

**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2014 / 2015

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Programa de educación para la salud dirigido a  
familiares de pacientes con trastornos  
depresivos**

**Autor/a:** Jorge Ballesteros Garcia

**Tutor:** Fernando Urcola Pardo

**Co-tutora:** Enriqueta Boada Apilluelo

# ÍNDICE

1. RESUMEN .....	1
2. ABSTRACT .....	2
3. INTRODUCCIÓN.....	3
4. OBJETIVOS .....	7
5. METODOLOGÍA .....	8
6. DESARROLLO .....	9
6.1 Contexto social y población diana .....	10
6.2 Captación .....	10
6.3 Redes de apoyo.....	11
6.4 Recursos materiales y humanos .....	11
6.5 Presupuesto.....	11
6.6 Diseño del programa.....	12
6.7 Objetivos del programa .....	12
6. 8 Horarios y registro de asistencia.....	12
6. 9 Estructura de las sesiones .....	12
A) Sesión 1: " <i>Toma de contacto y normas</i> " .....	13
B) Sesión 2: " <i>Entendiendo la depresión</i> " .....	13
C) Sesión 3: " <i>Fomentando la adherencia al tratamiento</i> " .....	14
D) Sesión 4: " <i>Cuidados y actitudes ante el enfermo</i> ".....	15
E) Sesión 5: " <i>El cuidado del cuidador</i> " .....	16
F) Sesión 6: " <i>Despedida y finalización del programa</i> " .....	17
7. Cronograma .....	18
8. EVALUACIÓN .....	18
9. CONCLUSIONES.....	19
10. BIBLIOGRAFÍA .....	20
ANEXO 1: DÍPTICO .....	24
ANEXO 2: CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR .....	26
ANEXO 3: CUESTIONARIO WHOQOL-BREF .....	27
ANEXO 4: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN .....	31

## **1. RESUMEN**

La depresión es el trastorno mental más frecuente y relevante en Atención Primaria. Ahora bien, el impacto de la depresión no solo se limita al enfermo, obligando a considerar el cuidado centrado en la familia como parte integrante de la práctica de enfermería. A través de la educación para la salud se ha podido comprobar una disminución de la carga familiar y una mejor evolución en el curso del trastorno del paciente.

El objetivo principal de este trabajo ha sido elaborar un programa de educación para la salud para familiares de pacientes con trastorno depresivo, dirigido por enfermería desde Atención Primaria.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales bases de datos (Dialnet, Science Direct, Scielo y Pubmed) y de guías y publicaciones de las principales instituciones mundiales. Además se ha recogido información tras la asistencia a una conferencia que tuvo lugar en el Centro de Investigación Biomédica Aragonés, en el marco de Jornadas Pacientes y Salud, con el nombre "Depresión. La importancia de la familia".

El profesional de enfermería debe poseer en el área de Atención Primaria un espacio fundamental para orientar a la familia en el proceso de recuperación del enfermo. La escucha y el acompañamiento de la familia en su proceso de cuidador facilita el tratamiento, la evolución y la prevención de las recaídas en el enfermo depresivo, a la vez que aumenta la calidad de vida y disminuye el sufrimiento de los cuidadores familiares.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión; Educación Sanitaria; Familia; Enfermería; Atención Primaria.

## **2. ABSTRACT**

Depression is the most common and relevant mental disorder in primary care. However, the impact of depression is not limited to the patient, as it obliges family members to participate in caring as an integral part of nursing practice. Health education has led to a drop in the pressures on families and to improved progress during the course of the patient's disorder.

The main aim of this work is to develop a health education program directed by primary care nursing for relatives of patients with depressive disorder.

A bibliographical review was carried out using the main databases (Dialnet, Science Direct, Scielo and Pubmed) and guides and publications from the world's leading institutions. Information was also collated following attendance at a conference held at the Aragonese Biomedical Research Centre, the Patients and Health Symposium titled "Depression: The importance of the family".

The nursing professional must have a fundamental role within the area of primary health care so as to guide the family during patient recovery. Accompanying and listening to the family in its capacity of caregiver facilitates treatment, patient progress and the prevention of relapses into depressive illness, while increasing the quality of life and reducing the suffering of family caregivers.

**KEY WORDS:** Depression; Psycho-education; Family; Nursing; Primary Care.

### **3. INTRODUCCIÓN**

La depresión o trastorno depresivo, es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un trastorno mental habitual, que suele presentarse con síntomas como tristeza, falta de autoestima, falta de apetito y concentración, pérdida de interés, trastornos del sueño, entre otros. Asimismo, hay que señalar que se trata de una enfermedad con un curso prolongado y con un índice de recaídas importante. (1,2)

El DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), uno de los sistemas de clasificación de trastornos mentales con mayor aceptación tanto para el diagnóstico clínico como para la investigación y la docencia, engloba la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, junto con aquellos cuya característica en común es la alteración del humor. (3)

Clínicamente, hay tres tipos de depresión: una depresión mayor, conocida como depresión unipolar; depresión menor, conocida como distimia, que es menos severa y aparece como una depresión crónica; y trastorno bipolar, también conocido como depresión maníaca donde períodos de depresión son combinados por episodios de manía con cambios de comportamiento repentinos y extremos. (4)

Los antecedentes de la depresión se remontan a algunos escritos médicos de la antigüedad; en el griego clásico y en la época de Hipócrates era conocida como melancolía; en 1725, Sir Richard Blackmore nombró el término que hoy todos conocemos. (5)

Actualmente, la depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes y que más problemas de discapacidad genera. La OMS estima que la depresión ocupará el segundo lugar como discapacidad mundial en 2020, detrás de las enfermedades cardiovasculares. (6) En la actualidad, afecta aproximadamente a 350 millones de personas en todo el mundo. (7) Según datos del estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), en España la prevalencia-año y prevalencia-vida del episodio depresivo mayor se ha estimado en un 3,9% y 10,5%

respectivamente. En cuanto al sexo, la prevalencia en mujeres es más del doble que en hombres, siendo 14,47% para ellas y 6,29% para ellos. Además, es el trastorno mental más habitual y se encuentra como la segunda causa de incapacidad laboral transitoria en nuestro país. (8)

En España el gasto anual por depresión es de 5.005 millones de euros, lo que representa un coste medio por paciente deprimido de 3.042,45 euros al año. (8) Este coste asciende a los 118 billones de euros en toda Europa. (9) Así, según las anteriores cifras de prevalencia, las consecuencias que supone para la sociedad y el coste económico que representa, se debe considerar la depresión como un importante problema de salud pública a afrontar.

La depresión como problema importante de salud pública necesita un adecuado diagnóstico y tratamiento, y teniendo en cuenta que un 60% de las personas con depresión buscan ayuda en Atención Primaria (AP), es preciso que desde ahí se haga un buen abordaje del diagnóstico y tratamiento para mejorar la salud de estas personas.(8)

En este ámbito de AP, la prevalencia de trastornos psiquiátricos, incluyendo la depresión, oscila entre un 22 y un 29%, suponiendo aproximadamente una de cada cuatro consultas que atienden los Médicos de Atención Primaria (MAP). Del mismo modo las consultas de enfermería también son muy frecuentadas por este tipo de pacientes, por lo que es necesario indicar que es fundamental la participación enfermera en el proceso de salud del paciente, la valoración de la adhesión al tratamiento y en el apoyo psicológico. (10)

A pesar del alto porcentaje de prevalencia, los MAP solo detectan la mitad de los casos debido a las dificultades existentes a la hora del diagnóstico de la depresión. Diversos médicos comentan tener dificultades para la identificación y evaluación de este trastorno. Entre estas dificultades encontramos el escaso tiempo de las consultas, en parte debido a una sobrecarga asistencial. Los MAP atienden aproximadamente a 35 pacientes por día lo que supone un tiempo de consulta inferior a los 10 minutos,

situando a España en el segundo lugar Europeo donde menos duran las consultas de AP. (10)

Este problema da lugar a la búsqueda de una solución rápida, favoreciendo la farmacoterapia y la asistencia a consultas de profesionales del ámbito privado. Según la AEMPS (Agencia Española del Medicamento) su consumo en España se ha incrementado en un 200% desde el año 2000 hasta el 2013. (11)

Además de la farmacoterapia existen otros tratamientos que pueden llevarse a cabo en la depresión, en conjunto o separados, como es el caso de la psicoeducación. La ventaja de las intervenciones psicoeducativas son en general su bajo coste y facilidad de implementación en AP, existiendo evidencia científica que respalda la efectividad de la psicoeducación en el tratamiento y prevención de los trastornos mentales. (12,13)

El impacto que los trastornos mentales y de comportamiento ejercen sobre las personas, las familias y las comunidades es algo incuestionable. La persona que lo padece, sufre no sólo a causa de los de síntomas inherentes a su enfermedad, sino también por su incapacidad de trabajar y de poder asumir sus responsabilidades familiares tanto en lo económico como en lo personal. Los familiares de estas personas afectadas se ven obligados a proporcionar apoyo físico, psicológico, económico, entre otros, y a soportar junto con el familiar enfermo, el impacto del estigma y la discriminación. (14)

Numerosos estudios han descrito como influye en el funcionamiento familiar el tener un miembro con depresión. Todos ellos coinciden en la incomodidad y la carga que genera la enfermedad, reiterando la necesidad de que la asistencia sea extendida a los familiares de las personas que sufren este trastorno. (14-18)

Los profesionales de enfermería son cada vez más conscientes del compromiso y la obligación que tiene de incluir a las familias en los cuidados de salud. La evidencia teórica, práctica y de investigación del

significado que la familia tiene para el bienestar y salud de sus miembros, así como la influencia sobre la enfermedad, obliga a las enfermeras a considerar el cuidado centrado en la familia como parte integrante de la práctica de enfermera. (14)

Un estudio realizado en Japón, señala como la psicoeducación familiar constituye una herramienta de utilidad a la hora de reducir la carga psicosocial que experimentan los familiares que conviven con pacientes con trastorno depresivo mayor. (19)

En España se ha desarrollado un modelo multifactorial para mejorar los resultados de la depresión en AP conocido como proyecto INDI (Interventions for Depression Improvement). Se trata de un programa psicoeducativo dirigido tanto a los pacientes deprimidos, como a sus familiares. Además, una de las características de este modelo es el papel tan importante que juega en la enfermera de AP. (20)

La familia es un pilar muy importante para el cuidado y rehabilitación de las personas con este tipo de trastornos, pero su cuidado plantea una serie de desafíos importantes en el entorno familiar. Esto hace que muchas de las familias que desempeñan el rol de cuidador experimenten situaciones estresantes y de sobrecarga, situaciones que a menudo afectan a su salud física y mental. (21)

Así, teniendo en cuenta los apartados anteriores y las evidencias expuestas, en este trabajo se propone llevar a cabo un programa de educación para la salud, dirigido a familiares de pacientes con trastorno depresivo, realizado por enfermería, con el fin de reconocer el posible impacto negativo en la unidad familiar y plantear intervenciones dirigidas a la reducción del mismo.

## **4. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Elaborar un programa de educación para la salud, para familiares de pacientes con trastorno depresivo, dirigido por enfermería desde Atención Primaria.

### **Objetivos Específicos**

- Ofrecer conocimientos y herramientas a los familiares para afrontar situaciones de manera más efectiva.
- Mejorar las relaciones familiares en los pacientes con depresión.
- Prevenir en la familia el síndrome del cuidador.
- Valorar los efectos que el programa de educación tiene sobre los familiares mejorando la calidad de vida. (medida con el cuestionario WHOQOL-BREF)

## 5. METODOLOGÍA

Para realizar el programa se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica con el fin de obtener datos e información sobre el tema. Para ello se han utilizado diferentes bases de datos científicas, cuyos resultados quedan reflejados en la siguiente tabla:

Tabla 1: Estrategia de búsqueda bibliográfica

Base de Datos	Limitación empleada	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos utilizados
Science Direct	Texto Completo 10 últimos años	"Depresión" "Atención Primaria" "Psicoeducación"	2	1
Scielo	Texto Completo 10 últimos años	"Depresión" "Familia"	22	4
Pubmed	Texto Completo Gratuito 10 últimos años Idioma: Inglés	"Depresión" "nurses" "family therapy" "treatment"	22	3
Dialnet	Texto Completo 10 últimos años	"Depresión" "afrontamiento familiar"	2	1

En ellas se han empleado las palabras clave: "Depresión", "Atención Primaria", "Psicoeducación", "familia", "afrontamiento familiar", "Depression", "nurses", "family therapy", "treatment".

Del mismo modo, se han utilizado las páginas web de la Agencia Española Del Medicamento (AEMPS), la OMS y la Asociación de Trastornos Depresivos de Aragón (AFDA). De la última, también se recopiló información al asistir a

una conferencia que tuvo lugar en el CIBA, en el marco de Jornadas Pacientes y Salud, llamada "Depresión. La importancia de la familia".

Por último se utilizó el buscador "Google académico" con el fin de encontrar documentación relacionada con el trabajo. La elección de los artículos se ha basado en la importancia que daban al tratamiento de la depresión en atención primaria y aquellos relacionados con la psicoeducación familiar.

El esquema del programa se ha basado en la detección de las necesidades de los familiares de pacientes con depresión, usando la taxonomía NANDA para elaborar unos diagnósticos que han permitido establecer los objetivos específicos del programa. A partir de ahí se ha determinado el método de captación de la población diana, los recursos y el presupuesto necesario y por último se ha procedido al diseño y elaboración de las sesiones.

## **6. DESARROLLO**

Por diferentes motivos, aunque especialmente por la vinculación afectiva con el enfermo, la familia asume más carga de la que es capaz de soportar, sin tener en cuenta sus capacidades reales y su propio estado de salud. Ante los primeros síntomas se genera en la familia una gran preocupación, incertidumbre y temor, provocando cambios del rol que ocupa cada uno de sus miembros, pudiendo suponer modificaciones importantes en sus vidas.

Cuando el estrés es continuado y especialmente si no existe una red de apoyo adecuada, se incrementa la posibilidad de que aparezcan complicaciones de tipo psicológico, funcional y social. Con respecto a esto, desde el punto de vista de la enfermería y de acuerdo con la taxonomía NANDA, se derivan los siguientes diagnósticos: (22)

Tabla 2: Diagnósticos de enfermería

**Diagnóstico: "Afrontamiento familiar comprometido r/c cambio de roles temporales m/p apoyo insuficiente". (NANDA 00074)**

**Diagnóstico: "Cansancio del rol del cuidador r/c necesidad de cuidados de su familiar m/p falta de tiempo para las necesidades personales".(NANDA 00061)**

**Diagnóstico: "Procesos familiares disfuncionales r/c habilidades de afrontamiento inadecuadas m/p deterioro de las relaciones familiares".(NANDA 00063)**

**Diagnóstico: "Disposición para mejorar los procesos familiares m/p manifestación de deseos de mejorar la dinámica familiar". (NANDA 00159)**

## **6.1 Contexto social y población diana**

El lugar donde se plantea llevar a cabo el programa corresponde al Sector Sanitario de Calatayud, el cual forma parte de Área de Salud III junto con el Sector Sanitario de Zaragoza III.

Dentro de este sector se ha elegido el Centro de salud de Calatayud ya que proporciona asistencia a casi la mitad de la población de este sector y además cuenta con un Equipo de Salud Mental (compuesto por dos psiquiatras, un enfermero de salud mental, un psicólogo y un trabajador social), con los que se colaborará durante la captación y realización del programa. La población diana corresponde a los familiares de pacientes con depresión que pertenezcan a este centro.

## **6.2 Captación**

La captación se realizará tanto en consultas de medicina como de enfermería del Centro de Salud De Calatayud, cuando un paciente con depresión acuda a consulta de AP acompañado por un familiar. Se le informará al familiar de la existencia del programa y los beneficios que obtendrá. En las consultas habrá dípticos promocionando el programa, se entregarán a todas las personas que lo deseen. (Anexo 1). Si está interesado se les derivará al enfermero/a responsable del programa para que le proporcione una hoja de inscripción y más información si lo desea.

### **6.3 Redes de apoyo**

Existen asociaciones independientes a nivel local donde los asistentes pueden continuar yendo una vez acabado el programa. En Zaragoza se encuentra la asociación AFDA, la cual actúa como recurso de referencia en el tratamiento de la depresión y ansiedad en Aragón. Ofrecen servicios especializados e individualizados para la atención psicoterapéutica de las personas que padecen estos trastornos, así como apoyo hacia sus familiares y amigos.

### **6.4 Recursos materiales y humanos**

Recursos materiales: se utilizará un aula prestada por el Centro de Salud de Calatayud, que cuente con suficiente espacio para albergar a todos los asistentes. Se necesitarán sillas, una mesa redonda, proyector, ordenador, pantalla blanca sobre la que proyectar, pendrive, bolígrafos y cuestionarios.

Recursos humanos: Las sesiones serán impartidas por un enfermero que trabaje en el área de AP, con experiencia en el trato con los pacientes y sus familiares, y en el manejo de grupos.

### **6.5 Presupuesto**

El aula con el mobiliario y el equipo de proyección será cedido por el centro. En cuanto al coste de las hojas de inscripción, dípticos y resto de material junto con el salario del enfermero/a a cargo queda reflejado en la siguiente tabla:

#### 2: Desglose presupuestario

Unidades	Material	Precio unidad	Coste
20	Hoja de inscripción	0,06 cts	1,20 €
20	Díptico	0,20 cts	4 €
60	Encuestas	0,06 cts	3,60 €
25	Bolígrafos	0,25 cts	312,50 €
9 horas	Trabajo enfermera	50 €/h	450 €
<b>Total</b>			<b>771,3€</b>

## **6.6 Diseño del programa**

El programa psicoeducativo se desarrolla en 6 sesiones de 90 minutos cada una, con una periodicidad semanal y que se extiende a lo largo de 3 meses, al objeto de dar tiempo no solo a ir asimilando la información, sino también originar cambios positivos en los pensamientos y acciones de los familiares.

## **6.7 Objetivos del programa**

- Contribuir a eliminar el estigma social y desconocimiento que existe sobre la depresión en los familiares.
- Promover la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.
- Reconocer la importancia del autocuidado y desarrollar las aptitudes necesarias para procurar una mejor calidad de vida de los familiares.
- Orientar a las familias para resolver los problemas que surgen en la convivencia con la persona enferma.
- Mejorar la autovaloración y confianza de la familia.

## **6. 8 Horarios y registro de asistencia**

Los horarios, las actividades relacionadas con los preparativos para cada sesión y el registro de asistencia deben definirse con antelación. El registro de cada asistente puede consistir en hoja de inscripción que contenga sus datos personales como son: nombre, edad, dirección, teléfono, correo electrónico (si se tiene), relación o parentesco con el familiar enfermo y su diagnóstico. En cuanto al número de participantes, no excederá de 15 personas, con el fin de facilitar la participación y la integración a las dinámicas.

## **6. 9 Estructura de las sesiones**

Cada sesión grupal está estructurada en tres partes diferenciadas, en la primera se expone la educación sanitaria relacionada con el tema a tratar en la sesión, en la segunda, se trabaja mediante técnicas grupales el tema abordado anteriormente y en la tercera se facilita la expresión de sentimientos, opiniones y dudas relacionadas con lo tratado ese día.

## **A) Sesión 1: “*Toma de contacto y normas*”**

*Objetivos de la sesión:*

- Toma de contacto de los miembros del grupo.

*Contenidos y finalidad:*

- Presentación de la enfermera responsable del programa y de cada uno de sus integrantes, mediante una técnica grupal (rueda de presentaciones) en la que, además, cada uno explica qué expectativas tiene acerca del grupo.
- Explicación de las normas del grupo (reglas de encuadre grupal): participación, confidencialidad, puntualidad, compromiso y respeto.
- Explicación de la metodología de la intervención y de las ventajas de la educación para la salud en grupo (aprender de otros, percibir que su problema no es único, motivarse por la mejoría de los otros, sociabilización, etc).
- Definición de horarios y contenidos que se van a abordar en las posteriores sesiones.
- Evaluación pretest. Aplicación del primer cuestionario APGAR-Familiar (anexo 2) y el primer WHOQOL-BREF (anexo 3).

## **B) Sesión 2: “*Entendiendo la depresión*”**

*Objetivos de la sesión:*

- Dar información clara y comprensible sobre las características de la depresión.
- Mejorar el entendimiento de la familia sobre la enfermedad.

*Contenidos y finalidad:*

- ¿Qué es y qué no es la depresión?: Existe la creencia en los familiares de que las personas que sufren depresión, la sufren porque son débiles y no saben enfrentarse a las dificultades. Frente a esto,

se intentará que los asistentes entiendan la depresión como una enfermedad cerebral y no un síntoma de debilidad personal o algo que su familiar simula para obtener atención de los demás.

- Causas por las que aparece la depresión: La depresión es una enfermedad en la que intervienen múltiples factores de tipo genético, biológico y psicosocial. Por esta razón, se proporcionará una explicación clara y comprensible sobre la etiología de la depresión con el objetivo de eliminar cualquier sentimiento de culpabilidad de que su familiar este enfermo.
- ¿Cuán frecuente es la depresión?: En ocasiones la familia interpreta que lo que le pasa al enfermo es algo extraño que nadie puede entenderlo. Por ello, se informará sobre la prevalencia de la depresión, para que los asistentes comprendan que se trata de una enfermedad bastante común y eliminar la creencia de que su familiar es un "bicho raro".
- Los síntomas de la depresión: Hablar sobre los síntomas del síndrome depresivo puede ayudar a los asistentes a entender y a interpretar mejor lo que siente su familiar: no es que él sea hosco, irritable, antipático, perezoso, «pasota»..., sino que son los síntomas de la depresión que provocan ese comportamiento.
- Las recaídas y el suicidio: Los familiares juegan un papel muy importante detectándolas en su familiar, ya que en muchas ocasiones son los primeros en percibirlas. Por ello, se proporcionarán instrucciones a los asistentes para que sepan cómo actuar en esas situaciones y qué recursos pueden utilizar.

## C) Sesión 3: "Fomentando la adherencia al tratamiento"

*Objetivos de la sesión:*

- Educar a los asistentes en la importancia del tratamiento y como fomentar la adherencia de su familiar a éste.

*Contenidos y finalidad:*

- Tratamiento en la depresión. La depresión es una enfermedad médica y como tal puede y es necesario tratarla. Se enfatizará en la importancia del tratamiento y en los beneficios que puede reportar.
- ¿Por qué un tratamiento farmacológico?: En ocasiones la familia no entiende como unas «unas pastillas» pueden ayudar a su familiar depresivo. Se proporcionará información de la medicación antidepresiva, recalando su eficacia y eliminando falsas creencias.
- Efectos adversos: A pesar de su eficacia, algunos medicamentos presentan efectos adversos. Por ello, se informará a los asistentes de su posible aparición y cómo pueden ayudarles en esos casos.
- Seguimiento: Durante la depresión el enfermo puede ofrecer ciertas resistencias para no acudir al médico. Por ello, se ofrecerán consejos que los asistentes podrán utilizar para negociar con sus familiares el cumplimiento de éste.

#### **D) Sesión 4: "Cuidados y actitudes ante el enfermo"**

*Objetivos de las sesiones:*

- Proporcionar pautas de comportamiento y de ayuda activa para sus familiares.

*Contenidos y finalidad:*

- Pautas psicológicas básicas: La mayoría de personas con depresión tiene problemas para verbalizar sus emociones. Se proporcionarán consejos a los asistentes para promover la comunicación y la participación del familiar enfermo.
- Pautas para manejarse en el día a día: Es muy importante que, durante la depresión, el enfermo no abandone todas las actividades.

Se ofrecerán consejos para ayudar a los asistentes a negociar con sus familiares el cumplimiento de ciertas actividades y horarios de forma gradual y realista.

- Pautas de conducta y hábitos: La depresión en ocasiones suele verse acompañada de alteraciones en la conducta alimentaria, hábitos de sueño, disminución de la actividad física y con el consumo de tóxicos. Frente a esto, se informará a los asistentes a cerca de que hábitos pueden mejorar la salud de su familiar (alimentación saludable, ejercicio físico, etc) y cómo pueden fomentarlos.

## **E) Sesión 5: “*El cuidado del cuidador*”**

*Objetivos de la sesión:*

- Proporcionar estrategias a los asistentes para ayudar a reducir la sobrecarga que produce la convivencia con el familiar enfermo.

*Contenidos y finalidad:*

- Programar y realizar actividades gratificantes: En muchas ocasiones la propia familia deja de realizar actividades cotidianas para proporcionar más apoyo al enfermo. Frente a esto, se recomendará a los asistentes dejar un espacio diario para sí mismos: para sus relaciones, para sus aficiones, en definitiva, todo aquello que les permita ser felices.
- El cuidado de uno mismo: Atender las necesidades de su familiar sin preocuparse primero de uno mismo puede producir el llamado “síndrome del cuidador”. Por esta razón, se recomendará a los asistentes no olvidarse de uno mismo y cuidar de su salud, manteniendo hábitos de vida saludables.
- Objetivos realistas: En algunas ocasiones los cuidadores se marcan expectativas irreales a cerca de la mejora de su familiar. Por ello, se

enseñará a los asistentes la importancia de marcarse objetivos reales y factibles a corto plazo en las tareas del cuidado del enfermo.

- Redes de apoyo: La familia necesita también recibir soporte para disminuir el estrés. Se proporcionará información sobre prestaciones y servicios donde acudir para poder solicitar ayuda. También se enseñaran técnicas de respiración/relajación para reducir el estrés y ansiedad que la carga del familiar puede provocar.
- Afrontamiento de problemas: Mediante la técnica de brainstorming, se pedirá a los asistentes que verbalicen aquellas situaciones familiares que les generan estrés. A continuación se analizaran en grupo y se propondrán soluciones.

## **F) Sesión 6: "Despedida y finalización del programa"**

*Objetivos de la sesión:*

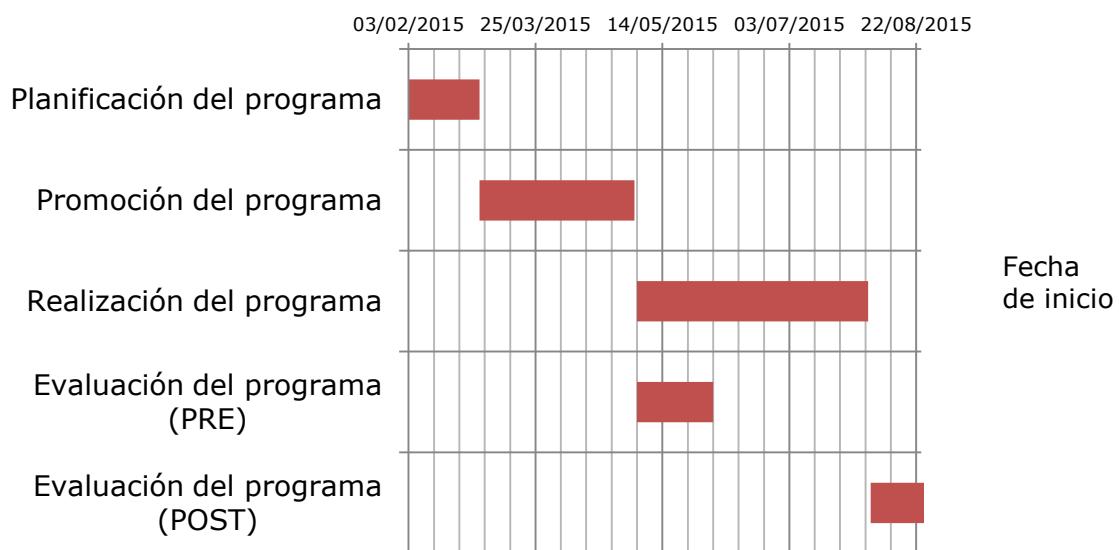
- Despedida del grupo.

*Contenidos y finalidad:*

- Retroalimentación entre los asistentes y el enfermero.
- Evaluación postest. Aplicación del segundo cuestionario APGAR-Familiar (anexo 2), el segundo WHOQOL-BREF (anexo 3) y la encuesta de satisfacción (anexo 4).
- Despedida del grupo.

## 7. Cronograma

Se ha realizado el siguiente Diagrama de Gantt para representar gráficamente el tiempo dedicado a cada una de las tareas del programa de educación para la salud.



## 8. EVALUACIÓN

Para la evaluación del programa se utilizaran tres instrumentos:

- El cuestionario APGAR-FAMILIAR (anexo 2). Se trata de una herramienta que permite valorar la dinámica familiar y cómo influye en la salud de sus miembros. Evalúa cinco funciones básicas de la familia: Afectividad, Participación, Crecimiento, Adaptabilidad y Capacidad Resolutiva.

El primer cuestionario se lleva a cabo durante la primera sesión, permitiendo al enfermero utilizar los datos obtenidos, para detectar aquellas áreas de dificultad familiares e incidir en ellas a lo largo del programa. El segundo cuestionario se lleva a cabo en la última sesión y permitirá comparar si ha habido mejora en el funcionamiento familiar tras la ejecución del programa.

- El cuestionario WHOQOL-BREF (anexo 3). Se trata de la versión abreviada de la escala elaborada por la OMS para evaluación de la calidad vida (WHOQOL). Es un cuestionario autoadministrado que permite medir el nivel de calidad de vida. Consta de 26 ítems, que evalúan 4 dimensiones de salud: Salud Física, Psicología, Relaciones Sociales y Ambiente.

El primer cuestionario se rellenará en la primera sesión y el segundo en la última, con el fin de comparar los datos y valorar si se ha producido una mejora en la calidad de vida tras la ejecución del programa.

- Encuesta de satisfacción (anexo 4). Se rellenará por los participantes en la última sesión.

## **9. CONCLUSIONES**

Los trastornos depresivos constituyen uno de los problemas de salud más frecuentes que los profesionales de enfermería atienden en las consultas de atención primaria.

Su repercusión en la salud y la calidad de vida de los que las padecen y sus familiares, hacen necesario actuaciones que aborden el problema no solo desde la atención y seguimiento del paciente, sino también mediante la aplicación de programas para familiares sobre educación en la depresión, proporcionando estrategias de auto-cuidados que ayuden a minimizarlo y, dada la influencia positiva de la familia en la recuperación del enfermo, conseguir su implicación como agente activo en el proceso del tratamiento.

Así mismo, con la aplicación práctica de éste tipo de programas se pretende conseguir mejorar la comunicación familia-paciente, lo cual redundará en una disminución del sufrimiento y la carga que este tipo de pacientes genera en la familia.

Además, se pretende también impulsar dos de las funciones más importantes de la enfermera/o: la promoción de la salud y su participación a través de grupos educativos.

## **10. BIBLIOGRAFÍA**

1. Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones. Diagnóstico precoz y tratamiento de las depresiones. Barcelona: ESPAXS S.A; 1992.
2. Who.int; Depresión [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 [citado 2 Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Arlington, VA; 2013 [citado 9 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.integratek.es/wp-content/uploads/2014/05/DSM5ESP.pdf>
4. Federación mundial de salud mental. DEPRESIÓN: Lo que sabes, puede ayudarte. Perspectivas Internacionales sobre la depresión. USA; 2010.[citado 9 febrero 2015] Disponible: [http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH\\_GIAS\\_Depression\\_Spanish.pdf](http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH_GIAS_Depression_Spanish.pdf)
5. Becerril ZH, Galán MGN. Proceso de atención de enfermería en pacientes deprimidos. Rev. Enf Neurol Mex [Internet]. 2012 [citado 2 Febrero 2015] Vol. 11, No. 3: 153-158. Disponible en: <http://www.mediographic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123g.pdf>
6. Saiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. La depresión. Relevancia clínica y social. Criterios diagnósticos. Criterios de tratamiento farmacológico.

Situaciones de especial relevancia clínica. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 2005 11;9(46):3012-3021.

7. Who.int; Nota descriptiva Nº 369; [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 [citado 2 Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
8. Vindel AC, Salguero JM, Maewood C, Collado ED & Latorre JM. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos. 2012; 33(1), 2-11.
9. Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. Actas Esp Psiquiatr. 2009; 37(1), 49-53.
10. Latorre Postigo JM, Navarro Bravo B, Parra Delgado M, Salguero JM, Mae Wood C & Cano Vindel A. Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2012; 5(1), 37-45.
11. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Enero 2015. Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013 [citado 12 de marzo 2015]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>
12. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a metaanalysis. BMC Med 2009; 16 (7): 79-81.

- 13.Otaduy Zubia M. Psicoeducación a familias de pacientes con esquizofrenia en una unidad de hospitalización breve. *Metas Enferm* 2007; 10(6): 50-53.
- 14.Silva MCP, Hoga LAK, Stefanelli MC. La depresión incluida en la historia de la familia. *Texto & Contexto - Enfermagem* 2004; 13:511-518.
- 15.Muñoz González LA, Price Romero YM, Reyes López M, Ramírez M, Costa Stefanelli M. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(1):32-39.
- 16.Pezo Silva MC, Costa Stefanelli M, Komura Hoga LA. En busca de solución para el sufrimiento: vivencias de familiares en el proceso de enfrentamiento de la depresión. *Ciencia y enfermería* 2004; 10(2):31-41.
- 17.Ferré Grau C. Dimensiones del cuidado familiar en la depresión: Un estudio etnográfico. *Index de Enfermería* 2008; 17(3):178-182.
- 18.Blanco J. Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes* 2013; 1 (2), 46-51.
- 19.Katsuki F, Takeuchi H, Konishi M, Sasaki M, Murase Y, Naito A, et al. Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after Brief Multifamily Psychoeducation: a pilot study. *BMC Psychiatry* 2011 Apr 11; 11:56-244X-11-56.
- 20.Aragonés E, López Cortacans G, Badía Rafecas W, Piñol Moreso JL, Hernández Anguera JM, Caballero Alías A. Abordaje psicoeducativo de la depresión en atención primaria. El modelo INDI. *Metas de Enfermería*. 2011; 14:62-7.

21. González Varea J, Armengol J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Azcón MA. Cuidar a los cuidadores: atención familiar. *Enferm Global [Internet]*. Mayo 2005; 2(6). [citado el 16 de Abril de 2015]  
Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/517/531>
22. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012.

Más información en tu médico de Atención Primaria o en el siguiente Centro de Salud:

- Centro de Salud Calatayud:  
Pº Condes de Aragón, 29  
CP: 50300  
Correo electrónico: [jb@correo.es](mailto:jb@correo.es)  
Tel.: 976881001 (en horario de 9:00 a 14:00h)



### PROGRAMA DE CUIDADOS PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON DEPRESIÓN

*Si estas al cuidado de alguien con depresión también es fundamental encontrar tiempo para ti y tu descanso.*

*Para poder cuidar bien a tu familiar hace falta que tú estés bien cuidado/a.*



La depresión causa incertidumbre y desconcierto en el núcleo familiar, pero la familia no solo se ve afectada por la depresión de uno de sus miembros sino que además es un agente altamente influyente en la recuperación del enfermo. Por eso su colaboración resulta fundamental en el progreso del tratamiento.

#### ¿A quién está dirigido?

Este programa está diseñado para familiares de pacientes con trastornos depresivos que pertenezcan al Sector Sanitario de Calatayud.

#### ¿Qué objetivos persigue?

- Contribuir a eliminar el estigma social y desconocimiento que existe sobre la depresión en la familia.
- Reconocer la importancia del autocuidado y desarrollar las aptitudes necesarias para procurar una mejor calidad de vida de los familiares.
- Orientar a las familias para resolver los problemas que surgen en la convivencia con la persona enferma.
- Mejorar la autovaloración y confianza de la familia.

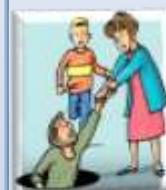
#### ¿Qué contenidos propone?



- **Entendiendo la depresión:** ¿qué es y qué no es la depresión?, ¿por qué aparece la depresión?, ¿con qué frecuencia aparece?, ¿cuáles son sus síntomas?, ¿cómo actuar antes las recaídas y la idea de suicidio?



- **Fomentando la adherencia al tratamiento:** ¿qué tipos de tratamientos existen?, ¿por qué un tratamiento farmacológico?, ¿cuáles son los posibles efectos adversos?, ¿es importante llevar a cabo un seguimiento?



- **Cuidados y actitudes ante el enfermo:** ¿cómo puedo ayudar en el día a día a mi familiar?, ¿qué hábitos y estilo de vida saludable debo recomendar a mi familiar?, ¿cuáles debo evitar?



- **El cuidado del cuidador:** ¿cómo puedo cuidar de mi propia salud?, ¿qué espacios debo dejar para mi mismo?, ¿qué objetivos marcarme en el cuidado de mi familiar?, ¿dónde puedo solicitar ayuda?, ¿cómo afrontar los problemas?

## ANEXO 2: CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Anote una de las 3 posibilidades en cada pregunta:

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

\* Se define familia como la (s) persona (s) que normalmente vive con usted. En caso de vivir solo, su familia está formada por aquellas personas con quienes tenga actualmente relaciones emocionales muy estrechas.

## ANEXO 3: CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

FECHA:

EDAD:

SEXO:

### 1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

### 2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

### 3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

### 4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

### 5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

### 6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuán totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

**10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuán satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

**16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

**26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?**

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

## ANEXO 4: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

*Estimado usuario, gracias a su colaboración podremos mejorar en aquellos aspectos que usted nos haga constar*

<b>NOMBRE DEL CURSO</b>		
<b>CUIDADOS FAMILIARES EN LA DEPRESIÓN</b>		
<b>FECHA DE REALIZACIÓN</b>	<b>TIPO DE USUARIO</b>	
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cuidador principal <input type="checkbox"/> Otros	
<b>VALORE DE 1 A 5 ( 1: insatisfacción total, 5: satisfacción total)</b>		
<b>CONTENIDO</b>	Los contenidos han cubierto sus expectativas	(1) (2) (3) (4) (5)
	Los temas se han tratado con la profundidad que esperaba	(1) (2) (3) (4) (5)
<b>METODOLOGÍA ORGANIZACIÓN</b>	La duración de la actividad ha sido adecuada al programa	(1) (2) (3) (4) (5)
	La metodología se ha adecuado a los contenidos	(1) (2) (3) (4) (5)
	Las condiciones ambientales (aula, mobiliario, recursos utilizados) han sido adecuadas para facilitar el proceso educativo	(1) (2) (3) (4) (5)
<b>ACTITUD EDUCATIVA</b>	La actividad de la persona coordinadora ha sido positiva	(1) (2) (3) (4) (5)
<b>PROFESIONAL</b>	Los contenidos se han expuesto con la debida claridad	(1) (2) (3) (4) (5)
	Motiva y desperta interés en los asistentes	(1) (2) (3) (4) (5)
<b>VALORACIÓN SUGERENCIAS</b>	La información recibida es útil para mejorar mi salud	(1) (2) (3) (4) (5)
	Señale aspectos para mejorar la calidad de esta acción educativa:	

*Gracias por su colaboración*