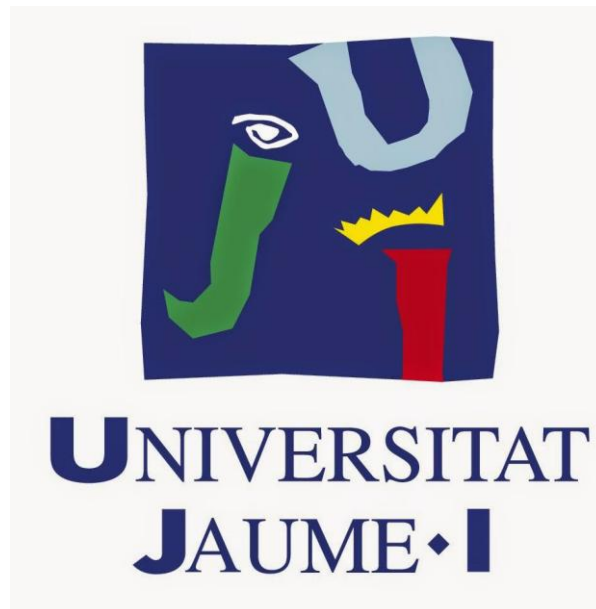


DISEÑO DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO MEDIANTE UNA
INTERVENCION ENFERMERA PARA EL AUMENTO DEL AFRONTAMIENTO
Y LA AUTOESTIMA



AUTORA: Cristina Sierra Hidalgo

TUTOR: Mikel Munarriz Ferrandis

TITULO DEL MASTER: Máster universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud
Mental Comunitaria.

CURSO ACADEMICO: 2016/17

FECHA DE LECTURA: 26 de Octubre de 2017

RESUMEN

Las personas que presentan trastornos mentales graves se encuentran con problemas a lo largo de su vida relacionados con el estigma, siendo más permanentes, constantes y difíciles de intervenir que los propios problemas derivados de la enfermedad o trastorno, susceptibles de poder ser intervenidos con gran efectividad.

Revisando la literatura sobre las intervenciones eficaces puestas en marcha para disminuir o corregir los efectos del estigma existe un número importante de recomendaciones basadas en los modelos teóricos de carácter cognitivo-conductual.

Es por ello que se ha seleccionado el Diagnóstico de enfermería Baja autoestima crónica y el de Afrontamiento ineficaz que abarcan las dificultades que presentan los pacientes con trastorno mental grave en su vida cotidiana para intentar paliar o corregir estos efectos y trabajarlo en este proyecto mediante un grupo psicoeducativo desarrollando las intervenciones enfermeras de estos diagnósticos.

Se trata de un estudio con metodología cuantitativa de intervención, cuasi experimental de antes y después, prospectivo y longitudinal. Para participar en el estudio se deberán cumplir los criterios de inclusión y exclusión determinados. Los resultados se obtendrán con la aplicación de los instrumentos descritos al efecto, para determinar cómo ha influido la intervención enfermera. Se utilizarán como instrumentos de medida la escala de indicadores de resultados de la Taxonomía NOC, la escala de autoestigma de la enfermedad (ISMI) y la escala de autoestima de Rosenberg

PALABRAS CLAVE: Salud mental, afrontamiento, autoestima, estigma, intervención enfermera

INDICE

1. Introducción	
1.1. Introducción	4
1.2. Estado actual del tema y justificación	9
2. Objetivos/ Hipótesis	11
3. Material y método	
3.1. Población de referencia y de estudio.....	12
3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	13
3.3. Tamaño muestral y procedimiento de muestreo.....	14
3.4. Diseño del estudio	14
3.5. Variables	
3.5.1 Independiente.....	14
3.5.2 Dependiente.....	17
3.5.3 Instrumentalización	17
3.7. Recogida de datos y fuentes de información.....	19
3.8. Análisis de los datos.....	19
3.9. Plan de trabajo	20
3.10. Dificultades y limitaciones del estudio.....	21
3.11. Consideraciones éticas y legales	22
3.12. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados.....	22
4. Resultados- Discusión- Conclusiones	23
5. Bibliografía	24
6. Anexos	26

Introducción

La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.¹

El DSM-V define el Trastorno Mental como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.²

Los trastornos mentales son un problema de primera magnitud, por su elevada prevalencia (existen estimaciones que sugieren que entre el 15 y el 25% de la población general los padece) y por el impacto de sufrimiento y desestructuración en las personas, sus familias y su entorno más cercano. Se puede afirmar que en España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, al menos el 9% de la población padece un trastorno mental en la actualidad, y algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Se prevé que estas cifras se incrementarán en el futuro.³

El proceso de Trastorno Mental Grave (TMG) incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos). Todas las categorías diagnósticas incluidas en TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal no solo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad.³

Más allá del diagnóstico psiquiátrico, nos interesa entender por qué un paciente en un determinado momento y a lo largo de la evolución de su enfermedad presenta dificultades en la autoestima y en el afrontamiento de las situaciones que ocurren a su alrededor. El conocimiento de los factores involucrados tanto en el desencadenamiento (riesgo), como en la inhibición (protección) de estas condiciones nos ayudará, no sólo al abordaje específico de cada caso, sino también a la valoración y prevención de niveles altos de estigma internalizado.

Las personas que presentan trastornos mentales graves se encuentran con problemas a lo largo de su vida relacionados con el estigma, siendo más permanentes, constantes y difíciles de intervenir, que los propios problemas derivados de la enfermedad o trastorno, susceptibles de poder ser intervenidos con gran efectividad.

La baja prioridad conferida a la problemática de salud mental por la generalidad de los agentes de salud se puede observar tanto en términos de la asignación presupuestaria como en el espacio que los planes y programas de salud le dedican, al no incluirlos en el mismo nivel que otras enfermedades.⁴

La lucha contra el estigma se vislumbra como uno de los factores clave en los planes de salud mental de los próximos años. En la última década el estudio del estigma social ha ido ganando protagonismo en diferentes áreas de la salud, siendo una de ellas la salud mental.⁵

Como en la declaración de Helsinki en el año 2005 de la OMS que estableció la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental como uno de los cinco puntos básicos del programa para Europa así como la Convención de Naciones Unidas sobre las personas con discapacidad o Libro verde sobre la salud mental en Europa.⁶

Las personas con enfermedad mental grave y persistente son los principales afectados por el estigma que rodea a la enfermedad mental. Por una parte, son capaces de identificar los estereotipos sociales sobre ellos y los prejuicios sobre sus comportamientos a través de las experiencias de discriminación que viven a menudo. Por otra parte, son víctimas del auto estigma, al interiorizar esos estos estereotipos sociales lo que, con frecuencia, provoca en ellos sentimientos de minusvaloración y baja autoestima que fomentan la auto-discriminación y el auto aislamiento social.

El concepto estigma fue introducido por Goffman por primera vez en 1963, definiendo este fenómeno como “un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular”⁷ donde el individuo que lo porta queda reducido para otros participantes de la interacción, de una persona completa y normal a una cuestionada y de disminuido valor social.

La elaboración de argumentos estigmatizadores “es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce allí donde hayan normas de identidad”. Otra definición que encontramos es la de Jones en 1984 también influyente en la que

propuso el concepto de estigma como ‘una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos)’.⁸

El estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social. Encontramos por un lado los **estereotipos**, en los que se incluyen estructuras de conocimientos que son aprendidas por la mayor parte de los miembros de una sociedad, vienen a representar las creencias de ese grupo, la faceta cognitiva del estigma. El hecho de conocer un estereotipo no implica que se esté de acuerdo con éste, es ahí donde aparecen los **prejuicios** sociales, puestos de manifiesto en forma de actitudes y valoraciones, que en último lugar pueden dar lugar a la **discriminación**, dando lugar a comportamientos de rechazo.⁹

La construcción social del estigma suele realizarse para poner en contraposición la existencia de un grupo ajeno al considerado como verdadero, por lo tanto debe hacer referencia a elementos diferentes, elementos propios de ese grupo objeto de estigma que lo hacen profundamente distinto; es por ello que el estigma sea utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador. Si no se toman las medidas de protección necesarias, se llegará a formar parte de la zona de exclusión.¹⁰

También existen diferencias entre el estigma público y el auto - estigma. El estigma público se refiere al que manifiestan los miembros de la sociedad hacia las personas con enfermedad mental. El auto-estigma sería el proceso de internalización de dicho estigma por parte de la propia persona con enfermedad mental. Es decir, la persona asume los estereotipos sociales acerca de la enfermedad mental, lo que genera la aparición de prejuicios y reacciones emocionales negativas y, finalmente, origina comportamientos autoexcluyentes. Livingston y Boyd definen el auto - estigma cómo “un proceso subjetivo, imbuido en un contexto socio-cultural, que se caracteriza por sentimientos negativos (sobre sí mismo), comportamientos desadaptativos, transformación de la identidad o aplicación de estereotipos resultantes de una experiencia individual, percepción o anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su enfermedad mental”.¹¹⁻¹²

En cuanto a los componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el estigma público y el auto-estigma en personas con enfermedad mental, se debe mostrar la importancia que la investigación psicológica y sociológica que presentan, para identificar las estrategias y manejar las dimensiones personales del

estigma a través de la “autoafirmación” (que permite hacer frente a las consecuencias negativas, mediante la conexión con factores personales y grupales).¹³

Es evidente que una atención integral a las personas con enfermedad mental no solo tiene que cubrir suficientemente sus necesidades de apoyo e integración, sino que simultáneamente también debe establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma que tradicionalmente pesan sobre ellas.

En el caso de los trastornos mentales, la situación parece que por fin ha comenzado a moverse en un sentido positivo. En la actualidad, la existencia de intervenciones eficaces dirigidas a reducir el estigma asociado a la enfermedad mental grave y sus efectos en los distintos grupos de personas implicados supone un dato esperanzador. La evidencia más sólida procede de las intervenciones psicológicas para reducir el auto-estigma en personas con enfermedad mental.¹⁴

Para que la profesión enfermera se implique activamente en la investigación de la evaluación clínica es imprescindible identificar y medir los resultados de los pacientes influenciados por los cuidados enfermeros. Para ello se creó un lenguaje estandarizado. Desde una perspectiva enfermera y en base a la aplicación clínica de la terapia cognitivo-conductual, podemos relacionar con el lenguaje estandarizado de cuidados, los diagnósticos NANDA, los resultados de enfermería (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC).

Se han seleccionado el Diagnóstico de enfermería Baja autoestima crónica y el de Afrontamiento ineficaz que abarcan las dificultades que presentan los pacientes con trastorno mental grave en su vida cotidiana para intentar paliar o corregir estos efectos y trabajarlo en este proyecto mediante un grupo psicoeducativo desarrollando las intervenciones enfermeras de estos diagnósticos.

La Baja autoestima crónica es un diagnóstico de enfermería aprobado por la NANDA¹⁵ y es definido como la larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.¹⁵ Así, el Afrontamiento inefectivo se define como la incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

Un resultado de enfermería (NOC) se define como un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a las intervenciones de enfermería. Cada resultado tiene asociados un grupo de indicadores que son utilizados para determinar el estado del paciente en relación al resultado. Estos resultados son medidos a través de una escala Likert de cinco puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo de 1 a 5. El cambio en la puntuación representa el resultado conseguido después de las intervenciones enfermeras.¹⁹

Las NOC descritas son los conceptos, definiciones y medidas estandarizadas que describen los resultados de pacientes influenciados por las intervenciones enfermeras. Estos resultados se describen como conceptos variables que reflejan los estados de los pacientes, medidos de forma continua en vez de cómo objetivos concretos que se cumplen o no.

El consenso en los resultados permite a enfermería validar si el paciente responde a las intervenciones enfermeras proporcionadas y facilita los datos necesarios para (1) aclarar el conocimiento enfermero, (2) avanzar en el desarrollo teórico y (3) determinar la efectividad de los cuidados de enfermería.

Los resultados de enfermería (NOC) son muy útiles por que permiten cuantificar el estado, conducta o percepción del paciente que se espera que ocurran en momentos específicos. Las principales ventajas de uso son la capacidad para monitorizar la variación de la vía y comparar la consecución de estados específicos a lo largo de una intervención enfermera.¹⁹

Así definimos también la intervención enfermera como cualquier tratamiento, basado en el criterio y conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente.¹⁶

Para ello el protocolo mediante el grupo psicoeducativo desarrolla las intervenciones enfermeras (NIC), (5230) Mejorar el afrontamiento, (5430) Grupo de apoyo, (4362) Modificación de la conducta: habilidades sociales, (5400) Potenciación de la autoestima, (5700) Reestructuración cognitiva, (5100) Potenciación de la socialización y (5390) Potenciación de la conciencia de sí mismo. (ANEXO 1)

Estado actual del tema y justificación

En el caso de la enfermedad mental, la investigación ha demostrado que en las sociedades occidentales los estereotipos suelen incluir información referente a la peligrosidad y relacionarlos con actos violentos, responsabilidad sobre el padecimiento de la enfermedad o no haber sido capaz de ponerle remedio mediante tratamiento, debilidad de carácter, incompetencia e incapacidad para las actividades básicas de la vida diaria, la impredecibilidad del carácter y reacciones o la falta de control.¹⁰

La rehabilitación psicosocial parece que debe centrar su atención en la recuperación y/o mejora de la red social de la persona y en la potenciación de la persona con enfermedad mental y su familia para provocar mejoras en la auto-estima, la auto-eficacia y la calidad de vida.⁶

Revisando la literatura sobre las intervenciones eficaces puestas en marcha para disminuir o corregir los efectos del estigma internalizado, existe un número importante de recomendaciones de acción, basadas en los modelos teóricos principalmente de carácter cognitivo-conductual y en la investigación con distintas variables y factores considerados relevantes. El empoderamiento de las personas con enfermedad mental y/o sus familias parece jugar un papel clave en la lucha contra la internalización del estigma.¹⁷

Tsang, Fung y Chung (2010) también encuentran que la relación entre auto-estigma (niveles bajos), estadio de cambio (preparación para la acción) y funcionamiento global (buen funcionamiento) predicen la adherencia a la intervención en personas con esquizofrenia. Esto es, que las intervenciones que se realicen sobre el auto – estigma deben tratar que las personas que las reciben avancen en los estadios de cambio siguiendo las acciones psicosociales adecuadas.¹⁸

Griffiths, Christense, Jorn, Evans y Groves (2004) encuentran efectos moderados pero significativos de una intervención en personas con depresión. Mientras que MacInnes y Lewis (2008) encuentran cierta efectividad en una intervención grupal breve (6 semanas) de carácter cognitivo en personas con enfermedad mental grave y persistente usuarias de servicios de rehabilitación psicosocial. El programa consiguió una disminución significativa de las variables de estigma internalizado, pero este

cambio no correlacionó con la modificación de la auto-estima, la autoaceptación y/o el bienestar psicológico general.⁶

Livingston y Boyd que han realizado una de las revisiones más completas hasta el momento han llevado a cabo un meta-análisis sobre la investigación en las variables socio-demográficas, psicosociales y psiquiátricas relacionadas con el estigma internalizado de la enfermedad mental. Los principales resultados ofrecen una información muy relevante sobre el estado del conocimiento en éste área.¹¹

En definitiva, el estado de la investigación sobre el estigma internalizado ayuda a crear un marco de reflexión e investigación sobre la aparición, mantenimiento y efectos del estigma internalizado y ofrecen algunas claves para la implementación de la lucha contra el estigma. Ésta debe orientarse en distintos ejes: por un lado, acciones estructurales y sociales que permitan reducir el estigma público y las barreras sociales que éste impone a los grupos afectados. Desde el reconocimiento y defensa de derechos (por ejemplo, Convención de Naciones Unidas sobre las personas con discapacidad o Libro verde sobre la salud mental en Europa), hasta acciones legales y judiciales individuales, pasando por campañas de sensibilización y defensa masivas y prolongadas desde la escuela hasta los medios de comunicación (por ejemplo, campaña Changing Minds en Inglaterra).¹⁴

Sin embargo, los datos empíricos de la eficacia de las intervenciones propuestas son muy escasos. Por ello, es necesario ampliar la visión de la labor de la enfermería de salud mental mediante este estudio aprovechando las Taxonomías NIC, que incluyen intervenciones y actividades específicas para enfermería de Salud Mental.

La utilización de los resultados de enfermería (NOC) para la evaluación de los cuidados permite a los investigadores explicar las diferencias individuales en el logro de los resultados que se atribuyen a las características del paciente, tales como edad, sexo o estado funcional. La determinación de cómo las características del paciente afectan al logro del resultado es un área importante para la investigación futura; los datos de este tipo de investigación proporcionarán los resultados que se pueden conseguir de manera realista con diversas poblaciones de pacientes.¹⁹

Un punto a destacar es el hecho del aumento de la importancia, calidad y eficacia de las intervenciones centradas en las propias personas que sufren los trastornos.

Kautz y Van Horn han mostrado claramente cómo se puede utilizar los lenguajes NNN en el desarrollo de directrices de práctica basadas en la evidencia para guiar a la práctica y realizar la investigación. Concluyen con la afirmación de que «el uso y desarrollo continuado de un lenguaje uniforme y estandarizado captan la esencia de la práctica enfermera y ayudan a aumentar el conocimiento enfermero además de proporcionar el marco apropiado para la práctica basada en la evidencia».¹⁹⁻²⁰

Lo que piensa una persona incide de forma directa en su estado emocional y en su conducta. Para poder hacer frente al estrés y controlar su incidencia es importante controlar lo que se piensa ante situaciones conflictivas. La labor de enfermería consistirá en cambiar esos pensamientos lo que permitirá al paciente controlar sus emociones.²¹

En definitiva, los resultados son el desencadenante para la evaluación de la calidad y la efectividad ya que contestan a la pregunta ‘¿El paciente se benefició o no de los cuidados proporcionados?’²²

Objetivos

Evaluar el impacto de un programa psicoeducativo para aumentar la autoestima y el afrontamiento en pacientes TMG

Objetivos generales:

- Identificar los beneficios de la intervención grupal basada en el aumento del afrontamiento (en la taxonomía NIC codificado como 5230) y potenciación de la autoestima (5400) de la enfermera especialista en salud mental en pacientes con trastorno mental grave.

Objetivos específicos:

- Desarrollar una intervención grupal basada en la intervención enfermera para pacientes TMG para disminuir los niveles de auto-estigma
- Conocer los beneficios de la intervención grupal en los pacientes que reciben el programa psicoeducativo

- Evaluar la influencia de la intervención grupal enfermera sobre los resultados (NOC) obtenidos.

Hipótesis

General:

- La intervención psicoeducativa llevada a cabo por la enfermera de salud mental obtendrá beneficios en los usuarios que presenten el diagnóstico de enfermería afrontamiento ineficaz (00069) y baja autoestima crónica (00119)

Población de referencia y de estudio

El estudio se va a llevar a cabo en la casa hogar donde he realizado las prácticas. Este dispositivo es para personas con trastorno mental grave que necesitan atención en importantes y variadas áreas de su funcionamiento social, personal y familiar. En Andalucía, la atención a personas con trastorno mental se lleva a cabo en los servicios sanitarios y sociales, y en una red específica de recursos de apoyo social que gestiona FAISEM (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental)

Uno de los programas que dirige FAISEM es el del alojamiento, y mediante casa hogares, viviendas supervisadas y atención domiciliaria, abren el acceso a los usuarios en cualquiera de estas modalidades de atención residencial sujetos a una indicación sanitaria, desde los servicios de Salud Mental del Sistema Sanitario Público andaluz que, de acuerdo con el Proceso Asistencial Trastorno Mental Grave.

Población:

Usuarios que utilizan los recursos asistenciales de FAISEM con TMG que necesitan una supervisión las 24h, así como otros usuarios que viven en recursos de menos supervisión como son por ejemplo las viviendas supervisadas.

Actualmente en la Casa Hogar cohabitan 20 usuarios y diariamente acuden a realizar las comidas 5 usuarios de las viviendas supervisadas.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de trastorno TMG según criterios de CIE-10.
 - Trastornos esquizofrénicos (F20.x)
 - Trastorno esquizotípico (F21)
 - Trastornos delirantes persistentes (F22)
 - Trastornos delirantes inducidos (F24)
 - Trastornos esquizoafectivos (F25)
 - Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
 - Trastorno bipolar (F31.x)
 - Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
 - Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)
 - Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

- Tener realizada valoración y tratamiento habitual, en este caso un PIA (Plan Individualizado de Atención) además de un seguimiento por su psiquiatra, psicólogo y/o enfermero especialista para hacer un abordaje integral y evitar las descompensaciones psicopatológicas.
- Acepta voluntariamente y por tanto se compromete a seguir las directrices del programa.
- En fase estable de su patología
- Cumplimiento de tratamiento.
- Mayor de edad.

Criterios de exclusión:

- Necesidad de ingreso hospitalario en la unidad de salud mental hospitalaria por descompensación de su enfermedad.
- Ausentarse el 20% de las sesiones.
- Incumplimiento de tratamiento
- Menores de edad.

Tamaño muestral y procedimiento de muestreo

La muestra se formará por los pacientes seleccionados según los criterios de inclusión/ exclusión. Tras la primera entrevista y una vez realizados y evaluados los cuestionarios pertinentes, se procederá a citar por segunda vez a los participantes que en la selección cumplan los criterios de inclusión.

El número de muestra total no ha podido ser obtenido, pero se contará con todos los participantes que cumplan con los criterios de inclusión. Se procederá a trabajar con todos los pacientes que cohabitan en la Casa Hogar y en los pisos tutelados, y que se encuentren incluidos en el Proceso de Trastorno Mental Grave (TMG), al tratarse de una intervención psicoeducativa, podrán participar todos los pacientes que cumplan criterios de inclusión, ya que los beneficios que puede aportar son favorables para todos los usuarios.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio con metodología cuantitativa de intervención, cuasi experimental de antes y después, prospectivo y longitudinal.

Variables (dependientes e independientes)

INDEPENDIENTE:

Intervención grupal psicoeducativa de la enfermera especialista en Salud Mental basada en las intervenciones de enfermería (NIC) asociadas a los diagnósticos ya citados.

El programa psicoeducativo, constará de 8 sesiones de 90 minutos cada una y que se realizan con una periodicidad semanal, por tanto la duración del programa será 2 meses. El número de participantes será como máximo de 8- 10 usuarios por grupo. Se usará una metodología teórico-práctica para conseguir una buena adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes.

Los temas desarrollados en el programa estarán relacionados con las intervenciones de enfermería (NIC) asociadas al diagnóstico de enfermería Afrontamiento Ineficaz y Baja Autoestima Crónica, que serán las siguientes: (ANEXO 1)

- (5230) Mejorar el afrontamiento
- (5430) Grupo de apoyo
- (4362) Modificación de la conducta: habilidades sociales
- (5400) Potenciación de la autoestima
- (5700) Reestructuración cognitiva
- (5100) Potenciación de la socialización
- (5390) Potenciación de la conciencia de sí mismo.

Siendo los contenidos de las sesiones del programa los siguientes:

Sesión 1. *Estigma internalizado como barrera de la recuperación*

- Presentación del programa, del terapeuta y de los participantes
- Definir el concepto de recuperación y proporcionar información sobre el pronóstico y recuperación en personas con enfermedad mental.
- Definir lo que es el estigma social y estigma internalizado
- Conocer como el afrontamiento ineficaz afecta los pensamientos, emociones y conductas de los participantes.

Sesión 2. *Ideas falsas y mitos sobre los trastornos mentales*

- Exponer las ideas falsas más comunes sobre los trastornos mentales.
- Cuestionar la veracidad de esas ideas falsas proporcionando información correcta.
- Ayudar a los usuarios que participan a sustituir las ideas falsas y mitos estigmatizantes

Sesión 3. *Pensamientos, emociones y conductas relacionados con los trastornos mentales*

- Explicar la relación entre los pensamientos, las emociones y las conductas en los trastornos mentales.

- Identificar situaciones temidas y pensamientos, emociones y conductas en los mismos.

Sesión 4. *Autoestima.*

- Reflexionar sobre los efectos del estigma en nuestra autoestima.
- Resaltar roles positivos en los usuarios y en sus experiencias.
- Identificar fortalezas personales y las propias capacidades y recursos frente a las discapacidades
- Ayudar a reconocer e identificar las debilidades o dificultades personales

Sesión 5. *Afrontamiento y estigma.*

- Identificar las situaciones estigmatizantes más frecuentes.
- Deliberar sobre las estrategias utilizadas en las situaciones estigmatizantes
- Motivar para el aumento de estrategias de afrontamiento ante el estigma
- Practicar diferentes estrategias de afrontamiento del estigma.

Sesión 6. *Afrontamiento y estigma. II*

- Deliberar sobre las estrategias utilizadas en las situaciones estigmatizantes
- Motivar para el aumento de estrategias de afrontamiento ante el estigma
- Practicar diferentes estrategias de afrontamiento del estigma.

Sesión 7. *Afrontamiento y estigma. III*

- Practicar las diferentes estrategias de afrontamiento aprendidas en las situaciones temidas identificadas previamente.
- Motivar para el aumento de estrategias de afrontamiento ante el estigma
- Valorar las ventajas y desventajas del uso de nuevas estrategia en las situaciones identificadas

Sesión 8. *Resumen de los contenidos*

- Resumir los principales contenidos abordados en el programa
- Evaluar la satisfacción de los participantes con el programa
- Potenciar pensamientos positivos sobre su futuro y motivarlos.

DEPENDIENTE:

Resultados de enfermería (NOC)

- (1302) Afrontamiento de problemas
- (1205) Autoestima
- (1502) Habilidades de interacción social
- (1209) Motivación
- (1305) Modificación psicosocial: cambio de vida
- (1300) Aceptación: estado de salud

La evaluación del efecto de la intervención sobre estos resultados se mide mediante una escala tipo Likert, establecida en la Clasificación de los resultados de enfermería, NOC. (ANEXO 2)

INSTRUMENTALIZACIÓN

Valoración de enfermería por Patrones de Salud de M. Gordon, para así realizar a los participantes un Proceso de aplicar así el método científico y poder realizar estudios Atención de Enfermería (PAE) que consta de 5 fases Valoración, Diagnósticos (NANDA), Criterios de Resultados (Objetivos) (NOC), Intervenciones (Actividades) (NIC) y Evaluación posteriores para evaluar la efectividad de este programa (ANEXO 3)

Clasificación de los resultados de enfermería (NOC), empleados como indicadores de calidad, ya que tratan de evaluar la efectividad del cuidado administrado sobre un individuo o grupo, pudiéndose plantear esta misma evaluación de calidad sobre una combinación de intervenciones, como es el caso de un programa de salud¹⁹ (ANEXO 2)

Resultados - NOC

- (1302) Afrontamiento de problemas
- (1205) Autoestima
- (1502) Habilidades de interacción social
- (1209) Motivación

- (1305) Modificación psicosocial: cambio de vida
- (1300) Aceptación: estado de salud

Escala de autoestigma de la enfermedad Internalized stigma of mental illness scale (ISMI)

- Escala autoadministrada. Cuyo objeto es evaluar la experiencia subjetiva de estigma y si tiene correlaciones negativas con medidas de autoestima, empoderamiento y orientación a la recuperación.
- Se puede usar como una medida de resultado (reducción del estigma) de las intervenciones junto a las medidas de reducción de síntomas.
- Estructura: Incluye varias subescalas que miden: Alienación (ítems del 1 al 6), Asunción del estereotipo o autoestigma (ítems del 7 al 13), Discriminación percibida o experiencia de discriminación (ítems del 14 al 18), Aislamiento social (ítems del 19 al 24) y Resistencia al estigma (ítems del 25 a 29).
- Puntuación: Todas las escalas se puntúan en una escala Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Las cuatro primeras escalas indican mayor estigma percibido cuanto mayor es la puntuación. La escala de resistencia al estigma ha de ser puntuada de forma inversa, para el cálculo de la puntuación de esta escala debe restar a 5 la puntuación de cada ítem. El instrumento está validado en Estados Unidos para la puntuación global. Esta puntuación suma de todas las subescalas y va desde 29 a 116. (ANEXO 4)

Escala de autoestima de Rosenberg

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a si mismo.

Codificación del proceso: 1.1.1.2.1.1.4 Autoestima (CIPE-a).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. Auto administrada.

Interpretación:

- De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.
- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido validada y traducida al castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80.

(ANEXO 5)

Recogida de datos y fuentes de información

A los sujetos participantes se les realizará en una primera cita una entrevista individual y una valoración de enfermería estructurada, si no la tuvieran actualizada. Se les pasarán la escala de evaluación por indicadores de salud (NOC) y la escala autoadministrada de autoestigma de la enfermedad (Internalized stigma of mental illness scale (ISMI)), la escala de autoestima de Rosenberg y se les proporcionará también el consentimiento informado (ANEXO 6). Tras la intervención se volverá a citar a los pacientes para volver a valorar los parámetros medidos antes de la intervención. Se volverá a realizar una nueva evaluación 3 meses después de la intervención.

La información se obtendrá directamente de los participantes incluidos en el estudio, los datos serán registrados en un cuaderno de recogida de datos, que incluirá las hojas de registro necesarias para cada sujeto perteneciente al estudio y que posteriormente serán volcadas a una base de datos.

Análisis de datos

Análisis descriptivo:

Serán excluidos del análisis los participantes que no hayan asistido al 80% de las sesiones.

Los datos obtenidos por los diferentes instrumentos de valoración se compararán terminada la intervención y a los 3 meses de terminar la intervención de cada uno de los grupos

El análisis descriptivo se resumirá en variables numéricas con frecuencias, porcentajes, medias, medianas y desviaciones estándar. Además este análisis se complementará con representaciones gráficas de los resultados.

Análisis inferencial:

Se realizará un análisis descriptivo, además del de las características sociodemográficas. Para evaluar la eficacia de la intervención psicoeducativa, se compararán las variables que se obtengan antes y después de dicha intervención, utilizando la prueba no paramétrica de Wilcoxon

Plan de trabajo

El desarrollo del estudio tendrá una duración estimada de 16 meses. Divididos en 4 etapas

- Primera etapa: duración de 3 meses.
 - Realización de los trámites necesarios para conseguir la puesta en marcha del estudio.
 - Valorar los recursos de los que se disponen y solicitar los que no se encuentren disponibles.
 - Reunión con los miembros del equipo y responsables de la Casa Hogar, para consensuar los criterios más adecuados para la selección de los pacientes.
- Segunda etapa: duración 3 meses.
 - Selección de la muestra de sujetos que van a participar en el estudio, obteniendo el listado de pacientes que se adaptan a los criterios de inclusión.
 - Contactar con los participantes seleccionados y citarlos para la primera entrevista.

- Primera visita de los sujetos, donde se les realizará la valoración a los sujetos y se firmará el consentimiento informado para su participación en el estudio si cumplen los criterios de inclusión
- Selección de sujetos participantes.
- Tercera etapa: duración 8 meses.
 - Primera parte: Duración 3 meses se volverá a citar a los sujetos seleccionados para realizarles los cuestionarios pertinentes.
 - Evaluación de cuestionarios
 - Segunda parte: Intervención en grupo psicoterapéutico, duración 2 meses
 - Tercera parte: 3 meses después de la intervención se volverá a pasar a los pacientes los cuestionarios.
- Cuarta etapa: duración 2 meses.
 - Se realizará el análisis estadístico y se redactarán las conclusiones finales

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Etapa 1																
Etapa 2																
Etapa 3																
Etapa 4																

Dificultades y limitaciones del estudio

- Tamaño muestral pequeño.
- El estudio puede verse sesgado por el abandono del programa de los participantes antes de su finalización.
- Posible sesgo de selección, ya que los pacientes participarán voluntariamente, y puede haber sujetos más implicados que otros
- Los resultados pueden verse influidos por variables como la edad, estatus socio-económico, nivel de implicación familiar, ya que se considera un grupo

homogéneo respecto al diagnóstico clínico pero heterogéneo en cuanto a otras variables.

Consideraciones éticas y legales

A los sujetos participantes del estudio se les informará verbalmente del carácter voluntario de la participación, los autores del estudio y la finalidad de éste. Además de la confidencialidad de los datos que suministran, mediante la legislación sobre protección de datos española (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre). Se respetaran los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. Se informará también que los datos obtenidos únicamente se emplearán para los fines de la investigación, y en ningún caso se revelará la identidad de los participantes.

Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados

Los usuarios incluidos en el proceso TMG son personas con innumerables riesgos psicosociales. Estos pacientes presentan una problemática muy compleja, no solo por la psicopatología que los caracteriza sino por las dificultades en el funcionamiento psicosocial que presentan y que les dificultan su integración en la comunidad. Por ello la necesidad de llevar a cabo este proyecto donde enfermería desde la especialización de Salud Mental interviene mediante intervenciones específicas del diagnóstico (Afrontamiento ineficaz y Baja Autoestima Crónica) a través de un programa psicoeducativo en el cual se trabajan con los pacientes diferentes aspectos como son la enseñanza del proceso de la enfermedad, mejorar el afrontamiento, potenciar la autoestima y la seguridad, aumentando los sistemas de apoyo y potenciando la conciencia en sí mismo de los participantes entre otras intervenciones.

La realización de este proyecto de investigación y la posterior elaboración de sus conclusiones, podrían generar nuevas hipótesis para estudios de intervención futuros.

Podemos concluir como dice Muñoz et al. (2011) que hay que hacer hincapié y potenciar las áreas de investigación que permitan a los profesionales que trabajan

directamente con los usuarios de los servicios de salud mental poner en marcha programas y líneas de intervención basados en que la persona desarrolle autonomía personal, tenga una vida independiente, potencie sus capacidades y pueda ajustar sus procesos de identificación y acción personal y social en relación con el estigma para posibilitar su integración social.⁶

Resultados, discusión y conclusiones

Al tratarse de un diseño de proyecto de investigación, aún no disponemos de resultados por lo que no procede la discusión y las conclusiones aunque según la bibliografía revisada se puede prever una mejora significativa en los indicadores de resultado relacionados con el afrontamiento y la autoestima, mejorando el funcionamiento psicosocial de los usuarios que reciben la intervención.

Los resultados que aparecen en los estudios revisados concluyen que este tipo de intervenciones cognitivas frente al estigma podrían ser una herramienta terapéutica que mejora los indicadores que trabajamos en este proyecto.

El beneficio potencial que puede tener el programa psicoeducativo puede evidenciar un cambio significativo y favorable en el estigma percibido, la autoestima y el aumento de las estrategias de afrontamiento. La mejora del funcionamiento social y la reducción de síntomas negativos se asocia a mejores expectativas de recuperación, evidenciando así la hipótesis propuesta en el trabajo mediante resultados significativos.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013.
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Médica Panamericana; 2014
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05)
4. Carmona J, Del Río F, Noriega L. Gestión clínica en salud mental.2009;pág 99-136.
5. Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. Rev Cienc Biomed 2013;4(1): 9-10.
6. Muñoz, M., Sanz, M., & Pérez-Santos, E.. Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. Annuary of Clinical and Health Psychology*, (2011)7, 41-50.)
7. Goffman E. Estigma, la identidad deteriorada. 1ºed-10ºreimp. Buenos Aires. Amorrortu, 2006
8. Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D.T., y Scott, R. Social stigma: The psychology of maked relationships. New York: Freeman (1984).
9. Ottati,V., Bodenhausen, G.V., y Newman, L.S., Social psychological models of mental illness stigma. In P.W Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness* ((2005) pp.99-128). Washington D.C: American Psychological Association
10. Muñoz, M. *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense (2009).
11. Livingston, J.D. y Boyd, J.E. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, (2010). 71, 2150–2161
12. Corrigan PW, Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. In: Corrigan PW, editor. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and*

- social change. Washington D.C.: American Psychological Association; 2005. p. 11-44
13. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*; 2008; 28 (101): 43-83.
 14. Muñoz, M., Guillén, A., & Pérez-Santos, E. (). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial*, 201310(2), 10-19.
 15. NANDA International, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Elsevier España, 2010
 16. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009
 17. Corrigan, P.W., Larson, J.E. y Kuwabara, S.A.. Social psychology of stigma for mental illness: Public stigma and self-stigma. In: J.E. Maddux & J.P. Tangley (Eds.), *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology*. New York: Guilford Press. (2008)
 18. Tsang, H. W. H., Fung, K. M. T., & Chung, R. C. K. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, (2010). 180(1), 10-15.
 19. Moorhead, S., & Johnson, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier Health Sciences (2009)
 20. Kautz , D. , & Van Horn , E.. An exemplar of the use of NNN language in developing evidence-based practice guidelines . *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* , (2008) 19 (1) , 14 - 19 .
 21. Rodriguez , MC, Gila, C. Gestión de un caso de afrontamiento inefectivo mediante reestructuración cognitiva en el Hospital. *INQUIETUDES* nº 41 | julio - diciembre 2009 | p. 12-15
 22. Fairley , D. , & Closs , S.. Evaluation of a nurse consultant's clinical activities and the search for patient outcomes in critical care . *Journal of Clinical Nursing* , (2006) 15 (9) , 1106 – 1114
 23. Ritsher JB, Otilingama PC, Grajalesa M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 2003; 121: 31–49. Disponible en español en

[<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicacion/es/Datos/433/pdf/11-ISMI.pdf>]

24. Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J., & Jiménez, R. V. M. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, (2004). 22(2), 247-255.
25. Gordon, M.. Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cultura de los cuidados*, (2000) Año IV, n. 7-8 (1. y 2. semestre 2000); pp. 128-138.

ANEXO 1 Intervenciones y actividades de enfermería a desarrollar NIC

NIC	ACTIVIDADES
<p>(5430) Grupo de apoyo <i>Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el objeto del grupo y la naturaleza del proceso grupal. - Crear una atmósfera relajada y de aceptación. - Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de su líder. - Utilizar un acuerdo por escrito, si se considera adecuado. - Elegir los miembros que puedan contribuir y beneficiarse de la interacción del grupo. - Tratar la cuestión de asistencia obligatoria, estableciendo una hora y lugar para las reuniones grupales. - Reunirse en sesiones de una o dos horas, si procede. - Comenzar y terminar a la hora, y esperar que los participantes permanezcan hasta la conclusión de la reunión. - Disponer sillas en un círculo, unas cerca de los otros. - Programar un número limitado de sesiones (normalmente 6 a 12) en las que se cumplirá el trabajo de grupo. - Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo. - Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia. - Fomentar la expresión de ayuda mutua.
<p>(5230) Mejorar el afrontamiento <i>Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el impacto en la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. - Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. - Disponer un ambiente de aceptación. - Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. - Indagar las razones del paciente para su autocrítica. - Confrontar lo sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión). - Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza. - Animar al paciente al identificar sus puntos fuertes y sus capacidades
<p>(5400) Potenciación de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a identificar sus virtudes.

<p>autoestima</p> <p><i>Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. - Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. - Explorar las razones de la autocrítica o culpa. - Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos. - Facilitar un ambiente y actividades que aumente la autoestima.
<p>(4362) Modificación de la conducta: habilidades sociales</p> <p><i>Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social. - Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales. - Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas. - Ayudar al paciente a identificar tipos posibles de acción y sus consecuencias sociales / interpersonales. - Identificar las habilidades sociales específicas que constituirán el centro del ejercicio de desarrollo de la misma.
<p>(5390) Potenciación de la conciencia de sí mismo</p> <p><i>Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único. - Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al concepto de sí mismo. - Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo. - Ayudar al paciente a ser consciente de sus frases negativas sobre sí mismo. - Ayudar al paciente a identificar los sentimientos de culpa. - Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo. - Ayudar al paciente a identificar la fuente de motivación. - Ayudar al paciente a identificar las conductas que sean autolesivas. - Facilitar la expresión de sí mismo con grupos de gente en estado similar.
<p>(4700) Reestructuración cognitiva</p> <p><i>Estimular al paciente para que altere los esquemas de</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales autoinducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) racionales. - Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales (pensamiento

<p><i>pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.</i></p>	<p>polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos. - Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual. - Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas en la realidad.
<p>(5100) Potenciación de la socialización</p> <p><i>Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación en relaciones potenciadas y establecidas. - Animar al paciente a desarrollar relaciones. - Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. - Fomentar las actividades sociales y comunitarias. - Fomentar compartir problemas comunes con los demás. - Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás. - Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos. - Remitir al paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que pueda aumentar su comprensión de las transacciones, si resulta oportuno. - Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.

ANEXO 2 Resultados de enfermería a desarrollar NOC

NOC	Indicadores de resultado
<p>1302 Afrontamiento de problemas: Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. <i>Escala(s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (1-5)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - 130201 Identifica patrones de superación eficaces. - 130205 Verbaliza aceptación de la situación. - 130211 Identifica múltiples estrategias de superación. - 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas. - 130217 Refiere disminución de los sentimientos negativos. - 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico.
<p>1205 Autoestima: Juicio personal sobre la capacidad de sí mismo <i>Escala(s): Nunca positivo hasta Siempre positivo (1-5)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - 120501 Verbalización de auto aceptación. - 120511 Nivel de confianza. - 120514 Aceptación de críticas constructivas. - 120519 Sentimientos sobre su propia persona.
<p>1502 Habilidades de interacción social: Uso por un individuo de conductas de interacción efectivas <i>Escala(s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (1-5)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - 150203 Cooperación con los demás - 150206 Confrontación - 150212 Relaciones con los demás - 150213 Mostrar la verdad - 150216 Utilizar formas/ métodos de resolución de conflictos
<p>1209 Motivación: Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas <i>Escala(s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (1-5)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - 120901 Planes para el futuro - 120905 Autoinicia conductas dirigidas hacia objetivos - 120907 Mantiene autoestima positiva - 120912 Finaliza tareas o actividades - 120915 Expresa intención de actuar
<p>1305 Modificación psicosocial: cambio de vida: Adaptación psicosocial de un individuo a un cambio de vida. <i>Escala(s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (1-5)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - 130502 Mantenimiento de la autoestima - 130504 Expresiones de utilidad - 130505 Expresiones de optimismo sobre el presente. - 130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro. - 130508 Identificación de múltiples estrategias de superación. - 130509 Uso de estrategias de superación efectivas. - 130514 Participación en aficiones recreativas.
<p>1300 Aceptación del estado de salud: Reconciliación con las circunstancias de salud. <i>Escala(s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (1-5)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - 130002 Renuncia al concepto previo de salud - 130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud - 130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud

ANEXO 3 Valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud, (M. Gordon)

<input type="checkbox"/> Aspecto general (vestido/arreglo personal): • Adecuado • Descuidado • Extravagante • Exagerado • Meticuloso Otros (especificar): _____	<input type="checkbox"/> Conocimientos sobre su enfermedad: • NO • Si (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Pautas/recomendaciones terapéuticas: • Ninguna • Seguimiento correcto • seguimiento incorrecto.
<input type="checkbox"/> Actitud y comportamiento frente a su enfermedad: • Aceptación • Rechazo • Indiferencia • Sobrevaloración • Reivindicativa • Otras.....	<input type="checkbox"/> Hábitos Tóxicos: SUSTANCIA EDAD INICIO DOSIS DÍA/SEM. ACTUALMETE (ACT) PASADO (PAS) TABACO: ALCOHOL CAFEÍNA CANNABIS HEROÍNA COCAÍNA OTRAS SUSTANCIAS o datos de interés: _____

2. Patrón nutricional metabólico	
<input type="checkbox"/> Peso.....Talla Constitución IMC.....	<input type="checkbox"/> Apetito: • Normal • Aumentado..... • Disminuido Consumo diario habitual:.....
<input type="checkbox"/> Ingesta de líquido (cantidad y tipo).....	<input type="checkbox"/> Nauseas/vómitos (espontáneos/provocados).....
<input type="checkbox"/> Preferencias alimentarias:	<input type="checkbox"/> • restricciones• evitaciones Motivos..... •
<input type="checkbox"/> Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada: • Suficientes • Insuficientes	<input type="checkbox"/> Hábitos opiniones e historia familiar respecto a la comida.....

(especificar déficit).....	
<input type="checkbox"/> Alteraciones cualitativas de la ingesta (especificar).....	<input type="checkbox"/> Otras alteraciones de interés.....

3. Patrón de eliminación	
<input type="checkbox"/> Eliminación intestinal: Frecuencia Características Malestar Control : • SI • NO (Motivos) laxantes: Patrón habitual personal	<input type="checkbox"/> Eliminación vesical: Frecuencia Características Malestar Control: • SI • NO (Motivos) Diuréticos Patrón habitual personal:
<input type="checkbox"/> Eliminación cutánea (sudoración): • Normal • Profusa • Escasa	Problemas con el olor • NO • si (especificar que hace).....
<input type="checkbox"/> Percepción personal de la eliminación: Intestinal: Vesical: Cutánea: Posibles motivos de percepción de disfunción	<input type="checkbox"/> Otras alteraciones o datos de inters :.....

4. Patrón de actividad-ejercicio	
<input type="checkbox"/> Expresión facial: • Tensa • Relajada • Alegre • Triste • Enfadada Dirección mirada -Otras:	<input type="checkbox"/> Características del habla Ver expresión lenguaje de patrón cognitivo y especificar características

<input type="checkbox"/> Comportamiento motor: <ul style="list-style-type: none"> • Adecuación contexto • Inhibición • Temblores • Rigidez • Estereotipias/Manierismos • Tics • Otros 	Reacciones extra piramidales (especificar):
<input type="checkbox"/> Regularidad del comportamiento motor: Frecuencia: Intensidad..... Duración Condiciones que lo aumentan o reducen	<input type="checkbox"/> Características del comportamiento motor: <ul style="list-style-type: none"> •Controlable.....• limitante • Incapacitante
<input type="checkbox"/> Opinión/Sentimiento respecto al comportamiento motor: <ul style="list-style-type: none"> • Indiferente.....• • Alegre/Aceptado.....• • Preocupado..... 	<input type="checkbox"/> Deseos o participación en actividades de consumo de energía (especificar).....
Factores que interfieren en el patrón deseado o esperado (especificar).....	<input type="checkbox"/> Tipo de ayuda requerida Habilidad manifestada en las actividades descritas: <ul style="list-style-type: none"> • Nula • baja • media • alta
<input type="checkbox"/> Cambio notable de habilidades o funciones (físicas, intelectuales, socioculturales)....	<input type="checkbox"/> Otras alteraciones o datos de interés :

5. Patrón de sueño-descanso	
<input type="checkbox"/> Horas sueño nocturno..... Otros descansos	<input type="checkbox"/> Historia anterior insomnio.....
<input type="checkbox"/> Problemas de sueño: <ul style="list-style-type: none"> • Al inicio.....• • interrumpido..... 	<input type="checkbox"/> Factores posibles que alteran el sueño:

<p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> • despertar temprano..... •somnolencia excesiva..... • pesadillas.....• otros 	
<input type="checkbox"/> Ayudas para favorecerlo: <input type="checkbox"/> Percepción personal del patrón: <ul style="list-style-type: none"> • Adecuado• Excesivo• Disminuido 	<input type="checkbox"/> Otras alteraciones o datos de Interés

6. Patrón cognitivo-perceptual	
<input type="checkbox"/> Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno: <ul style="list-style-type: none"> • Hipervigilante•Confusión• Desrealización • Somnoliento•Sólo sigue instrucciones..... •No responde a E.E..... Otros (especificar):	<input type="checkbox"/> Atención-Orientación (espacio-tiempo- personas) <ul style="list-style-type: none"> • Atención fluctuante..... • Distractibilidad.....
<input type="checkbox"/> Orientación, reconoce: <ul style="list-style-type: none"> • Lugar donde se encuentra • Domicilio Ciudad/País • Día y mes Año Estación •Nombre completo • Edad o fecha nacimiento • Profesión •Personas significativas • Grado de relación 	<input type="checkbox"/> Alteraciones perceptivas: <ul style="list-style-type: none"> • Auditivas..... •Visuales..... •Táctiles..... •Olfativas..... •Ilusiones..... <input type="checkbox"/> Otras (especificar) Descripción de la alteración

<input type="checkbox"/> Localización de la percepción: • Interna • Externa.....	<input type="checkbox"/> Memoria e inteligencia: Memoria inmediata/reciente: Memoria remota Descripción de la posible alteración: • Retrasos intelectuales Tipo de ayuda requerida
<input type="checkbox"/> Organización pensamiento-Lenguaje: Contenido: - Coherente y organizado: • Sí • No - Delirante: • Sí • No - Descripción breve de la alteración (tema/s)	<input type="checkbox"/> Comportamiento adoptado frente al tema (ritualista, defensivo, violento, etc.):
<input type="checkbox"/> Otras ideas o pensamientos recurrentes molestos:	<input type="checkbox"/> Posible relación de los pensamientos anteriores
<input type="checkbox"/> Curso: • Inhibición• Aceleración• Perseverancia • Disgregación/Incoherencia Otros (especificar):	<input type="checkbox"/> Expresión del lenguaje: - Velocidad : • normal • rápido • lento • paroxístico - Cantidad : • normal • abundante • escaso - Volumen : • normal • alto • bajo - Tono y modulación: • tranquilo • nervioso • hostil
- Otras alteraciones (tartamudez, logoclonía, verbigeración, ecolalia, mutismo, etc.)...	<input type="checkbox"/> Otras alteraciones o datos de interés

7. Patrón auto percepción-autoconcepto:	
<input type="checkbox"/> Reactividad emocional • Adecuada al contexto • Pobreza sentimientos • Expansión afectiva	<input type="checkbox"/> Tonalidad afectiva: • agradable• Desagradable

<input type="checkbox"/> Posibles síntomas afectivos de interés (especificar).....	<input type="checkbox"/> Percepción imagen corporal • Ajustada a la realidad.....• Confusa • Equivocada.....
<input type="checkbox"/> Actitud frente a su cuerpo: • Aceptación• Rechazo• Ira• Otros	<input type="checkbox"/> Autodescripción de sí mismo: • Ajustada a la realidad• Sobrevaloración capacidades y logros personales •Exageración errores y desgracias/infravaloración éxito..... •Otros (especificar).....
<input type="checkbox"/> Autoevaluación general y competencia personal: • positiva.....• negativa.....•indiferente..... Sentimientos respecto a autoevaluación personal: • Tristeza• Inferioridad• Culpabilidad• Inutilidad..... • Impotencia• Euforia.....• Ansiedad.....	<input type="checkbox"/> Ideas de suicidio (describir plan si existe).....
<input type="checkbox"/> Comportamientos adoptados para afrontar/compensar los sentimientos.....	<input type="checkbox"/> Percepción de exigencias o presione Origen (personas, ideas, sensaciones)..... Ámbito/ Lugar

8. Patrón de rol-relaciones	
<input type="checkbox"/> Nivel de independencia de la persona: -Física: • Total.....• Parcial (Emotivos y ayuda requerida) -Económica: • Total.....• Parcial (Emotivos y ayuda requerida) -Psicosocial: • Total.....• Parcial (Motivos y ayuda requerida)	<input type="checkbox"/> Estructura y roles familiares: <input type="checkbox"/> Personas con las que convive..... <input type="checkbox"/> Rol/Responsabilidad dentro del núcleo familiar..... <input type="checkbox"/> Percepción sobre el rol /responsabilidades: •Satisfactoria.....

	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfactoria.....
<input type="checkbox"/> Relaciones familiares: <ul style="list-style-type: none"> • Sin problemas de interés.....• Problemas por enfermedad..... • Otros (especificar)..... <input type="checkbox"/> Percepción de la relación: <ul style="list-style-type: none"> • Satisfactoria• Insatisfactoria..... 	<input type="checkbox"/> Otros Sentimiento/s respecto a dicha relación: <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad. • Miedo ..• Culpabilidad .• Tristeza. • Inutilidad. • Inferioridad • Impotencia. • Rabia .• Superioridad • Seguridad/Tranquilidad
<input type="checkbox"/> Reacción de la familia a la enfermedad/hospitalización/ institución/equipo: <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación. • Apoyo. • Tranquilidad. • Culpa. • Desinterés. • Ansiedad, • Otras (especificar) 	<input type="checkbox"/> Tiempo que paso solo y por qué..... <input type="checkbox"/> Personas de su entorno más significativas y principal confidente.....
<input type="checkbox"/> Relaciones sociales: - Participación en actividades sociales o culturales: <ul style="list-style-type: none"> • Sí.....• No (motivos)..... - Participación en actividades ocio y tiempo libre: <ul style="list-style-type: none"> • Sí.....• No (motivos)..... - Percepción de las relaciones extra familiares: <ul style="list-style-type: none"> • Satisfactoria• Insatisfactoria 	<input type="checkbox"/> Condición escolar/laboral: <ul style="list-style-type: none"> • Sin problemas de interés • Problemas que requieren atención (especificar) - Percepción rol/responsabilidad: <ul style="list-style-type: none"> • Satisfactoria. • Insatisfactoria • Otros (especificar.) - Percepción relaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Satisfactoria..... • Insatisfactoria • Otros (especificar.)

9. Patrón de sexualidad- reproducción	
<input type="checkbox"/> Valoración de su actividad sexual: <ul style="list-style-type: none"> • Satisfactoria.....• Indiferente..... • Insatisfactoria (motivos)..... 	<input type="checkbox"/> Respuesta sexual: <ul style="list-style-type: none"> • Sin problemas• Disfunciones sexuales (especificar)
<input type="checkbox"/> Cambios (reales o percibidos) en las relaciones	<input type="checkbox"/> Posibles factores

sexuales	relacionados:..... - Sentimiento frente a ellos: • Ansiedad . • Preocupación. • Miedo • Culpabilidad •Tristeza • Rabia • Otros (especificar):.....
<input type="checkbox"/> Problemas de diferenciación y/o identidad sexual (especificar): -Sentimiento frente a ellos: • Ansiedad . • Preocupación. • Miedo • Culpabilidad •Tristeza • Rabia • Otros (especificar):.....	<input type="checkbox"/> Patrón reproductivo: - Problemas asociados a la reproducción (especificar motivos):..... - Problemas asociados a los anticonceptivos (especificar) - Problemas asociados a la menstruación o climaterio (sólo en mujeres, especificar) -Otras alteraciones o datos de interés
<input type="checkbox"/> Conductas parafilicas (especificar):.....	

10. Patrón de adaptación-tolerancia al estrés	
<input type="checkbox"/> Estado de tensión/ansiedad: • Controlado.....• Temporal..... Generalizado..... -Posibles factores relacionados: • Traumatismos previos..... •Ideas/Pensamientos..... • Problemas laborales	- Percepción de control de la situación: •Alto.....•Medio..... Bajo..... • Nulo..... - Sentimientos asociados: • Alegría/Felicidad • Rabia. • Tristeza • Frustración • Impotencia • Desesperanza • Depresión •Otros (especificar):.....

<p>•Miedos/fobias (especificar).....</p> <p>• Otros acontecimientos (especificar).....</p>	
<p><input type="checkbox"/> Grado de incapacitación personal/familiar/laboral/social • leve • moderado • alto</p>	<p><input type="checkbox"/> Sistemas de soporte o apoyo (especificar).....</p>
<p><input type="checkbox"/> Respuestas/estrategias habituales de adaptación/control.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Somatizaciones: •Inhibición• Agitación.....• Agresión..... • Drogas/ Alcohol/Tabaco/ingesta alimentos (especificar)</p>
<p><input type="checkbox"/> Análisis del problema Compartirlo/Comentarlo Otras (especificar):.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Efectividad de la/s respuesta/s o estrategia utilizada/s: -A corto plazo -A largo plazo</p>
<p><input type="checkbox"/> Otras alteraciones o datos de interés</p>	

11. Patrón de valores y creencias	
<p><input type="checkbox"/> Valores y creencias importantes en su historia personal (especificar):.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Valores y creencias importantes en su historia familiar (especificar cuáles y grado de acuerdo)</p>
<p><input type="checkbox"/> Normas de su cultura o aspectos personales que desea sean tenidos en cuenta (especificar)</p>	<p><input type="checkbox"/> Deseos de realizar prácticas religiosas (especificar tipo y periodicidad) Otros datos de interés</p>

ANEXO 4 Escala de autoestigma de la enfermedad Internalized stigma of mental illness scale (ISMI)

En este cuestionario se utiliza de forma repetida la palabra "enfermedad mental", por favor, piense cómo aplicar esta palabra a su caso. Para cada afirmación marque si está 1. muy en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. de acuerdo, 4. muy de acuerdo.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
2. Tener una enfermedad mental ha destrozado mi vida	1	2	3	4
3. Siento que las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme	1	2	3	4
4. Me da vergüenza tener una enfermedad mental	1	2	3	4
5. Me siento culpable por tener una enfermedad mental	1	2	3	4
6. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental	1	2	3	4
7. Respondo a la imagen o estereotipo que se tiene de las personas con enfermedad mental.	1	2	3	4
8. Por mi apariencia la gente puede decir que tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
9. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas	1	2	3	4
10. La mayoría de la veces, otras personas deben decidir por mí a consecuencia de mi enfermedad mental	1	2	3	4
11. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida satisfactoria y gratificante	1	2	3	4
12. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse.	1	2	3	4
13. No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
14. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
15. Algunas personas piensan que no puedo conseguir mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
16. La gente me ignora o me toma menos en serio porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
17. A menudo la gente me trata con condescendencia o me tratan como a un niño/a, porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
18. Nadie se interesaría en acercarse a mí porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
19. No hablo mucho sobre mí porque no quiero cansar a los demás con mi enfermedad mental.	1	2	3	4
20. No me relaciono con otras personas tanto como solía porque podría comportarme de forma extraña a causa de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
21. Los estereotipos o creencias negativas sobre las enfermedades mentales me aíslan del mundo "normal."	1	2	3	4
22. No me relaciono con otras personas para no avergonzar a mi familia y mis amistades.	1	2	3	4
23. Cuando estoy con personas sin enfermedad mental siento que no estoy a la altura o que estoy fuera de lugar.	1	2	3	4
24. Evito acercarme con personas sin enfermedad mental para evitar el rechazo.	1	2	3	4
25. No me importa e incluso me apetece que la gente sepa que tengo enfermedad mental.	1	2	3	4
26. En general, soy capaz de vivir mi vida como quiero.	1	2	3	4
27. Puedo tener una vida satisfactoria y plena, a pesar de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
28. Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad	1	2	3	4
29. Vivir con una enfermedad mental me ha convertido en un/a superviviente nato.	1	2	3	4

ANEXO 5 Escala de autoestima de Rosember

Indicacion: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valia personal y de respeto a si mismo.

Codificacion del proceso: 1.1.1.2.1.1.4 Autoestima (CIPE-a).

Administracion: La escala consta de 10 items, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. Autoadministrada

Interpretación:

- De los items 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 . De los items del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.
- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- De 26 a 29 untos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido validada y traducida al castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE) (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

ANEXO 6 Consentimiento informado

D/Dña.....
..... con DNI acepto participar en el
estudio de investigación titulado:

DISEÑO DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO MEDIANTE UNA
INTERVENCION ENFERMERA PARA EL AUMENTO DEL AFRONTAMIENTO
Y LA AUTOESTIMA

Manifiesto que tras haber satisfecho todas mis dudas al respecto de esta
investigación, me considero adecuadamente informado/a por la enfermera/o
especialista en salud mental:

.....

Por tanto, tras el adecuado periodo de reflexión:

- **Doy mi CONSENTIMIENTO voluntario para la realización de las encuestas y recopilación de datos de la historia clínica de acuerdo con lo recogido en la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 del 3 de Julio.**
- **Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.**
- **Y que si lo considero, puedo solicitar más información.**

En Granada, a de de 20.....

Firma de la/el paciente

Firma del/la enfermero/a