



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/140d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Percepción de educación sanitaria en personas cuidadoras de familiares con esquizofrenia**

Autores Francisco Javier *Montiel López*, Mónica *Montiel López*

Centro/institución Complejo Hospitalario de Jaén, Servicio Andaluz de Salud

Ciudad/país Andújar (Jaén), España

Dirección e-mail fjmontielopez@hotmail.com

RESUMEN

Cuando indagamos sobre la explicación de la etiología de la esquizofrenia parece ser un problema definir la naturaleza de los desordenes esquizofrénicos, la dificultad está en establecer relaciones e interacciones entre las dimensiones de la esquizofrenia (factores biológicos, somáticos, interpersonales, familiares, cognitivos...). Para solucionar el problema surgen modelos que permitan establecer relaciones entre los diferentes ejes de la esquizofrenia como el actualmente destacado modelo de Liberman. Esta teoría se utiliza para describir la aparición de trastornos mentales como la esquizofrenia, que se producen por la interacción de una predisposición hereditaria vulnerable, con sucesos que precipitan la aparición del trastorno, procedentes del ambiente. Una vulnerabilidad genética o predisposición (diátesis) interactúa con el ambiente y con los sucesos vitales (estresantes) para desencadenar conductas o trastornos psicológicos [...]

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Antecedentes y estado actual

Cuando indagamos sobre la explicación de la etiología de la esquizofrenia parece ser un problema definir la naturaleza de los desordenes esquizofrénicos, la dificultad está en establecer relaciones e interacciones entre las dimensiones de la esquizofrenia (factores biológicos, somáticos, interpersonales, familiares, cognitivos...).¹ Para solucionar el problema surgen modelos que permitan establecer relaciones entre los diferentes ejes de la esquizofrenia como el actualmente destacado modelo de Liberman. Esta teoría se utiliza para describir la aparición de trastornos mentales como la esquizofrenia, que se producen por la interacción de una predisposición hereditaria vulnerable, con sucesos que precipitan la aparición del trastorno, procedentes del ambiente. Una vulnerabilidad genética o predisposición (diátesis) interactúa con el ambiente y con los sucesos vitales (estresantes) para desencadenar conductas o trastornos psicológicos.²

La familia es el lugar donde se dan las redes fundamentales de integración e interacción social. De ésta dependen las distintas formas de asumir realidades dolorosas como son la enfermedad o la muerte. Tanto los estilos de afrontamiento como la conducta de enfermedad varían en función de los recursos que el sujeto pone en juego. Entre los recursos ambientales el principal es la familia, tras estudiarlos, Gradillas difiere entre aquellas familias que adoptan una actitud elusiva del problema hasta otras que se vuelven sobreprotectoras.³

La importancia que tiene para este trabajo el modelo de Liberman es que cuando un individuo está expuesto a una vida con factores estresantes como tensión en el trabajo o la familia puede llegar a sobrepasar su capacidad de afrontamiento, destacando el papel de la familia y como afecta el clima familiar en la evolución de la esquizofrenia.

El paciente diagnosticado de esquizofrenia tiene una limitación psíquica de acuerdo con la cual está incapacitado para realizar las actividades de la vida diaria por sí solo y por lo tanto con una gran necesidad de ayuda para lograr alcanzar la independencia y autonomía en la habilidad del propio cuidado, y en adaptación social y conductual, por lo que va a necesitar el cuidado familiar permanentemente.

Por otro lado, cuidar a un ser querido comienza por que el cuidador cuide de su propia salud. En 2002 en Andalucía se propone el plan de apoyo a las familias andaluzas contenido en el DECRETO 137/2002, donde se establecen un conjunto coherente de medidas (servicios y ayudas) como un apoyo a la institución familiar desde una perspectiva global.⁴ Destacamos como iniciativa el apoyo tecnológico que prestan las distintas redes sociales a los cuidadores de personas dependientes, esto repercute directamente en el bienestar y en las expectativas de vida satisfactoria de aquel a quien se cuida, incidiendo directamente en la vida del cuidador.⁵

Actualmente, los cuidadores también disponen del desarrollo de dispositivos socio-sanitarios de Salud Mental con el objeto de paliar la sobrecarga familiar que poseen, proponiéndose el establecimiento de medidas para consolidar la atención comunitaria desde las Unidades de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria de Salud.⁶

Desde aquí los profesionales llevarán a cabo las intervenciones familiares que fueron desarrolladas desde los años ochenta, y destacan tener en común su encuadre dentro de la teoría de la vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977), potenciando la toma regular de medicación y la reducción del estrés ambiental, más concretamente, de la emoción expresada (EE) en la familia.

Tras una revisión bibliográfica, las conclusiones de los autores en estudios con pacientes diagnosticados de esquizofrenia y sus familias expresan que el beneficio principal de la intervención familiar en estos pacientes con esquizofrenia es que puede reducir el riesgo de recidiva y ayuda a los pacientes a tomar sistemáticamente su medicación, puede hacer la vida familiar menos tensa y reducir la rehospitalización. Para obtener este beneficio, los pacientes con esquizofrenia y sus familias deben estar dispuestos a pasar una cantidad significativa de tiempo en contacto con los servicios de salud.⁷

La necesidad de apoyo social de la familia para afrontar la tarea del cuidar a familiares con esquizofrenia y el hecho de que los estudios de metodología cualitativa sobre este tema son escasos y poco concluyentes justifican el desarrollo de este estudio.

Objetivos

Conocer la percepción que tienen los cuidadores familiares de enfermos con esquizofrenia acerca del apoyo que les proporciona la educación sanitaria de los profesionales de enfermería.

Dado que la metodología utilizada será la cualitativa no empezaremos con un cuerpo de hipótesis que haya que confirmar o rechazar sino que se trata de estudiar e interpretar la realidad en un contexto determinado.

Metodología. Plan de trabajo

Tipo de estudio

Estudio exploratorio descriptivo de naturaleza cualitativa, basado en entrevistas semiestructuradas.

Utilizaremos una conversación marcándonos un propósito, descubrir los sentimientos, percepciones y pensamientos en este caso de los informantes (familiares de pacientes con esquizofrenia) sobre las necesidades del cuidado a sus familiares y la percepción acerca de la educación sanitaria enfermera.

Contexto y sujetos de estudio

El estudio se realizará en Jaén en la Unidad Comunitaria de Salud Mental de Andújar, durante el año 2014, entre las personas cuidadoras familiares de personas con esquizofrenia.

Selección de los participantes

Se seleccionarán sujetos por conveniencia y de forma intencionada hasta alcanzar la saturación de la información.

Criterios de inclusión

- Mayores de 18 años.
- Tiempo ejerciendo el cuidado a partir de 6 meses.
- Domicilio compartido con el familiar.
- Tiempo al día que dedica al cuidado, a partir de 8 horas.

Criterios de exclusión

- Que la persona cuidadora haya padecido antes de comenzar el cuidado una enfermedad mental.
- Aquellos que no acepten participar.

Estos perfiles están elaborados a partir de la bibliografía revisada y de la información aportada por los profesionales enfermeros. La selección de la muestra será homogénea, personas con el mismo perfil (criterios de homogeneidad) hasta que sean definidos los perfiles más característicos y habituales con el propósito de centrarnos en el tema a investigar en este grupo social.

El contacto se hará mediante teléfono.

Técnicas de recogida de información

En investigación cualitativa el número de entrevistas no se fija a priori sino que se establece un número relativamente aproximado de casos y la muestra final se conoce cuando los casos no aportan datos novedosos. Todas las entrevistas partirán de un guión y serán grabadas y transcritas. Las entrevistas durarán como máximo 90 minutos y se realizarán en el domicilio del cuidador.

Análisis de la información

Primer nivel de categorías básicas:

- Conocimientos sobre la enfermedad.
- Necesidades para el cuidado.
- Información recibida.
- Propuestas futuras sobre redes de apoyo social, necesidades tecnológicas...

La información se analizará mediante análisis de contenido apoyado por el software NUDIST-4. La codificación de cada una de las transcripciones se realizará mediante triangulación (contraste) entre los miembros del equipo investigador para garantizar la fiabilidad.

Consideraciones éticas

Consentimiento informado

Los sujetos entrevistados en el estudio obtendrán previa información de los objetivos del proyecto. Dicho consentimiento se tomará por escrito informando del propósito del estudio, la entrevista que se les va a realizar, la voluntariedad de la participación así como la libre elección para poder retirarse en cualquier momento del estudio y que su negación o participación en el estudio no repercutirá en ningún caso en la atención sanitaria en la Unidad Comunitaria de Salud Mental.

Confidencialidad de los datos

Contaremos en todo momento con la autorización para grabar sus discursos. Se les garantizará la confidencialidad de sus opiniones.

Se les garantizará que las transcripciones sólo serán escuchadas por los miembros del equipo investigador. En ningún caso aparecerán en las transcripciones los nombres reales de los participantes por lo tanto suprimiremos en las copias de las transcripciones a disposición de los lectores interesados, todas aquellas referencias que pudieran identificar a los entrevistados

Limitaciones

Como es característico de este abordaje metodológico, las opiniones de los usuarios, obtenidas a través de metodología cualitativa no podrán ser extrapoladas a la población general.

El sesgo de selección de los participantes existe ya que el listado de cuidadores podría no incluir a todas las cuidadoras.

Las posibles pérdidas durante el estudio pueden dar lugar a un sesgo.

Discusión

Numerosos estudios han investigado sobre el impacto y sobrecarga que genera el cuidar a un familiar con esquizofrenia, y todos llegan a la misma conclusión, alto impacto en cuidadores/as principales. Es por esto, que este trabajo se centra en resultados obtenidos por otras investigaciones, para abordar otros puntos que pueden resultar de interés para los profesionales de enfermería como es la educación sanitaria que deben ofrecer a estos cuidadores para disminuir el impacto de cuidar en personas con esquizofrenia.

Como futura línea de investigación destacamos que sería adecuado incluir la tecnología como algo novedoso en los talleres con cuidadoras ya que, la tecnología digital pueden ser una herramienta útil para luchar contra el aislamiento de los cuidadores, que además ofrece soluciones prácticas, nuevos aprendizajes de diversas técnicas y obtención de apoyo.

Bibliografía

1. Fernández López de Ochoa E, Vázquez Valverde C .Modelos de vulnerabilidad y esquizofrenia. Monografías de psiquiatría; 2007. (3º ed).
2. Zubin, J; Spring, B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology; 1977(86):103-126.
3. Gradillas V. La familia del enfermo mental. La otra cara de la psiquiatría.1ª ed. Madrid: Díaz de Santos, 1998 p.19-22.
4. Real Decreto 137/2002. BOJA, núm. 52, (24/05/2002).
5. Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. Gerokomos. 2008 Mar; 19(1): 9-15.
6. Barrón A. Apoyo social: definición. Jano 1990; 38:1086-1097.
7. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Intervención familiar para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2008; nº 4.Oxford.