

Cómo citar este documento

Díaz Domínguez, María Isabel; Viljanen, Kristiina Elisabeth; Santiago Rojano, Gema Pilar. Intervención de la Enfermera Especialista en Salud Mental con los familiares de enfermos en procesos de trasplante renal: mejorando la salud mental de las familias. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0616.php>

**INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD
MENTAL CON LOS FAMILIARES DE ENFERMOS EN PROCESO DE
TRASPLANTE RENAL: MEJORANDO LA SALUD MENTAL DE LAS
FAMILIAS**

AUTORAS:

María Isabel Díaz Domínguez, Kristiina Elisabeth Viljanen, Gema Pilar Santiago Rojano

CENTRO DE TRABAJO:

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla (España)

RESUMEN:

El trasplante renal es el procedimiento quirúrgico indicado en pacientes con una enfermedad de riñón progresiva e irreversible. Se plantea el diseño y desarrollo de un Programa Psicoeducativo realizado por la Enfermera Especialista en Salud Mental (SM) dirigido a familias que tienen a un familiar en proceso de trasplante renal (lista de espera, diálisis, trasplante y período postrasplante).

La metodología que emplearemos será con un ensayo clínico, experimental, intervencionista, aleatorio, con un grupo experimental cuyos sujetos recibirán la intervención de la enfermera especialista en SM y un grupo control con las mismas características que el anterior que no recibirá dicha intervención y al que se hará el seguimiento habitual, para establecer la influencia de la intervención en cuanto a niveles de calidad de vida, ansiedad y depresión y un mejor afrontamiento de la enfermedad; factores que según la bibliografía son modificables. A su vez todos estos elementos, son determinantes en la SM del paciente.

Palabras clave: trasplante, familia, salud mental.

INTRODUCCIÓN:

El trasplante permite garantizar la vida de un ser humano gracias a la sustitución de uno de sus órganos destruidos por un órgano extraído de otro organismo muerto o vivo.

El trasplante renal fue el primero en implantarse de manera sistemática y ha permitido por primera vez en la historia hacer vivir a un individuo gracias a un órgano extraído de otro organismo.

El que puede considerarse como el primer trasplante renal de donante cadáver de la era moderna se realizó en el año 1933, pero los resultados con éxito no se obtuvieron hasta 1950, y el éxito de supervivencia de donante vivo no fue posible hasta 1954. El despegue definitivo del trasplante renal fue en 1967.

Esto siguió un desarrollo positivo que fue avanzando y evolucionando hasta la situación actual.¹

Cada día mueren 12 personas en Europa en espera de un trasplante, puesto que los órganos disponibles sólo permiten cubrir el 46 por ciento de las necesidades, es decir, es un número de donaciones insuficiente. Actualmente, en Europa existen diferencias a la hora de abordar la escasez de órganos.

España, es el país con más donantes del continente europeo, uno de cada cinco donantes europeos es español o vive en nuestro país, es decir, representa el 18 por ciento de los donantes totales aunque la población nacional solo es del 9,4% de toda la UE. Por ello la Directiva europea sobre calidad y seguridad en la donación y trasplante de órganos, que recoge un Plan de Acción que se desarrollará entre 2010 y 2015, y que ha sido diseñado a semejanza del modelo español, será de obligado cumplimiento para los 27 países que forman parte de la UE. Con la aplicación de esta normativa, 500 millones de personas mejorarán su acceso a los trasplantes. Según los cálculos de la Organización Nacional de Trasplantes, solamente con el desarrollo del Plan de Acción, el número de donantes en los 27 países de la UE podría incrementarse en un 89 por ciento. Con este aumento, cada día 143 pacientes europeos podrían beneficiarse de un trasplante, frente a los 76 actuales, lo que representa poder salvar diariamente la vida de 67 personas más.

Así se puede objetivar que el trasplante está presente en nuestros días y que esta situación podría incrementarse de forma sustancial con la aplicación de la Directiva europea sobre calidad y seguridad en la donación y trasplante de órganos, aprobada recientemente por el Parlamento Europeo.²

A continuación veremos los datos que reflejan la evolución en la donación y trasplante en España.³

	Año 2008		Año 2009		Variación 2008 - 2009
	Total	pmp	Total	pmp	
Población x 10 ⁶	46,16		46,75		
Donantes de órganos	1577	34,2	1606	34,4	1,8%
Trasplantes Renales	2229	48,3	2328	49,8	4,4%
(Donante vivo)	(156)	(3,4)	(235)	(5,0)	(50,6 %)
(Donación Asistolia)	(105)	(2,3)	(148)	(3,2)	(41,0 %)
Trasplantes Hepáticos	1108	24,0	1099	23,5	-0,8%
(Donante vivo)	(28)	(0,6)	(29)	(0,6)	(3,6 %)
(Donación Asistolia)	(14)	(0,3)	(20)	(0,4)	(42,9 %)
Trasplantes Cardiacos	292	6,3	274	5,9	-6,2%
Trasplantes Pulmonares	192	4,2	219	4,7	14,1%
Trasplantes de Páncreas	110	2,4	97	2,1	-11,8%
Trasplantes de Intestino	14	0,3	11	0,2	-21,4%
	Total Tx 2008		Total Tx 2009		
	3.945		4.028		2,1%

Tabla 1. Evolución en la donación y trasplante en España.

Así vemos, que los donantes en España van en aumento, y los trasplantes renales y pulmonares son los dos únicos que han tenido un desarrollo positivo en número durante los años 2008-2009 (Véase tabla 1).³

Aún así, el trasplante renal es mucho mayor en número, por ello la importancia de comprobar si es eficaz la intervención de la enfermera especialista en salud mental(SM) en familiares de enfermos en proceso de trasplante renal; ya que atañe a más números de personas.

Andalucía es la Comunidad Autónoma española con mayor número de donantes (sin especificar órgano) durante los años 2007-2009 aunque no sea la comunidad que más población tiene (Véase tabla 2).³

TRASPLANTES RENALES POR COMUNIDADES AUTONOMAS				
CC.AA	2006	2007	2008	2009
Andalucía	369	344	367	381
Aragón	52	63	55	66
Asturias	66	54	40	46
Baleares	48	28	46	45
Canarias	103	145	126	103
Cantabria	43	41	27	46
Castilla -La Mancha	32	36	51	51
Castilla y León	95	83	86	79
Cataluña	408	470	471	524
C. Valenciana	186	231	198	209
Extremadura	41	30	35	33
Galicia	112	96	120	127
Madrid	391	395	407	417
Murcia	50	52	45	48
Navarra	31	18	26	35
País Vasco	130	125	129	118
Total del Estado	2.157	2.211	2.229	2.328
Trasplantes de donante vivo	102	137	156	235
Trasplantes infantiles	57	72	62	63

Tabla 2. Trasplante renal distribuido por Comunidades Autónomas españolas.

La tabla 3 muestra la relación de los trasplantes renales en España por Comunidades Autónomas y hospitales en los que se realiza la intervención. El último año del que tenemos referencia es del 2009, y el Hospital Doce de Octubre fue el que realizó mayor número de trasplantes renales.³

RELACION DE TRASPLANTES RENALES EN ESPAÑA					
CC.AA	Hospital	2006	2007	2008	2009
Andalucía	H. Puerta del Mar. Cádiz	62	39	56	55
	H. Reina Sofía. Córdoba	58	48	36	56
	H. Regional. Málaga	103	102	108	111
	H. Virgen del Rocío Infantil. Sevilla	9	9	17	8
	H. Virgen del Rocío Adultos. Sevilla	80	81	89	87
	H. Virgen de las Nieves. Granada	57	65	61	64
Aragón	H. Miguel Servet. Zaragoza	52	63	55	66
Asturias	H. Central de Asturias. Oviedo	66	54	40	46
Baleares	H. Son Dureta. Palma de Mallorca	48	28	46	45
Canarias	H. Univ. Canarias. Tenerife	103	134	111	89
	H. Insular de Gran Canaria		11	15	14
Cantabria	H. Marqués de Valdecilla. Santander	43	41	27	46
Castilla-La Mancha	H. General. Albacete	32	21	21	21
	H. V.de la Salud. C.H. Toledo		15	30	30
Castilla y León	Complejo Asistencial de Salamanca	29	44	39	34
	H. Clínico. Valladolid	66	39	47	45
Cataluña	H. de Bellvitge. L'Hospitalet	86	85	91	95
	H. Vall d'Hebrón Infantil. Barcelona	11	12	8	17
	H. Vall d'Hebrón. Barcelona	48	64	81	75
	H. Clínic i Provincial. Barcelona	124	136	134	160
	H. del Mar. Barcelona	36	34	39	29
	H. Germans Trias i Pujol. Badalona	34	40	39	57
	Fundació Puigvert. Barcelona	67	93	77	81
	H. Sant Joan de Deu Infantil	3	6	2	10
Com. Valenciana	H. La Fe Infantil. Valencia	9	12	15	5
	H. La Fe Adultos. Valencia	60	82	61	64
	H. d'Alacant. Alicante	78	80	63	89
	H. Dr. Peset. Valencia	39	57	59	51
Extremadura	H. Infanta Cristina. Badajoz	41	30	35	33
Galicia	H. Universitario de A Coruña	88	76	93	96
	C.H. Universitario. Santiago	24	20	27	31
Madrid	H. Doce de Octubre	147	148	161	186
	H. Ramón y Cajal	45	41	53	38
	H. Gregorio Marañón Infantil	4	5	3	5
	H. Gregorio Marañón Adultos	35	33	42	30
	H. La Paz Infantil	15	21	11	11
	H. La Paz Adultos	34	36	34	35
	H. Clínico San Carlos	87	84	73	79
	H. Puerta de Hierro	14	15	12	18
	Fundación Jiménez Díaz	10	12	18	15
Murcia	H. Virgen de la Arrixaca	50	52	45	48
Navarra	Clínica Univ. de Navarra. Pamplona	31	18	26	35
País Vasco	H. de Cruces Infantil. Baracaldo.	5	6	5	5
	H. de Cruces Adultos. Baracaldo.	125	119	124	113
TOTAL DEL ESTADO		2.157	2.211	2229	2328
Trasplantes de donante vivo		102	137	156	235
Trasplantes Infantiles		57	72	62	62

Tabla 3. Trasplantes renales en España por Comunidades Autónomas y hospitales en los que se realiza la intervención.

El trasplante renal, aunque regale vida al paciente con insuficiencia renal crónica, lleva consigo cambios, limitaciones... que obligan a que el paciente adopte un estilo de vida y unos cuidados adecuados; ya que la patología afecta a la esfera física, psicológica y socio-económica.⁴

Esta afectación biopsicosocial y el que los trasplantes renales sigan “in crescendo” son dos de las razones principales que motivan a la realización del protocolo de investigación presente y su posterior investigación.

El paciente en proceso de trasplante renal hace frente a muchas tensiones ligadas a su enfermedad. Estas tensiones pueden dar lugar a gran variedad de desórdenes psiquiátricos. Aunque todos los miembros del equipo multidisciplinario sean importantes, es en especial la enfermera especialista en SM, la que debe ser consciente de estos problemas, no olvidando que el paciente también tiene un papel activo en este éxito⁵ e investigar sobre ellos para poder proporcionar el tratamiento apropiado. El tratamiento de estos desórdenes incluye terapia del individuo y del grupo social más cercano (familia/cuidador principal); es decir, interviniendo en la familia mejoramos la salud mental del paciente.⁶ Por tanto, la calidad de vida (se define como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses)⁷ del paciente influye en la calidad de vida del cuidador y viceversa.⁸

Los familiares asumen una gran responsabilidad que aumenta día a día por el cuidado de un paciente con enfermedad crónica. Los familiares de los pacientes trasplantados a menudo son vulnerables a padecer enfermedades psíquicas. Tiene más necesidades de apoyo del que les pueda proporcionar su familia.⁸

El apoyo ha demostrado ser un elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica; y tiene una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades crónicas y de los cuidadores familiares.⁹ Como ejemplo a la importancia de este apoyo; se ha demostrado que la intervención enfermera de hacer una consulta telefónica como apoyo al paciente trasplantado y familia disminuye la ansiedad de estos dos y mejora su calidad de vida.¹⁰

Las intervenciones de la enfermería para hacer frente a situaciones difíciles requieren de una competencia profesional en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes que hace considerar a la enfermera como el profesional más asequible y cercano que proporciona confianza y seguridad¹¹ y como profesional más adecuado la enfermera especialista en SM.

Diferentes estudios confirman que los cuidadores principales tanto en la etapa pre como postrasplante tienen afectada su SM, depresión, ansiedad, niveles bajos de calidad de vida y malas estrategias de afrontamiento son algunos de sus áreas afectadas en el terreno de la SM.¹²

El cuidador principal y la familia juegan un papel importante antes y después del trasplante.¹²

Evaluar y tratar al cuidador principal y a la familia cada vez va cobrando mayor importancia en los programas de intervención, dado que como hemos visto ésta no sólo guarda relación con la salud psíquica y la calidad de vida de los familiares sino que la han relacionado con la evolución de los pacientes.¹³

Como hemos visto, el trasplante renal no solo afecta al paciente, sino también a la familia y a la comunidad; que lo viven en paralelo.⁴

La enfermera especialista en SM debe dar una respuesta adecuada a las necesidades del momento, proporcionar una atención de calidad y dar unos cuidados que se ajusten a las necesidades y demandas de los usuarios. El

profesional de enfermería juega un importante papel en el contexto del trasplante de órganos; poseemos los conocimientos, experiencia clínica y habilidades en la gestión que nos permiten organizar, colaborar y desarrollar actividades específicas. El trasplante es un espacio donde los profesionales de enfermería pueden desarrollar todas sus funciones (investigadora, docente, asistencial y administrativa).

Nuestro campo de trabajo está centrado directamente en la familia, pero si finalmente se demuestra que la intervención de la enfermera especialista es beneficiosa para la SM de la familia influiremos indirectamente en el paciente que se encuentre en proceso de trasplante renal.

La teórica de enfermería en la que nos basamos es en Hildegarde Pepleu; esta se centra en las relaciones interpersonales de las personas; y el propósito de la enfermera es educar al paciente y a su familia y ayudarlo a alcanzar el desarrollo maduro de la personalidad.

OBJETIVOS:

Objetivos generales

El objetivo general del proyecto es realizar un programa de intervención realizado por la enfermera especialista en SM a familias que tienen a uno de sus miembros en proceso de trasplante renal y valorar la eficacia de este en cuanto a la mejora de la SM de las familias.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las familias que tienen a un familiar en proceso de trasplante renal.
- Describir la influencia del Programa de intervención, aplicado a esta población, en cuanto a niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida y afrontamiento.
- Identificar los factores de riesgo en la población descrita en relación a mala calidad de vida, ansiedad, depresión e inadecuado afrontamiento de la enfermedad.
- Valorar la influencia del programa de intervención sobre la obtención de recursos sociales.
- Describir cuales son las estrategias de afrontamiento antes y después de la intervención.

HIPÓTESIS:

Hipótesis General

La intervención de la enfermera especialista en SM en familias que tienen a uno de sus componentes en proceso de trasplante renal influye positiva y significativamente en la SM de estas familias; de este modo también influimos de manera indirecta en la mejora de la SM del paciente.

Hipótesis Específicas.

- 1.- La implantación de un programa de intervención de la enfermera especialista en SM dirigido a una población de familiares en proceso de trasplante renal, influye positiva y significativamente en disminuir niveles de ansiedad de estas familias.
2. La implantación de un programa de intervención de la enfermera especialista en SM dirigido a una población de familiares que tienen a un pariente en proceso de trasplante renal, influye positiva y significativamente en disminuir niveles de depresión de estas familias.
3. La implantación de un programa de intervención de la enfermera especialista en SM dirigido a una población de familiares que tienen a un pariente en proceso de trasplante renal, influye positiva y significativamente en aumentar niveles de calidad de vida en estas familias.
4. La implantación de un programa de intervención de la enfermera especialista en SM dirigido a una población de familiares que tienen a un pariente en proceso de trasplante renal, influye positiva y significativamente en las familias ya que usan estrategias de afrontamiento adecuadas.

METODOLOGÍA:

Ámbito del estudio:

El Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) de Sevilla, de tercer nivel, es en la actualidad el mayor complejo hospitalario del Sistema Público Andaluz y uno de los mayores del Sistema Nacional de Salud, tanto por su intensa actividad asistencial, como por su infraestructura y dotaciones tecnológicas.

En 2009 realizaron 87 trasplantes renales.

En el servicio de nefro-urología se hallan:

- 8 camas de trasplantes, 4 camas de diálisis peritoneal, 2 consultas unidad de prediálisis, 2 consultas de trasplante renal, 1 consulta de diálisis peritoneal
- Uno de los GDR (grupos de diagnósticos relacionados) más frecuentes es insuficiencia renal
- Entre los diagnósticos más frecuentes se encuentran: complicaciones del trasplante renal, insuficiencia renal crónica, insuficiencia renal aguda.
- Entre los procedimientos más frecuentes se encuentra el trasplante renal.

Diseño del estudio:

Estudio cuantitativo, ensayo clínico, experimental, intervencionista, aleatorio, prospectivo, longitudinal, con un grupo experimental cuyos sujetos recibirán la intervención de la enfermera especialista en salud mental y un grupo control con las mismas características que el anterior que no recibirá dicha intervención y al que se hará el seguimiento habitual.

Población:

Unidades familiares formadas por pacientes mayores de 18 años que estén en proceso de trasplante renal(entendemos por proceso de trasplante renal desde que el paciente es portador de una enfermedad renal susceptible de trasplante, valoración del paciente para inclusión en lista de espera de trasplante, diálisis, lista de espera, intervención quirúrgica y 6 meses postrasplante) Intervendrá en el estudio al menos un cuidador primario aunque se considera beneficiosa la participación de hasta dos familiares más, ya sean de primer grado(padres, suegros, hijos, yerno/nuera) o de segundo grado(abuelos, cuñados, hermanos y nietos)

- Criterios de inclusión:

- Mayor de 18 años
- No presentar dificultad para recibir información oral y visual; con comprensión oral y escrita de la lengua castellana.
- Pertenecan al área de atención del HUVR.
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio
- Tener a un familiar en proceso de trasplante renal que se encuentre en tratamiento en HUVR
- El enfermo ha de ser mayor de 18 años
- Que tenga un cuidador principal identificado
- El familiar ha de ser capaz de comprender y recibir órdenes
- Tiempo en lista de espera de trasplante renal menor de un año
- Primer trasplante renal
- Paciente en cualquier modalidad de diálisis

- Criterios de exclusión :

- Paciente menor de 18 años
- No aceptar participación en el estudio
- Falta de asistencia a 2 sesiones del Programa de intervención de la enfermera especialista en salud mental
- Que en la familia existan experiencias anteriores de trasplantes
- Familiar menor de 18 años

- Trasplante de donante vivo

Muestra:

Dada la naturaleza del problema se plantea trabajar con la totalidad de la población accesible; de entre las que se seleccionarían las unidades familiares que cumplan los requisitos anteriormente expuestos.

Recordemos un dato anteriormente citado. En HUVR, en el 2009 se ha realizado un total de 87 trasplantes de riñón en paciente adulto.

Si en 2009 se realizaron dichos trasplantes, podemos suponer que en 2011 se harán aproximadamente los mismos, de los cuales un 75-80% se ajustarán a los criterios establecidos.

Por lo que aproximadamente la muestra con la que se prevé trabajar es de 67 personas

Variable independiente:

Programa de intervención de la Enfermera Especialista en SM.

Este programa se llevará a cabo en el servicio de nefro-urología del HUVR, tratando de mejorar las estrategias de afrontamiento mediante psicoterapia, disminución de la ansiedad y de la depresión utilizando entre otras técnicas de relajación y mejorar la calidad de vida de las familias mediante estrategias como expresión de sentimientos, refuerzo de seguridad y confianza, implicación familiar, participación asociativa y apoyo de profesionales.

Se realizará en base a sesiones de grupo impartidas por la Enfermera Especialista en SM a las familias del grupo experimental.

Estarán en el grupo dos Enfermeras.

A todos los sujetos que participen se les pedirá confidencialidad, asistencia, puntualidad y participación.

Este programa cuenta con 8 sesiones, emplearemos seis semanas.

Durante las 2 primeras semanas, haremos 2 sesiones semanales. Las 4 últimas semanas una sesión por semana.

Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos.

Los 20 primeros minutos se emplearán para resolver dudas de días anteriores y para un breve recordatorio de lo ya hablado en anteriores sesiones, y el resto para el tema a desarrollar ese día.

Cada sesión constará de una parte de exposición de contenidos específicos por parte del terapeuta y otra de actividades sobre dichos temas a realizar por el grupo.

En la penúltima sesión (séptima) se les dará un documento al grupo experimental en el que se registraran el nivel de satisfacción con el programa y aspectos que mejorarían, cambiarían e incluso añadirían.

Sesiones:

- Primera: Presentación, explicación y objetivos de la intervención. Bienvenida del grupo. Presentación del docente. Expectativas y demandas. Explicación de la metodología.
- Segunda: Información del papel de la Enfermera Especialista en SM y coordinación en la Unidad de Trasplantes. Reconocer las necesidades de las familias y la importancia de estas. Para cuidar es necesario cuidarse a uno mismo.
- Tercera: Psicoeducación sobre la enfermedad renal, evolución, pronóstico y tratamiento (trasplante), así como la sintomatología psiquiátrica más frecuente que aparece en familiares de pacientes que pasan por el proceso de trasplante renal.
- Cuarta: Ansiedad y control del estrés situacional. Técnicas de relajación.
- Quinta: Desarrollo de técnicas de afrontamiento y resolución de problemas
- Sexta: Expresión de emociones, sentimientos y pensamientos. Expectativas hacia la vida diaria con el/la paciente y facilitar buena comunicación familia-paciente. Apoyo y recursos externos.
- Séptima: Aumento autoestima.
- Octava: Conclusiones

Variables dependientes:

Ansiedad: Para su valoración utilizaremos el cuestionario STAI (SPIELBERGER Y COLS.1973). Este instrumento permite medir la ansiedad rasgo (A/R) y la ansiedad estado(A/E). Se divide en dos partes: A/R y la A/E. Cada parte contiene 20 ítems, con tres opciones de respuesta. La escala A/E, mide síntomas de ansiedad actual, mientras que la escala A/R mide el componente ansioso de la personalidad. Es un cuestionario validado en castellano y con valores de referencia para la población española.

Afrontamiento: Para medir esta variable utilizaremos la *“Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptado (ESCAPS) de Callista Roy”* con el fin de evaluar su comportamiento y dominio. Fue diseñada por Callista Roy con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación, utilizadas por las personas para hacer frente a situaciones difíciles o críticas. Está integrada por 47 ítems agrupados en cinco factores, con cuatro criterios: nunca, rara vez, casi siempre, siempre.

Calidad de vida: Utilizaremos el cuestionario SF-36. Es un cuestionario validado en castellano y con valores de referencia para la población española.

El SF-36 mide la salud percibida por la persona. Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana. Estas se agrupan y miden en 8 apartados que se valoran independientemente, dando lugar a 8 dimensiones medidas en este cuestionario. Las 8 dimensiones son:

Funcionamiento físico, Limitación por problemas físicos, Dolor corporal, Funcionamiento o rol social, Salud mental, Limitación por problemas emocionales, Vitalidad, energía o fatiga, Percepción general de la salud.

Depresión: Para la medición de la depresión vamos a utilizar la escala "*Beck Depression Inventory*" (BDI). Es una escala de autoevaluación adaptada y validada al castellano. Utilizaremos la versión original de la escala. Se basa en las descripciones de los pacientes sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. Cada ítem se valora del 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos.

Estas variables serán medidas por la Enfermera Especialista en SM, de manera individual y en un ambiente tranquilo. Dicha medición será llevada a cabo a ambos grupos (control y experimental) antes de poner en práctica el programa psicoeducativo, y en el grupo experimental justo después de la finalización del mismo. Además también se realizarán mediciones a los 3 y 6 meses de la finalización del programa para valorar la impronta temporal del programa.

Variable	Definición	Naturaleza
Ansiedad	Categórica / policotómica	Cuantitativa
Depresión	Categórica/ policotómica	Cuantitativa
Calidad de vida	Categórica/ policotómica	Cuantitativa
Afrontamiento	Categórica/ policotómica	Cuantitativa
Edad	Continua	Cuantitativa
Nivel cultural	Policotómica: sin estudios, estudios básicos, medios, universitarios	Cualitativa
Ocupación	Dicotómica:trabajando, en paro	Cualitativa
Sexo	Dicotómica: hombre/mujer	Cualitativa
Parentesco del cuidador primario con el paciente	Dicotómica: primer grado, segundo grado	Cualitativa
Número de familiares que intervienen	Discreta:1,2,3	Cuantitativa
Tiempo en lista de espera	Policotómica: años, meses, días	Cualitativa

Recogida de datos:

En primer término se informará y solicitará el consentimiento a los familiares para su inclusión en el estudio.

Todos los datos obtenidos mediante cuestionarios serán incluidos en los registros correspondientes a cada uno y posteriormente pasados a la base de datos general que se creará al efecto.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado se encontrarán en el cuaderno de recogida de datos (CRD) de cada familia, debidamente custodiados por el investigador principal.

La recogida de datos se hará en el servicio de nefro-urología del HUVR, proporcionando un ambiente adecuado para facilitar la verbalización de cada uno de los sujetos.

Análisis de datos:

Análisis descriptivo:

Primero se realizará una exploración de los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos. Posteriormente se procederá a realizar el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos. Asimismo, este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (cuantitativa/ cualitativa).

Análisis inferencial:

Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en su caso la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Análogamente para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos, control y experimental, se empleará el test chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% para diferencia de proporciones y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza. Para estudiar las relaciones entre dos variables cualitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar, y se cuantificará el cambio detectado (si existe) mediante un intervalo de confianza al 95%.

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 14.0 para Windows.

Referencias bibliográficas estadísticas:

Altman, D.G. "Practical Statistics for Medical Research". Chapman and Hall. 1991.

Norusis, M. J. "SPSS 9.0. Guide to data Analysis". Prentice- Hall, Inc., 1999.

Manuales del SPSS versión 10.0. SPSS Inc. Chicago. 1999.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Existen varias limitaciones. Los condicionantes éticos y el abandono del estudio por parte del familiar una vez iniciado este. En cualquier caso este hecho se podrá solventar con la estimación de pérdidas establecidas en el cálculo de tamaño muestral.

Otra limitación: imposibilidad de doble ciego. El investigador conocerá que individuos pertenecen al grupo experimental y cuales al control.

Por último, el efecto Hawthorne: ya que los pacientes conocerán la hipótesis del proyecto, y puede ocurrir que los del grupo de intervención pongan mayor entusiasmo en el estudio.

PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN:

El trasplante está presente en nuestros días; sobretodo el renal. Este hecho afecta a muchas personas, ya que no se considera al paciente como ser aislado, sino como alguien envuelto en su comunidad y en su unidad familiar.

El trasplante renal aunque regale vida al paciente con insuficiencia renal crónica, conlleva consigo cambios que obligan a que tanto el paciente como su familia adopten estilos de vida diferentes.

La patología como vemos, afecta de manera biopsicosocial al paciente.

La familia asume una gran responsabilidad que aumenta día a día por el cuidado de un paciente con enfermedad crónica. Ejerce un rol de cuidador intenso, imprescindible y muy importante; en ello recae la importancia de cuidar la salud mental de la familia; para que esté en óptimas condiciones de cuidar al paciente.

Por todo ello, estas familias necesitan atención de la enfermera especialista en salud mental; como sabemos, son más vulnerables a padecer enfermedades psíquicas.

Por todo ello, es necesario comprobar si la intervención de la enfermera especialista en salud mental mediante un programa de psicoeducación influye significativamente en una mejor salud mental de las familias.

ASPECTOS ÉTICOS:

El proyecto ha sido aprobado por el Comité Ético del HUVR, y se ha desarrollado siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para las investigaciones médica en seres humanos realizada en Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008), incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes que se incluyeron en el mismo.

CRONOGRAMA:

PRIMER AÑO	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad 1												
Actividad 2												
Actividad 3												
Actividad 4												
Actividad 5												

SEGUNDO AÑO	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad 5												
Actividad 6												

Actividad 1

Sesiones conjuntas de todos los investigadores para puesta en común sobre:

- Información general sobre el proyecto
- Presentación del cronograma
- Exposición de la metodología
- Reparto de tareas
- Calendario de reuniones
- Aclaración de dudas

Actividad 2

- Elaboración y estandarización de los contenidos del programa
- Elaboración de los medios de apoyo gráficos
- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro

Actividad 3

- Diseño de la base de datos general del proyecto

Actividad 4

- Impresión de material gráfico
- Homogenización de la información

Actividad 5

- Desarrollo y puesta en marcha del programa
- Recogida e inclusión en la base de datos
- Revisión de los datos registrados

Actividad 6

- Continuación del programa
- Continuación de sesiones de reevaluación y seguimiento
- Continuación de recogida y grabación de datos
- Análisis de datos
- Elaboración de los resultados y conclusiones
- Difusión de los resultados
- Elaboración del artículo científico del estudio
- Elaboración de la memoria del estudio

PRESUPUESTOS SOLICITADOS Y JUSTIFICACIÓN:

CONCEPTOS	PRESUPUESTOS SOLICITADOS		
	AÑO 1	AÑO2	
Equipamiento inventariable: 2 ordenadores portátiles (1 grupo control y 1 grupo experimental). 1 impresora láser blanco y negro. 1 proyector.	3000€ 200€ 1200€		
Material fungible: Consumibles informáticos	1000€	700€	
Material bibliográfico: Bibliografía básica de enfermería (NANDA,NIC,NOC) Bibliografía referente a Trasplantes Bibliografía referente a la evaluación de programas, apoyo psicosocial, etc.	1000 € 500 € 500€		
Personal: Personal que desarrolla el programa y apoyo	2000€	2000€	
Viajes y dietas: Congresos nacionales Congresos internacionales Reuniones de grupo	2000€ 600€	2000€ 3000€ 600€	
Formación y difusión de resultados:		500€	
Gastos de contratación de servicios externos y arrendamiento de equipamiento de investigación:	1200 €	500€	
TOTAL	13200€	8400€	21600€

BIBLIOGRAFÍA:

1. Moreno Azcoita M. Historia del trasplante de órganos. En: Martínez Rodríguez E, Paz Jiménez J, Servicio de Publicaciones Universidades de Oviedo. Manejo en la cirugía de trasplantes. Gijón: Acuña Fombona; 1996.
2. Uno de cada cinco trasplantes en Europa es español. La Razón. Martes 1 de junio de 2010; Medicina y Sanidad.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Organización Nacional de Trasplantes [sede web] Madrid [acceso 25 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.ont.es/Paginas/default.aspx>.
4. Brandao de Carvalho Lira, Ana Luisa; Venícios De Oliveira Lopes, Marcos; Da Silva, Lucía De Fátima; De Araujo, Thelma Leite. Factores socio-demográficos y diagnósticos de enfermería en pacientes trasplantados renales. *Revista de Enfermería*. 2009; 10(1):88-94.
5. Ding D. Post-Kidney transplant rejection and infection complications. *Nephrol Nurs J*. 2010 Jul-Aug; 37(4): 419-26 [consultado 25 de septiembre 2010].
6. Levy NB. What is psychonephrology?. *J Nephrol*. 2008; Mar-Apr(21) Suppl 13:S51-3.
7. Rodríguez Martín, M^a Carmen; Conejos Alegre, Consuelo; Fuenmayor Díaz, Amaranta; Mirada Ariet, Carmen; Sanz Izquierdo, Esther; Torruella Barraquer, Carmen et al. Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2009; 12(1). DOI 10.4321/S1139-13752009000100005
8. Cano Arana, Alejandra; Martín Martín, Cristina; Vidal Pérez, Inmaculada; Pariente Matamala, Consuelo; Pérez Gómez, Manuela; Durango Limarquez, Maribel, et al. Profundizando en la experiencia de los pacientes que se someten al proceso de trasplante hepático. Un diseño multimetódico de investigación. *Educare* 21 2009; 59. URL disponible en: http://www.enfermería21.com/educare/secciones/casosclinicos/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTKw&Mzg%3D&MzA5Mw%3D%3D [consultado 7 de julio de 2010]
9. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global* [revista en internet] 2009[acceso 19 de junio 2010]; 2(16). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/66351/63971>
10. Pérez Gómez, M; Durango Limarquez, M^a I; Gordo Martín, Y; Yepes Temiño, M. La consulta telefónica como apoyo al paciente trasplantado y su familia. Una intervención de enfermería. *EGEH*. 2009;(9): 5-10.
11. Muñoz Montaña, M^a del Rosario; Durán Sánchez, Inés M^a; Álamo Pulgares, M^a Dolores; Torres Muñoz, Ruth M^a; Jiménez Martínez, Julián; Dávila Quintana, Santiago. Intervención enfermera en el proceso de afrontamiento ante la comunicación de un diagnóstico grave. Resultados de una investigación. *Rev Paraninfo Digital*, 2010; 8. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n8/040.php> Consultado 12 Octubre 2010
12. Rodrigue JR, Dimitri N, Reed A, Antonellis T, Hanto DW, Curry M. Quality of life and psychosocial functioning of spouse/partner caregivers before and after liver transplantation. *Clin Transplant*. 2010 Feb; (22)[consultado 25 de septiembre de 2010].
13. Reinares, María; Vieta, Eduard; Colom, Francesc; Martínez-Arán, Anabel; Torrent, Carla; Comes, Mercé; Sánchez-Moreno/Goikolea, José Manuel; Benabarre, Antoni. Evaluación de la carga familiar: una propuesta de escala

autoaplicada derivada de la escala de desempeño psicosocial. Rev Psiquiatría
Fac Med Barna;31(1):7-13.