

Curso académico 2014/ 2015

Fecha de defensa (23/06/2015)

Prevención de enfermedades asociadas en personas con Trastorno Mental Grave (TMG): el impacto del estigma e intervenciones de enfermería

Rubén Ruiz de Eguino García

Directora: Maria Isabel Trespaderne Beracieto



RESUMEN

Existe una mayor prevalencia de enfermedades asociadas en los pacientes con TMG que en la población general. Esto hace que la esperanza de vida de estas personas se vea reducida. La aparición de las enfermedades adyacentes se debe al tratamiento, hábitos insaludables o la escasa interacción social. La estigmatización de la enfermedad también juega un papel crucial en la evolución del trastorno. Enfermería puede incidir sobre los hábitos de vida, así como fomentar las relaciones personales del paciente para mejorar la calidad de vida y prevenir las enfermedades asociadas. Los objetivos de este trabajo son describir la relación entre padecer un TMG con una mayor incidencia de enfermedades crónicas y realizar una propuesta de cuidados de enfermería para su prevención. Se ha realizado una revisión narrativa, acudiendo a bibliotecas y realizando búsquedas bibliográficas en bases de datos electrónicas. Entre los hábitos no saludables comunes encontramos el tabaquismo, con tasas tres veces superiores en los pacientes con esquizofrenia, mientras que el sedentarismo se da por falta de motivación, o por no encontrarse en un entorno adecuado. Esto produce diferentes enfermedades, donde la más común es la EPOC. Vemos que la intervención bio-psico-social mejora el funcionamiento personal y social de las personas con TMG, mejorando su calidad de vida y permitiendo corregir los hábitos no saludables. Los familiares también pueden verse afectados por lo que incluirlos en la intervención será de ayuda. Dados los prejuicios, ser diagnosticado de TMG genera un impacto en el individuo que rompe las expectativas de vida y futuro, tanto en su ámbito personal como en el familiar. Estos afectan en la calidad de vida del paciente, pues condicionan la aparición del autoestigma. La base para evitar que esto ocurra es la prevención, donde el rol de la enfermera adquiere una gran importancia.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
3. METODOLOGIA.....	5
4. DESARROLLO TEORICO	6
4.1 El TMG y las enfermedades asociadas.....	6
4.2. La medicación antipsicótica	8
4.3. El estigma en el TMG: la estereotipia	8
5. RESULTADOS	9
5.1 Relación entre el TMG y la mayor incidencia de procesos crónicos:	10
5.2 Cuidados de enfermería para la prevención de enfermedades asociadas a hábitos no saludables:	14
6. DISCUSION.....	27
7. CONCLUSIONES.....	29
8. REFLEXIONES Y APORTACION PERSONAL.....	30
9. BIBLIOGRAFIA.....	32

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estrategia de búsqueda con los criterios de inclusión y exclusión para la selección bibliográfica	5
Tabla 2: Resultados obtenidos a partir de la estrategia de búsqueda en las bases de datos físicas	9
Tabla 3: Resultados obtenidos a partir de la estrategia de búsqueda en las bases de datos virtuales	10

1. INTRODUCCION

En los pacientes con TMG existe una mayor prevalencia de enfermedades asociadas (tales como EPOC, síndrome metabólico, HTA...) que en la población general. Esto hace que la esperanza de vida de estas personas se vea significativamente reducida, entre 13 y 30 años, debido a la elevada tasa de morbi-mortalidad que producen (1, 2).

La aparición de las enfermedades adyacentes se debe a diversos factores, entre los que se encuentran:

- El tratamiento farmacológico (neurolépticos, antidepresivos...).
- Los hábitos no saludables.
- Las escasas relaciones sociales de los afectados.

Tanto los hábitos de la persona como su vida social, se encuentran condicionados por la estigmatización de la enfermedad: la actitud de rechazo de la gente favorece que los afectados por el TMG mantengan unos hábitos perjudiciales y no se les ponga remedio (2). Los prejuicios que siguen existiendo frente a las enfermedades mentales marginan y limitan las ayudas que estos pacientes necesitan para apoyarles en el proceso de su enfermedad (3).

Derivado de la discriminación que padecen estos pacientes, nos encontramos con la aparición del autoestigma. Es una de las más graves consecuencias: la persona acaba asumiendo los prejuicios que se tienen sobre su enfermedad como verdaderos, perdiendo la confianza en sí mismo. Acaba por “aceptar” que no se recuperará ni será capaz de llevar una vida “como los demás”. El individuo terminará por perder la sensación de control sobre su propia situación volviéndose cada vez más dependiente y pudiendo acarrear el fracaso de su tratamiento, con su consecuente deterioro de la salud, donde aparecen las enfermedades asociadas (3, 4).

Por otra parte, en el mundo sanitario nos encontramos que la atención “biológica” en el área de la salud mental ha sido descuidada durante mucho tiempo, ya que se tenía como único foco el tratamiento de los síntomas consecuentes de la enfermedad psiquiátrica diagnosticada (2, 5). Por lo que cuando aparecían las enfermedades asociadas, la actuación sanitaria se limitaba a medicar más a la persona, sin plantearse un motivo ni una solución preventiva. Los cuidados en estos pacientes perdían relevancia, quedando relegados a un segundo plano para actuar únicamente sobre el trastorno (6).

Mientras que el tratamiento neuroléptico o antidepresivo se debe mantener, y por tanto será un continuo factor de riesgo, enfermería puede incidir sobre los hábitos de vida, así como fomentar las relaciones personales del paciente, de modo que se prevenga la aparición de las enfermedades ya nombradas y mejorará la calidad de vida de estas personas. El preocupante dato encontrado acerca de la tasa de morbi-mortalidad en personas con TMG por la aparición de otras enfermedades asociadas a hábitos no saludables, nos motivó a realizar este trabajo.

2. OBJETIVOS

1. Describir la relación entre padecer un TMG con una mayor incidencia de enfermedades crónicas asociadas a hábitos no saludables y su relación con la estigmatización social.
2. Realizar una propuesta de cuidados de enfermería para la prevención de enfermedades asociadas a hábitos no saludables en personas que padecen un TMG.

3. METODOLOGIA

Para alcanzar los objetivos planteados en este trabajo se optó por elaborar una revisión narrativa. Se efectuó una búsqueda en bases de datos electrónicas, tales como Cochrane, Cuiden y Biblioteca Virtual de la Salud (BVS).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bases de datos: Cuiden, BVS, Cochrane. ▪ Palabras clave: TMG, TMS, esquizofrenia, EPOC, tabaquismo, hábitos no saludables, Guías de Práctica Clínica, Educación para la Salud, enfermedad crónica, cuidados, estigma, pacientes psiquiátricos. ▪ Búsqueda a nivel de <i>título, resumen, asunto</i>. 	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idioma: español ▪ Operador booleano: AND, utilización de comillas (“”) ▪ Año: 2010 en adelante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Texto completo No Disponible

Tabla 1: Estrategia de búsqueda con los criterios de inclusión y exclusión para la selección bibliográfica. Elaboración propia.

Asimismo, se realizó una búsqueda en la biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería de Donostia-San Sebastian (UPV/EHU). También se acudió a la biblioteca del aula de Las Nieves “Koldo Mitxelena” de Vitoria-Gasteiz. En ambas búsquedas se respetaron los criterios de inclusión del idioma, así como del año.

Esta búsqueda bibliográfica se completó con la información que nos aportó una profesional, técnica de organización de la red de salud mental de Vizcaya. La labor que desempeña se encuentra relacionada con la gestión y administración de los procesos de la institución, así como de coordinación. Entre las funciones de esta profesional se encuentra el diseño de los diferentes planes de cuidados y proyectos que llevará a cabo la organización. En el transcurso de la reunión se le informó sobre el tema y objetivos del trabajo.

4. DESARROLLO TEORICO

Se ha considerado que para una adecuada comprensión del tema era necesario el desarrollo de un marco teórico donde explicar los fundamentos de lo que será nuestro posterior trabajo de fin de grado.

4.1 El TMG y las enfermedades asociadas

El concepto TMG¹ surge en la década de 1970, donde se contemplan únicamente tres variables para definirla: el diagnóstico de enfermedad mental, el nivel de discapacidad y la duración de ésta.

Actualmente se considera que se necesita tener en cuenta más aspectos para poder diagnosticar una enfermedad mental como TMG. Además de las variables descritas, hoy en día se valora también:

- El uso de recursos sanitarios por parte del paciente.
- El apoyo familiar y social que recibe el mismo.
- El afrontamiento y la concienciación del afectado respecto a su estado de salud.
- El nivel de formación de la persona respecto a su enfermedad.
- Los recursos económicos que dispone.

¹ Se utilizará como sinónimo del TMG el Trastorno Mental Severo (TMS), dado que ésta también adquiere el significado de enfermedad mental prolongada en el tiempo y que produce una discapacidad

Se observa por tanto, que el término de TMG no es rígido ni preciso, dado los numerosos puntos a calificar.

Podemos determinar que un TMG, es la presencia de una sintomatología de carácter psicótico y/o prepsicótico que causa problemas de “conexión” y comprensión de la realidad. Además de en la percepción propia, se producen también distorsiones en las relaciones con otros, pudiendo suponer un riesgo tanto para la integridad del afectado, como para la integridad de los que le rodean. Además, esta sintomatología debe tener una influencia negativa en diferentes campos del funcionamiento personal (transcurso de la vida diaria, educación, empleo, relaciones sociales) con un desarrollo de la enfermedad prolongado en el tiempo, que causa una necesidad de atención constante y continuada, exigiendo una coordinación interna y externa del sistema de salud (7).

La “enfermedad mental por excelencia” que se presenta en los TMG es la esquizofrenia, dadas las características que esta afección presenta:

- Dificultades para diferenciar entre lo real y lo irreal. Presencia de alucinaciones.
- Pensamiento desordenado, que se puede manifestar con un lenguaje desorganizado (incoherencias, etc.).
- Respuesta emocional deficitaria, “aplanamiento afectivo”.
- Debuta generalmente en la adolescencia, persistiendo las alteraciones a lo largo del tiempo.

Vemos que muchos de los síntomas que se reflejan en la esquizofrenia son muy semejantes a los descritos en la definición del TMG. Debemos remarcar nuevamente que esto no significa que todas las esquizofrenias se encuentren incluidas como TMG (8).

Es necesario subrayar que no todas las personas que padecen una enfermedad mental sufren un TMG. En cambio, todas las personas diagnosticadas de TMG sí padecen alguna enfermedad mental.

En otro plano nos encontramos con una serie de enfermedades asociadas al TMG, que en su mayoría tiene un carácter crónico. Se trata de enfermedades que progresan lentamente y persisten en el tiempo. Pueden encontrarse en “periodos de incubación”, pero también pueden ser sintomáticas o presentarse en una forma aguda. Es así que pueden limitar a la persona, o incluso ponerla en un riesgo vital (9).

Otra de las características en este tipo de enfermedades crónicas es la necesidad de preparar y educar a los pacientes, para hacerlos partícipes y responsables de su enfermedad y cuidado, por cuanto, repercuten en las actividades de la vida diaria (9).

4.2. La medicación antipsicótica

Con relación al tratamiento psiquiátrico que siguen este tipo de pacientes que padecen un TMG, se ha demostrado la relación entre el tratamiento psiquiátrico y la ganancia ponderal en los pacientes, es decir, existe una relación entre el consumo de estos medicamentos y de padecer obesidad (1, 2, 5, 10). Se trata del efecto secundario por excelencia. La obesidad conlleva el acortamiento de la vida y un aumento de la morbi-mortalidad en la persona. Además, ésta se puede complicar al aparecer el síndrome metabólico en el paciente, que finaliza con la aparición de enfermedades cardiovasculares o diabetes mellitas (DM) (1, 2, 5, 10).

El aumento de las probabilidades de padecer los diferentes tipos de enfermedades metabólicas es inherente al tratamiento antipsicótico, no obstante, dependiendo del tipo de antipsicótico que se esté consumiendo la probabilidad será mayor o menor (1, 10).

Partiendo del factor de riesgo constante que va a suponer este tratamiento, enfermería debe concienciarse de la necesidad que existe de prevenir en estos pacientes todas las enfermedades que pueden acarrear los efectos secundarios. Para ello, debemos trabajar arduamente en un cambio a mejor en los hábitos y sus técnicas sociales.

4.3. El estigma en el TMG: la estereotipia

El estigma hace referencia a los signos físicos de la enfermedad que manifiestan una situación negativa o adversa en el individuo, como por ejemplo, los nódulos cutáneos propios de la lepra o la caída del pelo derivado de un tratamiento quimioterápico para el cáncer. El impacto visual que generan las manifestaciones clínicas acaba creando en las personas del entorno unos prejuicios. Los prejuicios son definidos como los comportamientos irracionales derivados de unas falsas convicciones, entre los que destacan el miedo, desprecio o agresividad (2, 3, 4).

El signo físico que se caracteriza en el ámbito mental, despertando en los demás el estigma es la estereotipia (4).

La estereotipia es el conjunto de movimientos que se realiza siempre con el mismo patrón, de forma repetida y realizándose sin un objetivo aparente. Son comunes

en alteraciones mentales como la esquizofrenia o algunas demencias y la sociedad suele asociarlos a “estados de locura”. Encontramos entre las estereotipias más comunes el balanceo del cuerpo, o las autocaricias (3). Así pues, estos pacientes (en este caso las personas con TMG) pueden ser identificados cuando adoptan una de estas conductas poco comunes de ver en la calle. Los prejuicios que se crean en estos casos tienen su origen en falsas ideas acerca de la enfermedad y suelen conducir a una actitud discriminatoria, dando a los afectados un trato de inferioridad. Se encuentran relacionados generalmente con sentimientos de vergüenza, miedo o aversión hacia la persona, y afecta tanto a los profesionales como a los no profesionales (2, 3, 4).

5. RESULTADOS

Tras realizar la búsqueda a través de las bases de datos en las bibliotecas, así como por ordenador, finalmente se obtuvieron los siguientes artículos expuestos en las tablas.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA EN PAPEL			
LUGAR DE BÚSQUEDA	PALABRAS CLAVE	RESULTADOS OBTENIDOS	RESULTADOS ELEGIDOS
Biblioteca, Escuela Universitaria de Enfermería de Donostia-San Sebastian	Trastorno mental grave	3	1
Biblioteca, aulario “Koldo Mitxelena”, Vitoria-Gasteiz.	Trastorno mental grave	7	2

Tabla 2: Resultados obtenidos a partir de la estrategia de búsqueda en las bases de datos físicas. Elaboración propia.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA VIRTUAL			
BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	RESULTADOS OBTENIDOS	RESULTADOS SELECCIONADOS
Cuiden	Trastorno mental grave, estigma	6	2
Biblioteca Virtual de la Salud	Trastorno mental grave, definición	1	1
Biblioteca Virtual de la Salud	Trastorno mental, cuidados	10	4
Biblioteca Virtual de la Salud	Pacientes psiquiátricos, tabaco	2	2
Biblioteca Virtual de la Salud	Pacientes psiquiátricos, síndrome metabólico	1	1
Biblioteca Virtual de la Salud	Trastorno mental grave, tabaquismo	3	1
Biblioteca Virtual de la Salud	Enfermedad crónica, definición	9	1
Cochrane	Pacientes psiquiátricos	19	3

Tabla 3: Resultados obtenidos a partir de la estrategia de búsqueda en las bases de datos virtuales. Elaboración propia.

Por otra parte, tras reunión mantenida con la profesional de organización de la red de salud mental de Vizcaya, se accedió a tres artículos en la página del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) en los que se abordaba desde diferentes ámbitos el TMG.

5.1 Relación entre el TMG y la mayor incidencia de procesos crónicos:

-Se encontraron tres publicaciones donde se presentaban enfermedades asociadas a hábitos no saludables en personas con TMG:

Una de ellas alude al tabaquismo. Aunque ha sido reconocido el impacto que tiene el tabaco en la salud y hay en marcha estrategias para reducir su consumo, estas no han sido adaptadas para la población con trastornos psiquiátricos (6). Teniendo en cuenta que en el caso de los pacientes con esquizofrenia (entre otros) las tasas de tabaquismo son tres veces superiores que en la población sana, queda visible la necesidad de programas de prevención para este grupo poblacional. Supone una minoría del estrato poblacional, pero comprende a un elevado porcentaje de fumadores. El tabaco produce la falsa percepción de mejoría de los síntomas de la enfermedad mental, además de atenuar la ansiedad. Aunque esta, es derivada de la dependencia a la misma nicotina (debido al consumo constante de cigarrillos, en los periodos de tiempo en los que no se fuma, aun siendo breves, se instaura el síndrome de abstinencia rápidamente) (6, 11). Las razones por las que los pacientes con trastorno esquizofrénico se inician en el hábito tabáquico son numerosas, entre las más importantes se encuentra que:

- El consumo de tabaco puede ser utilizado como una vía social, que permite la interacción con otros fumadores. Se trata de algo que no es fácil de encontrar para estos pacientes, debido a los prejuicios que existen en la sociedad respecto a los enfermos mentales.
- Encontrarse institucionalizado delimita las actividades que se pueden realizar: la persona puede no tener permiso para salir a la calle, o estar en un sitio con unas normas que delimitan notoriamente el número de horas que puede el paciente pasar fuera. En estos casos los pacientes pueden pasar muchas horas sin hacer nada, aburridos. El tabaco puede convertirse en un pasatiempo. Cuando se instaura la adicción, fumar se convierte en un hábito a través del cual se disfruta, además de hacer que desaparezca el síndrome de abstinencia.

La “barrera” que ha mantenido al margen el abordaje de enfermería es la creencia de que un paciente con TMG no se encuentra motivado para dejar de fumar, además de que abandonar este hábito no está dentro de las actividades prioritarias para su tratamiento (6).

Existe la errónea idea de que permitir a estos pacientes fumar favorece la relación terapéutica: se piensa que retirarle uno de los pocos “vicios” que se le permiten, sólo crearía mayor desconfianza, más ansiedad y por tanto menor implicación en su proceso de salud-enfermedad. Esto se debe a que en el pasado, en estas instituciones se permitía el tabaco, aplicando con este las teorías cognitivo conductuales. El tabaco era

“moneda de cambio” como refuerzo positivo o castigo para los pacientes, permitiéndoles fumar dependiendo de sus acciones. Se trataba de una herramienta para el manejo de los cuidados, puesto que se ofrecía para controlar sus comportamientos y evitar conductas hostiles, o reforzar el seguimiento a sus tratamientos (6, 11).

En pacientes institucionalizados puede resultar más fácil para el profesional de enfermería el control del tabaquismo, dado al contacto continuo y la organización de las actividades a las que están sujetos los pacientes internados. El paciente institucionalizado es aquel que no puede “sobrevivir” en su domicilio habitual ni con ayuda de familiares o asistencias sociales, viéndose obligado a internar en algún tipo de piso tutelado, o centro residencial, u hospital (6).

Dado que se ha demostrado que la abstinencia no agrava la sintomatología psiquiátrica, puede resultar un buen centro de “rehabilitación”, para abandonar este hábito y evitar las patologías asociadas. Por otra parte, cuando el paciente internado sale, queda pendiente por llevar a cabo un plan de seguimiento y de prevención para evitar la recaída (6).

Así mismo, se reconoce el sedentarismo. El déficit de actividad física en el día a día puede generar enfermedades en el organismo. Si bien puede resultar dificultoso que estos pacientes realicen ejercicio, alejarlos del hospital e introducirlos en el ámbito comunitario puede ser el paso más cercano a llevar a cabo actividades y labores (12).

El sedentarismo se puede dar porque el paciente se encuentra en un medio donde no es posible ejercitarse (aquellos internos en psiquiátricos), porque en su entorno no se le motiva a realizarlo, o por algún tipo de disfunción (ya sea social, de la propia enfermedad mental...).

Los estudios revisados demuestran que lo idóneo es que el paciente resida en su domicilio. Se ha de reforzar en el ámbito comunitario el seguimiento de enfermedades de este tipo. Así, teniendo valorado el tipo y grado de discapacidad de cada paciente, se podrán realizar intervenciones que orienten a una mejor calidad de vida, tanto para el usuario como sus familiares siendo atendidos de forma continuada a través de la atención primaria (6, 11, 12).

Permanecer ingresado en centros psiquiátricos supone una barrera tanto física como social, que dificulta a las personas llevar a cabo una actividad cotidiana y normal. En estos entornos se produce una carencia de contacto social entre personas y despreocupación por el autocuidado, situaciones totalmente opuestas a lo que debe ser una rutina diaria normal (12).

-Se hallaron cuatro artículos relacionados con las enfermedades derivadas de los hábitos no saludables:

-Enfermedades respiratorias: el número de este tipo de enfermedades es también elevado si se compara con la población (1). Cabe destacar entre estas la prevalencia de EPOC, estrechamente relacionado con el tabaquismo (5). Es sabido que un alto porcentaje de los pacientes con esquizofrenia poseen un elevado grado de dependencia a la nicotina. El tabaco produce la falsa percepción de mejoría de los síntomas de la enfermedad mental, además de atenuar la ansiedad. El tratamiento y prevención del tabaquismo debe tomarse como intervención prioritaria, dada la negativa repercusión que desencadena en el proceso de salud/enfermedad (6, 11).

Como se explicó en el apartado del desarrollo teórico, el tratamiento psiquiátrico inevitablemente va a agravar procesos como la obesidad o la hipercolesterolemia, por lo que resulta indispensable la actuación de enfermería (junto con la implicación del paciente) para incidir sobre los factores modificables, los hábitos de vida, y prevenir todo lo posible la aparición de enfermedades crónicas, para una mejor calidad de vida del paciente. En este caso encontramos como factor modificable más claro el tabaquismo.

No todos los pacientes se encuentran hospitalizados, la gran mayoría tiene controlado su estado de salud-enfermedad desde su casa con su medicación, haciendo revisiones periódicas con el equipo de atención mental, en el centro de salud mental. En los casos en los que el trastorno se encuentra controlado, a los profesionales de enfermería les queda la prevención para evitar en la medida de lo posible la aparición de la enfermedad respiratoria asociada al tabaquismo y descrita con anterioridad. El método por excelencia para prevenir en enfermería, es el programa de Educación para la Salud (EpS).

Además de la EpS dirigida al paciente, el profesional sanitario debe conocer acerca de la existencia de cuidadores, qué grado de independencia tiene el usuario respecto a estos, etc. De esta forma, dependiendo de cada contexto, se les puede educar a los mismos cuidadores. Con los conocimientos apropiados, se podría delegar labores de seguimiento y vigilancia en estos, que facilitarían la prevención de enfermedades asociadas en los afectados.

5.2 Cuidados de enfermería para la prevención de enfermedades asociadas a hábitos no saludables:

-Se obtuvieron tres artículos donde se indicaba cómo realizar el abordaje terapéutico en personas con TMG para la deshabituación tabáquica.

Para poder realizar este tipo de intervención, se requiere de profesionales con una preparación concreta y focalizada en el tipo de paciente con el que vamos a intervenir. Por lo que la actuación se realizará en unidades de tabaquismo o servicios de salud mental preparados para tal fin.

En el ámbito del tabaquismo, las personas con TMG son consideradas como un grupo de población de riesgo sanitario especial debido a la alta prevalencia de fumadores dentro de esta población. El lugar indicado para llevar a cabo tal abordaje es una Unidad Especializada de Tabaquismo o los servicios de Salud Mental por enfermeras formadas específicamente para esa labor con estos pacientes, ya que las técnicas de relación y comunicación o las de psicoterapia deben estar adecuadas (6, 11, 13).

Nos encontramos como fumador característico en el TMG al paciente con esquizofrenia. Las personas que padecen esta enfermedad tienen más dificultades de dejar de fumar, se estima que la probabilidad de que logre dejarlo se reduce a la mitad comparándolo con la población general (6, 11, 13).

Hallamos como factor principal que la consulta de estos pacientes acerca de cómo dejar este hábito tóxico es significativamente menor que en el resto de la población. Unido a esto, se ha descubierto que tras el abandono también existe un riesgo mayor de recaer en el tabaquismo (13).

Aunque lo más corriente es que el abordaje contra el tabaco se dé cuando el TMG no se encuentra en una fase aguda, se podría incluso comenzar en las unidades de agudos, dado que las reacciones adversas que se producen en la deshabituación no son graves para el organismo.

Enfermería debe tener claro que aunque fumar se haya considerado durante mucho tiempo como “una de las pocas actividades para disfrutar que tienen las personas con TMG”, debe actuar sobre este hábito que tan alta morbi-mortalidad produce sobre esta población (5, 13). El abordaje consta de dos ciclos:

- Las intervenciones breves: empleadas en citas tanto espontáneas como programadas. Cualquier momento de contacto con el paciente es útil para valorar su nivel de

dependencia al tabaco y su disposición para abandonarlo, y así comenzar la deshabitación. Nos debemos informar de si en alguna ocasión anterior se intentó dejar el tabaco y cuál fue el método. Debemos tener presente que un paciente con TMG puede tener alterado algún patrón cognitivo, es decir, aquellos relacionados con la atención, memoria... Por lo que tanto la información dada en la entrevista, como la intervención se deberá adecuar a las capacidades de éste. Tal como se cita en el artículo, *“Es fácil comprender que en algunos pacientes resultará más costosa una buena comprensión de los riesgos de seguir fumando y una adecuada aceptación de la necesidad de terminar con el hábito”* (13).

- El abordaje propiamente dicho: antes de intervenir, debemos clasificar en qué fase motivacional se encuentra el paciente para dejar de fumar. Así nos encontramos con la fase de precontemplación, la de contemplación y la de preparación. Dependiendo de la etapa en la que se encuentre la persona, se llevará a cabo un tipo de intervención u otra:
 - 1.- Fase de precontemplación: los “no preparados”. En esta etapa el profesional debe valorar el consumo de tabaco (cuantificación, cuáles son los momentos en los que más fuma...) y a través de una actitud empática, sensibilizar al paciente acerca de las consecuencias del tabaquismo. Un buen método para llevar esto a cabo, es relatar qué tipo de enfermedades pueden ser derivadas de este hábito. Reforzar la explicación con imágenes puede resultar útil. Recordar que el objetivo de esta intervención es concienciar del daño del tabaco al paciente de forma que valore la opción de dejar de fumar en un futuro próximo. En cualquier caso, se debe evitar la confrontación con las ideas o decisión del paciente.
 - 2.- Fase de contemplación: los “preparables”. El profesional evalúa detalladamente el consumo del paciente (cuál es el cigarrillo que más gusta, el de recién levantado, el de después de comer...), esto ayuda a identificar los momentos de mayor riesgo tanto a paciente como a profesional, y así indicar cómo se deberá actuar (ejercicios de respiraciones, distraerse con algo...). La enfermera se debe informar sobre previos intentos de abandono del consumo, buscar junto al paciente el porqué de la recaída y prevenirla para este nuevo intento. Cualquier duda del paciente será resuelta durante esta intervención.

- 3.- Fase de preparación: Se diseña el tratamiento adecuándolo al estilo de vida del paciente y el contexto en el que hace vida. Se enseñará al paciente las estrategias que debe interiorizar para poder enfrentarse a los factores de riesgo previamente identificados. Se valora junto al deseo del paciente la opción de realizar la deshabituación con tratamiento medicamentoso: dependiendo de los cigarrillos que venga consumiendo, el grado de abstinencia que le produce el cese o las expectativas que tenga el usuario se tomará la decisión. El soporte sociofamiliar junto con el buen control del TMG, son indicadores de un pronóstico de deshabituación más favorable.

Enfermería en todo este proceso ha de velar por proporcionar cuidados integrales, con especial atención a los aspectos bio-psico-sociales del paciente, donde se incluyen técnicas motivacionales, además del seguimiento de la deshabituación. La responsabilidad de que enfermería realice esta intervención cobra más importancia tras conocer que la tasa de personas que dejan de fumar cuando reciben las dos terapias es mayor que si se realizasen por separado (6, 13).

-Se hallaron cuatro resultados que avalaban la realización de una intervención bio-psico-social junto al paciente con TMG frente al estigma para su recuperación. Además se obtuvieron dos Guías de Práctica Clínica (GPC) las cuales informaban sobre cómo debía realizarse dicha intervención:

El tratamiento por excelencia frente a los TMG ha sido el farmacológico, la medicación únicamente logra que los síntomas se estabilicen de manera parcial. Si bien existen casos en los que con la terapia farmacológica se puede controlar el TMG, hay otras ocasiones en las que los usuarios no desean tomar la medicación ni existe conciencia de la enfermedad, dificultándose la autonomía y la convivencia con estos pacientes. Vemos por tanto que se requiere de una atención más amplia y no solo de la medicamentosa. Es así que nos encontramos con la necesidad de otro tipo de intervención, la bio-psico-social. La finalidad de esta es mejorar el funcionamiento personal y social de las personas con TMG para así mejorar su calidad de vida (2, 5, 12).

En este sentido, aparece el concepto de recuperación del TMG, orientado al proceso de superación de la enfermedad, yendo más allá del control de la sintomatología, proponiendo como “recuperación”, la superación del propio trastorno. Lo que quiere decir que la actuación bio-psico-social va dirigida a que el paciente logre

llevar una vida satisfactoria donde él mismo establezca sus propias metas, siendo el profesional sanitario un soporte para lograrlas (3, 4).

El potencial de estos programas de recuperación se desarrolla plenamente en el ámbito comunitario, dado que se atiende al paciente en su entorno habitual. Esto se debe al actual impulso que ha recibido el modelo de la atención primaria.

Estas intervenciones no se encuentran únicamente dirigidas a los pacientes. Los miembros de su familia y los más cercanos del contexto social de los mismos también han de formar parte de los programas. Dicho de otra manera, el profesional sanitario no solo debe tratar al paciente para superar su autoestigma y aprender a convivir con su enfermedad, sino también a la sociedad para así normalizar este tipo de afecciones y hacer que desaparezcan los prejuicios que continúan existiendo hoy en día (14).

El primer paso de estos programas es siempre la lucha contra el estigma. Se trata de la actuación primaria de prevención de las enfermedades asociadas, ya que es el camino para superar el TMG, y así evitar que estos pacientes caigan en la dependencia. La dependencia es uno de los principales estados que no solo no permite la recuperación, sino que agrava aún más el estado de salud del afectado.

Para afrontar este problema social, los profesionales primero han de lograr proyectar en la población la necesidad de un cambio de perspectiva (3, 4). Así es que, evitar los prejuicios derivados del estigma es el camino hacia la consideración universal de los derechos humanos, respetando la dignidad de la persona con TMG y su libertad para ser uno más de su entorno social.

Por otra parte, se debe actuar junto con el paciente, de forma que él mismo venza los prejuicios que existen sobre su enfermedad y que ya tiene interiorizados. De lo contrario, el cambio de perspectiva logrado en los demás no obtendrá resultados. Son varios los puntos a tratar en este tipo de consultas:

- La psicoeducación: intervención psicológica a través de la cual se intenta crear conciencia acerca de las dificultades de su propia enfermedad. Para ello no solo se informará al paciente, sino que también se le aportará un apoyo emocional, además de educarle en técnicas de autogestión de su enfermedad y resolución de problemas. Se trata de un proceso que requiere tiempo y entrenamiento y que además trata de proporcionar una mejor calidad de vida y bienestar. Cuanto más sepa acerca de su enfermedad mejor podrá manejarse con ella (3, 4).

- La autoestima: se trata de la percepción valorativa, propia e interna de cada persona. Es un elemento determinante a trabajar, ya que la autoestima influye en nuestra manera de pensar, de actuar, de ser y de relacionarnos. Evitar una autoestima baja en el paciente supondrá que pueda desarrollar sus capacidades individuales al máximo, haciéndose valer por sí mismo. Para ello, el profesional sanitario debe incidir sobre la “imagen” que tiene el paciente con TMG sobre sí mismo (3, 4).
- La autoafirmación de la identidad del paciente: es el fortalecimiento psicológico de las propias capacidades, ideas y habilidades. Se trata de una herramienta psicológica de las personas que surge cuando el individuo se propone alcanzar una meta y que perfila su personalidad. A diferencia de la rebeldía o la insumisión, la autoafirmación es un comportamiento social positivo que no atenta contra terceros. El profesional debe tratarlo junto a la autoestima debido a que se encuentran estrechamente relacionadas entre sí, de forma que se produzca el empoderamiento de la enfermedad (4).

-Se encontraron tres resultados acerca de la carga de la familia, los beneficios de que enfermería los incluya en el programa para mejorar la calidad de vida tanto del núcleo familiar como del paciente, y de su valía en el proceso de los cuidados de la persona con TMG.

La intervención de enfermería no se limita a la persona enferma, la familia también se ve afectada por esta situación: La aparición de la enfermedad mental en un cónyuge o pariente inmediatamente cercano supone un choque para los demás miembros, que suele ser concebido como un trágico infortunio. La familia tampoco se encuentra exenta del estigma, por lo que es primordial que enfermería los incluya cuanto antes de forma activa en la intervención y los procedimientos de información y rehabilitación. El profesional debe adecuar las estrategias terapéuticas a la forma en que estos van a afrontar el TMG (3, 4).

Las personas que ejercen los cuidados informales en los pacientes con un TMG acostumbran a ser los familiares. A raíz de tener que adquirir y convivir con este nuevo rol, con toda la responsabilidad que supone atender de forma ininterrumpida a la persona con TMG, les surgen necesidades difíciles de cubrir, dado el consumo de tiempo (y energía física y mental) que produce ser cuidador las 24 horas (15). La gran

carga de trabajo que soportan hace que en ocasiones se vean superados y requieran de ayuda del profesional sanitario.

Enfermería asimismo debe ayudar y propiciar cuidados a estos en su rol de cuidadores informales, e intentar dar soluciones en la medida de lo posible a todas esas necesidades pendientes de satisfacer. Por lo que desde los centros de salud mental, además de planificar los cuidados, se debe propiciar ayuda a las familias instruyéndoles en técnicas, aportando información relevante del proceso de salud/enfermedad y dando herramientas para afrontar y facilitar los cuidados. Como hemos dicho antes, también se ha de tratar la carga emocional que supone tener un pariente cercano afectado por un TMG. En la misma línea, puede resultar a estas personas de utilidad que enfermería les ayude y guíe en la búsqueda de asociaciones u otros grupos sociales, que les sirvan de apoyo tanto a los familiares como a los afectados, o centros de día donde puedan atender a los pacientes y así permitir a los cuidadores poder gestionar sus necesidades (15).

En el momento en que se detecta el TMG, desde el centro de salud mental se debe realizar un seguimiento tanto de la carga de los cuidadores como del grado de dependencia de los pacientes. Para ello disponemos de la escala de Zarit. En nuestro medio, es la herramienta por excelencia utilizada para cuantificar el nivel de sobrecarga que soporta el cuidador. Aunque existe una escala de Zarit reducida que consta de siete afirmaciones, esta ha resultado ser menos sensible en la valoración para la sobrecarga del cuidador. El cuestionario completo consta de veintidós enunciados relacionados con los sentimientos de los cuidadores, y que deben puntuar en una escala del 0 al 4. La puntuación indica la asiduidad con la que surgen esos sentimientos en el cuidador. La puntuación total por tanto va de los 0 a los 88 puntos: cuanto más elevado sea el resultado, mayor será el grado de sobrecarga de esa persona (16). Realizar periódicamente esta escala nos permitirá ayudar al cuidador informal en la gestión de su rol, así como de sus sentimientos de una forma adecuada e intervenir cada vez que sea necesario. Para ello disponemos de diferentes técnicas, como los grupos de psicoeducación.

La aparición de grupos de psicoeducación ha permitido propiciar a las familias los conocimientos y estrategias básicas para enfrentarse a la dificultad que constituye convivir con un pariente diagnosticado de TMG, además de compartir experiencias y obtener un apoyo más cercano por otras personas que se encuentran en la misma

situación. Las congregaciones de ayuda mutua han resultado no solo eficaces, sino también gratificantes (15).

-Se halló un documento acerca de escalas de valoración de los autocuidados para los pacientes con TMG:

Unido a los cuidados informales, se encontró un artículo en el que se muestran herramientas en el área de la salud mental desarrolladas a partir de la Teoría de autocuidado de Orem, que permiten valorar el grado de capacidad de las personas con TMG para realizar las actividades de la vida diaria (17). Dicho de otro modo, cuanto más capaz sea el afectado, menos dependiente será, por lo que la carga de cuidados familiar será menos y además nos indicará que ese paciente se encuentra en el camino de la prevención de las enfermedades asociadas. De esta forma, el profesional sanitario tiene un primer esquema para valorar el nivel de dependencia del usuario, permitiendo así valorar las áreas sobre las que incidir, si únicamente se ha de realizar un seguimiento, o si por el contrario, es necesaria la institucionalización del paciente. Esta escala es conocida como la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) (17).

El uso de esta adquiere una mayor importancia en el ámbito de la atención comunitaria, dado que como hemos nombrado anteriormente, esta va muy unida al seguimiento de la evolución del trastorno. Puede ser un guión idóneo para verificar que se mantiene estable no solo el estado de salud del paciente, el cual puede reagudizarse o empeorar, y afectar así en el desarrollo de la vida cotidiana de este donde la enfermedad mental; sino también en su motivación por su autocuidado. La ERA resulta un indicador que nos puede guiar bien a la intervención psicosocial, si se detecta la recaída en el autoestigma, o bien a otro tipo de intervenciones ligadas directamente con adoptar unos hábitos de vida saludables (17).

-Respecto a cómo realizar el seguimiento de los pacientes desde los centros de salud mental y psiquiátricos, se obtuvo un resultado:

Para una buena atención a la persona con TMG se debe tener en cuenta tanto el aspecto técnico-profesional (qué técnicas se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria, cuáles requieren que un paciente ingrese, etc.) como el administrativo: se trata de pacientes con particularidades muy diferentes, dado que aunque el TMG es una entidad, cada uno puede encontrarse afectado por una enfermedad mental diferente, y requerir dentro de la misma “entidad”, diferentes cuidados.

Son pocos los casos que deberían ser atendidos de forma exclusiva desde un hospital psiquiátrico (14). No obstante, lo común es seguir encontrándose hoy en día con grupos de estos pacientes que llevan años ingresados. Se ha de valorar por tanto su salida y atención desde centros de salud mental de forma ambulatoria.

Muchos de estos pacientes carecen de apoyo familiar. En estos casos, dado que no se puede de forma repentina, desde el primer momento responsabilizar a un paciente de todos sus autocuidados, existe la opción del programa residencial. Se trata de un dispositivo de atención comunitaria en el cual los pacientes de TMG se hospedan en residencias protegidas. Esto proporciona un entorno normalizado donde se pueden observar y tratar las diferentes necesidades de los usuarios, permitiendo una atención integral. Estos modelos de vivienda han demostrado favorecer la recuperación del bienestar bio-psico-social y la reintegración en la comunidad, impulsando la independencia del paciente (14).

Además un marco flexible facilita una relación terapéutica positiva, disminuyendo las tasas de reingreso de los residentes y promoviendo el nivel de independencia de los usuarios. Aunque en un principio puede resultar más fácil para el paciente la elaboración de unas rutinas inflexibles, a la larga, un programa más articulado favorecerá la integración de las personas en la sociedad (14).

-En cuanto a la intervención enfermera en el TMG y enfermedades asociadas, se accedió a una Guía de Cuidados de Enfermería en salud mental realizada por diferentes profesionales en el ámbito de la Salud Mental en Álava, para el cuidado del TMG de larga evolución. En esta guía se presentan diferentes Diagnósticos de Enfermería (DdE) para el cuidado de este tipo de pacientes.

El objetivo de este trabajo no es desarrollar un plan de cuidados. No obstante, vemos importante remarcar que la atención a las personas con TMG no se reduce al área biológica, enfermería tiene otro importante campo de trabajo en lo que a intervenciones independientes se refiere.

Se presentarán los DdE más comunes en las personas con TMG, junto con sus NIC y NOC, obteniendo así un esquema aproximado sobre cuáles son las áreas más importante de atención para el paciente diagnosticado de un TMG. La intervención de enfermería debe ir en todo caso orientada a fomentar no sólo su independencia, sino que también debe ir dirigida a evitar que aparezcan las enfermedades asociadas. Estos DdE se presentan en torno al cuidado en el ámbito de atención primaria.

Dada la complejidad para manejar el TMG, surgen múltiples dificultades para los profesionales en su abordaje terapéutico. Un paso importante para que la enfermera logre una intervención a través de los DdE de mayor eficacia, es abordar previamente al paciente de una manera psicosocial (18). Esto permitirá establecer una relación terapéutica de confianza en la que el paciente pueda expresar sus sentimientos y dificultades, posibilitando una actuación profesional más precisa. En la intervención a través del DdE se actuará sobre múltiples áreas de la enfermedad de forma conjunta y de manera prolongada en el tiempo. Esta situación obliga al sistema sanitario a que realice una labor interdisciplinar y coordinada, donde los cuidados enfermeros serán el eje de las mismas intervenciones (18).

Cuando el paciente se encuentre residiendo en su hogar, la actuación principal de enfermería no estará enfocada solo en los cuidados de la enfermedad, sino también en la prevención y promoción de la salud, mediante el impulso de unos hábitos de vida saludables. Se habrá de instruir tanto al cuidador o familiares como al usuario en el manejo de los cuidados de su trastorno para evitar las enfermedades asociadas, indicando aquellas actividades que son beneficiosas para su proceso de salud. Enfermería también se ocupará del seguimiento del paciente, valorando la evolución del TMG de forma continuada a través de consultas periódicas.

Aunque son muchos los diagnósticos de enfermería que se pueden encontrar frecuentemente relacionados con el TMG, se hará hincapié en aquellos que se ha incidido durante todo el trabajo: los relacionados con los hábitos no saludables, así como en las relaciones sociales o la adhesión al tratamiento. Como hemos nombrado con anterioridad, lo debemos tratar una vez que hayamos logrado motivar al paciente para comenzar a ser independiente. Con esta finalidad, reproducimos algunos de los DdE que hemos considerado de mayor interés para este trabajo:

Mantenimiento ineficaz de la salud r/c dificultad para mantener un estilo de vida saludable y m/p falta de conocimientos o habilidades para el mantenimiento de conductas saludables.

- NOC
 - El paciente será incentivado en la adopción de una conducta de búsqueda de su salud durante todo su proceso de salud/enfermedad.
 - ◆ Indicadores:

- La realización de una lista de preguntas relacionadas con su proceso de salud/enfermedad, en la que obtendrá ayuda del profesional sanitario.
 - Describir posteriormente estrategias para eliminar la conducta insana, adoptando nuevas para optimizar la salud. Realizar una propuesta de cambio en los hábitos de vida y de cómo llevarlos a cabo.
 - El paciente conocerá el motivo de su régimen terapéutico durante el primer mes (y siempre que le surjan dudas) por parte del profesional sanitario.
 - ◆ Indicadores:
 - Justificación de su régimen terapéutico, donde se explique el motivo y la importancia de seguir tomando la medicación.
 - Conocimiento de los beneficios del tratamiento para la enfermedad.
- NIC
 - Aumentar el afrontamiento del usuario (a).
 - Enseñanza: proceso de enfermedad (b).
- Actividades
 - Disponer de un ambiente de aceptación que evite la confrontación con el paciente y favorezca la asunción de su enfermedad, lo que mejorará la adhesión al tratamiento (a).
 - Valorar el grado de comprensión del paciente de su enfermedad y sus conocimientos adecuando la entrevista a su nivel. Utilización de apoyos gráficos si fuera necesario u otras técnicas. (a).
 - Incentivar la expresión de sentimientos, miedos y percepciones padecidas por el proceso de salud/enfermedad (a).
 - Animar al paciente verbalizándole sus puntos fuertes (a).
 - Realizar una valoración más continua al comienzo para determinar si se está siguiendo correctamente el tratamiento y si por el contrario, se está cesando el consumo de drogas (b).
 - Evaluar el grado de conocimiento del paciente acerca del régimen terapéutico que realiza y sus efectos secundarios (b).
 - Explicar el motivo y la acción de los fármacos para con su enfermedad (b).

- Instruir sobre cómo minimizar o prevenir en la medida de lo posible los efectos secundarios del tratamiento (b).
- Describir aquellos signos y síntomas habituales de la enfermedad que desconozca (b).

Desequilibrio nutricional por exceso, r/c ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas y patrón de ejercicio sedentario; m/p patrón alimentario disfuncional.

- NOC
 - El paciente adoptará una conducta de mantenimiento del peso durante su proceso de salud/enfermedad.
 - ◆ Indicadores:
 - Mantener una dieta variada junto con una ingesta calórica diaria óptima, equilibrada con el ejercicio.
 - Mantener un peso óptimo.
- NIC
 - Asesoramiento nutricional (a).
 - Fomento del ejercicio (b).
- Actividades
 - Identificar el deseo y el motivo por el que el paciente quiere bajar de peso. Conocerlo nos ayudará durante el seguimiento del control de peso para motivarlo (a).
 - Realizar un seguimiento de su evolución pesándole a diferentes intervalos de tiempo. Dependiendo de la autonomía del paciente se puede indicar que se pese periódicamente para después valorar en consulta (a).
 - Determinar la ingesta aproximada del paciente por día e identificar sus hábitos alimentarios (a).
 - Valoración de si la dieta es correcta, y fomentar la sustitución de hábitos alimenticios no deseables por otros saludables (evitar bollería industrial para añadir más fruta o verdura...) (a).
 - Identificar el grado de motivación del paciente para comenzar a hacer ejercicio o para continuar haciéndolo (b).
 - Ayudar con la elaboración de un programa de actividad/ejercicio adecuado a sus necesidades (b).

- Ayudar en la integración del programa de ejercicios en su rutina diaria, apoyándole en el logro de sus objetivos (b).
- Controlar el cumplimiento de esta actividad (b).

-Referente a los diagnósticos relacionados con el estado psicosocial del paciente obtenemos los siguientes:

Deterioro de la interacción social r/c déficit de habilidades sociales y alteración del proceso de pensamiento; m/p dificultad para mantener relaciones sociales adecuadas.

▪ NOC

- El usuario se implicará en la realización de actividades sociales propuestas por el profesional, o en aquellas que se encuentre motivado de realizar durante su proceso de salud/enfermedad.

◆ Indicadores:

- Interacción con amigos íntimos.
- La participación en actividades de ocio.

- El usuario identificará la severidad que supone la soledad durante el primer trimestre.

◆ Indicadores:

- La expresión de dificultades para establecer contacto con otras personas.

▪ NIC

- Modificación de la conducta: habilidades sociales (a).
- Potenciación de la socialización (b).

▪ Actividades

- Animar al paciente en la manifestación de sus sentimientos con respecto a sus habilidades sociales (a).
- Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones interpersonales (a).
- Animar al paciente a mantener relaciones con otras personas (b).
- Fomentar su participación en actividades sociales y comunitarias (b).
- Colaborar con el paciente para que tome conciencia de sus virtudes y sus áreas de mejora en la comunicación con los demás (b).

- Instruirle en el “rol-playing” para practicar diferentes habilidades de comunicación con familiares o amigos (b).

Afrontamiento familiar comprometido r/c prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia y falta de información; m/p la persona de referencia muestra una conducta desproporcionada (por exceso o defecto) en relación con las capacidades o necesidad de autonomía del paciente.

- NOC

- El paciente obtendrá conciencia de la importancia de una implicada relación entre el cuidador principal y el mismo durante el transcurso de su estado de salud/enfermedad.

- ◆ Indicadores:

- Una comunicación efectiva.
 - Su compromiso a largo plazo.
 - Aceptación mutua, respeto mutuo.

- El cuidador referirá su estado de salud emocional todo el tiempo que ejerza de cuidador.

- ◆ Indicadores

- Expresión de sentimientos de temor, culpa, depresión, frustración.
 - Expresión de la carga percibida.

- NIC

- Apoyo a la familia/cuidador principal por parte de la enfermera en cada consulta, tanto en las consultas conjuntas (el paciente junto con el cuidador) como en las individuales (a).
- Estimulación de la integridad familiar por parte de la enfermera (b).

- Actividades

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador e instruir en aquellas técnicas o procesos que desconozcan (a).
- Admitir las dificultades del rol de cuidador (a).
- Valorar la reacción emocional de la cuidador/familia frente a la enfermedad de uno de sus miembros (a).
- Determinar la carga psicológica para la familia o cuidador (a).
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia (a).

- Presentar asociaciones o grupos donde otras familias se encuentren pasando por experiencias similares para favorecer su apoyo mutuo (a).
- Escuchar a cada miembro de la familia (b).
- Colaborar en la resolución de conflictos familiar (b).
- Asesorar en diferentes habilidades eficaces para ser usadas en situaciones de conflicto (b).
- Facilitar una comunicación abierta entre los miembros (b).
- Mostrar disponibilidad para con la familia (b).

6. DISCUSION

En una sociedad desarrollada como en la que vivimos, existe la posibilidad de obtener todos los recursos materiales necesarios para crear un sistema de atención (en este caso dirigido a pacientes con TMG) más eficiente para los usuarios. A pesar de ello, las herramientas gestoras de nuestra sociedad poco a poco se están quedando obsoletas, requiriendo de unas más actualizadas y adecuadas a las características cualitativas y cuantitativas de la población. Son muchos los campos en los que el sistema necesita actualizarse, y aunque los cambios se están realizando, son tantos los protocolos por renovar que el proceso resulta lento. Por todo ello, da la sensación de que en este momento se sigue atendiendo de forma eficiente todos los procesos agudos que se pueden sufrir, pero aún queda el hándicap de la atención continuada a todos aquellos procesos crónicos. Son muchos los factores implicados de que un sistema de atención continuada funcione correctamente: desde la coordinación entre los diferentes centros, hasta la implicación del paciente. Es necesario educar tanto a unos como a otros, bien en la importancia del trabajo como colectivo profesional sanitario, dejando de lado la estratificación jerárquica; bien en la implicación del proceso de autocuidado de cada uno como paciente.

Por otra parte, aunque se está fomentando cada vez más la prevención de enfermedades, por el momento solo nos encontramos con unos pocos brotes verdes de lo que se está sembrando: aunque los planes de prevención, cribado y de EpS son cada vez más comunes, nos encontramos al principio del camino.

Dejando a un lado el sistema de salud, y echando la vista hacia nuestro grupo diana, ser diagnosticado de TMG genera un impacto en el individuo que rompe las expectativas de vida y futuro, tanto en su ámbito personal como en el familiar. Se pueden vislumbrar los prejuicios que hoy día aún perduran en una sociedad

acostumbrada a simplificar todos los conocimientos a etiquetas connotativas, condicionadas por el grado de aceptación social. Estas etiquetas finalmente acaban por no ser representativas de la realidad. Las personas con TMG pueden ser tratadas con cierto recelo, creando una dificultad en la interacción con terceras personas o causando una baja autoestima a los afectados. Cualquier proceso de integración se ve dificultado por ello. Queda por tanto un largo camino que recorrer para lograr normalizar no solo este trastorno, sino las enfermedades mentales en general, puesto que todos nos hallamos en los mismos derechos de poder vivir nuestra vida en libertad y sin ser discriminados.

Además, la serie de prejuicios que existe contra las enfermedades mentales provoca que en las personas con TMG se retrase el momento del diagnóstico, dado que bien la persona, o bien la familia puede no querer aceptar la condición (tanto a nivel biológico como social) que hoy en día supone padecer una afección de este tipo. Como consecuencia encontramos una respuesta sanitaria “tardía” y que se suele traducir en un peor pronóstico de evolución del trastorno.

Estos últimos años ha comenzado a integrarse el enfoque anti-estigma. Los movimientos asociativos familiares, junto con los profesionales y los mismos usuarios han sido los pioneros en esta lucha, que poco a poco ha logrado llamar la atención de otros organismos sociales haciéndoles también participar, como por ejemplo administraciones locales u ONGs. El elemento primordial y más usado para esta lucha es la información para hacer a la gente conocedora de este problema. La manera más eficaz para sensibilizar al tejido social es la presencia y participación de los afectados junto con sus familias.

Como profesionales sanitarios debemos reconocer la labor que ejercen las familias, pues como cuidadores informales contribuyen a la “descongestión” del sistema nacional de salud. El número de cuidadores informales además va en aumento, dado que la tasa de personas que padecen enfermedades crónicas en nuestra sociedad no para de crecer.

Abundan los casos en los que la familia es el único apoyo para el paciente, donde su participación e implicación activa en el trastorno han hecho que sean considerados como un agente terapéutico más. Su cooperación en la contienda contra el estigma del TMG y la demanda de acceso a las provisiones sanitarias en el cuadro de igualdad con otros pacientes, ha sido y sigue siendo esencial para continuar alcanzando estos objetivos.

Las asociaciones de Familiares y Usuarios han sido las promotoras del cambio en la sociedad, logrando un nuevo enfoque que antes no se contemplaba, donde ahora se tienen en cuenta tanto las necesidades como los derechos de las personas con TMG. Vemos por tanto que la aparición de estas entidades ha supuesto todo un avance en el reconocimiento de este trastorno y en la obtención de nuevos recursos asistenciales, que finalmente han acabado por ligarse fuertemente a la atención comunitaria de salud mental.

7. CONCLUSIONES

Queda demostrado que unos hábitos de vida poco saludables, junto a los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica, genera una alta propensión a los pacientes de padecer una enfermedad de carácter crónico. La base para evitar en la medida de lo posible que esto ocurra es la prevención, donde el rol de la enfermera adquiere una gran importancia. Enfermería será la encargada de la instrucción de estos, además de llevar a cabo el seguimiento del paciente, sobre todo desde los centros de atención primaria. Para conseguir que nuestra información “llegue” a los pacientes con TMG, primero debemos tratar el autoestigma de los mismos, ya que este es el causante de impedir que el paciente se encuentre motivado para llevar a cabo un cambio en su estado de salud.

Como hemos dicho, el autoestigma es derivado de los prejuicios sociales que hay frente a la persona con TMG. Aunque no se han hallado datos cuantitativos que demuestren el impacto que tiene sobre la calidad de vida o el estado de salud de la persona con TMG, se puede obviar su carácter negativo, dado que a raíz de este aparece el mismo autoestigma, que favorece la dependencia del paciente y lo aleja de un estado de salud óptimo.

Trabajar con las familias también es imprescindible: por lo general recae sobre estos el rol de cuidador, lo cual puede resultar agotador dado todos los factores emocionales, físicos, sociales, etc. que acarrea desempeñar tal papel. Es necesario facilitar a estos el acceso al sistema sanitario de forma que puedan lidiar de la forma más amena posible con la labor que están desarrollando. Por otra parte, la escucha activa, facilitarles lugares donde compartir sus experiencias, la implicación del profesional en soluciones a los problemas de estos, o la muestra de disponibilidad son los elementos que debe usar la enfermera para establecer una relación terapéutica, para que estos familiares se sientan apoyados. Debemos tener en cuenta que el estigma también puede presentarse en los familiares, pudiendo este acarrear un entorno familiar

disfuncional donde se muestre rechazo hacia el afectado. Es también labor de enfermería tratar el estigma en los familiares dadas las nefastas consecuencias que pueden acarrear al paciente.

El PAE es en todo caso, bien en el ámbito hospitalario como en el de los centros de salud, la herramienta metodológica básica de toda enfermera. A través de esta se valora al paciente. Este primer paso es probablemente el de mayor importancia, dado que se han de observar y tener en cuenta todos los aspectos del paciente, es decir, se le ha de valorar de forma bio-psico-social para después emitir un diagnóstico, fijar unos objetivos y realizar las intervenciones apropiadas. Finalmente, se evaluarán los resultados conseguidos para determinar si las intervenciones han permitido alcanzar los objetivos, o si por el contrario se han de llevar a cabo nuevas.

8. REFLEXIONES Y APORTACION PERSONAL

Agradecimiento a A.A. profesional con quien me reuní y quien me guió en la búsqueda de documentación clave para este trabajo. Además durante la reunión nos contó que el programa de Educación para la Salud para las personas con TMG incluido en este trabajo es pionero en la comunidad autónoma del País Vasco (CAPV), y que tras su puesta en marcha y debido al éxito participativo, se decidió aplicar el programa en toda la CAPV. El mismo año en que se presentó el programa en Osakidetza, en 2013, también fue presentado en las jornadas nacionales de enfermería, siendo reconocida y premiada durante las mismas.

Por otra parte, decir que esperábamos hallar más información relacionada con el tema. Aunque se encontró numerosa bibliografía donde sí se reconocía la relación entre los hábitos saludables, la pobre interacción social, la medicación y las enfermedades asociadas en el TMG, han sido pocos los archivos que mencionaban soluciones para prevenir esto. La mayoría, nombraba la necesidad de tener que usar en el transcurso del TMG más medicación para el control de las demás enfermedades.

Por tanto podemos decir que se trata de un campo en el que, poseyendo la primera evidencia, que es la necesidad de una actuación sobre este grupo poblacional, todavía queda mucho por investigar sobre el cómo hacerlo.

Son muchas las direcciones de prevención y promoción de la salud que tiene enfermería en este ámbito dado el número de enfermedades que se pueden desarrollar (síndrome metabólico, EPOC, HTA...) y el hándicap que supone que estos pacientes posean dificultades de relación social (bien sea una dificultad propia del individuo, bien

del entorno a causa del estigma), donde estas relaciones podrían ser un gran apoyo para la superación de su enfermedad.

9. BIBLIOGRAFIA

- (1) De Hert M, Correll C, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Enfermedades físicas en pacientes con trastornos mentales graves. 1. prevalencia, repercusión de los medicamentos y discrepancias en la asistencia sanitaria. Ed Esp. [Internet] 2011 [citado 25abr 2014]; 9(1):52-63. Disponible en: http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/wpa-01-2011-spa.pdf
- (2) Ibáñez Jiménez B, Pérez García C, Barrios Sánchez MJ, Buzón M, Ramírez Morgado MA, Orozco MR. Influencia del estigma en la atención a pacientes con trastorno mental que padecen dolencias físicas. Rev Presencia. [Internet] 2014 [citado 3 mar 2015];10(20):1-3. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n20/p0192.php>
- (3) Rodríguez León JM, Cortés Macías GJ. La superación como estrategia para afrontar las dificultades de aprendizaje en los Trastornos Mentales Graves. Arch Memoria. [Internet] 2011 [citado 3 mar 2015];8(4):7-6. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/8/8404.php>
- (4) Grupo de Trabajo de la 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; [Internet] 2010 [citado 10 mar 2015]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf
- (5) Osakidetza. Detección y seguimiento de patologías médicas asociadas en personas con TMG. 1ªed. Vizcaya: Red Salud Mental de Bizkaia; [papel] 2013.
- (6) Marques de Oliveira R, Ferreira AR. Esquizofrenia y dependencia del tabaco: Una revisión integradora. Enf glob. [Internet] 2012 [citado 28abr 2014]; 11(1):382-98. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/revision5.pdf>
- (7) Conejo S, Moreno Peral P, Morales JM, Alot A, García-Herrera JM, González López MJ, et al. Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: Un estudio cualitativo. Anales Sis San Navarra. [Internet] 2014 [citado 8dic 2014]; 37(2):223-33. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n2/original4.pdf>

- (8) Asociación Estadounidense de Psiquiatría. DSM- 5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª ed. Panamericana; [Papel] 2014 [citado 23 mar 2015]. Disponible en la biblioteca del Aulario de Vitoria-Gasteiz.
- (9) Espinosa A, Ordúñez P. Necesidad de integración de salubristas, epidemiólogos y clínicos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas. Rev cub Salud Pública. [Internet] 2010 [citado 28ene 2015]; 36(3):262-6. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-571710>
- (10) Gossell-Williams M. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes que acuden al hospital universitario de west indies: Necesidad de adoptar un tamizaje proactivo y políticas de tratamiento específico. West Indian med j. [Internet] 2012 [citado 25abr 2014]; 61(8):803-4. Disponible en: <http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v61n8/a07v61n8.pdf>
- (11) Campo-Arias A. Consumo de cigarrillo en pacientes psiquiátricos institucionalizados. rev colomb psiquiatr. [Internet] 2010 [citado 28abr 2014]; 34(3):395-404. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n3/v34n3a06.pdf>
- (12) Robles García R, Medina R, Páez F, Becerra B. Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves. Salud Ment (Mexico). [Internet] 2010 [citado 13dic 2014]; 33(1):67-75. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n1/v33n1a8.pdf>
- (13) Sendra-Gutiérrez JM, Casanova Peña B, Vargas Aragón M. Tabaquismo y trastorno mental grave: conceptualización, abordaje teórico y estudios de intervención. Rev Asoc Esp Neuropsiq. [Internet] 2012 [citado 3 mar 2015];32(116):707-22. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n116/03.pdf>
- (14) Tapia C, Grandon P, Bustos C. Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo, el apoyo social del cuidador y las habilidades de la vida diaria de los residentes. Rev Chil Neuro-Psiquiat. [Internet] 2014 [citado 30 ene 2015]; 52(1):20-8. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v52n1/art03.pdf>
- (15) Gómez Beneyto M, Ruiz Rodríguez A, Luz Palacios M, Freund N, Fernández Liria A. Construcción y fiabilidad de un cuestionario para evaluar las necesidades familiares de personas con trastorno mental grave. Rev Asoc Esp Neuropsiq. [Internet] 2012 [citado 20dic 2014]; 32(115):462-79. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/03.pdf>

- (16) Alberdi M.J, Martinez Martinez J.A, Gurrutxaga I, Belastegui A, Martinez Fernandez O, Uzkudun L. El cuidador en el paciente frágil. Escala Zarit. [Internet] 2011 [citado 16 feb 2015];VII Jornadas de Enfermería del País Vasco:1-4. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/material_enfermeria_2011/es_enfer/adjuntos/07/114C.pdf
- (17) Roldán-Merino J, Puig-Llobet M, Lluch-Canut T, Menarguez-Alcaina M, Sabadell G. Validez de Contenido de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) en personas con esquizofrenia. Rev Presencia. [Internet] 2014 [citado 16 feb 2015];10(1):1-9. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n19/p10027.php>
- (18) Ortiz de Zárate A, Alonso Durana I, Ubis A, Ruiz de Azúa MA. Trastorno mental grave de larga evolución. [Papel] 2010 [citado 13 feb 2015]; 2(1):20-135. Disponible en la biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería de Donostia-San Sebastian.