

Francisco Javier Castro Molina*
Elisa García Parra*
Maripaz Castro Gonzalez**
Josué Monzón Díaz***
Felisa Vanessa Martín Casañas****

*Salud mental: infancia,
familia y cuidados.*

*Enfermeros especialistas de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias;
**Profesor titular de la E.U.E. de la Universidad de León y Doctora en Antropología,
***Psiquiatra Unidad Infanto-Juvenil del Hospital Universitario de Canarias;
****Enfermera del Hospital Universitario de Canarias.

INTRODUCCIÓN

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 16, “es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia; y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

No hay consenso sobre la definición de la familia. Jurídicamente está definida por algunas leyes, concepto que suele darse en función de lo que cada ley establece como matrimonio. Por su difusión, se considera que la familia nuclear derivada del matrimonio heterosexual es la familia básica. Sin embargo las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de

una sociedad. Esto explica, por ejemplo, el alto número de familias extensas en las sociedades tradicionales, el aumento de familias monoparentales en las sociedades industrializadas y el reconocimiento legal de las familias homoparentales en aquellas sociedades cuya legislación ha reconocido el matrimonio homosexual.

Pese a la dificultad en la definición, la OMS a partir de la Conferencia de Alma Atá considera a la familia como el primer agente intermediario entre el individuo y la sociedad y la primera unidad de intervención preventiva y terapéutica.

Antropólogos y sociólogos han desarrollado diferentes teorías sobre la evolución de las estructuras familiares y sus funciones. Según éstas, en las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos familiares, a menudo unidos por vínculos de parentesco, que se desplazaban juntos parte del año pero que se dispersaban en las estaciones con escasez de alimentos. La familia era una unidad económica: los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos y cuidaban de los niños.

Después de la Reforma protestante en el siglo XVI, el carácter religioso de los lazos familiares fue sustituido en parte por el carácter civil. La mayor parte de los países occidentales actuales reconocen la relación de familia

Francisco Javier Castro Molina
Elisa García Parra
Maripaz Castro Gonzalez
Josué Monzón Díaz
Felisa Vanessa Martín Casañas

Salud mental: infancia, familia y cuidados.

12

fundamentalmente en el ámbito del derecho civil, y no es sino hasta el siglo XVIII que incorporan el concepto de infancia actual.

Los estudios históricos muestran que la estructura familiar ha sufrido pocos cambios a causa de la emigración a las ciudades y de la industrialización. El núcleo familiar era la unidad más común en la época preindustrial y aún sigue siendo la unidad básica de organización social en la mayor parte de las sociedades industrializadas modernas. Sin embargo, la familia moderna ha variado, con respecto a su forma más tradicional, en cuanto a funciones, composición, ciclo de vida y rol de los padres. El Instituto de Política Familiar (I.P.F.) expresa en su informe *Evolución de la familia en Europa (2006)* que:

“Las crisis y dificultades sociales, económicas y demográficas de las últimas décadas han hecho redescubrir que la familia representa un valiosísimo potencial para el amortiguamiento de los efectos dramáticos de problemas como el paro, las enfermedades, la vivienda, las drogodependencias o la marginalidad. La familia es considerada hoy como el primer núcleo de solidaridad dentro de la sociedad, siendo mucho más que la unidad jurídica, social y económica. La familia es, ante todo, una comunidad de amor y de solidaridad”.

Otras funciones que antes desempeñaba la familia rural, tales como el trabajo, la educación, la formación religiosa, las actividades de recreo y la socialización de los hijos, en la familia occidental moderna son realizadas, en gran parte, por instituciones especializadas. El trabajo se realiza normalmente fuera del grupo familiar y sus miembros suelen trabajar en ocupaciones diferentes lejos del hogar. La educación, por lo general, la proporcionan el Estado o grupos privados. Finalmente, la familia todavía es la responsable de la socialización de los hijos, aunque en esta actividad los amigos y los medios de comunicación han asumido un papel muy importante.

La familia no sólo es la unidad básica de la organización social humana, sino además, la que mejor se presta a la intervención preventiva y terapéutica por lo que nuestro objetivo es centrar las intervenciones de enfermería en la familia como marco del trabajo orientado hacia la infancia y la defensa de sus derechos.

En general, los datos demuestran que los ambientes familiares estables y con un buen clima afectivo proporcionan a sus miembros seguridad y afecto, elementos indispensables para un buen funcionamiento psicológico,

tanto personal como social.

Un grado elevado de conflictividad entre los padres incrementa en los hijos sentimiento de tristeza, malestar e infelicidad.

En la sociedad occidental, la familia ocupa un lugar fundamental en el desarrollo global del niño. Es el contexto natural para crecer y recibir auxilio, es el grupo que, a lo largo del tiempo, ha elaborado pautas de interacción que suponen su estructura familiar. La familia posibilita a sus miembros crecer, e individualizarse e incluirse en el orden social y proporciona, a su vez, sentimientos de pertenencia. Esta se encuentra en transformación constante para asegurar la continuidad y crecimiento psicosocial. Es la matriz de experiencias, aprendizajes y modelos de interacción. Cumple una función socializadora, entre la que se incluye la transformación de las normas sociales en sistema de valores personales. Gracias a la educación y a la formación, el niño se desarrolla emocionalmente a través de la relación afectiva entre los miembros de su familia. Por último, la familia proporciona el sustento básico de alimentación, cuidados físicos y económicos.

El clima familiar se determina por el nivel de cohesión de sus miembros, los modelos de comunicación y expresividad, el nivel de conflicto, la planificación, la organización de actividades familiares y la distribución de tiempo de trabajo y ocio. Este clima familiar ha sido muy estudiado y se conoce su clara influencia en la adaptación personal, en el autoconcepto y en la autoestima del niño

Debemos recordar que la enfermedad puede tener un gran impacto sobre el bienestar emocional del paciente; y sobre la calidad de vida y el estado emocional y físico de los cuidadores informales. Las personas que se relacionan estrechamente con el enfermo también deben ajustarse a la situación de enfermedad y al estrés que conlleva. La adaptación de la familia y amigos a la enfermedad del sujeto, y la manera en que reaccionen ante los esfuerzos de éste por adaptarse a su enfermedad, repercutirá en el resultado adaptativo que logre. Hay una amplia evidencia empírica sobre los efectos que tiene el cuidado de un familiar o amigo enfermo. Actualmente, las investigaciones realizadas sobre estrés, apoyo social y afrontamiento, ocupan una parte considerable del trabajo que se está llevando a cabo en el campo de la Psicología de la Salud, tanto desde estudios teóricos como empíricos. También cabe señalar una importante y nueva área de investigación que destaca que las percepciones de la enfermedad

y sus consecuencias pueden variar en las parejas que conviven con la enfermedad, y cómo pueden influir estas discrepancias y la interdependencia de la relación sobre una amplia variedad de resultados.

El reconocimiento y la identificación de las consecuencias de la provisión de cuidados permite que se implanten intervenciones para beneficiar a los cuidadores y a aquellos

a los que se cuida, además de, potencialmente, a la sociedad en general en cuanto a menores costes sociales y de atención sanitaria de la provisión de los cuidados para los propios cuidadores, que pueden experimentar un estrés significativo, una importante carga o una mala salud.

De forma importante, hemos puesto de relieve que el proporcionar cuidados a un enfermo, o el estar enfermo, no acarrea inevitablemente consecuencias negativas, aunque se sabe que a veces la familia o individuos más próximos pueden ser fuente de estrés y de ansiedad, en lugar de actuar como “amortiguadores” de estos factores.

La actitud excesivamente protectora o limitadora de las iniciativas del sujeto para enfrentarse con su enfermedad, por ejemplo, entorpecerá sus procesos de afrontamiento y finalmente su adaptación. En general podemos decir que surgirá un efecto beneficioso de la relación entre apoyo social y afrontamiento, cuando ante una situación estresante las fuentes proveedoras de apoyo consigan aumentar la autoestima del sujeto, ayudarle a regular sus respuestas emocionales y reforzar sus iniciativas de afrontamiento a la enfermedad, (variables, entre otras, facilitadoras de la adaptación del sujeto). Por el contrario, comunicar al individuo sentimientos de impotencia que bajen su autoestima o mostrar como única alternativa el aspecto negativo de su situación, aumentará su nivel de estrés y sus problemas para llevar a cabo el proceso de afrontamiento.

Un concepto importante es el de “apoyo social” donde se ha incluido todo tipo de recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario.

Se han establecido asociaciones entre problemas psicológicos y psiquiátricos con factores como el estatus marital, la movilidad geográfica y la desintegración social, en el sentido de que tales problemas se acompañan de falta de vínculos o apoyos sociales adecuados.

Otro concepto fundamental a resaltar antes de internarnos en las intervenciones familiares es el de Salud Familiar, entendiéndose como el funcionamiento de la familia como grupo social primario, en el momento de fomentar la salud y el bienestar de sus miembros mediante el cumplimiento de sus funciones, el desarrollo de una óptima cohesión interna en las relaciones de poder que se establecen entre sus miembros y el logro de una adecuada adaptación a la sociedad en que tiene lugar su existencia.

Los componentes de la salud familiar son cinco: Adaptabilidad, capacidad de utilizar recursos familiares y comunitarios para resolver situaciones de crisis; Participación, capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar maneras de resolverlos; Gradiente de crecimiento, capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia; Afecto, capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y demostrar distintas emociones, como afecto, amor, pena, y rabia; y por último, la Resolución, capacidad de aplicar los elementos anteriores, compartiendo tiempo, recursos espaciales y materiales de cada miembro de la familia.

PSICOPATOLOGÍA E INTERACCIÓN FAMILIAR

Dentro del campo de la familia en salud mental, las investigaciones más recientes se han limitado a cuestiones bastante restringidas, con escasa integración interdisciplinaria. Aunque sociólogos, genetistas, psicólogos, psiquiatras y especialistas en disciplinas afines han desarrollado teorías acerca del origen familiar o la transmisión de la psicopatología y de los trastornos mentales, los trabajos han permanecido en su mayor parte aislados en parcelas independientes. A medida que el campo de estudio de la psicopatología se ha ampliado y ha trascendido el conocimiento de los trastornos mentales sobre las alteraciones cotidianas de la conducta humana, las investigaciones clínicas han comenzado a centrarse en la influencia de los factores ambientales sobre la salud mental.

Dentro de este marco de referencia la familia emerge como unidad social primaria universal. Su importancia estratégica reside en su composición, organización, interacción, y en las funciones que desarrolla en cuanto que entidad biopsicosocial.

Desde un punto de vista familiar, la salud mental sería aquella condición en la que los diferentes elementos que componen la organización o estructura de la familia interactúan de modo adecuado (entre sí y con el entorno social) para llevar a cabo correctamente sus funciones; de este modo, todas aquellas circunstancias que ejercen tensiones sobre alguno de estos factores pueden provocar alteraciones y, si los correspondientes mecanismos de autorregulación no son capaces de restaurar la homeostasis familiar, pueden dar lugar a la aparición de psicopatología.

La salud de la unidad familiar es un predictor de salud mental y, por extensión, de la salubridad de un sistema social. Así, el apoyo psicosocial es una de las funciones primordiales de la familia, en el que debe estar implícito el desarrollo de las habilidades interpersonales de cada uno de los individuos que la forman. La capacidad protectora de la familia, ítem que debe estar presente en un núcleo familiar saludable, es de máxima importancia, puesto que, ante dificultades de contacto de uno de sus miembros con el mundo extrafamiliar puede facilitar una adecuada actuación por parte de cada uno de los miembros que la conforman.

A la hora de abordar la evaluación diagnóstica de un núcleo familiar uno de los problemas con el que se puede encontrar es la identificación clara y concisa del concepto de familia funcional y familia patógena, en lo que se refiere a sus “formas de interacción”. En la actualidad, sabemos que toda familia, en su día a día, presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases del ciclo vital. Es por ello, que la funcionalidad de la familia no puede diferenciarse por la presencia de problemas, sino por la utilización de todas aquellas herramientas empleadas en la interacción y que pueden dificultar el desarrollo psicosocial de sus miembros, la resolución de conflictos y su adaptación al entorno circundante. Así, una familia patológica aumenta la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio ante situaciones de estrés importante, con el objetivo de mantener la integridad del grupo o núcleo. Es preciso diferenciar también la familia disfuncional de la familia empobrecida, en la que una disminución de los recursos económicos no tiene por qué acarrear de entrada disfunciones familiares.

Tipos de familia o núcleo familiar.

A continuación, describiremos brevemente los diferentes tipos de familia que podemos encontrar, entendiendo que éstos son modelos estancos y excluyentes, pudiendo una misma familia establecer diferentes modalidades a lo largo de su existencia. En general, se pueden distinguir los siguientes tipos de familia:

- *Familia original o biológica:* La genealogía es la definitoria para este tipo de estructura. La familia biológica es de trascendental importancia en la comprensión de la transmisión genética de las psicopatologías, así como de todas aquellas actuaciones a efectuar con carácter preventivo.
- *Familia nuclear:* Grupo social que está formado por una mujer, un hombre y la prole, fruto del apareamiento de ambos. Algunos autores han criticado esta forma de familia ante la incapacidad de ésta para una correcta y adecuada integración de los ancianos y niños.
- *Familia conjunta o multigeneracional:* Surge ante la incorporación de nuevos sujetos, fruto de la unión con los miembros más jóvenes de la familia, agregándose cónyuges e hijos en vez de formar un núcleo familiar independiente. Todo esto conlleva a la convivencia simultánea de varias generaciones en el mismo espacio vital. Son formas frecuentes en situaciones socioeconómicas precarias, así como en momentos de inestabilidad laboral.
- *Familia extensa o extendida:* Es un tipo de familia en la que los miembros que la conforman no conviven en el mismo habitáculo, aunque mantienen estrechos vínculos que les hacen estar en continuo contacto. Es característico de ella, que las tareas domésticas sean compartidas; además, tanto las figuras paternas como los otros adultos del sistema sirven de modelos para niños y jóvenes. Su mayor inconveniente radica en el hecho de que los padres pueden no llegar a adquirir una plena independencia ni autoridad sobre los hijos.
- *Familia compuesta o reconstituida:* Esta construida a base de partes de la estructura de otros grupos o núcleos familiares o tan solo por miembros independientes de ellas. El caso más habitual es el de padres viudos o divorciados con hijos que contraen nuevas nupcias. Una situación que aha ayudado de manera considerable al surgimiento de

este modelo o tipo de familia, ha sido el elevado índice de divorcios, situación que ha dado lugar a la formación de familias con uno o ambos padres adoptivos, hijos adoptivos y hermanastros, situación que obliga a este tipo de familia a afrontar problemas específicos a la hora de efectuar la reorganización de la estructura familiar.

- *Familia sin hijos*: La vinculación de una persona a otra de distinto sexo constituye una necesidad biopsicosocial universal para la realización de uno mismo a través de la unión con otro. Las personas pueden unirse por satisfacción mutua sin el propósito de tener hijos por cuestionamientos personales, éticos, religiosos o determinantes sociales externos o internos que rigen la dinámica familiar, los cuales pueden influir en el sentimiento de independencia de cada uno de los miembros, mediando el deseo de no adquirir nuevas responsabilidades o la toma de conciencia de la incapacidad para llevar a cabo una adecuada función parental. La opinión social generalizada de equiparar las familias sin hijos con familias desgraciadas, aunque persiste, se ha modificado sustancialmente en los últimos años.

Funciones de la familia o del núcleo familiar.

Independientemente de establecer los diferentes tipos de familia, es importantes acotar todas y cada una de las funciones que presenta el núcleo familiar. La mejor comprensión de las funciones familiares se consigue al contemplarlas desde el punto de vista de la teoría general de los sistemas, la cual considera la existencia de interrelaciones dentro de un organismo estructural, y con ayuda del concepto de “ciclo vital”, que aborda los distintos momentos que acontecen en cada fase del desarrollo, desde la concepción hasta la muerte del individuo.

Las metas a alcanzar por parte de la familia son variadas y específicas. Cuando se procura “desmembrar” el cuerpo que constituyen las funciones familiar, percibimos como una gran parte de ellas presentan una superposición. Todas ellas nacen de una dotación biológica predisponente y una organización sistémica, estando mediatizadas por las exigencias de la sociedad donde está inmersa. Así, la sociedad encarga a la familia la guía del niño a lo largo de todas y cada una de las etapas de cre-

cimiento y desarrollo que constituyen la infancia, favoreciendo su incorporación en la sociedad.

Es la familia la que va a desempeñar una misión trascendental en la relación con el ciclo de la vida y con las distintas personas que constituyen el núcleo familiar. La existencia de una estructura familiar operativa será fundamental a la hora de llevar a buen término estas funciones. Brevemente éstas son:

- *Función reproductora*: Es esencial para la continuación de cualquier especie, yendo más allá de todas aquellas implicaciones socioculturales y misticoreligiosas que se puedan plantear.
- *Función de crianza*: El proceso de la crianza incluye la alimentación, los cuidados físicos y mínimos que garantice la supervivencia del niño, sin olvidar el afecto. Esta función se realiza mayoritariamente por la familia nuclear en gran número de sociedades. A lo largo del período de crianza se fomenta el control sobre las funciones corporales (comer, control de esfínteres, vestirse, limpiarse, etc.), las pautas de aprendizaje, las conductas socializadoras y la comunicación, tanto verbal como no verbal.
- *Función cognitivo-afectiva*: La expresión y manejo de sentimientos son aprendidos dentro del núcleo familiar, el cual debe establecer una relación empática que favorece la comprensión de los sentimientos por ambas partes, identificando todas aquellas situaciones disfuncionales, fomentando la capacidad de adaptación de sus miembros a diferentes experiencias emocionales dentro de la sociedad. Es este camino el idóneo para consolidar vínculos afectivos interpersonales entre cada uno de los miembros que conforman el grupo, cohesionándolo y estabilizándolo. La carencia de afecto puede acarrear consecuencias negativas para el desarrollo del niño en las tres esferas: biológica, psicológica y social.
- *Función comunicativa*: La comunicación familiar adecuada, tanto verbal como no verbal, es aquella que está en relación con los estilos comunicativos y el lenguaje simbólico del contexto social en el que se encuentra integrada la familia.
- *Función de delimitación*: Se puede establecer tres tipos de límites en el sistema familiar: individual (cada miembro de la familia requiere unos límites del yo para lograr la sensación de identidad. La

familia moldea el comportamiento del infante y el sentimiento de identidad independiente, procurando el proceso de separación-individuación, pero transmitiendo al mismo tiempo al niño un sentimiento de pertenencia y arraigo. La resolución con éxito del proceso de separación-individuación es primordial para el desarrollo adecuado de la personalidad, lo que facilita la adaptación y el control de las situaciones estresantes); generacional (fundamental ya que afecta a objetivos familiares tales como el aprendizaje social, el poder jerárquico y la transmisión de valores familiares generacionales); y familia-sociedad (es papel del núcleo familiar el establecer límites circundantes que diferencien el marco exclusivamente familiar del entorno social extrafamiliar, procurando un sentimiento de intimidad cohesión familiar, lo que facilita que la unidad familiar se instaure como una unidad social diferenciada).

- *Función de adquisición de género y de diferenciación de roles ligados al sexo:* Es fundamental ya que cada uno de los padres simbolizan los patrones de masculinidad y femineidad culturalmente establecidos. En la actualidad, se están modificándose dentro de la sociedad, siendo el más relevante el reparto de las tareas familiares, donde existe una proximidad en la equiparación de ambos géneros. La figura paterna presenta una serie de atributos que están en consonancia con el sistema social en el que se incluye la familia, tales como actividad y competencia, en tanto que a la figura materna se la identifica básicamente con la crianza y el aporte afectivo a los hijos.
- *Función de formación de la personalidad:* La formación de la personalidad viene marcado considerablemente por la familia, como agente de trascendental importancia, ya que presenta un importante factor etiopatogénico en el desarrollo de numerosos trastornos psicopatológicos. En la familia nuclear, los rasgos caracteriales de los padres y la relación matrimonial entre éstos son factores importantes para el desarrollo de la personalidad de los niños y para la estabilidad familiar. En el caso de las familias extensas, determinadas figuras significativas pueden suplir el déficit de los modelos parentales, permitiendo al niño la identificación con otros modelos caracteriales adultos de su mis-

mo sexo.

- *Función de liderazgo:* Está implícita en cualquier sistema social, siendo la figura materna y paterna las que la asumen; cuando es inexistente puede ser realizada por algún miembro significativo de la familia extensa. El núcleo familiar debe estar organizado de manera que se permita llevar a término las funciones de liderazgo: inculcar disciplina y respeto entre los miembros de la familia y de éstos con el entorno social, promover la educación de los hijos y efectuar una previsión realista de los recursos económicos que procure un logro de las funciones familiares básicas. Para el aprendizaje social de niños y adolescentes, la función de liderazgo es fundamental, ya que éstos tendrán que manejarse socialmente en condiciones desiguales en relación con figuras que se encuentran en niveles superiores y con las que tendrán que establecer relaciones y negociaciones. Existen estudios que ponen de manifiesto la relación existente entre pérdida del poder ejecutivo del subsistema parental o la inversión en la jerarquía familiar y la aparición de psicopatología en los hijos, en concreto trastornos de conducta y abuso de sustancias. Dentro de la familia típicamente, el liderazgo ha recaído habitualmente sobre en la figura paterna, situación que se ha modificado ante la mayor papel de responsabilidad que las féminas ha adquirido progresivamente.
- *Función de culturización-socialización y de protección psicosocial:* La familia se constituye como un ente que tiene como misión la transmisión de pautas culturales de manera generacional desde la infancia hasta la etapa de adolescencia-adulto joven. Este traspaso de cultura da cabida a modificaciones que se plantean atendiendo a las circunstancias socioeconómicas y políticas de cada momento de la Historia de la Humanidad. Este rol, también puede ser ejecutado por miembros de la familia extensa o por instituciones sociales. Es por ello, que entre sus objetivos encontramos: la enseñanza del comportamiento e interacción en sociedad, la protección y continuación de la crianza, la inculcación de valores sociales elementales, la orientación y control, la adaptación a las exigencias de la civilización-tiempo y de una determinada cultura y, posteriormente, la entrega del testigo

cultural a otras generaciones.

En lo referente a la protección psicosocial, debe destacarse que es una de los principales objetivos o metas de la familia, debido a su un efecto protector y estabilizador frente a los trastornos mentales.

- *Función de recuperación:* Todo sistema social exige y obliga a sus miembros a cumplir una serie de normas preestablecidas en cuanto a conducta, modales y pautas de interacción, donde la familia presenta una función mediadora modificando conductas inadecuadas. A través de este aprendizaje social, el niño logra el control de los impulsos y adquiriendo conductas disciplinadas, en tanto que la familia puede ayudar a la participación de sus miembros en actividades creativas y lúdicas que dan equilibrio a las labores más “estructuradas” realizadas en sociedad.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL INFANTIL EN LA FAMILIA.

Valoración y diagnósticos de enfermería

Haciendo alusión a la explicación que aparece en Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica, no todos los problemas de los usuarios que tratamos los enfermeros especialistas en Salud Mental (en este caso las familias y los niños) pueden englobarse en el mismo apartado, sino que cabe identificar dos tipos distintos:

los diagnósticos enfermeros (DxE) y los problemas de colaboración (PC).

Según la definición de trabajo aceptada por la NANDA en la novena conferencia celebrada en marzo de 1990:

► Diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

Los DxE están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional, ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata, siendo ella quien tiene el control y la autoridad y, por tanto, es la responsable del logro del resultado final deseado.

Por su parte, los problemas de colaboración podrían definirse como:

► Problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico.

Se sitúan, por tanto, en el ámbito de la colaboración con otro profesional (equipo multidisciplinar) que es quien tiene el control y la autoridad, así como la responsabilidad del resultado final. A la hora de la delimitación de estos problemas es necesaria e insustituible la utilización de la terminología médica. Para lograr definir un

DxE, previamente hay que realizar una valoración donde se puedan identificar las situaciones comprometidas, haciendo hincapié en la familia como fuente y ayuda de tratamiento, sobre todo de los niños.

Características del buen funcionamiento familiar

Antes de seguir avanzando, es necesario volver a establecer como realizamos en el apartado anterior, la diferencia entre “Salud familiar” y “Salud de la familia”. La primera hace referencia a la capacidad de llevar a cabo las diferentes funciones que le han sido asignadas como agente social primario, al mismo tiempo que da respuestas a las necesidades de sus miembros, en función del ciclo vital en el que se encuentre; mientras que la “Salud de la familia” es la suma de los estados de salud de sus miembros.

La familia funcional se caracteriza por la capacidad de afrontar los diferentes cambios generados, bien por la etapa del ciclo vital en el que se encuentre o derivadas de determinadas situaciones capaces de producir tensión. Sus características son: interacciones entre los miembros de la familia regulares y variadas; potenciación de contactos activos con otros grupos y organizaciones sociales; toma de decisiones democráticas; soluciones creativas de problemas; roles flexibles; relaciones de soporte amplias; espacio para la autonomía de los hijos; y por último, especificidad y fortaleza de vínculo conyugal.

Existen elementos que interfieren en la función familiar, por su importancia hay que destacar la presencia de acontecimientos vitales estresantes. Uno de estos elementos es la aparición de enfermedades crónicas o accidentes en algún miembro de la familia, repercutiendo al mismo tiempo en las relaciones interpersonales de la misma. Los efectos que producen sobre la familia estos acontecimientos cuando son intensos es una crisis familiar. Existen familias que evitan las crisis manteniendo el grado de estrés en un nivel aceptable, a través de la adap-

Francisco Javier Castro Molina
Elisa García Parra
Maripaz Castro Gonzalez
Josué Monzón Díaz
Felisa Vanessa Martín Casañas

Salud mental: infancia, familia y cuidados.

18

tación o ayudadas por un apoyo social fuerte, atenuando así la crisis o solucionando el problema.

En definitiva, cuando la familia deja de funcionar, no se mantienen las normas familiares, se alteran los hábitos y costumbres y no se llevan a cabo las tareas. Los miembros de la familia dejan de tener niveles óptimos de función, tanto en el plano físico o psíquico.

Alguno de los elementos específicos que definen la crisis familiar son la incapacidad para cumplir sus tareas habituales en el trabajo, escuela y/u hogar, la incapacidad para tomar decisiones y solucionar problemas y la incapacidad para cuidar de forma habitual unos de otros. La duración de la crisis es variable. Son indispensables para superar la crisis los recursos familiares, el apoyo y la red social. La recuperación se produce cuando disminuye el efecto del evento, cuando se incrementan los recursos familiares y el apoyo social y por último cuando se modifica la percepción del evento.

Si los recursos familiares son escasos, o nulos se puede producir una disfunción familiar, demostrando incapacidad para cubrir las necesidades de sus miembros. Lask, identificó una serie de características en las diferentes familias disfuncionales: incapacidad de resolver problemas y/o conflictos así como tomar decisiones; presentan déficit o escasa organización, generando respuestas caóticas ante determinados cambios o situaciones estresantes; también puede observarse lo contrario organización muy rígida, impidiendo la adaptación al cambio, así como incapacidad para dar respuesta ante situaciones estresantes; excesiva implicación de la familia lo que hace que sus miembros pierdan autonomía; excesiva distancia entre sus miembros, presentando déficit de apoyo emocional y práctico; la pareja presenta conflictos crónicos o el vínculo es débil, no favoreciendo el desarrollo de sus funciones; como consecuencia existe poca expresión de sentimientos y déficit de respuesta adecuada a los mismos; y por último presentan bloqueos y distorsiones en la comunicación.

Evaluación de la función familiar: APGAR FAMILIAR.

Es un cuestionario autoadministrado, desarrollado por Smilkstein y colaboradores (ver anexo I), consta de cinco preguntas cerradas, las cuales se miden sobre una escala de Likert, de 0 a 2, con un índice final de 0 a 10. Evalúa las diferentes dimensiones en que los autores dividen el

funcionamiento familiar (Modificado de Smilkstein):

Adaptabilidad: Capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas; Cooperación o participación: Implicación en la toma de decisiones y responsabilidades para el mantenimiento familiar; Desarrollo: Maduración física y emocional y autorrealización por el apoyo y asesoramiento mutuo; Afectividad: Relación de cariño y amor; Capacidad resolutoria: Compromiso de dedicar tiempo a las necesidades físicas y emocionales.

En función del índice final se clasifica a las familias como normofuncionales cuando presentan un índice final de 7-10, moderada disfuncionalidad de 4-6 y gravemente disfuncionales de 0-3.

Recursos familiares

Ante un acontecimiento vital estresante el sistema homeostático familiar sufre una alteración y en función del apoyo social y de los recursos familiares disponible, la crisis desembocará en una disfunción familiar.

Bowling define el apoyo social como un proceso interactivo, a través del cual el sujeto obtiene diferentes tipos de ayuda, emocional, instrumental o económica, la cual proviene de la red social en que se encuentra el propio sujeto. El mismo autor señala que la red social son las relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, teniendo en cuenta las características de las mismas. Existen dos tipos de redes de apoyo: redes naturales: Familia, compañeros trabajo, estudios, creencias o culto, amigos, vecinos, etc.; y las redes organizadas: Voluntariado institucional, grupos de apoyo y autoayuda y ayuda profesional.

Los recursos familiares son el apoyo o la ayuda que la familia proporciona ante las necesidades de cualquier miembro de la unidad familiar, utilizando todos los medios disponibles para este fin. La familia como sistema de apoyo natural es la mayor fuente de apoyo social y personal tanto en los periodos de dependencia de las personas como de independencia. El apoyo familiar permite: incrementar la seguridad del individuo, favoreciendo la puesta en marcha de las habilidades personales, para afrontar situaciones problema o generadoras de estrés; teniendo en cuenta diferentes estudios, ayuda a soportar mejor las crisis de la vida; la ausencia y/o pérdida de apoyo familiar asociada a diversas fuentes de estrés incrementa la vulnerabilidad tanto a nivel individual como familiar.

En la primera fase del proceso de cuidados, junto con

la recogida de datos inicial, se contemplará la valoración de los sistemas de apoyo para lo cual existen una serie de instrumentos entre los que está el Cuestionario de MOS, es autoadministrado y recoge información multidimensional: Apoyo emocional/informacional, instrumental, afectivo e interacción social positiva, las cuales se miden sobre una escala de Likert, de 1 a 5, excepto el primer ítem, el cual informa del tamaño de la red social (ver anexo II).

El papel de la enfermera en la valoración de los sistemas de apoyo está delimitado en tres pilares básicos: ayudar a identificar a las personas significativas, que le pueden ayudar cuando lo necesite; identificación de conflictos con estas personas y forma de resolverlos; y si existiera déficit de apoyo o éste fuera inexistente, el papel de la enfermera sería evitar y neutralizar la ansiedad que esta situación pudiera generar y ayudar a buscar medidas alternativas que le provean del apoyo necesario sustitutorio.

Algunos de los diagnósticos enfermeros posibles más comunes son:

Riesgo de deterioro parental, relacionado con (r/c) aislamiento o faltas de redes de apoyo social.

√ Afrontamiento familiar comprometido, r/c una situación que comporta temporalmente una desorganización de la dinámica familiar y un cambio de los roles habituales, manifestado por (m/p) que el cuidador manifiesta preocupación, comprensión o conocimiento inadecuado que dificulta la adopción de conductas efectivas de ayuda y soporte.

√ Deterioro del mantenimiento del hogar, r/c sistemas de soporte y apoyo inadecuados, m/p sobrecarga de los miembros de la familia

√ Conflicto de decisiones, r/c déficit de sistema de soporte.

√ Riesgo de duelo complicado, r/c falta o pérdida de apoyo social.

√ Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar, r/c conflicto familiar o de decisiones, m/p actividades familiares inapropiadas para alcanzar los objetivos marcados en el programa de prevención o tratamiento.

√ Deterioro de la interacción social, r/c carencia de compañeros o personas significativas, m/p conductas de interacción familiar o social ineficaces o disfuncionales.

En función de los diagnósticos definidos se establecerán los objetivos de los cuidados los cuales estarán en base a la familia, como objetivos generales y guía de los mismos tenemos:

- * Mantener un entorno favorecedor del desarrollo físico, psicológico, sociocultural y espiritual del niño.
- * Ayudar a los miembros del grupo familiar a identificar las necesidades de apoyo y las personas-recurso disponibles para tal fin.
- * Ayudar a la familia a que aprenda a solicitar y proporcionar ayuda, para aumentar las redes de apoyo sociales de los miembros del grupo familiar.
- * Ayudar a la familia a utilizar las redes de apoyo disponibles, naturales y las organizadas.
- * Ayudar a los miembros de la familia a demostrar conductas de regulación e
- * integración del programa de tratamiento en los procesos familiares.

Además de una valoración familiar debemos realizar también la infantil, ya que los problemas que podemos encontrar en los infantes, influyen y son potenciados por la situación de la familia. Estos problemas infantiles son parte de un todo más amplio que es la familia, por lo tanto cuando se trate a la población infanto-juvenil hay que identificar los conflictos que tienen ellos de forma individual y, a su vez, hay que reconocer los de la familia; ya que es este el núcleo en el que viven los niños, y el que ayuda a mejorar y solucionar los conflictos infantiles, influyendo éstos, a su vez, en las dificultades que se pueden encontrar en la familia.

Por lo tanto, no se puede centrar el abordaje y tratamiento infanto-juvenil única y exclusivamente en los niños, ya que existe una retroalimentación entre todos los miembros del núcleo familiar, y es por esto la importancia de una buena valoración e intervención precoz completa.

Se ha de realizar una valoración integral, donde se incluya el motivo de la derivación, los antecedentes del problema actual, una anamnesis y exploración física, los antecedentes del desarrollo, el estado mental y emocional, la relación familiar y los apoyos, cambios y sucesos ambientales

Sin entrar a detallar todos los Dx E de las diferentes patologías psiquiátricas infantiles, a continuación vamos a nombrar varios ejemplos:

- √ Déficit de actividades recreativas, r/c insuficientes conocimientos o falta de actividades, m/p apatía, desinterés por algunas actividades.
 - √ Alteración del patrón del sueño, r/c hiperactividad excesiva, secundaria a algunas patologías psiquiátricas.
 - √ Riesgo de lesión r/c una conciencia deficiente sobre la seguridad, debido a la hiperactividad, impulsividad y distracción.
 - √ Ansiedad r/c la separación de la madre, m/p el llanto y una conducta regresiva.
(Trastorno de ansiedad por separación)
 - √ Alteración sensorio-perceptiva, r/c disminución de la conciencia de estímulos ambientales. (Trastorno autista)
 - √ Deterioro de la comunicación verbal, r/c habilidades verbales insuficientes, m/p un discurso repetitivo e idiosincrásico. (Trastorno autista)
 - √ Déficit de autocuidado, r/c una conducta repetitiva y ritual. (Trastorno autista)
- Seguidamente procederemos a detallar algunos de los objetivos generales para las patologías psiquiátricas infantiles:
- √ Participar en actividades recreativas que le produzcan satisfacción.
 - √ Recuperar el patrón de sueño habitual.
 - √ Mantener en todo momento la integridad física.
 - √ Comunicarse eficazmente con las personas de su entorno.
 - √ Aumentará su nivel de autonomía en la realización de las AVD.

Intervenciones de Enfermería en los dispositivos de Salud Mental Infanto- Juvenil.

Tras la valoración de enfermería y el establecimiento de los diagnósticos enfermeros, las intervenciones de enfermería irán orientadas hacia una normalización del funcionamiento individual y socio-familiar, procurando una disminución de la sintomatología psiquiátrica, dotando a los pacientes y a sus familiares de estrategias de afrontamiento que les permita resolver sus problemas actuales y prevenir y/o reducir problemas posteriores; y promover un funcionamiento individual, familiar, escolar y social adaptativo.

El Programa de Tratamiento Individual debe estar basada en el Modelo de Competencias de Albee (1980), en el que se tienen en cuenta las siguientes áreas de inter-

vención: tratamiento individual de los síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales; desarrollo de un nivel de autonomía ajustado a la edad cronológica del menor, posibilitando la realización de actividades básicas de la vida diaria (vestido, aseo, alimentación, control de esfínteres, etc.) o actividades más complejas (ocio y tiempo libre, desplazamientos, manejo del dinero, limpieza, etc.); tratamiento familiar con el fin de establecer una coherencia en las pautas educativas y mejorar las relaciones paternofiliales; desarrollo de las habilidades sociales necesarias para que se establezca una adecuada relación social con los iguales y con el resto de familiares y adultos; fomentar una adaptación normalizada a nivel escolar, favoreciendo el desarrollo de un adecuado hábito de estudio y la aceptación de las normas básicas que permita a los menores tener un buen rendimiento académico; área social; y otras áreas como: medicación, sueño, sexualidad, juego y deporte.

Seguidamente enumeraremos y desarrollaremos algunos de los programas de tratamiento (grupos y talleres), que pueden establecerse atendiendo a los recursos materiales y humanos que se dispongan en los dispositivos de Salud Mental: Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) y el Hospital de Día Infanto-Juvenil.

Escuela de padres

Atendiendo a la trascendencia de las pautas de crianza y las características personales de los padres en el desarrollo de ciertos trastornos psicopatológicos en la infancia y adolescencia (Barkley y cols., 1999), resulta lógico pensar que el abordaje terapéutico en muchos de estos casos debiera girar alrededor de programas de escuela de padres, cuyo objetivo es el de optimizar la actitud educativa de los padres, así como las habilidades comunicativas y el intercambio de afecto paterno-filial.

Existen en este campo programa protocolizado, como el elaborado por Díaz-Sibaja, Comeche y Díaz-García (2005), herramienta diseñada para el tratamiento de la desobediencia y de los problemas cotidianos de conducta en niños de 2 a 12 años, aunque, atendiendo a eficacia y fácil aplicación, en la actualidad también se está utilizando como un componente más de los programas multicomponente de intervención de otros trastornos, como por ejemplo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos del comportamiento perturbador y trastornos generalizados del desarrollo.

La Escuela de Padres es un espacio de información,

formación y reflexión, dirigido a los progenitores, sobre aspectos relacionados con la educación de los hijos, en el que se aprenden una serie de estrategias de afrontamiento que permite desarrollar adecuadamente las funciones parentales educativas y socializadoras, sirviendo, de este modo, como prevención primaria y secundaria de alteraciones psicopatológica en la infancia y adolescencia. Los principales objetivos que pretenden son: asumir por parte de los padres su rol como principales responsables de la educación de sus hijos; reconocer que puede ser necesaria una formación para lograr tal objetivo; sean capaces de detectar e identificar los problemas de comportamiento más comunes en sus hijos; prevenir el desarrollo de trastornos de conducta; y aprender estrategias y herramientas que les permita solucionar los problemas presentes y futuros.

Taller “construyendo salud”

Conceptualmente, la “educación para la salud” atiende a cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener su salud y busque ayuda cuando lo necesite (Costa y López, 1996).

Como principal objetivo debe establecerse la concienciación de los niños de que sin una buena salud no se puede crecer, estudiar, trabajar o pensar bien, por lo que es muy importante que aprendan unas reglas sencillas para gozar de una “buena salud”.

Los contenidos que se desarrollan en este taller son los relacionados con: la alimentación, la salud buco-dental y los hábitos higiénicos para orinar y defecar.

Taller de actividades de la vida diaria (AVDs)

Se puede tomar como referencia el “Modelo de Desempeño Ocupacional (MDO)” (Crepeau, Cohn y Boyt, 2005; Polonio, 2001). Define el término “desempeño ocupacional” como la capacidad de realizar aquellas tareas que nos permiten desarrollar roles ocupacionales satisfactorios en función de la edad, el entorno y la cultura del individuo. Asimismo, hace una distinción entre las actividades de autocuidado, actividades productivas y actividades de ocio y juego.

Los objetivos de este taller son: desarrollar el mayor

nivel de independencia posible en las actividades de autocuidado (alimentación, baño, aseo personal y vestido), las actividades productivas (cuidado de la ropa, limpieza, manejo del dinero y actividades educativas y laborales) y las actividades de ocio y tiempo libre; favorecer el desarrollo y las destrezas necesarias atendiendo a la edad del menor; facilitar y crear un entorno favorable para su desarrollo; potenciar y fomentar las responsabilidades y colaboración en el hogar; asesoramiento familiar para un mantenimiento de los logros alcanzados.

Taller de actividades deportivas

Actividades que contribuyen al desarrollo y disfrute personal, así como a la mejora de su salud y condición física, fomentando la interacción de los individuos que conforman el taller. Como objetivos podemos encontrar: ofrecer alternativas saludables que den un uso lógico del tiempo libre; conocer los recursos deportivos que están presentes en nuestro entorno más próximo; desarrollar y/o mejorar las habilidades requeridas para acceder a los recursos públicos; aprender y/o desarrollar habilidades sociales y relaciones interpersonales, como pueda ser el manejo del dinero o usar los medios de transporte público; mejorar la salud a través del deporte; adoptar actitudes positivas en cuanto al cumplimiento de las normas dentro de un recinto público.

Taller de psicomotricidad

Los trastornos del comportamiento, déficit de atención con hiperactividad y otros más graves como los trastornos generalizados del desarrollo, suelen presentar problemas de psicomotricidad asociados al trastorno principal. Es importante señalar que, cuando hacemos referencia al término “psicomotricidad” estamos englobando en él varios aspectos del ser humano, que son: los aspectos somáticos, afectivos y cognitivos.

La intervención sobre los aspectos psicomotrices básicos como, el esquema corporal, la lateralidad, la orientación espacio-temporal, etc., repercute en un mejor desarrollo motor e intelectual del menor, así como en la relación del niño con los otros y con su entorno. El objetivo principal de esta actividad debe ir orientado a conseguir que los niños mejoren el conocimiento de su propio cuerpo y la vivencia de sí mismos, a través de una actividad que pone en juego lo afectivo, lo cognitivo y

lo motor, la educación psicomotriz. Igualmente el taller procurará: la adquisición de conciencia del propio cuerpo y la organización del esquema corporal; el dominio del equilibrio y la coordinación; el control de la inhibición voluntaria y de la respiración; e) la organización del esquema corporal; y la estructuración espacio-temporal.

Taller de estudio

Algunos autores han visto la posible cabida de la figura de un profesor de pedagogía terapéutica dentro del equipo multidisciplinar del Hospital de Día Infanto-Juvenil, ya que la mayoría de los niños que acuden a este dispositivo están en edad escolar sin olvidar que su estancia provoca una interrupción de la escolaridad normalizada.

Igualmente no debemos olvidar el desajuste edad cronológica-curricular presente en los niños que dan uso a este recurso.

Taller de juegos

Diferentes autores establecen el juego como una actividad imprescindible para el desarrollo de la personalidad, aprendiendo mediante la experimentación a relacionarse en sociedad y a resolver situaciones conflictivas. El juego es entendido como un medio necesario para el desarrollo físico, intelectual, emocional y social (Franco, 2006; Abeleira, 2005; Fodor, Morán y Molerés, 2004).

Existen distintos tipos de juegos, presentando cada uno un objetivo diferente. Así podemos agruparlos atendiendo al objetivo que se persigue: juegos de conocimiento (actividades destinados a permitir que los participantes se conozcan entre sí); juegos de afirmación (actividades que persiguen potenciar los aspectos positivos de las personas o del grupo y favorecer una situación en la que todos se sientan a gusto); juegos de confianza (actividades que tratan de fomentar y estimular la confianza en uno mismo y en el grupo); juegos cooperativos (actividades que procuran fomentar la colaboración entre los distintos participantes, generando un clima distendido de cooperación, donde todos los miembros tengan la posibilidad de participar); juegos de comunicación (actividades que procuran favorecer el desarrollo de las habilidades sociales: comunicación verbal y no verbal); juegos de solución de conflictos: son juegos que (actividades que estimulan la creatividad e imaginación a la hora de resolver conflictos).

Taller “vive el teatro”

El programa “vive el teatro” emplea el contexto de la actividad de teatro como un medio para desarrollar las habilidades sociales y la autoestima. Los usuarios de esta actividad pueden ser grupos de adolescentes con problemas de: fobia social, síndrome de Asperger, trastornos del comportamiento perturbador o trastornos de la conducta alimentaria. Aunque son heterogéneos, se pretende paliar su déficit en sus habilidades sociales y autoestima.

Como objetivos se pueden establecer: disminución de la sintomatología psiquiátrica de los menores; dotar a los pacientes de estrategias de habilidades sociales; desarrollo de la autoestima; promover un funcionamiento social adaptativo; y ofrecer alternativas saludables para la ocupación del tiempo libre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Fernández F. “Fundamentos de la Psiquiatría actual”, 3.ª ed. Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1976.
2. Alonso Fernández F. Compendio de Psiquiatría. Ed. Oteo, 2ª Edición. Madrid, 1982.
3. Ayuso Gutiérrez JL, Salvador Carrulla L. Manual de psiquiatría. Ed. McGraw-Hill-Interamericana de España. 1ª Edición. Madrid, 1992. p.p. 143-152.
4. Barcia D. Psiquiatría. Ediciones Toray, S.A. Barcelona 1985. Tomo I, Capítulo II.
5. Bateson G. Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Ed. Carlos Lohlé, 1972.
6. Bateson G, Ferreira AJ, Jackson DD, et al. Interacción familiar. Aportes fundamentales sobre teoría y técnica. Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo, 2.ª ed, 1974.
7. Cook J Sue. Fonfaine Karen Lee. Enfermería Psiquiátrica. 2ª ed. Ed. McGraw Hill-Interamericana, 1991. Delgado HI. “Curso de psiquiatría” Barcelona. Editorial Científico-Médica, 1969.
8. Dew MA, Penkower L and Bromet EJ. Effects of unemployment on mental health in the contemporary family. Behavior Modification, 1991.
9. Eguíluz I, Segarra R. Introducción a la psicopatología. Barcelona. Editorial Ars
10. Médica, 2004.
11. Fish. “Psicopatología Clínica de Fish (Max Ha-

- milton). Signos y síntomas en Psiquiatría”, 2.ª edición. Editorial Interamericana, Madrid, 1986.
12. Fornes J., Carballal M.C. Enfermería de salud mental y Psiquiatría. Madrid: Editorial Médica panamericana; 2001.
 13. Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BI. “Compendio de Psiquiatría”: “Historia psiquiátrica y estado mental”. Barcelona, 1975.
 14. Fuertes Rocañín JC, Cabrera Forneiro J. La salud mental en los tribunales. Madrid: Arán, 2ª ed, 2007.
 15. Gayral L, Barcia D. Semiología Clínica Psiquiátrica. ELA.
 16. González de la Rivera JL, Vela A y Arana J. “Manual de Psiquiatría”, Madrid, 1980.
 17. Grotevant HD and Carlson CI. Family assessment. Nueva York: The Guilford Press, 1989.
 18. Henry Ey, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. Ed. Masson. 8ª Edición. 1985.
 19. Higuera Aranda A, López Sánchez, JM, Jiménez Linares R. Compendio de Psicopatología, Círculo de Estudios Psicopatológicos, 3ª Ed, 1986.
 20. Isaacs, A. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Madrid: Ed. McGraw Hill, 1998. Jaspers K. “Psicopatología general”. Buenos Aires. Ed. Beta, 1963.
 21. Johnson B. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
 22. Johnson M., Maas M., Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (C.R.E.). 2ª edición. Barcelona: Harcourt Mosby; 2000
 23. Kaplan HI, Sadock BJ. “Tratado de psiquiatría”: “Diagnóstico y psiquiatría: examen del paciente psiquiátrico”. 2.ª ed., Barcelona 1989.
 24. Kellam SG. Families and mental illness: current interpersonal and biological approaches. Psychiatry, 1987.
 25. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros; Revisión crítica y guía práctica. 8ª Edición. Barcelona. Elsevier Masson. 2008.
 26. MacKinnon, RA y Yudofsky SC. “The Psychiatric evaluation in clinical practice”, Lippincott, Philadelphia, 1989.
 27. Maher B. “Principios en Psicopatología. Un enfoque experimental”, Madrid, 1970.
 28. Manual del residente en psiquiatría. Madrid: ENE Life Publicidad S.A y editores, 2009.
 29. Mejías, F.; Serrano, MªD. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: Ed. DAE, S.L., 2000.
 30. Minuchin S and Fishman HC. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós, 1981.
 31. Minuchin S and Fishman HC. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós, 1981.
 32. Monzón J, Girbau JP, Cejas MR. Psicología de la salud. En: Manual del Residente en psiquiatría. Madrid: ENE Life Publicidad S.A y editores, 2009: 973-980.
 33. Moor L. Glosario de Términos Psiquiátricos. Ed. Toray-Mason S.A., Barcelona, 1966.
 34. NANDA-I. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2009-2011. Philadelphia: NANDA International. 2009.
 35. Nemet L. Aménagement de l’espace et psychopathologie familiale. Perspectives Psychiatriques, 1988.
 36. Novel G, Llunch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial y salud mental, Barcelona: Elsevier Masson, 2000.
 37. Peplau Hildegard. Relaciones Interpersonales en Enfermería. Barcelona: Ed.
 38. Salvat, 1990. Rebraca L. Enfermería psiquiátrica y de salud mental; conceptos básicos. Madrid: McGraw Hill, 2007.
 39. Rigol A, Ugalde M. Enfermería de Salud mental. 2ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson. 2001.
 40. Ruíz Ogara C, Barcia Salorio, D y López-Ibor JJ. “Psiquiatría”, 1.ª ed, Barcelona, 1982
 41. Raffy A. Sur la pathogenie des placements en famille d’accueil. Perspectives Psychiatriques, 1988.
 42. Scharfetter. Introducción a la psicopatología general. Ed. Morata. Madrid 1976.
 43. Seva Díaz A. “Psiquiatría clínica”: “La entrevista clínica psiquiátrica: la historia clínica”. Barcelona 1979
 44. Simon FB, Stierlin H and LC Wynne. Diccionario de terapia familiar. Barcelona: Gedisa, 1988.
 45. Soutullo C., Mardomingo MJ. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid. Ed. Panamericana. 2010.
 46. Stern T.A.; Herman J.B.; Slavin P.L. Psiquiatría en la Consulta de Atención Primaria: Guía práctica. Massachusetts General Hospital. Ed: MacGraw Hill, 2005.
 47. Swanson JW, Holzer CE, Canavan MM and

Francisco Javier Castro Molina
Elisa García Parra
Maripaz Castro Gonzalez
Josué Monzón Díaz
Felisa Vanessa Martin Casañas

Salud mental: infancia, familia y cuidados.

24

- Adams PL. Psychopathology and economic status in mother-only and mother-father families. *Child Psychiatry Hum Dev*, 1989.
48. Toro J, Vilardell E. *Anorexia Nerviosa*. Barcelona, Ed. Martínez Roca, S.A., 1987. Vallejo Ruiloba J.

- Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Ed. Masson-Salvat. 6a Edición. Barcelona, 2008.
49. Witkowski P, Kahn JP and Laxenaire M. Mutations sociales et psychopathologie familiale. *Annales Medico-Psychologiques*, 1988