
Valenzuela Soler MC (1); Cano-Caballero Gálvez MD (2); Fernández Marín MA (3).

- 1.- Enfermera Especialista en Salud Mental y Pediatría. USMIJ Granada.
- 2.- Enfermera Complejo Hospitalario Granada; Doctora y profesora de Grado de Enfermería de la Universidad de Granada.
- 3.- Auxiliar de Enfermería, USMIJ Granada.

Intervención familiar en padres con psicosis durante la crianza de los hijos

Family interventions in parents with psychosis along parenting

RESUMEN

Criar a un hijo significa ayudarlo a desarrollarse y a convertirse en un adulto física y mentalmente sano, adaptado al medio en el que vive. Las dificultades ante la crianza de un hijo son las mismas para los progenitores sanos que para los que padecen una psicosis, pero estos últimos presentan problemas añadidos, ya que la enfermedad y sus síntomas pueden hacer que tengan mayores dificultades en detectar y atender las necesidades del hijo. Está demostrado que entre los hijos de psicóticos existe una mayor vulnerabilidad a padecer trastornos mentales que entre la población general, y muestran tasas más altas de alteraciones de la conducta y de las emociones. Hay una serie de factores que pueden disminuir el riesgo que corren estos niños de sufrir trastornos: recibir unos cuidados básicos adecuados, saber que su padre/madre está enfermo, conocer la enfermedad y expresar sus miedos y temores. Apoyar a los padres en su rol parental y realizar psicoeducación con el niño son indispensables en la ayuda a estas familias, y la labor de la enfermera es primordial en estas intervenciones.

Palabras clave: progenitor psicótico, trastorno mental grave, paternidad, intervención familiar, psicoeducación, enfermería de salud mental.

ABSTRACT

Raising a child means helping him to develop and to become a physically and mentally healthy adult, adapted to the environment in which he lives. The difficulties with raising a child are the same for healthy parents than for those with psychosis, but the latter have additional

problems, because the disease and its symptoms can cause them to have more difficulties in detecting and addressing the needs of the child. It is known that offspring of parents with psychosis is more vulnerable to suffer from mental disorders than general population and shows higher rates of behavioral and emotional disorders. There are a number of factors that can decrease this risk for these children: receive adequate basic care, knowing that his father / mother is sick, knowing the disease and express their fears and qualms. Supporting parents in their parenting role and performing psychoeducation with the child are essential in helping these families, and the work of the nurse is essential in these interventions.

Keywords: parent with psychosis, severe mental disorder, parenthood, family-based approach, psychoeducation, mental health nursing.

INTRODUCCIÓN

La Organización de Naciones Unidas (ONU) reconoce como derecho universal, en 1948, el formar una familia, emparejarse, tener hijos y criarlos (1), y en el año 2006 lo reafirma específicamente para los pacientes con problemas de salud mental en su tratado “La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2). España lo ratificó y fue publicado en 2008 en el BOE (3).

Criar a un hijo significa ayudarlo a desarrollarse y a convertirse en un adulto física y mentalmente sano, adaptado al medio en el que vive. Para que esto se produzca el niño va a necesitar: cuidados, establecer vínculos afectivos, y un medio familiar seguro y estable (4). El niño nace totalmente dependiente. Para vivir y desarrollarse

necesita cuidados físicos (alimentación, higiene, vestido, cuidar de su salud), educación (establecimiento de límites, enseñanza) y cuidados emocionales (fomentar su autonomía y autoestima). Winnicott mantiene que es la madre quien desde el nacimiento pone las bases de la salud mental del niño, a través de los cuidados que le presta de una manera continua y estable (5).

El bebé necesita afecto. El vínculo afectivo que establece el bebé con su madre, o con la persona que represente esta función, en la primera etapa de la vida, es fundamental en el desarrollo de las funciones psíquicas (6). Está demostrado por las investigaciones en neuropsicología que el bebé nace con el cerebro sin desarrollar y con una gran plasticidad neuronal, y que las interacciones con la madre o figura de apego y las experiencias que vive van creando la estructura anatómica y funcional del cerebro. Es en esa estructura donde se desarrollan las funciones psíquicas; por tanto, el desarrollo del cerebro va a estar influenciado por la calidad de la crianza (7). Es igual de necesario que en esta relación poco a poco se introduzca un tercero, que normalmente es el otro progenitor, y se vaya ampliando al resto de personas del entorno inmediato del niño (4).

En nuestra sociedad la crianza se realiza en la familia, y la responsabilidad recae en los padres o personas que representen esta función. En la estabilidad del medio familiar van a influir varios factores, siendo los más importantes: la salud de los padres, su estilo educativo, la relación existente entre ambos y el propio niño (8). Es muy importante, para que los padres puedan cuidar bien de sus hijos, que estén en las mejores condiciones de salud. Por ello deben cuidarse y tener adecuadamente cubiertas sus necesidades básicas. Otra cuestión importante es el que mantengan una buena relación entre ellos, ya que va a contribuir a afianzar la unidad familiar.

El estilo educativo de los padres va a depender del grado de conocimientos y habilidades de crianza que posean. Hay que tener en cuenta que no hay pautas ni normas de crianza universales, y estas van a estar muy influenciadas por la cultura y la sociedad. Por otro lado, un niño que crece y se desarrolla bien va a ejercer un efecto beneficioso sobre el medio familiar.

También van a influir en la estabilidad del medio familiar otros factores de tipo social: trabajo, economía, lugar de residencia, los servicios a los que tengan acceso en su comunidad, etc.

Pero el desarrollo y la salud del niño no van a depender sólo de factores ambientales. Hay que tener en cuenta que el bebé al nacer ya trae una dotación genética heredada de sus padres y un temperamento determinado, que van a influir sobre su crecimiento y desarrollo.

Es importante distinguir entre temperamento y carácter. El temperamento es la parte instintiva de la personalidad con la que el sujeto nace, y está influenciado por factores biológicos y genéticos. Sobre él se va a modelar a lo largo de la vida el carácter de la persona, que surge de la suma del componente genético y la influencia de los factores ambientales (9). Posteriormente, en el desarrollo y evolución del niño van a intervenir otros agentes sociales, siendo uno de los más importantes la escuela (4).

Las dificultades e ilusiones ante la crianza de un hijo son las mismas para los progenitores sanos y para los que padecen una psicosis, pero estos últimos presentan dificultades añadidas, ya que la enfermedad y sus síntomas hacen que tengan mayores dificultades en detectar y atender las necesidades del hijo. A consecuencia de ello sienten temor de no estar cuidándolo bien, y además tienen miedo a que este pueda heredar su enfermedad (10,11).

En un estudio realizado en los años 2008 y 2009 en la comunidad de Madrid por la Universidad Complutense en colaboración con la Fundación Manantial (12) en progenitores con trastornos mentales graves, el 63% de los entrevistados pensaba que su enfermedad mental podía haber afectado a su capacidad para cuidar a sus hijos, considerando el 55% de ellos que habían llegado a desatenderlos por esa causa en alguna ocasión. Además, el 70% pensaba que la enfermedad mental que padecía podía llegar a afectar a sus hijos.

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS

En estudios realizados en población española se ha puesto de manifiesto que los pacientes psicóticos muestran una fertilidad y fecundidad similar a la población general (12,13).

Las familias en las que existe un progenitor con psicosis presentan unas características que van a estar muy relacionadas con la sintomatología y el curso clínico de la misma. La psicosis es una enfermedad mental con una sintomatología muy diversa y un curso clínico muy variable, que oscila desde el paciente compensado

y con pocas manifestaciones clínicas al que presenta descompensaciones frecuentes y precisa numerosos ingresos hospitalarios.

El embarazo en una paciente psicótica es considerado de riesgo, ya que la psicosis puede influir en el estado emocional de la madre, en su funcionamiento y en su autocuidado, por lo que puede provocar malos hábitos de salud, no acudir a las citas médicas e incluso abandono del tratamiento. Además, la alteración en las relaciones propia de la enfermedad hace que les sea más difícil contar con una red de apoyo. Todo esto supone un riesgo, tanto para la madre como para el bebé y su desarrollo. Lógicamente, la situación se complica cuando existen otras carencias de tipo social o el embarazo no ha sido deseado (14).

El diagnóstico de psicosis a un miembro de la pareja parental es una experiencia inevitable que han de afrontar. Ambos van a atravesar un proceso de duelo al darse cuenta de cómo el trastorno afectará a sus vidas e intentaran adaptarse a la nueva situación; de cómo lo hagan van a depender la aceptación de esta situación por parte de los hijos y la estabilidad del medio familiar. El duelo en la psicosis puede dificultarse por la falta de comprensión del entorno, hacia el paciente, o hacia la familia nuclear (15).

En general, en estas familias existe una alteración en la relación y comunicación, tanto entre la pareja como entre padres e hijos. La relación de pareja, que hasta el debut de la psicosis ha sido simétrica, de igual a igual, suele pasar a ser complementaria, en la que uno es el cuidador y otro el enfermo, o puede producirse un distanciamiento del cónyuge sano, pudiendo llegar a la ruptura (16).

La relación con los hijos puede verse alterada, no sólo por las características de la psicosis, sino también por los periodos de separación debido a los ingresos hospitalarios (12,17). También influye el rol que establece el progenitor sano con respecto al enfermo: muchas veces le relega a un papel secundario o lo descalifica por su enfermedad, lo que altera la relación deseable del niño con el progenitor psicótico (10).

Un aspecto que suele ser deficitario en la comunicación con los hijos es el que se refiere a tratar el tema de la enfermedad del progenitor con ellos. En el estudio ya referido realizado en la comunidad de Madrid, el 43% de los progenitores con trastorno mental grave informaron que sus hijos desconocían que tenían un problema de salud mental, y el 70% de los participantes no hablaba

de su enfermedad mental con sus hijos (12). A veces los padres están tan angustiados por la situación que no se dan cuenta de que el niño necesita que le expliquen lo que está ocurriendo; otras veces no lo hacen porque piensan que así protegen al niño o porque no saben cómo abordar el tema. Es una situación que también despierta miedo en ellos, lo que dificulta que puedan hablar con el niño (10).

La carencia de apoyos es frecuente en estas familias, debido a que los miembros de la familia extensa y amigos pueden temer al miembro psicótico, o que este no se deje ayudar (11). También se suele creer que no necesitan ayuda, ya que existe otro progenitor que está sano y puede asumir la función paterna; pero esto no siempre es así. El progenitor sano puede encontrarse sobrecargado teniendo que cuidar de su cónyuge, los niños, y probablemente trabajar, quedándose muchas veces los hijos al cuidado del progenitor enfermo (18).

Habitualmente hay una disminución de los ingresos económicos, por dificultades del progenitor psicótico en el mundo laboral, o porque el progenitor sano no pueda trabajar por tener que dedicarse al cuidado de su pareja e hijos.

REPERCUSIONES SOBRE EL NIÑO DE LA PSICOSIS DE LOS PADRES

Los niños son capaces ya desde muy pequeños de percibir que algo les sucede a sus padres. Cuando aparecen las manifestaciones de la enfermedad, se asustan ante el comportamiento violento, se extrañan ante las cosas raras que dicen o hacen (18), y cuando aparecen los síntomas negativos de la psicosis, a consecuencia de los cuales el progenitor deja de interesarse por las cosas del niño, pueden sentirse no queridos. También pueden sentir vergüenza del progenitor ante sus compañeros de colegio, y frecuentemente suelen pensar que ellos son responsables o han contribuido a la enfermedad del padre (19). Algunas veces los propios familiares pueden influir en esta creencia del niño, cuando le piden que se porte bien para que su padre/madre mejore de su enfermedad. A veces los hijos cuando van creciendo pueden convertirse en cuidadores del progenitor enfermo o de sus hermanos (19,20), lo que les supone una carga para la que no siempre están preparados.

En estos niños existe una fragilidad genética, y si se asocian otros factores de riesgo, como déficit de cuidados, alteración en las primeras relaciones madre-padre-bebe, carencias sociales..., van a facilitar la

aparición de problemas de salud mental (21,22). Está demostrado que entre los hijos de psicóticos existe una mayor vulnerabilidad a padecer trastornos mentales que entre la población general, y muestran tasas más altas de alteraciones de la conducta y de las emociones (11,13,23). A pesar de esto, en el estudio realizado con progenitores psicóticos y sus hijos en el proyecto SASPE en Barcelona, publicado en el año 2006, se puso de manifiesto la baja tasa de consulta de los hijos de estos pacientes a pesar de la accesibilidad del equipo de salud mental (13). Además, cuando consultan suelen hacerlo a edades más tardías (24).

Según Winnicott, el riesgo que representa la psicosis de los padres para el niño dependerá del progenitor que padezca el trastorno mental, padre, madre o ambos, del grado en que altere el rol parental, y de la etapa evolutiva en que se encuentre el niño cuando el trastorno haga su aparición. Sostiene este autor que supone mayor riesgo para el niño cuando la enfermedad la padece la madre o persona que representa esta función y hace su aparición en etapas tempranas del desarrollo evolutivo del niño (18).

La psicosis de los padres y los factores de riesgo asociados no afectan por igual al niño en sus distintas etapas evolutivas. El riesgo va cambiando según la fase de desarrollo en que se encuentre. En etapas evolutivas más avanzadas juega un papel importante en las repercusiones sobre el niño, la personalidad de este y su resiliencia o capacidad para afrontar las situaciones adversas, sin caer en la desorganización o en la psicopatología (23).

FACTORES PROTECTORES O DE CONTENCIÓN

Hay una serie de factores que pueden disminuir el riesgo que corren estos niños de sufrir trastornos a pesar de la existencia de los factores de riesgo mencionados. Dichos factores protectores para el niño son los siguientes (19):

- a. Recibir unos cuidados básicos adecuados, y establecer un buen vínculo afectivo con los padres o cuidadores.
- b. Saber que su padre/madre está enfermo, conocer la enfermedad, poder hablar de ella y expresar sus miedos y temores.
- c. Tener buena relación con sus iguales y mantener intereses saludables fuera de casa.
- d. Buen control de la psicosis del progenitor. Es importante animar a los padres a que sigan el

régimen terapéutico prescrito.

- e. Apoyo a la familia nuclear por parte de la familia extensa u otros apoyos externos.

Hoy día está reconocida la necesidad de poner en marcha programas preventivos para ayudar a estos niños y a sus padres. Así, en el año 1993 se inició en Granada un programa preventivo dirigido a la atención de hijos de pacientes psicóticos (20). Este programa surgió de una doble necesidad: por un lado, prestar atención sanitaria a una población infantil de riesgo que, por las características de su medio familiar, podría pasar desapercibida a los Servicios de Salud, Educativos y Sociales; por otro, dispensar una atención integral a los pacientes con psicosis apoyándoles en su rol parental. En el año 2006 se ampliaron los criterios de inclusión en dicho programa a los hijos de pacientes con un diagnóstico psicopatológico incluido en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) del Trastorno Mental Grave (TMG) (categorías diagnósticas F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F33.2, F33.3, F60.0, F60.3, y F60.1 de la CIE-10) (25).

PROGRAMA DE ATENCIÓN A HIJOS DE PACIENTES EN CATEGORÍA DIAGNÓSTICA DEL PAI-TMG (20)

Objetivo

Asegurar que los hijos de pacientes con diagnóstico incluido en el PAI del TMG reciban unos cuidados básicos adecuados.

Desarrollo

El programa está dirigido a:

1. Niños menores de 16 años, hijos de pacientes que tienen un diagnóstico psicopatológico incluido en el PAI del TMG (categorías diagnósticas F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F33.2, F33.3, F60.0, F60.3, y F60.1 de la CIE-10).
2. Embarazadas que tienen un diagnóstico psicopatológico incluido en el PAI del TMG.

Este programa se realiza en colaboración entre las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) de Granada. No obstante, la participación de las USMC es voluntaria y no es asumida por todas las de la provincia.

El programa es gestionado por Enfermería de los

dispositivos de Salud Mental que participan, y evalúa e interviene, en primera instancia, sobre los cuidados que reciben el niño y las embarazadas. Cada USMC tiene un profesional de enfermería que coordina el programa. El resto de los profesionales del equipo intervienen de acuerdo con sus funciones cuando es necesario. La coordinación general del programa la realiza enfermería de la USMIJ.

El programa contempla objetivos específicos que incluyen actividades y protocolos de actuación en cada uno de ellos. Los objetivos son:

1. Captar y censar el 100% de los hijos menores de 16 años de pacientes con TMG que son atendidos en las USMC. En cada USMC se identifica a los pacientes que están siendo atendidos con un diagnóstico incluido en el PAI del TMG que tengan hijos menores de 16 años, se les informa del programa y se les pide permiso para incluir a sus hijos.
2. Asegurar la atención sistemática de los hijos de pacientes con un diagnóstico incluido en el PAI del TMG en los programas de salud dirigidos a la población infanto-juvenil en general. Para ello se establece una coordinación con los profesionales de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) donde son atendidos los niños.
3. Supervisar que los hijos de pacientes con un diagnóstico incluido en el PAI del TMG reciban unos cuidados básicos (físicos, educativos y afectivos) adecuados. Para ello se realiza a los padres una Valoración Estructurada de Enfermería (VEE), focalizada en el rol parental y el funcionamiento familiar, y se establece una coordinación con el centro educativo al que asiste el niño, concretamente con el tutor y/o profesionales que lo atienden directamente, con el objetivo de hacer una valoración del niño a través de ellos. Se parte de la base de que los niños incluidos en el programa son niños sanos a los que no se quiere estigmatizar haciéndoles acudir a las USMC de referencia, por ello la valoración se realiza de manera indirecta a través de los padres y de los profesionales del EBAP y del centro educativo al que asisten. Los niños pasan mucho tiempo en el colegio, en él se les puede observar en su medio natural en un ambiente sujeto a normas, como es el aula, en otro más libre, como el patio

del recreo, y además en relación con sus iguales. Los profesores conocen bien al niño y a los padres y suelen detectar muy precozmente sentimientos y comportamientos desajustados en el alumno, así como alteraciones en los cuidados que recibe.

4. Garantizar una adecuada atención integral al 100% de los hijos de pacientes con un diagnóstico incluido en el PAI del TMG, en los que se detecten deficiencias en los cuidados y/o se sospeche psicopatología. Si se detecta algún tipo de problema los niños serán atendidos por el Equipo Multidisciplinar de la USMC, y si esta lo cree necesario se derivarán a la USMIJ para que sean atendidos por el Equipo Multidisciplinar de esta.
5. Asegurar el seguimiento del embarazo, parto y puerperio del 100% de mujeres con un diagnóstico incluido en el PAI del TMG que estén siendo atendidas en la USMC. Para ello se realiza una VEE focalizada en las necesidades de la gestante, se establece coordinación con los EBAP donde son atendidas, y se interviene cuando es necesario.

Este programa es evaluado anualmente por los profesionales de enfermería responsables del programa en cada dispositivo de salud mental implicado.

Como datos de seguimiento del programa, en el año 2012 participaron en el mismo 7 USMC de las 9 que hay en la provincia de Granada, más la USMIJ. Había censados 196 niños menores de 16 años, de los que 31 presentaban patología en salud mental, y otros 19 sin patología presentaban alteraciones importantes en los cuidados. Tres pacientes con diagnóstico incluido en el PAI del TMG quedaron embarazadas.

Cuando llega a la USMIJ una familia en la que alguno de los progenitores es psicótico es porque alguno de sus hijos tiene problemas de salud mental. En este caso, tal como se indica en el Programa, los responsables del mismo dentro de la USMIJ se encargan de realizar las actividades que en él se establecen, tanto del niño por el que consultan como de sus hermanos, si los tiene. El niño es asignado a un facultativo (psiquiatra o psicólogo) que lo evalúa, e implica en el tratamiento a aquellos profesionales del equipo multidisciplinar de la USMIJ que crea necesarios.

Teniendo en cuenta los factores protectores que ayudan al niño y su familia, enfermería realiza en la USMIJ, cuando es necesario, además de las actividades

de valoración que pauta el programa, las siguientes intervenciones: apoyo a los padres en su rol parental, y psicoeducación al niño sobre la enfermedad mental del progenitor.

El apoyo a los padres en el rol parental consiste en (8):

- a. Dotar a los padres de conocimientos y habilidades en el cuidado de los hijos, y así promover el cambio de las actitudes educativas perjudiciales. Es importante insistir en fomentar la socialización del niño.
- b. Ayudar a los padres a comprender el problema del hijo, sus síntomas y el tratamiento.
- c. Enseñarles a fomentar el acercamiento entre el progenitor enfermo y el niño, ayudándole a relacionarse con él.
- d. Animar a los padres a cuidar de si mismos y de su relación de pareja, que reconozcan que ellos también tienen necesidades personales que atender y que el hacerlo conlleva en ellos un buen estado de salud física y mental, necesario para cuidar de los hijos, así como la consecución de un clima familiar adecuado y estable, que es fundamental para el desarrollo del niño. Evidentemente, los tiempos disponibles para satisfacer estas facetas van a depender de la etapa de crianza en la que se encuentren.
- e. Enseñarles a buscar y aceptar apoyos dentro o fuera de la familia extensa cuando sea necesario.

Como indica Luís Rodrigo (26), es preciso crear un ambiente terapéutico que facilite la expresión de los sentimientos de los padres con respecto a su hijo, su rol parental, y su repercusión en sus otros roles. Para ello es necesario:

- a. No sancionar ni reprobar las conductas, actitudes o sentimientos de los padres, sino discutirlos de forma objetiva, analizando sus resultados.
- b. Hacerles entender su responsabilidad en no cambiar aquellas conductas o actitudes analizadas que no han dado resultado y/o en instaurar otras nuevas.
- c. Reconocer y elogiar las capacidades parentales y los logros conseguidos para aumentar su autoestima.

El apoyo se realiza siempre que se puede con ambos padres en individual, o, en caso de que sea posible, se les incluye en un grupo de apoyo a padres con otros progenitores que no tienen trastornos mentales. La

ventaja de estos grupos, además de las que ya conlleva el tratamiento grupal, es que los progenitores psicóticos están en contacto con otros progenitores que no padecen enfermedades mentales y sin embargo tienen problemas con las habilidades de crianza semejantes a las que tienen ellos. Esto hace que les sea más fácil referir las dificultades que tienen en el cuidado de sus hijos, de las que normalmente son muy reticentes a hablar por miedo a las críticas, y que las perciban como algo que puede sucederle a cualquier padre y que tiene solución.

El objetivo de la psicoeducación es que el niño conozca la enfermedad del progenitor, y ayudarle a aceptarla y a expresar sus sentimientos y emociones al respecto. Es importante dejarle claro al niño que:

1. La enfermedad no es culpa de él, ni del progenitor enfermo, y no se contagia.
2. El progenitor enfermo sigue queriendo al niño: el comportamiento raro, la apatía, el desinterés, son producto de la enfermedad y/o de la medicación.
3. Es normal que él, a veces, sienta rabia, que debe de expresar, y se le debe ayudar a hacerlo de una manera adecuada.

Para realizar psicoeducación se utiliza material educativo y se ajusta la información teniendo en cuenta nivel de desarrollo y comprensión del niño.

Se dedica un tiempo a los padres en las sesiones con el objetivo de fomentar la comunicación con sus hijos sobre este tema, y se les dan orientaciones para que puedan responder a las preguntas de sus hijos en relación a la enfermedad mental.

CONCLUSIONES

La enfermedad mental en los progenitores sobrecarga el rol parental y puede ocasionarles serias dificultades para cuidar de sus hijos.

Los niños con progenitores psicóticos o con un trastorno mental grave son más vulnerables a sufrir deficiencias en los cuidados y a la aparición de problemas de salud mental; por ello es necesario instaurar programas preventivos para ayudarles a ellos y a sus familias.

El riesgo de padecer problemas en el niño disminuye si los progenitores reciben apoyo y se normalizan los cuidados que prestan al hijo. El papel de la enfermera es fundamental, ya que su función principal es la de detectar, cuidar y atender necesidades básicas no cubiertas.

Está reconocido que los hijos de pacientes psicóticos

o con trastornos mentales graves son una población de riesgo; por eso, en la historia pediátrica, como factor preventivo, debe de estar recogida la patología psiquiátrica de los padres.

El programa descrito ha permitido desarrollar una labor preventiva y de detección precoz de dificultades en el ejercicio del rol parental, así como de detección y tratamiento precoz de problemas en esta población infantil de riesgo.

La comunicación entre padres e hijos con respecto a la enfermedad mental del progenitor suele ser deficitaria. Sin embargo, conocer la enfermedad del progenitor ayuda al niño a aceptar la enfermedad mental de este. Por ello, la psicoeducación sobre la enfermedad es un punto clave en el apoyo a estos niños. La labor de la enfermera es primordial en esta intervención.

El trabajo en red (servicios sanitarios, educativos y sociales) hace posible mejorar la atención a estas familias.

BIBLIOGRAFIA

1. ONU [Internet]. Naciones Unidas 2015 [acceso 2 Feb 2016]: Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.un.org/en/documents/udhr/>.
2. ONU. [Internet]. Naciones Unidas 2015 [acceso 2 Feb 2016]. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.
3. Boletín Oficial del Estado. [Internet] [acceso 2 Feb 2016]. BOE 21 de abril de 2008 Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/>.
4. García Túnez P. La relación del niño con su entorno. Barcelona: Octaedro; 2015.
5. Winnicott DW. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Paidós; 1993.
6. Bowlby J. Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida (5ª ed.). Madrid: Morata; 2006.
7. Torras de Bea E. Investigaciones sobre el desarrollo cerebral y emocional: sus indicativos en relación a la crianza. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 2010; 49: 153-171.
8. Cano-Caballero Gálvez MD, Valenzuela Soler C, Marfil Valenzuela FE, González Cano-Caballero M, Hernández Hernández MJ, Romero García MA. Programa de Psicoeducación y apoyo a padres. En: XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Los espacios pedagógicos del cuidado. vol II. Valencia: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental de Valencia CECOVA; 2009. p. 195-200.
9. Ato Lozano E, Galián Conesa, MD, Huéscar Hernández E. Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia: una revisión. Anales de Psicología 2007; 23 (1): 33-40.
10. Valenzuela Soler C, Cano-Caballero Gálvez MD, Marfil Valenzuela F, González Cano-Caballero M, Pérez González M, Celma Vicente M. Las familias con problemas de salud mental pueden/deben tomar decisiones sobre su salud: una experiencia de trabajo cooperativo entre distintos dispositivos. Paraninfo Digital, [Internet]. 2010 [Consultado 2 Feb 2016]; 9. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n9/i017.php>.
11. Sánchez Del Hoyo P, Sanz Rodríguez LJ. Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas. Revista de psiquiatría y de psicología del niño y del adolescente 2004; 4: 99-107.
12. Fundación Manantial, Universidad Complutense de Madrid. Prevención de Trastornos Mentales en hijos de personas afectadas por trastornos mentales graves. Estudio inicial sobre la situación en la Comunidad de Madrid. informe final. [Internet]. Madrid: Fundación Manantial; enero 2010 [citado 8 feb 2016]. Disponible en: http://www.fundacionmanantial.org/pdf/PREVENCIÓN_DE%20TRASTORNOS_MENTALES.pdf.
13. Tizón JL, Parra B, Artigue J, Ferrando J, Català L y Sorribes M. Hijos de pacientes con psicosis en el Proyecto SASPE: Investigar para cuidar un futuro comprometido. Archivos de Psiquiatría 2006; 69: 59-80.
14. Muñoz-Alba E. Revisión bibliográfica sobre la atención a mujeres con un trastorno de esquizofrenia durante la etapa perinatal. Matronas Prof 2015; 16: 38-42.
15. Valencia Agudo F. Duelo y recuperación tras el

- inicio de la psicosis. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2014; 34 (121): 9-20.
16. Young J, Bailey G, Rycroft P. Family grief and mental health: a systemic, contextual and compassionate analysis. *ANZJFT* 2004; 25 (4): 188-197.
 17. Díaz-Caneja A. y Johnson S. The view and experiences of severely mentally ill mothers. A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39: 472-482.
 18. Winnicott DW. *La familia y el desarrollo del individuo* (5ª ed.). Buenos Aires: Horme-Paidos; 2013.
 19. Royal College of Psychiatrists [Internet]. London: RCPsych; ©2016 [citado 1 feb 2016]. Parents and Youth info. Parental mental illness: the impact on children and adolescents: information for parents, carers and anyone who works with young people. Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/parentsandyouthinfo/parentscarers/parentalmentalillness.aspx>.
 20. Valenzuela Soler MC, Cabello Corrales F, Calderón Jiménez A, García Villarreal M J, Moreno Alcantud T y Fernández Marín, MA. Programa de atención a hijos de pacientes con trastorno mental grave. *Presencia* [Internet]. 2010 [Consultado 2 Feb 2016] 2009 ene-jun, 5(9). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n9/p6720.php>.
 21. Varese F, Smeets F, Drukler M, Liewerser R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Las adversidades en la infancia incrementan el riesgo de psicosis: meta-análisis de estudios paciente-control, prospectivos y de corte transversal de cohorte. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente* 2013; 21: 51-64.
 22. Tizón JL, Artigue J, Parra B, Sorribes M, Ferrando J, Pérez C, et al. Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clínica y Salud* 2008; 19 (1): 27-58.
 23. Tizón JL. Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores. *Formación Médica Continuada* 2005; 12 (4): 70-85.
 24. Díaz Atienza F, Ruiz Fabrero JM, Lloreda Morillo J, Alberca de Castro FJ. *Enfermedad Mental en los padres de niños que consultan en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil*. XIX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 6-9 de octubre de 1993, Sevilla. Comunicación personal.
 25. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Trastorno Mental Grave: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Salud; 2006.
 26. Luis Rodrigo MT. *Los diagnósticos enfermeros* (9ª ed.). Madrid: Elsevier-Masson; 2013.