

La vivencia de enfermería de Atención Primaria en el abordaje de usuarios con Trastorno Mental Grave

Primary Health Care nursing experience in the approach of users with Serious Mental Disorder

Autor: Laura Rosa Cerezo (1)
Tutor del trabajo: Darío Fajardo Galván (2)
Dirección de contacto: laura2m91@hotmail.com
Fecha recepción: 22/01/2018
Aceptado para su publicación: 09/07/2018
Fecha de la versión definitiva: 29/09/2018

Resumen

Tras la Reforma Psiquiátrica (1985) y la Ley General de Sanidad (1986), el ámbito de Atención Primaria adquiere gran relevancia en la atención a los pacientes con trastornos mentales; llegando a englobarse dicha prestación en su Cartera de Servicios.

El grado de coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria es muy variado. Aunque la enfermería de ámbito comunitario sea una figura idónea para realizar ese enlace, estudios cuantitativos plantean que los profesionales de enfermería de Atención Primaria tienen dificultades para la atención de usuarios con problemas de Salud Mental y de sus familiares, influyendo en sus vivencias. **Objetivo.** Explorar las percepciones, actitudes y opiniones de los profesionales de enfermería que trabajan en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid sobre el abordaje de las personas con Trastorno Mental Grave y su continuidad de cuidados entre Salud Mental y Atención Primaria. **Metodología.** El tiempo de estudio es de 22 meses. Bajo el marco teórico de la "Teoría interpersonal de Hildegard Peplau", se utilizará una metodología cualitativa fenomenológica interpretada. El muestreo se realizará en bola de nieve. La obtención de datos se llevará a cabo a través de grupos de discusión, pudiéndose implementar con la realización de entrevistas en profundidad. Tras la codificación de los datos, se validarán por medio de la triangulación, verificación externa y reflexividad. **Relevancia científica y sociosanitaria del estudio.** Este estudio es fuerte en términos de validez interna, pero débil en validez externa, ya que los resultados obtenidos no son generalizables a la población.

Palabras clave

Investigación cualitativa; Enfermería de Atención Primaria; Salud Mental; Enfermería; Atención Primaria de Salud.

Abstract

After the Psychiatric Reform (1985) and the General Health Law (1986), the scope of Primary Health Care acquired great importance in the care of patients with mental disorders; this service was even included in its Portfolio of Services.

The degree of coordination between Mental Health and Primary Health Care is very varied. Although community-based nursing is a suitable figure to this link, quantitative researches carried out that Primary Health Care nursing has difficulties in caring for users with Mental Health problems and their families, influencing their experiences. **Objective.** Explore the perceptions, attitudes and opinions of nursing professionals who work in Primary Health Care in the Community of Madrid on the approach of people with Serious Mental Disorder and their continuity of care between Mental Health and Primary Health Care. **Methodology.** The research time is the 22 months. Under the theoretical framework of de "Interpersonal nursing theory" of Hildegard Peplau, we will use a phenomenological qualitative methodology interpreted. We will perform snowball sampling. The data collection will be through discussion groups, being able to be implemented by conducting in-depth interviews. After data coding, validated by triangulation, external checking and reflexivity. **Scientific and socio-sanitary relevance of the research.** This research is strong in terms of internal validity, but weak in the external one, since the results obtained are not generalizable to the population.

Key words

Qualitative Research; Primary Care Nursing; Mental Health; Nursing; Primary Health Care.

Categoría profesional

(1) Graduada en Enfermería por la Universidad Rey Juan Carlos (Alcorcón, Madrid). Especialidad de Salud Mental en Instituto Psiquiátrico José Germain (Leganés, Madrid). Enfermera en la Unidad de Transición Hospitalaria de Psiquiatría del Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid).

INTRODUCCIÓN

Contexto histórico

Hasta la Reforma psiquiátrica, la "Psiquiatría manicomial" venía a ser el modelo asistencial, el cual se basaba en el encierro y marginación en manicomios de las personas con enfermedad mental. Durante el franquismo, la psiquiatría oficial aplicaba la psiquiatría biológica y tenía una concepción moralizante y adaptativa al catolicismo, fascismo e ideología imperante; siendo vetadas, marginadas, excluidas o prohibidas todo otro tipo de corrientes (1). A pesar de ello, se iba abriendo paso, una corriente de trabajadores de la Salud Mental que venían rigiendo los procesos de cambio en la asistencia psiquiátrica iniciados tras la II Guerra Mundial en países democráticos desarrollados (Reino Unido, EEUU, Canadá, Italia...) (1,2). En ellos se estaban promoviendo reformas legales y asistenciales para garantizar una mejor atención y un mayor respeto de los derechos de las personas con enfermedad mental (3).

De las consecuencias del cambio ante la llegada de la democracia a España, entramos en el periodo cuyo eje está en torno a la "Reforma Psiquiátrica" (1985)(5). Ésta surge cuando la sociedad quie-

re otro destino para las personas con enfermedad mental, por razones técnicas (el fracaso del hospital psiquiátrico como espacio terapéutico) y razones éticas (la devolución de la dignidad, el respeto de los derechos para estas personas) (3).

Además, toda la corriente psiquiátrica anteriormente descrita, accede a lugares de cierto poder para tomar las riendas respecto a la planificación en Salud Mental (1). Todo ello se vino a plasmar en el "Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica" (abril 1985), que sirvió de referencia para la planificación asistencial de la Salud Mental a nivel estatal. Los principios que vertebraron dicha Reforma fue centrar el eje de la atención en el ámbito comunitario, así como la integración de todos los Servicios de Salud Mental en el Sistema Sanitario general como atención especializada, en conexión con Atención Primaria y servicios sociales (1-3,5).

Al mismo tiempo, la Ley General de Sanidad (LGS) vino apostando en 1986 por un Sistema Nacional de Salud (SNS) que garantizara una prestación universal, equitativa y descentralizada, de financiación pública. Centrándose en Salud Mental, recogió en su artículo 20 (IMAGEN 1) lo fundamental de los planteamientos del Informe (3,6).

Ley General de Sanidad
Art. 20: De la Salud Mental
(Principios de actuación)

- La atención a la Salud Mental se realizará, de forma progresiva, en el ámbito comunitario potenciando los recursos y medidas que reduzcan la necesidad de hospitalización.
- Los internamientos se llevarán a cabo en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- Se considerarán especialmente los problemas de Salud Mental en niños y mayores
- Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción del enfermo mental en coordinación con los Servicios Sociales.
- Igualmente, se atenderán los aspectos de prevención y atención a problemas psicosociales que puedan incidir sobre la pérdida de la salud.

Imagen 1. Principios de actuación en Salud Mental (Artículo 20 de la Ley General de Sanidad, 1986) (3,6).

La siguiente fase de la reforma psiquiátrica se caracterizó por primar su desarrollo a nivel autonó-

mico, habiendo por tanto diferencias de implementación entre Comunidades Autónomas. En este con-

texto se sitúa la constitución de los mapas sanitarios, las medidas de mejora de los instrumentos de gestión y evaluación de la Salud Mental. A pesar de ello, a partir del año 1990 se considera que hay un estancamiento en la mejora de la Salud Mental, quedando según diversos autores (1-3,7) y Planes Estratégicos (6,8,9) "Asignaturas pendientes" en la implantación de la Reforma, como puede ser el desarrollo comunitario. Todo ello sin dudar que ésta significa una gran mejora de la atención psiquiátrica en España.

Salud Mental y Trastorno Mental Grave

La OMS describe Salud Mental como "un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad"(10).

En el ámbito de la Salud Mental la palabra "cronicidad" sigue teniendo unas claras connotaciones negativas y estigmatizantes, razón por la que la literatura viene utilizando el término Trastorno Mental Grave (TMG) (11). Para acercarse a una "definición de personas con TMG" se ha enfatizado unas veces en el tipo de evolución que presentan, otras en la edad o duración del trastorno, y otras en el tipo de síntomas con que cursan (11). Como consecuencia, es posible encontrar una gran heterogeneidad de usuarios con necesidades asistenciales muy diversas y cambiantes a lo largo del curso vital de la persona (11,12). Por otro lado, existe un consenso acerca de la necesidad de delimitar correctamente esta población, con criterios consistentes y homogéneos de TMG, con el fin de determinar su morbilidad, prevalencia, identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad (11,12).

De esas diversas definiciones de TMG, se puede decir que todas hacen referencia (además de referirse al diagnóstico clínico y a la duración del trastorno) al funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada (13). La definición en la que se basa el presente trabajo es la formulada por Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que define a este colectivo como "un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, conllevando un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social" (11-13). La "Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en

el Trastorno Mental Grave" del SNS utiliza esa definición para contemplar sus tres dimensiones (13):

- Diagnóstico clínico: no solo que la persona presente síntomas, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Las Categorías diagnósticas según CIE-10 (13) son: trastornos esquizofrénicos (F20.x), trastorno esquizotípico (F21), trastornos delirantes persistentes (F22), trastornos delirantes inducidos (F24), trastornos esquizoafectivos (F25), Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29), trastorno bipolar (F31.x), episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), trastornos depresivos graves recurrentes (F33) y trastorno obsesivo compulsivo (F42).
- Duración del trastorno: evolución de dos años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos seis meses, aunque remitan los síntomas.
- Nivel de discapacidad: afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar. Es decir, discapacidad que produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y que al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente: historia laboral pobre, necesidad de apoyo económico, dificultades de apoyo social, necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial.

Se señala la necesidad de diferenciar TMG con "Trastorno Mental Común (TMC)" (9,13,14): aquellos que no requieren habitualmente la intervención de más de un profesional, y que incluyen los trastornos del estado de ánimo de distimia y episodio depresivo mayor unipolar, así como los trastornos de ansiedad. Esta sintomatología suele estar asociada a alteraciones del apetito y del sueño, con intensidad y repercusión emocional no especialmente significativa en quien la padece. Suele estar ligada a problemas vitales, conflictos laborales, problemas de adaptación, etc.

Enfermería y la atención a la Salud Mental de usuarios de Atención Primaria

Aunque el presente trabajo se vaya a centrar en el abordaje desde Atención Primaria de personas

con TMG, antes de pasar a definir Atención Primaria se hace necesario señalar que varios documentos oficiales especifican que la atención desde este ámbito a la Salud Mental no sólo incluye el abordaje de personas con trastorno mental (TMC y TMG) en coordinación con atención especializada, sino también prevención y promoción a la Salud Mental (8,15,16).

La definición que se va a manejar de Atención Primaria se basa en lo expuesto por la OMS (17) y Tizón (18), siendo ésta la asistencia sanitaria núcleo del sistema de salud. Está basada en la prevención y la promoción de la salud, por lo que se orientará hacia una atención continua, global y globalizadora del paciente, como unidad personal inmersa en la comunidad.

Las funciones de Enfermería en Atención Primaria se asientan en el campo competencial enfermero (Artículo 7.2.a de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias), en el que se refleja que "corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades" y se alinean con aquellas funciones definidas para los Equipos de Atención Primaria, es decir, el eje fundamental de la atención es el ciudadano (19,20).

Se han producido sustanciales cambios en los cuidados ofrecidos a los ciudadanos. Esto es debido al desarrollo disciplinar y científico de los profesionales de enfermería, a la incorporación de una metodología y a la posibilidad de medición de resultados enfermeros (19). Tampoco hay que obviar los cambios sociodemográficos de la población (personas con problemas de salud crónicos), como en el tipo de problemas de salud (procesos de disconfort). Todo ello ha supuesto una evolución en las funciones y responsabilidades de los profesionales de enfermería de Atención Primaria, que son clasificadas en(19):

- Clínico-asistencial: Promoción de cuidados, cuidados en prevención y cuidados en rehabilitación
 - Atención Directa en centro y domicilio a personas y familias. Consulta a demanda, concertada o atención urgente.
 - Educación para la Salud grupal
 - Participación Comunitaria

— Gestión de Casos

- Formación: pregrado, postgrado y continuada
- Gestión y Organización

Dentro de la función clínico-asistencial, resulta necesario definir "Servicio estandarizado" como el conjunto de actividades, técnicas, tecnologías y/o procedimientos que desarrollan los profesionales de Atención Primaria para prevenir, atender un problema de salud o una demanda asistencial y en los que mediante el establecimiento de estándares se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención (21). Estas prestaciones están integradas en un catálogo llamado "Cartera de Servicios" de Atención Primaria del SNS, la cual está dirigida a todo el equipo multidisciplinar, participando por tanto en ella los profesionales de enfermería (21).

Como ya adelantaba el "Informe de la comisión ministerial para la Reforma Psiquiátrica" (1985) y posteriormente la Ley 16/2003 y el Real Decreto 1030/2006, dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria se incluye la "Atención a la Salud Mental en coordinación con los servicios de atención especializada" (15,16).

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la Salud Mental en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de Atención Primaria.
3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de Salud Mental.
4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación su caso al servicio especializado correspondiente.
5. Seguimiento de forma coordinada con los servicios de Salud Mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Además, la "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud" señala que la Atención Primaria ha de adquirir una relevancia determinante en

la atención a los pacientes con trastornos mentales: abordaje terapéutico integral de las patologías que puedan atenderse, detección y derivación precoz de las personas que precisen una atención especializada en Salud Mental y continuidad en los cuidados de todas las personas afectadas y de sus familias (8,9).

Esta cartera es un modo específico de organizar la atención que se presta en el SNS. Sin embargo, las transferencias sanitarias a las Comunidades autónomas (CCAA) han permitido desarrollos y enfoque distintos de sus Cartera de Servicios de Atención Primaria, incluyendo una selección de servicios en función de la política sanitaria y de las necesidades y demandas de la población. De ahí que quepa la posibilidad de que un servicio incluido en la Cartera de Servicios común de Atención Primaria del SNS, y, por lo tanto, ofertado en todas las CCAA, no esté recogido en alguna Cartera de Servicios de Atención Primaria de una CCAA concreta. De tal forma, el servicio "Atención a pacientes con problemas de Salud Mental" sólo queda recogido en las Cartera de Servicios de las siguientes CCAA: Andalucía, Asturias, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Ingesa (Ceuta y Melilla), Navarra, La Rioja, País Vasco y Murcia. Esto no ha de interpretarse como que ese servicio concreto no esté incluido entre las prestaciones en el resto de las CCAA, sino que la prestación de ese servicio no se realiza conforme a las pautas estandarizadas (22,23).

Dentro del programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, se proponen como resultados de aprendizaje en relación con Salud Mental: "Fomenta la salud mental" e "Intervención con familias con crisis prevalentes: enfermedad mental" (24).

Papel de enfermería en la coordinación entre la Red de Salud Mental y Atención Primaria

La coordinación de la atención a la Salud Mental con Atención Primaria es primordial para la detección y tratamiento precoz así como el seguimiento de la enfermedad mental grave y persistente (8). Así, se plantea en la Estrategia en Salud Mental del SNS (25).

Dentro de las funciones de enfermería de Atención Primaria, figura la "Gestión de casos": atención individualizada y coordinada entre sectores para cada caso (19). El profesional de enfermería de ámbito comunitario es la figura idónea para llevar a cabo este modelo de intervención por su perfil: conocimiento científico, metodología de trabajo, formación sociosanitaria e integral en el cuidado, cercanía y accesibilidad a personas/familia/grupos

y capacidad de gestión con una planificación a medio y largo plazo (19). Por tanto, estos profesionales deben asumir el liderazgo para identificar, planificar y coordinar los servicios que ayuden a las personas dependientes o en situación de fragilidad, y a sus familias; garantizando calidad y disminuyendo los costes derivados del cuidado fragmentado (19). En la práctica, el grado de coordinación en enfermería de Atención Primaria y Salud Mental es muy variado, siendo en unos casos organizada y continua, en otros casos se trata de coordinaciones puntuales para situaciones que lo requieran, y en otros muchos casos es inexistente (8).

En este sentido, los modelos que han demostrado mayor eficacia son el de Gestión de Casos (Intervenciones externas e intensidad baja de relación gestor-paciente/familia) y el Tratamiento Asertivo Comunitario (Intervenciones del equipo, intensidad alta de relación equipo-paciente/familia) (8). En la práctica, se considera la toma de un modelo mixto, cuyas prestaciones puedan oscilar, en función de necesidades de las personas, entre ambos modelos mencionados (8).

A nivel estatal, se resalta que no existe una generalización de modelos de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental (23,25). Algunos expertos han propuesto que se formulen modelos de cooperación entre ambos niveles, más allá de la derivación, y se designe un profesional «referente» del equipo de Salud Mental para cada equipo de Atención Primaria, con los objetivos de: asesoramiento en casos clínicos, construcción y aplicación de protocolos transversales, desarrollo de programas (de atención psicosocial, de atención a cuidadores, de psicoeducación), coordinación con «enfermería de enlace», desarrollo de actividades de formación continuada e implementación de actividades de prevención y promoción de la Salud Mental (8). Al mismo tiempo, también se propone facilitar las vías de transmisión de la información clínica entre ambos niveles asistenciales (8).

Justificación

El 80% de las personas con problemas mentales atendidas en Salud Mental proceden del ámbito de Atención Primaria (8). La elevada prevalencia de los problemas relacionados con la Salud Mental en Atención Primaria ha sido objeto de numerosos estudios, oscilando entre un 18 y un 39% (8,26,27). Las personas que presentan los siguientes diagnósticos de Salud Mental son a las que atienden con mayor frecuencia los profesionales de Atención Primaria:

esquizofrenia (51,8%), depresión (39,3%), ansiedad (23,2%) y trastorno bipolar (14,3%) (8,27).

Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y una de las principales causas de que las personas vivan un mayor número de años con discapacidad (10). El trastorno mental es un problema de primera magnitud, por su elevada prevalencia y por el impacto de sufrimiento y desestructuración en las personas, sus familias y su entorno (13). Para la mayoría de los países de Europa la prevalencia estimada de TMG entre el 0,6 % y el 1% de la población que, sin embargo, absorbe el 50% de los recursos asistenciales de Salud Mental (8).

La relación entre Atención Primaria y Salud Mental no es uniforme entre las distintas CCAA. En general, existen programas de colaboración en 12 CCAA, con un grado de implicación en ellos entre un 5-100%, sin una dotación económica o de tiempo específico para tal fin, excepto en algunas CCAA concretas (23). En la CAM, no hay Cartera de Servicios específica de Salud Mental en Atención Primaria, ni dotación económica ni temporal para ello (23). En una muestra de 19 servicios de Salud Mental de uno de los distritos de la CAM refleja que el apoyo a Atención Primaria ocupa un 0,1% de las asistencias totales prestadas (8).

En la CAM no se han encontrado documentos de ayuda que guíen la asistencia a personas con problemas mentales desde Atención Primaria; en comparación con otras CCAA en las que existen algunas guías de atención a la Salud Mental en Atención Primaria (Canarias), así como de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental (Comunidad Valenciana, Islas Baleares y Región de Murcia) (28-29).

Dentro de la CAM, en el caso de las zonas rurales el acceso al Servicio de Salud Mental está distante y la Atención Primaria cobra una especial relevancia (8). En esa dispersión geográfica es importante la coordinación con enfermería de Atención Primaria para hacer un seguimiento de la patología física que pudiera presentar, del tratamiento inyectable en el caso que la administración se realice en su Centro de Salud y el desarrollo integral de los Planes de Cuidados (8).

Resulta interesante plantearse una metodología cualitativa para la presente investigación ya que existen estudios realizados en otras CCAA (Andalucía, País Vasco) que tratan el tema elegido desde una perspectiva cuantitativa. Éstos plantean cómo los profesionales de enfermería de Atención Primaria tienen dificultades para la atención de usuarios con problemas de Salud Mental y sus familiares, in-

fluyendo en las vivencias de enfermería de Atención Primaria, entendiendo éstas como las conductas y actitudes que se mueven alrededor de dicho abordaje, pudiendo no ser las más apropiadas con esta problemática. A continuación, se exponen dichas dificultades de forma más concreta:

- Queda patente la dificultad de los profesionales de Atención Primaria para coordinarse con los profesionales del CSM, aunque ambos desarrollan su trabajo en la comunidad (26,27). A pesar de ello, los profesionales de Atención Primaria mantienen buena predisposición para mejorar esto (26).
- Desconocimiento o inexistencia de protocolos o de objetivos dirigidos a la atención de pacientes de Salud Mental dentro del Centro de Salud de Atención Primaria (27).
- La mayoría del personal de enfermería de Atención Primaria no realiza labores autónomas con las personas con trastornos mentales: apoyo a la familia, escucha activa, seguimiento y evaluación (26,27).
- Presencia de estigma a la Salud Mental: dilema de Atención Primaria como ámbito adecuado de atención a la Salud Mental. Hay una ambivalencia de datos sobre la visión y la actitud de enfermería de Atención Primaria hacia la persona con diagnóstico con Salud Mental (Positiva vs. Negativa, como por ejemplo, prevención ante percepción de peligro, miedo...), hacia el CSM y la psiquiatría en general (26,27). En esta línea, se han dado grandes avances en la lucha contra el estigma a través de su inclusión como prioridad en planes estratégicos, de campañas de difusión de material informativo y de movimientos asociativos (13).
- La bibliografía consultada coincide en decir que los profesionales de enfermería de Atención Primaria destacan su necesidad de formación en Salud Mental, ya que perciben como insuficiente el conocimiento para atender correctamente a estas personas, tanto con TMG como TMC (26,27). Existen investigaciones donde se muestra que la formación de los profesionales de Atención Primaria orienta adecuadamente sus actitudes y conductas hacia las personas con TMG, además de mejorar la atención que les proporcionan (adherencia al tratamiento, continuidad de cuidados, control de la salud, monitorización de efectos secundarios de psicofármacos, identificación de crisis para derivación

a servicios de Salud Mental, vigilancia de abuso sustancias, conocimiento del entorno familiar) (8,27). Además, la OMS señala que es una medida que reduce el riesgo de suicidio (10).

OBJETIVOS

Como objetivo general se establece: Explorar las percepciones, actitudes y opiniones de los profesionales de enfermería que trabajan en la red de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (CAM) sobre el abordaje de las personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG).

Dentro de ese, se priorizan de la siguiente forma los objetivos específicos:

- Conocer las percepciones, actitudes y opiniones de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de la CAM respecto a los recursos disponibles para la asistencia de personas con un diagnóstico de TMG.
- Conocer los factores que los profesionales de enfermería que trabajan en la red de Atención Primaria de la CAM asocian a las dificultades del mantenimiento de la continuidad de cuidados entre la Red de Salud Mental y la de Atención Primaria.
- Conocer las percepciones, actitudes y opiniones de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de la CAM respecto a la coordinación existente entre las redes de Salud Mental y de Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Para la consecución de los objetivos, se ha elegido una metodología cualitativa ya que ésta es holística, naturalista, subjetiva e inductiva. Este diseño se adapta a los fenómenos de estudio según las necesidades de recogida de información que surjan tras los primeros hallazgos (30,31). El papel del investigador es observar dichos fenómenos desde dentro, interactuando con los sujetos y recogiendo así información de sus experiencias (30).

Dentro de dicha metodología cualitativa la orientación elegida es la fenomenología hermenéutica o interpretada, la cual busca comprender el comportamiento humano y la forma en la que conocemos lo que nos rodea (30). Entiende la vivencia individual de los sujetos desde un proceso interpretativo en sí

misma y que la interpretación ocurre en el contexto donde el investigador es partícipe (31).

Por tanto y en concordancia con lo anterior, se escoge como marco teórico la teoría interpersonal de Hildegard E. Peplau: se centra en entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia (Enfermería Psico-dinámica). Concretamente, el presente estudio se centra en "las cuatro experiencias psicobiológicas": necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Estas experiencias ofrecen que la energía se transforma en algún tipo de acción. Este tipo de experiencias exigen respuestas destructivas o constructivas por parte de la enfermera y el paciente. El conocimiento de estas experiencias, por parte de la enfermera, es necesario para poder establecer los objetivos e intervenciones adecuadas (32-34).

Consideraciones éticas

El presente proyecto respetará los Principios Éticos y el Código Deontológico de la Enfermería Española; así como cumplirá las normas internacionales relativa a la protección de datos y la legislación española vigente:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal
- Real Decreto 1720/2007 del 21 de diciembre por la que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999
- Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros informatizados que contengan datos de carácter personal.
- Ley 14/2007, del 3 de Julio, de investigación biomédica.

Población de estudio

Una muestra de profesionales de enfermería (en torno a 60) que trabaja en Centros de Salud o Consultorios de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (CAM).

Criterios de inclusión:

- Diplomados o Graduados en enfermería, que hayan trabajado un mínimo de 5 meses en los Centros de Atención Primaria especificados (para evitar personal contratado en periodos estivales).
- Tanto profesionales de enfermería especialistas en Familiar y Comunitaria como no especialistas.
- Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) de segundo año.
- Aceptar y participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Residentes o profesionales de enfermería especialistas en Salud Mental.
- No comprender o hablar castellano.
- Experiencia laboral en servicios de Salud Mental > 2 meses (los residentes de EFyC según el programa formativo que regula dicha especialidad, rotan un mes y medio por Centro de Salud Mental, por tanto, no serían excluyentes).
- Estar en posesión de otro título universitario además de enfermería.

Posteriormente se hablará de tipos de centros según su ubicación, por lo que es necesario especificar en este punto que se considerarán Centros de Salud o Consultorios de Atención Primaria:

- Rurales: aquellos que están asociados a los "Servicios de Atención Rural", ya que estos dispositivos se ubican en esas zonas. También, se considerarán a todos los Consultorios como "rurales", a excepción de los ubicados dentro de la corona metropolitana de Madrid (35).
- Urbanos: los ubicados dentro de la corona metropolitana de Madrid y los situados en ciudades con población densa y numerosa (generalmente en torno a actividades no agrícolas). Se excluyen los definidos como "rurales" (36).

Tipo de muestreo

Los investigadores cualitativos suelen evitar las muestras probabilísticas, puesto que lo que se busca son personas informadas, lúcidas, reflexivas y dispuestas a hablar ampliamente con el investigador. Por tanto, el muestreo se realizará por avalan-

cha o en bola de nieve, por el que se seleccionarán profesionales que cumplan los criterios de selección anteriormente descritos hasta saturación de datos.

Después de recibir el consentimiento del Comité Ético correspondiente, se realizará una reunión previamente fijada con los responsables de los centros participantes, en la que:

- Se obtendrá el permiso del propio centro, tras explicar los objetivos del estudio, la metodología que seguirá y los criterios de selección de los participantes.
- Se les solicitará colaboración para la identificación y captación de los profesionales que cumplen el perfil. Esto se realizará a través de varios medios:

- Invitación de participación en el estudio a través de un correo electrónico institucional a los profesionales que cumplen los criterios de selección. Se adjuntará en éste la "Hoja informativa del estudio" (**ANEXO 1**), el "Consentimiento informado" (**ANEXO 2**) y el "Cuestionario sociodemográfico" (**ANEXO 3**). Se especificará también que la inscripción al estudio se realizará con la entrega de estos dos últimos documentos cumplimentados mediante correo electrónico al equipo de investigación o entrega física a los responsables del centro (quiénes nos la harán llegar a través de los datos de contacto o entrega física). A cada cuestionario sociodemográfico se le asignará un código para mantener confidencialidad.
- Se les entregará varias copias de la "Hoja informativa del estudio", del "Consentimiento informado" y del "Cuestionario sociodemográfico" para su colocación en tablón de anuncios del personal y/o distribución en los casilleros correspondientes a los profesionales que cumplen los criterios de selección.

- Se solicitará que los participantes disfruten, en las fechas de encuentro con el equipo de investigación, del reconocimiento de días de permiso de labores asistenciales.
- Se les facilitará el número de teléfono, fax y correo electrónico como medios de contacto y consulta con el equipo investigador.

Tras recolectar todas las inscripciones y antes del comienzo de la recogida de datos, se convocará una reunión con todos los interesados para ampliar información, resolver dudas, recoger sugerencias y com-

probar el cumplimiento de los criterios de selección.

Recogida de datos

La obtención de información se llevará a cabo a través de la realización de grupos de discusión. Teniendo en cuenta las características de los participantes recogidas en el "Cuestionario sociodemográfico" (**ANEXO 3**), el investigador principal conformará los grupos de discusión con los siguientes criterios: mínimo dos profesionales de centro urbano, mínimo dos profesionales de centro rural, mínimo dos Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, mínimo dos personas que hayan trabajado en hospital previamente y al menos 40-50% mujer/hombre.

Una persona puede cumplir varias de las especificaciones anteriores. Además, se formarán los grupos intentando que no coincidan personas del mismo centro de trabajo o que se puedan conocer por otras vías (38).

Esta metodología se caracteriza por su no directividad, y la conversación entre sus integrantes es generadora no solo de información sino también de significación (39). A través del discurso de las personas se pueden conocer sus influencias personales, sociales, culturales e históricas, con la que se posibilita la interpretación de su experiencia (30).

En estos grupos, existirá la figura de preceptor y de observador. Habrá dos observadores que reflejarán de forma escrita la dinámica grupal. El preceptor, será el investigador principal (profesional de enfermería especialista en Salud Mental); trabajará sobre el discurso del grupo sin participar en él, teniendo a su disposición un guion conversacional (**ANEXO 4**) como estrategia de inducción y canalización de la discusión (39). Los temas incluidos en este guion pretenden desvelar la esencia del objeto de estudio, aunque estos temas pueden verse modificados, enriqueciendo el discurso grupal (30,31). El indeterminismo sobre el guion puede revelar cierta información sobre el grupo, como los temas tocados, secuencia de los temas, omisión de tópicos, temas que crean fraccionamiento en el grupo o temas que permiten el consenso (38). También, esa característica cualitativa de flexibilidad y apertura, permite que si durante el desarrollo del grupo descubrimos a una persona a la que sería interesante hacer una entrevista en profundidad (un informador clave), aunque en principio no tuviéramos pensado realizar ninguna, podríamos incluir, este método como recogida de datos de nuestro estudio (30).

Las conversaciones mantenidas durante los grupos de discusión serán grabadas en vídeo a través de dos videocámaras. En el caso de que, en algún grupo, un participante fuera reticente a la grabación en vídeo, se realizaría en audio (con dos grabadoras). En esta última opción, el observador anotaría también los mensajes no verbales captados durante los discursos (39). Los datos de identificación y grabaciones se mantendrán bajo llave, teniendo acceso al mismo únicamente el equipo investigador y serán destruidos una vez se haya finalizado la investigación.

Se realizarán grupos de discusión hasta llegar a la saturación de la información, momento en el que se habrá alcanzado el tamaño muestral. Se estima que esto se alcanzará en torno a 6 grupos. A modo de reposición, se realizará una previsión de participantes para llenar 2 grupos más de esos estimados, a los que se avisarán que quizás no haga falta que intervengan (37). Cada grupo se conformará con 6-8 participantes aproximadamente, con la intención de que sean lo más homogéneos posibles entre ellos. Además, se realizará un grupo piloto previo a éstos para observar que no se haya obviado temas primordiales en el guion. La disposición del grupo será en círculo.

El primer grupo de discusión tendrá lugar una semana después de la reunión previa realizada con los participantes. Posteriormente, se realizarán dejando como mínimo una semana de separación entre ellos, con el fin de que haya un tiempo tras cada uno de ellos para la transcripción de los datos. Se recordará cada encuentro por correo electrónico. Se estima una duración de éstos de aproximadamente una hora. Se tendrá en cuenta si hay alguna propuesta de horario de forma generalizada. En cuanto al lugar, deberá ser neutro para los participantes y el investigador, para que no pueda influir en el discurso. Se ofrecerá la opción de realizarlas en lugares cercanos a los participantes, con el fin de facilitar su asistencia. Así como, se enviará documentos de localización.

Es importante avisar a los participantes cuando los grupos de discusión estén llegando a su fin, para que puedan añadir algún aspecto que no se haya abordado. Por último, se agradecerá su participación en el estudio.

Recursos empleados

- Humanos: equipo de investigación que adquirirá formación y entrenamiento en cuanto a la recogida y análisis de datos en investigación cualitativa. Formado por:

- Un profesional de enfermería especialista en Salud Mental, como investigador principal, con formación en ámbito de Atención Primaria, que se encargará de:
 - Solicitar las autorizaciones pertinentes para llevarlo a cabo.
 - Acordar y realizar las reuniones previas con los supervisores y participantes de los distintos centros.
 - Preparar y enviar la documentación relacionada con el estudio.
 - Organizar, planificar y realizar los grupos de discusión.
 - Ordenar, codificar y transcribir la información obtenida; así como analizarla

junto con el resto de miembros del equipo de investigación.

- Elaborar el informe final de investigación.
- Difundir los resultados.

- Dos profesionales de enfermería especialistas en Salud Mental con formación en dinámicas grupales, predispuestos a colaborar en el estudio de investigación. Éstos ejercerán la función de observadores en los grupos. Además, ayudarán en la transcripción y análisis de los datos.

Se especifica el gasto de personal en la **TABLA**

- Materiales: se especifican en la **TABLA 1** junto con el coste asociado.

1. GASTOS DE PERSONAL	
3 Profesionales de enfermería especialistas de Salud Mental	750 €
SUBTOTAL	750 €
2. GASTOS DE EJECUCIÓN	
Adquisición de bienes	
2 videocámaras digitales	450 €
2 grabadoras digitales	100 €
2 ordenadores portátiles	1.000 €
Material de papelería: tóner, bolígrafos, folios	100 €
Impresora multifunción láser monocromo (fax y escáner)	150 €
Dieta (aperitivo)	300 €
SUBTOTAL	2.100 €
a) Transporte para los encuentros	
Participantes	300 €
Equipo de investigación	250 €
SUBTOTAL	550 €
b) Difusión de los resultados	
Traslado y alojamiento para presentación del estudio en congresos y seminarios	1.000 €
SUBTOTAL	1.000 €

Tabla 1. Presupuesto

Se hace necesario reflejar que no existe financiación para realizar el presente proyecto por parte de ninguna entidad, aunque sí se optará al beneficio de ayudas sin presencia de conflictos de interés.

Se solicitará a distintos organismos (Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, institución laboral), ayudas de subsanación de los gastos de inscripción a los congresos a los que se asistirá para

la difusión de los resultados.

También se identifican como potenciales colaboradores del estudio:

- Centro de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Complutense de Madrid
- Se presentará el proyecto a concurso para obtener la beca de ayuda a la investigación de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental o del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.

Análisis de los datos.

El análisis de datos se realizará después de cada grupo de discusión, ya que esto aportará al investigador líneas de discurso emergentes, permitirá identificar el momento de saturación de datos, así como rediseñar la metodología en el transcurso de la investigación, siendo un diseño flexible y retroalimentado (30).

Se transcribirán de forma literal las grabaciones de los discursos, reflejando también las anotaciones de campo de los observadores y los aspectos de comunicación no verbal (en-tonaciones, risas, gestos, silencios, etc.) detectados por el equipo de investigación (39). En estas transcripciones se nombrarán a los participantes por medio de su código de identificación, con el fin de mantener la confidencialidad de cada uno de ellos.

Después de una lectura en profundidad de todos los datos, para intentar alcanzar una visión completa e integradora de ellos, se comenzará con el proceso de codificación.

La codificación hace referencia al proceso a través del cual se segmentan los datos en función de su significado y condensarlos en unidades analizables. Es decir, ayuda a llegar desde los datos a las ideas (40).

En la codificación, primero se identifican los "verbatims" palabras, frases o párrafos que tienen una misma significación, al mismo tiempo que se busca relación con los objetivos del estudio y con el marco teórico escogido (Teoría interpersonal de Hildegard Elizabeth Peplau) (30). A estos fragmentos de con-

tenido se los asignará un nombre y un código, conformando las "Unidades de análisis". Éstas se ordenarán y clasificarán dando lugar a las "Categorías", cada una también con un código. Las categorías se compararán y relacionarán entre sí, llegando a una mayor profundización en el análisis, hasta identificar "Núcleos temáticos o metacategorías". Cada código tendrá una definición operacional precisa que se podrá ir revisando a medida que el estudio avanza, pero siempre deberá ser acordes al concepto subyacente (41). También, puede que se creen categorías nuevas a parte de las utilizadas como marco teórico, como por ejemplo, el grado de intervención y el perfil de los participantes.

Se empleará una herramienta informática para ofrecer transparencia y facilitar este proceso, identificando similitudes, diferencias y relaciones entre fragmentos de texto.

Para mostrar que la interpretación de la información es veraz, utilizaremos las siguientes técnicas de validación de resultados (42):

- Triangulación: hace referencia a la utilización de diversos métodos para contrastar y corroborar el fenómeno de estudio desde diferentes perspectivas. Se efectuará en primer lugar, el análisis de forma individual por cada uno de los investigadores. Posteriormente, habrá una reunión de equipo donde se contrastarán y discutirán los temas identificados en cada análisis individual hasta llegar a un consenso (42).
- Verificación externa: para corroborar que los resultados no son fruto de la subjetividad de los investigadores, se realizará una devolución de forma presencial de ellos a los participantes del estudio para que sean ellos quienes verifiquen, rectifiquen o maten dicho análisis; lo que se incluirá en el informe final de estudio (30).
- Reflexividad: previo a la recogida de datos, el equipo de investigación detallará por escrito sus creencias, valores, experiencias y conocimientos acerca del fenómeno de estudio; así como, ha de reconocer y controlar cómo eso puede influir en el análisis de los datos. Es un proceso constante durante toda la investigación (30).

CRONOGRAMA

Fase		Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Diseño del proyecto de investigación	Búsqueda bibliográfica																							
	Introducción																							
	Metodología																							
	Presentación ante comité científico																							
acercamiento al campo	Solicitud de autorizaciones																							
	Información del estudio																							
recogida de datos	Reclutamiento																							
	Grupos de discusión																							
	Transcripción																							
	Codificación																							
verificación y divulgación de los resultados	Triangulación																							
	Informe final																							
	Difusión																							

Limitaciones del estudio

En los estudios cualitativos, la representatividad de los resultados se pone en duda debido al empleo de muestras no aleatorias. Son fuertes en términos de validez interna, pero débiles en validez externa, ya que los resultados obtenidos no son generalizables a la población. En este sentido, pueden ser considerados de interés, ya que la adecuada descripción del contexto de estudio permitirá establecer tendencias que se puedan transferir a escenarios parecidos. Hay que tener en cuenta que esto no es un objetivo de la investigación cualitativa, sino que el interés de ésta es intrínseco para descubrir significados o reflejar realidades múltiples.

También, se debe tener en cuenta que la conformación de la muestra dependerá de la confianza y la cooperación tanto de los participantes encargados de difundir el proyecto tanto de los que participan activamente en él (37). Otra de las debilidades que posee es la única utilización de bibliografía hispana.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIO-SANITARIA DEL ESTUDIO

La utilidad práctica de la presente investigación se centra en promover una línea de mejora de la

atención a la Salud Mental desde Atención Primaria, así como la coordinación entre ambos niveles. Se obtendrían diferentes beneficios en los profesionales sanitarios: disminución de su ansiedad, aumento de sus conocimientos, mejora en la independencia, aplicación e implicación en el cuidado de personas con problemas de Salud Mental (27). Por tanto, esto se ve traducido en una mejora en la atención a dichas personas: disminución del estigma asociado a la enfermedad mental, aumento de la confianza en el personal sanitario, mayor adherencia al tratamiento, disminución de recaídas e ingresos, y por tanto, reducción del gasto sanitario (27).

Este estudio podría adaptarse para incluir a otros profesionales de Atención Primaria (Médicos, Auxiliares de enfermería, Celadores), así como para su aplicación de investigación en otros ámbitos de interés como, por ejemplo, los servicios de urgencias.

Estas posibles aplicaciones, junto al resto de los resultados de esta investigación se difundirían a profesionales del ámbito sanitario, especialmente a aquellos que están en puestos de gestión. Esto se haría tras la redacción de un informe final, mediante presentación en encuentros profesionales (Congresos, Seminarios...) como a través de la publicación en revistas especializadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Menéndez Osorio F. Veinte años de la Reforma Psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2005 [Citado 01 may 2016]; 25 (95): 69-81. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15933/15792>
- Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2011 [Citado 01 may 2016]; 85 (5): 428-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n5/02_colaboracion1.pdf
- Desviat M. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuadernos de Trabajo Social [Internet]. 2010 [Citado 01 may 2016]; 23 (2010):253-263. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS1010110253A/7484>
- Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia de salud para todos en el año 2000: plan de acción para aplicar la estrategia. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 02 mar 1982 [Citado 1 may 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/197241>
- Téllez Lapeira JM, Cerecedo Pérez MJ, Pascual Pascual P, Buitrago Ramírez F. La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria ¿Un reto a nuestro alcance? Aten Primaria [Internet]. 2005. [Citado 1 may 2016]; 35 (2): 61-63 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-salud-mental-el-umbral-13071909>
- Espino Gallardo A. La atención a la Salud Mental en España. Estrategias y compromiso social. [Internet]. Toledo: Ministerio de Sanidad y Consumo; 14 abr 2005 [Citado 1 may 2016]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf
- Espino Gallardo A. Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2002. [Citado 1 may 2016]; 22(81):39-61. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n81/n81a05.pdf>
- Burgueño Carbonell A (editor). Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2010. [Citado 12 may 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1268600114568&ssbinary=true>
- Gómez Beneyto M (editor). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. [Citado 12 may 2016]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [Citado 12 may 2016]. Temas de salud: Salud mental. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Gisbert Aguilar C et al. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo. [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003 [Citado 20 may 2016]. Disponible en: https://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf
- Profesionales de la Salud Mental integrados en la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [Citado 20 may 2016]. Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_tmental.pdf
- Grupo de Trabajo. 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. [Internet]. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. [Citado 20 may 2016]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMIG_ICS_compl.pdf
- Madariaga Zamalloa I. Valoración funcional de la patología psiquiátrica menor: guía de valo-

- ración de la Incapacidad Temporal de patología psiquiátrica. Med. segur. trab. [Internet]. 2014 [Citado 20 may 2016]; 60 (1): 39-43. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60s1/ponencia7.pdf>
15. España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 29 may 2003, núm 128, pp 20567-20588 [Citado 01 may 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
16. España. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 16 sep 2006, núm 222, pp 32650-32679. [Citado 01 may 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
17. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [Citado 24 may 2016]. Atención Primaria de Salud. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
18. Zamorano Agustín M. La continuidad de los cuidados enfermeros en atención primaria para pacientes TMS. Inf. psiquiatr. [Internet]. 2006 [Citado 24 may 2016]; 185: 327-376. Disponible en: <http://pesquisa.bvsa.org/ses/resource/pt/ibc-057242>
19. Arribas Cacha A, Gasco González S, Hernández Pascual M, Muñoz Borreda E. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Plan de mejora de atención primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 25ene 2009. [Citado 3 jun 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142528634544&language=es&pageid=1265722345892&pagename=PortalSalud%2FCM_Publicaciones_FA%2FPTSA_publicacionServicios&site=PortalSalud&volver=Si
20. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 22 nov 2003, núm 280, pp 41442-41458. [Citado 3 jun 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
21. Miquel Gómez A (editor). Cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria de Madrid. 4ª edición. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; jul 2014. [Citado 3 jun 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=url&data=application%2Fpdf&blobheader=Content-disposition&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCartera+de+Servicios+Estandarizados+AP.+Actualizaci%C3%B3n+2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352856117736&ssbinary=true>
22. Alfaro Latorre M (editor). Cartera de servicios de atención primaria: desarrollo, organización, usos y contenido. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; may 2010. [Citado 10 jun 2016]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf
23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Transversalidad y continuidad asistencial en salud mental. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. [Citado 10 jun 2016]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Transversalidad_y_continuidad.pdf
24. España. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 29 jun 2010; núm 157, pp 57217-57250. [Citado 10 jun 2016]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10364
25. Gómez-Beneyto M (editor). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [Citado 12 jun 2016]. Disponible en: <http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>
26. Arrillaga Arizaga M, Sarasqueta Eizaguirre C, Ruiz Feliu M, Sánchez Etxeberría A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. Aten Primaria [Internet]. 2004 [Citado 17 jun 2016]; 33 (9): 491-496.

- Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actitudes-del-personal-sanitario-atencion-13061608>
27. González Cano-Caballero M, Cano-Caballero Gálvez MD. Conocimiento, conductas y actitudes de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria en el cuidado de pacientes de Salud Mental [Internet]. Madrid: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2011. [Citado 17 jun 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/09/PRE-MIO-INVESTIGACION-ANESM-2012.pdf>
 28. Aznar Moya JA, Fernández Lorenzo J (editores). Coordinación, actuación y derivación entre salud mental y atención primaria. [Internet]. Murcia: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; 1995. [Citado 25 jun 2016]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/138077-publicacion_completa.pdf
 29. Díaz González CL, grupo de trabajo. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. [Internet]. Gran Canarias: Servicio Canario de la Salud; 2008. [Citado 25 jun 2017]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f52829a1-f9cb-11dd-9d99-e96480bea708/salud_mental_at_pr.pdf
 30. Salamanca Castro AB, Martín-Crespo Blanco C. El diseño en la investigación cualitativa. NURE Inv [Internet]. ene-feb 2007 [Citado 20 ene 2017]; (22). Disponible en: <http://www.nure-investigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/330/321b>
 31. De la Cuesta Benjumea C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. NURE Inv [Internet]. Nov-Dic 2006 [Citado 20 ene 2017]; (25). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/313>
 32. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. Barcelona: Elsevier España; 2011.
 33. O'Toole AW, Rouselin WS. Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería. Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. 3ª edición. Barcelona: Masson; 1996.
 34. Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat; 1990.
 35. Portal de Salud [Internet]. Madrid: Salud Madrid. [Citado 22 feb 2017]. Búsqueda de Centros de Atención Sanitaria. Disponible en: <http://centrossanitarios.sanidadmadrid.org/RedAsistencial/CentrosSAR.aspx>.
 36. Diccionario de la Lengua Española. [Internet]. Madrid: Real Academia Española [consulta 03 mar 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=9NXUyRH>
 37. Salamanca Castro AB, Martín-Crespo Blanco C. El muestreo en la investigación cualitativa. NURE Inv [Internet]. 2007 [Citado 20 ene 2017]; 27. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/340>
 38. Parada Dueñas FJ. Premisas y experiencias: análisis de la ejecución de los grupos de discusión online. Rev. Crit. C. sociales [Internet]. 2012 [Citado 10 feb 2017]; 4: 95-114. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4193116.pdf>
 39. Domínguez Sanchez-Pinilla M, Davila Legerén A. La práctica conversacional del grupo de discusión: jóvenes, ciudadanía y nuevos derechos. Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social. Madrid: Pearson; 2008. p. 97-126.
 40. González Gil T, Cano Arana A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II). NURE Inv [Internet]. 2010 [Citado 20 Feb 2016]; 7 (45). Disponible en: <http://stel.ub.edu/sites/default/files/Tipos%20de%20an%C3%A1lisis%20y%20codificaci%C3%B3n.pdf>
 41. Fernández Núñez, L. ¿Cómo analizar datos cualitativos? Butlletí LaRecerca [Internet]. 2006 [Citado 12 Feb 2016]; 7. Disponible en: <http://www.ub.edu/ice/recerca/fitxes/fitxa7-cast.htm>
 42. Luengo González R. Validación de estudios cualitativos (II). Estrategias de verificación. NURE Inv [Internet]. 2010 [Citado 12 Feb 2016]; 7 (49). Disponible en: http://fe10v.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/Validacion2_verificacion492110201013647.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Hoja informativa

Introducción

Con la aprobación del Comité Ético de investigación clínica, nos dirigimos a usted para informarle de forma suficiente y correcta sobre el estudio de investigación: "Vivencia de los profesionales de enfermería de Atención Primaria ante el abordaje de usuarios con Trastorno Mental Grave"; de cara a que pueda decidir de forma voluntaria la participación que le solicitamos en él. Si tras leer esta hoja informativa tuviera alguna duda, facilitamos más abajo un número de teléfono y un correo electrónico de contacto para poder resolverla.

Descripción del estudio

El estudio tiene como fin explorar las percepciones, actitudes y opiniones, de los profesionales de enfermería que trabajan en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, sobre el abordaje de las personas con Trastorno Mental Grave.

El estudio se realizará mediante una metodología de grupos de discusión, conformándose según las variables sociodemográficas de los participantes. En ellos se tratarán las cuestiones propuestas por el investigador alrededor del tema de estudio. La duración de éstos se estima en aproximadamente una hora, dejando como mínimo una semana de separación entre ellos. También, se podrá realizar entrevistas individuales en profundidad a algunos de los participantes. Para estos encuentros se tendrá en cuenta si hay alguna propuesta de horario de forma generalizada y se ofrecerá la opción de realizarlas en lugares cercanos a los participantes. En esta recogida de datos se realizarán grabaciones de vídeo o audio para su posterior análisis. Para fomentar la validez de éste, se presentarán los resultados a los participantes y a los profesionales que han realizado la captación, con el fin de obtener retroalimentación. Los resultados obtenidos se difundirán en los centros participantes, así como en diferentes revistas y congresos.

Criterios de inclusión:

- Diplomados o Graduados en enfermería, que hayan trabajado un mínimo de 5 meses en los centros de Atención Primaria especificados.
- Tanto profesionales de enfermería especialistas en Familiar y Comunitaria como no especialistas.
- Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) de segundo año.
- Aceptar y participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
 - Residentes o profesionales de enfermería especialistas en Salud Mental.
 - No comprender o hablar castellano.
 - Experiencia laboral en servicios de Salud Mental > 2 meses.
 - Estar en posesión de otro título universitario además de enfermería.

Participación voluntaria

La inscripción se realizará con el envío del consentimiento informado y del cuestionario sociodemográfico cumplimentados por correo electrónico al equipo de investigación o entrega física a los responsables del centro. El consentimiento y participación se podrá revocar en cualquier momento del estudio y sin repercusión ninguna para la persona que lo solicite.

Beneficios y riesgos de la participación

Los debates de grupo serán guiados por un profesional con experiencia en entrevistas clínicas y en grupos, y si en algún momento usted experimenta malestar y necesita realizar una pausa o desea detener el proceso, esto será facilitado por el investigador sin perjuicio para usted. En cuanto a beneficios, se les solicitará a los responsables de cada centro que los participantes disfruten, en las fechas de encuentro con el equipo de investigación, del reconocimiento de días de permiso de labores asistenciales.

Confidencialidad

En todo el proceso de estudio, incluyendo la difusión de éste, se cumplirá con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Por tanto, se garantiza el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos, a través de métodos de codificación. Los datos personales (incluidas las grabaciones) serán destruidos una vez se haya finalizado la investigación.

Además, se puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Agradecemos su tiempo y dedicación.

Investigadora principal: Laura Rosa Cerezo

Contacto (teléfono y correo electrónico)

Anexo 2: Consentimiento Informado

Nombre del proyecto: Vivencia de los profesionales de enfermería de Atención Primaria ante el abordaje de usuarios con Trastorno Mental Grave

Yo, _____, declaro que:

- He leído la "Hoja informativa" (**ANEXO 5**) que se me ha entregado.
- He recibido y comprendido toda la información que se me ha dado sobre el estudio.
- No tengo dudas acerca de él. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir del estudio.
- Entiendo los beneficios y riesgos de formar parte de él.
- Comprendo que se garantizará la total confidencialidad de mis datos.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento del estudio sin que suponga ningún perjuicio para mí.

Por esto, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para la utilización de mis datos para fines de investigación en las condiciones detalladas en la hoja informativa.

Firma del participante:

Firma del investigador principal:

Laura Rosa Cerezo

Fecha: _____

Fecha: _____

En caso de revocación del Consentimiento:

Firma:

Fecha: _____

Anexo 3: Cuestionario sociodemográfico

- Nombre y apellidos:
- Código (a cumplimentar por el equipo de investigación):
- Contacto:
 - o Correo electrónico:
 - o Teléfono:
- Edad:
- Sexo: hombre/mujer.
- Años de titulación de enfermería:
- Experiencia laboral previa en otros ámbitos distintos a Atención Primaria:

- Tiempo total trabajado en Atención Primaria:
 - o zona rural*:
 - o zona urbana*:
- Lugar actual de trabajo:
- Situación laboral: eventual/interino/fijo/residente de enfermería familiar y comunitaria/Otra:
- Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: sí/no
- Nº de horas de formación continuada centrada en Salud Mental:
- Familiar de primer grado con diagnóstico de Trastorno Mental Grave: sí/no

* **Centros de Salud "rurales"**: aquellos que están asociados a los "Servicios de Atención Rural". También, se considerarán a todos los Consultorios como "rurales", a excepción de los ubicados dentro de la corona metropolitana de Madrid.

Centros de Salud o Consultorios "urbanos" a los ubicados dentro de la corona metropolitana de Madrid y los situados en ciudades con población densa y numerosa (generalmente en torno a actividades no agrícolas). Se excluyen los definidos como "rurales".

Anexo 4: Guion de los grupos de discusión

Pregunta generadora:

¿Cómo os sentís ante el abordaje de usuarios con Trastorno Mental Grave (TMG)?

Temas a tratar a lo largo de los grupos de discusión en relación con el marco teórico de "las experiencias psicobiológicas" de H. Peplau:

→ Ansiedad/Frustración

- Distintas reacciones que se tienen ante estas personas con TMG, tanto positivas como negativas; su actitud y cuidado hacia estos pacientes.
- Sentimientos despertados en la relación con estas personas con TMG.
- Cuidados que se ofrecen a estas personas con TMG desde Atención Primaria.

→ Conflicto

- Factores que intervienen en la continuidad de cuidados entre Salud Mental y Atención Primaria.
- Recursos disponibles para la asistencia de personas con un diagnóstico de TMG.
- Relación en el equipo, entre ámbitos y el paciente/familia.

→ Necesidad

- Formación en Salud Mental.
- Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.
- Propuestas de mejora para mejorar el cuidado y la relación con las personas con TMG.

AGRADECIMIENTOS

- Al tutor del anteproyecto: Darío Fajardo Galván
- A la tutora de la especialidad: Laura Sánchez López
- Al co-tutor especialidad: Javier Sánchez Alfonso
- A todos los compañeros de residencia y tutores de rotación, que me han acompañado en este camino.
- A la "historiadora": Alicia Duro Sánchez
- A la traductora: Noelia Vaquero San Bruno
- A mi familia y pareja, que han sabido también lo que es hacer una especialidad.
- A las personas destinatarias de los cuidados, porque sin ellos nada tendría sentido.