estos equipos y abogar para que estos equipos tengan un funcionamiento interdisciplinar, más que multidisciplinar.

Una de las actividades permanentes de las enfermeras en los hospitales es dar respuesta inmediata a las necesidades de los usuarios, necesidades que abarcan desde cuestionamientos logísticos, interrogatorios, intervenciones básicas, y complejas, trámites administrativos, disposición de recursos, etc.¹⁰ Es una forma de afianzar y mostrar la identidad a la población a la que se atiende. Sin embargo, a veces lo que se observa en la acción, que configura la identidad profesional ante la población, es algo distante y distinto a la realidad disciplinar. Por ejemplo, la información y orientación de pacientes y usuarios, es parte fundamental de la asistencia y no siempre se realiza.¹¹ A veces juega en contra de la identidad, la competencia y la responsabilidad profesional, el recurso frecuente a la frase “pregúntaselo al médico”, cuando la persona a la que cuidan las enfermera hace una pregunta para aclarar dudas o inquietudes. Esto redundando también en la percepción de la calidad de la atención de enfermería, o satisfacción de pacientes y usuarios con la misma.¹²

Aquí no queda todo, también es complejo educar adolescentes, tratarlos y cuidarlos. Pero no se pueden desaprovechar oportunidades ni recursos para cuidar a la ciudadanía. En esto también podemos colaborar las enfermeras. En otro lugar y en otro momento, se realizó una propuesta de enfermería para poder apoyar a estos padres en su adaptación al proceso, tanto como a los propios adolescentes.^{13,14} Al fin y al cabo, con ellas y ellos ponen en jaque los convencionalismos existentes, lo cual implica un reto para el aprendizaje de la realidad de forma diferente. Últimamente se ha realizado en España una revisión de los programas de entrenamiento a padres de niños con trastorno de conducta,¹⁵ que apunta en esta misma dirección. Igualmente, las investigaciones recogidas por Bearsdlee y cols.¹⁶ del informe del Instituto de Medicina de Boston, destacan la evidencia que confirma el valor de los programas que inciden en entrenar las habilidades parentales. Además de incidir en la prevención de la enfermedad y el sufrimiento acompañante, producen una mejoría a nivel individual y familiar. Por otro lado, resultan costo-efectivos, retornando más del triple del dinero gastado. Se ha demostrado también que con este tipo de programas, hay una disminución de niños que son separados de sus padres. Esto es un importante avance a nivel afectivo, tanto para los niños como para los padres.

El objetivo de este artículo es proponer un programa de intervención enfermera para suavizar el sufrimiento de los adolescentes con trastorno de conducta.

Metodología y proceso de investigación

Partiendo de metodología enfermera el programa de intervención se ha denominado *Demos interés a la adolescencia*, y está fundamentado en lo que la evidencia ha demostrado aplicable y útil. Incluye habilidades de comunicación, manejo de contingencias, resolución de problemas y habilidades sociales, consistente en las siguientes fases en las que hemos propuesto algunos diagnósticos de enfermería.

1ª. Disposición para dialogar con el adolescente. Es necesario establecer diálogo para conocer las posiciones en las que se mueven. También resulta útil para aclarar sus dudas, reconocer el sufrimiento mutuo y los factores que han contribuido al mismo, la importancia afectiva que tienen en el contexto y las obligaciones respecto al cumplimiento de sus cometidos personales, familiares y sociales en forma de tareas y actividades. En esta disposición se trabaja con los padres, aportando algunas habilidades comunicativas que serán ejemplificadas por las enfermeras, como ensayos de conducta

que serán luego debatidos entre todos. Los argumentos básicos son la escucha y el respeto.

Los diagnósticos de enfermería a trabajar, entre otros son:

- 1.1. [D5 Percepción; C4 Conocimientos deficientes (00126). Caracterizados con comportamientos exagerados, seguimiento inexacto de instrucciones y comportamientos inapropiados. Relacionados con mala interpretación de la información y falta de expresión.
- 1.2. [D5 Percepción; C5 Comunicación] Disposición para mejorar la comunicación (00157). Caracterizado por la expresión de sentimientos, la expresión de satisfacción con la capacidad para compartir ideas e información con los demás, expresión de pensamientos, la interpretación adecuada de claves verbales y no verbales.

2ª. Expresión y exploración narrada de las experiencias concretas que han dado lugar a la situación actual de excesos (hostilidad y/o violencia), tanto como a las emociones acompañantes que se dejaron de expresar cuando el miedo dejó campo libre a la ira. El recuerdo está modificado por la emoción y se adapta a ella. En este proceso de escucha y exploración,

- 2.1. [D5 Percepción; C4 Cognición] Control de impulsos ineficaz (00222). Caracterizado por irritabilidad, arrebatos de mal genio o violencia y búsqueda de sensaciones. Relacionado con ira, negación, desesperanza, abuso de sustancias, baja autoestima crónica.

3ª. Análisis reflexivo que avanza en la elaboración de sentimientos, más pensados, reconocidos y menos reactivos, para poder llegar a un intercambio de perspectivas.

- 3.1. [D6 Autopercepción; C2 Autoestima] Baja autoestima crónica (00119). Caracterizado por dependencia a las opiniones de los demás, búsqueda excesiva de reafirmación, frecuente falta de éxito en los acontecimientos vitales, conducta no asertiva, conformista, pasivo, expresa sentimientos de culpa y vergüenza. Relacionado con falta de afecto, falta de aprobación, percepción de discrepancias entre el yo y las normas culturales y espirituales, percepción de falta de pertenencia y falta de respeto por parte de otros.

4ª. Interés. Es el Intercambio reflexivo de subjetividades, exponiendo de nuevo las distintas situaciones, cediendo la hostilidad e incorporando una autocrítica analizada. El relato del “recuerdo” se irá adaptando a la combinación de las subjetividades.

- 4.1. [D 7 Rol/Relaciones; C 2. Relaciones familiares] Interrupción de los procesos familiares disfuncionales (00060). Caracterizado por evitación de conflicto, comunicación contradictoria, crítica, negación de los problemas, incapacidad para satisfacer las necesidades emocionales y de seguridad de sus miembros, mentiras, manipulación y luchas de poder. Relacionado con habilidades de afrontamiento inadecuadas, antecedentes familiares de abuso de sustancias, falta de habilidades para la solución de problemas.

5ª. Comprensión mutua de la trayectoria de sufrimiento, de posiciones y emociones por parte de los padres y del adolescente. Hay un reconocimiento de la expresión emocional desadaptada, propia del TC que desemboca en el claro enfrentamiento y la ruptura, inicial y aparentemente, definitiva e insalvable.

5.1. [D 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés; C 2 Respuestas de afrontamiento] Ansiedad (00146). Caracterizado por insomnio, nerviosismo, inquietud, angustia, desquiciamiento, disminución de la habilidad para aprender y solucionar problemas, deterioro de la atención, tendencia a culpar a otros. Relacionado con asociación familiar, abuso de sustancias, necesidades no satisfechas.

5.2 [D 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés; C 2 Respuestas de afrontamiento] Impotencia (00125). Caracterizado por expresión de dudas sobre el desempeño del rol y vergüenza. Relacionado con interacciones interpersonales no satisfactorias.

5.3. [D 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés; C 2 Respuestas de afrontamiento]. Disposición para mejorar el poder (00187). Caracterizado por expresiones de disposición para mejorar:

- La libertad de realizar acciones para el cambio.
- La identificación de elecciones que puede realizar para el cambio.
- Implicación para crear el cambio.
- Los conocimientos para la participación en el cambio.

Se pone de manifiesto la importancia de insistir, insistir e insistir en la puesta en marcha de programas de este tipo por parte de las enfermeras, mostrando la implantación de cuidados psicosociales.

Conclusiones

Esta es una pequeña muestra de lo que las enfermeras pueden hacer a partir de la detección de los problemas, etiquetados en forma de diagnósticos de enfermería. Cada una de estas etiquetas diagnósticas llevan asociadas una clasificación de resultados (NOC) y otra de intervenciones (NIC). La implantación de estos cuidados es interesante. Queda pendiente poderlos poner en marcha para después, medir su impacto. Esto es una posible investigación futura.

Sin embargo, poder aprender tiene su punto de partida en realizar el sano ejercicio del autoanálisis y la posterior autocrítica, tal y como lo demostraron los adolescentes (en prensa), para poder afrontar su realidad, su sufrimiento y con ella su vida. Cuando no existen tales estrategias o no se utilizan, "*poder aprender*" se aleja del horizonte más inmediato. Esto es igual para padres y para los profesionales del tipo que sean. Convencerse de una necesidad, o considerar que se está en lo cierto y analizarlo, requiere también de todo un proceso. Será en otro momento.

Bibliografía

1. Augsburguer AC. La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología y Sociedade*. 2004; 16(2):71-80.

2. Herdman TH, von Krogh G. La taxonomía II de NANDA International 2012-2014. En: NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012-2014. First Edition. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 90-106.
3. Marqués-Andrés S, Vivar C-G, Barrasa L, Rayón-Vvalpuesta E. Sufrimiento y adolescentes con trastorno de conducta: Una teoría fundamentada en datos. En prensa.
4. Fredriksson L, Eriksson K. The patient's narrative of suffering: a path to health? *Scand J Caring Sci.* 2001; 15: 3-11.
5. Lindhölml L, Eriksson K. To understand and alleviate suffering in a caring culture. *J Adv Nurs.* 1993; 18:1354-1361.
6. Fredriksson L, Lindhölml UA. Caring conversations: Psychiatric patients' narratives about suffering. *J Adv Nurs,* 2002;40(4):396-404.
7. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2012-2014. Versión en español. Barcelona: Elsevier; 2013.
8. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson; 2002.
9. Schenetti M. Comprender el dolor infantil. 1ª Edición. Barcelona: Grao; 2011.
10. Barragán JA, Moreno CM. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enferm Global.* 2013; 12(1):217-230. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/153391> [Citado el 3 de marzo de 2013].
11. De Oliveira GFN, Medeiros R, Nogueira C, Santos M, Gurgel A, Regó DP. Factores relacionados con la identidad profesional del enfermero: visión de los discentes. *Enferm Global.* 2013; 12(1):130-137.
12. Martínez N. Las investigaciones enfermeras en sistemas y servicios de salud por enfermería en las revistas científicas. *Revista Cubana de Enfermería.* 2011; 27(3):228-238.
13. Marqués S, Landa M, Barrasa L, Amundarain M. Apoyo a padres de adolescentes con alteración de conducta, en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil. Ponencia de Interpsiquis, 2007. Congreso virtual; 17 Feb 2007. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/enfermeria/29538/#opin [Citado el 22 de agosto de 2012].
14. Marqués S, Barrasa L, Amundarain M, Landa M. Protocolo de actuación enfermera con adolescentes con alteración de conducta. *Norte de Salud Mental.* 2007; 28:69-74.
15. Robles Z, Romero E. Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología.* 2011; 27(1):86-101.
16. Beardslee WR, Chien PL, Bell CC. Prevention or mental disorders, substance abuse and problem behaviors: A developmental perspective. *Psychiatric Services.* 2011; 62(3):247-254.