



Trabajo Fin de Grado

Programa de Educación para la Salud dirigido a
cuidadores de pacientes con esquizofrenia

Health Education Program aimed at caregivers of
patients with schizophrenia

Autor/es

Natalia Izquierdo Used

Director/es

Raquel Belío Samitier

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Año 2019

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1 – INTRODUCCIÓN	3
1.1 – Justificación	6
2 – OBJETIVOS.....	7
3 – METODOLOGÍA	7
4 – DESARROLLO.....	9
4.1 – Diagnóstico y planificación	9
4.1.1 – Objetivos	9
4.1.2 - Análisis y priorización.....	9
4.1.3 - Población diana y captación	10
4.1.4 - Redes de apoyo.....	10
4.1.5 - Recursos	11
4.1.6 - Presupuestos	12
4.1.7 - Estrategias	13
4.1.8 - Diagnósticos	14
4.1.9 - Actividades	17
4.1.10 - Cronograma	20
4.2 - Ejecución	21
4.2.1 Sesión 1: Psicoeducación	21
4.2.2- Sesión 2: Grupo de apoyo	22
4.2.3 - Sesión 3: Taichí.....	22
4.3 – Evaluación	23
5 – CONCLUSIONES	24
6 – BIBLIOGRAFÍA	25
6 – ANEXOS	30

ABREVIATURAS

Tabla 1: Abreviaturas utilizadas

AVD	Actividades de la Vida Diaria
CCSS	Ciencias de la Salud
DSM 5	Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales, 5 ^a Edición
INE	Instituto Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud
TMG	Trastorno Mental Grave
USM	Unidad de Salud Mental

Fuente: Elaboración propia

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es un tipo de enfermedad mental caracterizada por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. La mayoría de estos pacientes no depende solo del tratamiento farmacológico, sino también de la rehabilitación psicosocial. La desinstitucionalización ha supuesto para las familias asumir el rol de cuidador, lo que les hace vulnerables de sufrir sobrecarga por ello. Enfermería fomenta acciones enmarcadas en la atención integral de las personas, ejerciendo como educador y consejero.

Objetivo: Realizar un Programa de Educación para la Salud dirigido a los cuidadores principales de pacientes que sufren esquizofrenia y que llevan más de dos años en la red de salud mental.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos, y se han usado libros de referencia para diseñar el programa. La captación de la población se ha realizado en la USM Delicias.

Conclusiones: Enfermería es capaz de empoderar a los cuidadores, dotándoles de autoestima e independencia en el desempeño de su rol. Los profesionales enfermeros prestan una atención integral concibiendo al paciente y a la familia como un todo indivisible, haciendo posible una rehabilitación completa.

Palabras clave: Esquizofrenia, salud mental, cuidador, sobrecarga, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a type of mental disorder characterized by a disruption of thinking, perceptions, emotions, language, self conscience and behavior. The improvement of these patients doesn't only depend on the pharmacological treatment, but on the psychosocial rehab. Desinstitutionalization has involved the families in the caregiver role, making them vulnerable to suffer from overburden. Nursing encourages actions belonging to the comprehensive attention of the people, acting as educator and advisor.

Objective: To make a Health Education Program aimed at caregivers of patients with schizophrenia who have been in contact with the mental health system for 2 years.

Methodology: A bibliographical review was carried out in different databases, and some reference books have been used to design the program. The population catchment system has been done in the Mental Health Unit Delicias.

Conclusion: Nursing is capable of empowering caregivers, increasing their self-esteem and independence with the work of their role. Professional nurses give a comprehensive attention understanding the patient and the families as an everything, making possible a complete rehab.

Keywords: Schizophrenia, mental health, caregiver, overburden and nursing.

1 – INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una psicosis, un tipo de enfermedad mental caracterizada por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta.¹

Existen 5 tipos de esquizofrenia: Paranoide, catatónica, desorganizada, indiferenciada y residual.^{2, 3}

Su etiología no está clara todavía. Es ampliamente aceptada la existencia de una predisposición genética que condiciona una vulnerabilidad al estrés ambiental. Se producen alteraciones neurofisiológicas, bioquímicas y anatómicas entre otras, y está confirmado que hay un exceso de dopamina. Los estresores ambientales actúan como desencadenantes de la esquizofrenia.^{3, 4}

Como factores de riesgo se han identificado el embarazo y parto con hipoxia y factores prenatales y perinatales, como la diabetes materna. Ambientalmente, se ha relacionado a una mayor incidencia haber nacido a finales de invierno y principios de primavera, y haber crecido en entornos urbanos.^{2, 3}

La prevalencia de la esquizofrenia en la población mundial es del 1%. La prevalencia anual es de 0,3%, y la incidencia anual de 0,8 casos por 10.000 habitantes. En el año 2017, más de 2 millones de estancias hospitalarias fueron a causa de trastornos esquizofrénicos en España, correspondiendo más de 100.000 a la Comunidad Autónoma de Aragón.^{3, 5, 6, 7}

En cuanto al sexo, la incidencia es ligeramente menor en mujeres, pero los varones presentan un comienzo más temprano de la enfermedad, asociándose a un peor pronóstico.^{2, 3}

Los primeros síntomas de la enfermedad se manifiestan en la adolescencia tardía o principios de vida adulta. No hay un signo patognomónico de la esquizofrenia. El primer episodio psicótico puede darse de forma brusca, sin embargo la mayoría de personas presentan una fase prodrómica.^{2, 3, 8, 9}

La esquizofrenia engloba un conjunto heterogéneo de síntomas, agrupándose en 3 categorías diferentes.^{2, 3, 10}

- Síntomas positivos: Incluye delirios, alucinaciones, discurso y conducta desorganizada, síntomas catatónicos y agitación.
- Síntomas negativos: La abulia y expresión emotiva disminuida son los más característicos. También se presenta aislamiento social, alogia y anhedonia
- Síntomas cognitivos: Afectación de la velocidad de procesamiento, la atención, la memoria, el aprendizaje, el razonamiento y la resolución de problemas. Además, puede haber anosognosia. Todo ello puede persistir durante la remisión sintomática, viéndose afectada su productividad, calidad de vida y funcionamiento social.^{2, 5}

La esperanza de vida es menor en estos pacientes debido a la comorbilidad; los síndromes metabólicos, enfermedades cardiovasculares y pulmonares son más habituales que en el resto de la población.^{2, 5}

Una de las dificultades a las que hacen frente es el estigma. El paciente y su familia están afectados por los prejuicios asociados a la agresividad de las enfermedades mentales. Adoptan el estigma como propio, promoviendo el aislamiento y siendo un factor de riesgo para el suicidio.^{5, 11, 12}

El diagnóstico se realiza a partir de la sintomatología y supone el factor de mayor peso para seleccionar el tratamiento. El DSM 5 contiene los criterios diagnósticos de referencia para clasificar un trastorno mental.^{5, 8}

El tratamiento consiste en la administración de antipsicóticos que aportan buenos resultados si hay buena adherencia. Pero para conseguir una independencia funcional no basta con administrar un fármaco, sino que es necesario potenciar alternativas de rehabilitación psicosocial. Es necesario realizar intervenciones desde todos los ámbitos, adaptándose a las necesidades del paciente.^{5, 12, 13, 14}

Anteriormente se aislaba a los pacientes en instituciones psiquiátricas, lo que promovía la cronificación y el estigma. Actualmente, ha aumentado el interés por conocer las fases prodrómicas, fomentando el diagnóstico y tratamiento precoz. Además la desinstitucionalización se ha convertido en prioridad, abriendose la puerta a la atención comunitaria.^{3, 8, 9, 12}

Esto ha supuesto para las familias convertirse en el principal recurso de cuidado. La importancia de la familia reside en que es la primera red de apoyo de la persona, contribuyendo al empoderamiento del paciente, que ha de ser encargado de tomar decisiones por sí mismo.^{15, 16, 17}

El cuidador informal es el encargado de ayudar a las AVD del paciente, sin recibir retribución económica por ello. Mayoritariamente son mujeres, especialmente madres y en ciclo de adultez madura. La feminización y el escaso valor social del cuidado supone un añadido de vulnerabilidad.^{18, 19, 20}

La permanencia en este rol produce fatiga y afecta a la calidad de los cuidados, influyendo negativamente en el enfermo. La sobrecarga del cuidador es el grado en el que la salud física o emocional se ven afectadas a consecuencia de este cometido. El grado subjetivo de sobrecarga se mide con la Escala de Zarit.^{16, 19, 20}

Esta proviene de la incapacidad para satisfacer las necesidades del paciente. Se ve acrecentada por la estigmatización y la cronicidad de la enfermedad, y reducida por el apoyo social y la posibilidad de aliviar tensiones.^{17, 19}

La sobrecarga prolongada deriva en Síndrome de Burnout, un tipo de estrés crónico que aparece al mantener un contacto directo de ayuda con otras personas. El cuidador se siente extenuado y se generan sentimientos de rechazo hacia la persona enferma.²¹

Enfermería es integrante clave del equipo de salud. La educación sanitaria realizada con los cuidadores se basa en cómo deben cuidarse a ellos mismos y de la persona enferma. Realiza una movilización de ambos hacia un ejercicio de salud.^{16, 19, 20}

La enfermería concibe a la persona como un ser biopsicosocial. El sujeto de cuidado se considera desde un enfoque holístico, conformando una percepción del ser humano en todas las áreas en las que se desenvuelve. La enfermera ejerce como educador, consejero y gestor de servicios sanitarios.^{17, 20}

1.1 – Justificación

La esquizofrenia es una enfermedad muy compleja que causa un grado variable de discapacidad. La dificultad de los cuidados y la reciente desinstitucionalización ha supuesto para la familia asumir el rol de cuidador.

Enfermería brinda cuidados y atención de manera autónoma, e incluye la prevención y promoción de la salud, no solo al individuo sino también a la familia, proporcionando un cuidado integral.^{17, 20}

La finalidad del presente trabajo es implicar a la familia en los cuidados biopsicosociales de la persona que sufre esquizofrenia, aumentando la calidad de vida de ambos, e interviniendo así en el proceso de rehabilitación e inclusión.

2 – OBJETIVOS

Objetivo general

Realizar un Programa de Educación para la Salud dirigido a los cuidadores principales de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, y que llevan más de dos años en contacto con la red de salud mental.

Objetivos específicos

1. Asegurar la función que desempeña enfermería en el cuidado integral de las personas, enfocándose en el binomio paciente – familia durante el proceso de un trastorno esquizofrénico.
2. Analizar la situación actual sobre la reciente desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos y la consiguiente atención familiar que precisan.
3. Conocer las necesidades que presentan los cuidadores en el desempeño de su rol y como pueden ser abordadas.

3 – METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica usando como fuente de información distintas bases de datos: Cuiden plus, Dialnet, SciELO, ScienceDirect y PubMed. Se detalla en la Tabla 2.

Se ha consultado además la página web de la OMS por ser organismo de reconocimiento internacional, y también los datos recogidos por el INE, concretamente la encuesta de morbilidad hospitalaria correspondiente al año 2017.

Los límites en la selección de información se han acotado a los últimos 5 años.

Se han utilizado libros de taxonomía enfermera, como NANDA, NOC y NIC; además del tratado de psiquiatría DSM 5, por considerarse de referencia en la práctica enfermera y psiquiatría.

Los criterios de inclusión del programa son: Cuidadores de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, que lleven más de 2 años en contacto con la red sanitaria de salud mental y que convivan ambos en el mismo domicilio.

Tabla 2: Bases de datos

Bases de Datos	Palabras Clave y Boléanos	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Dialnet	Esquizofrenia AND Familia Artículos de revista Materia: CCSS	107	2
	Adherencia ADN Mental Artículos de revista Materia: CCSS	74	2
SciELO	Esquizofrenia Años: 2014 - 2018 Español Materia: CCSS	146	3
	Cuidador AND Mental Años: 2014 - 2018	86	5
ScienceDirect	Esquizofrenia AND Cuidador Años: 2014 - 2019	52	1
Cuiden Plus	Esquizofrenia AND Familia Artículos	98	1
PubMed	Esquizofrenia 5 años	94	5

Fuente: Elaboración propia

4 – DESARROLLO

4.1 – Diagnóstico y planificación

4.1.1 – Objetivos

1. Ampliar los conocimientos sobre la esquizofrenia de los cuidadores principales y concienciar sobre la importancia de seguir el tratamiento.
2. Crear vínculos que favorezcan los sentimientos de apoyo y comprensión, para empoderar al cuidador en el desempeño de su rol.
3. Fomentar el autocuidado y promover el bienestar físico y mental del cuidador, disminuyendo así la carga.

4.1.2 - Análisis y priorización

El TMG engloba un conjunto de diagnósticos psiquiátricos que se presentan de forma continua o episódica recurrente por más de 2 años, y que conllevan un alto grado de discapacidad física, psíquica y social, reduciendo la calidad de vida de la persona afectada y su familia. La esquizofrenia es uno de los TMG de mayor prevalencia.^{15, 22, 23}

El cuidado de estos pacientes supone una carga mayor que la de personas con otras enfermedades, debido a factores como la falta de información específica para atenderles y a la escasa preparación para afrontar situaciones generadas del cuidado. Según diferentes estudios, los cuidadores que presentan menor apoyo social percibido son los que mayor sobrecarga presentan.²²

Enfermería se ha posicionado como área responsable en proporcionar educación sanitaria y potenciar la prestación de cuidados, no solo en personas enfermas, sino en sus cuidadores. La enfermería comunitaria es clave en el proceso de rehabilitación psicofísica e integración social.²²

Mientras que los pacientes con esquizofrenia, tienen un amplio seguimiento en las redes de salud mental, siendo tratados por numerosos profesionales sanitarios, los cuidadores son a menudo olvidados. Es fundamental mantenerlos en un primer plano, ya que de su salud depende directamente la del paciente a su cargo.

4.1.3 - Población diana y captación

Este Programa de Salud está dirigido a los cuidadores informales de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, que lleven más de 2 años en contacto con la red de salud mental y que convivan ambos en el mismo domicilio. Deberán acceder voluntariamente a participar en el mismo.

La captación se realizará en la USM Delicias, con la colaboración de los profesionales de psiquiatría y los propios enfermeros especialistas en salud mental. Desde ambas consultas se informará a los cuidadores de la realización del programa, apoyándose en un tríptico que les entregarán con la información sobre el programa y su distribución por fechas. (Anexo 1) Además se colocarán posters informativos en las instalaciones de la USM. (Anexo 2)

4.1.4 - Redes de apoyo

El programa se va a realizar en colaboración con la USM Delicias. Dicho centro cederá sus instalaciones para poder llevarlo a cabo.

La USM se encuentra en la calle Escultor Palao, y es uno de los recursos disponibles de la red de salud mental en Zaragoza, perteneciente al Sector Sanitario Zaragoza III.

La población a la que da servicio son personas mayores de 18 años, que presentan desde un primer episodio psicótico a un TMG de años de evolución. Sus objetivos principales son potenciar la autonomía, fomentar el autocuidado y prevenir el deterioro cognitivo o un mayor desarrollo de discapacidad.

Cuenta con profesionales médicos psiquiatras, enfermeros, trabajador social y psicólogo. Concretamente en la consulta de enfermería además de administrar inyectables o suministrar medicación, se realizan sobretodo actividades centradas en las AVD.

4.1.5 - Recursos

Los recursos necesarios para la realización de las actividades se pueden sintetizar en las siguientes tablas:

Tablas 3, 4 y 5: Recursos

INFRAESTRUCTURAS	
USM Delicias	Sala de grupos, para realizar las sesiones 1 y 2
Parque Grande José Antonio Labordeta	Zona verde, para realizar la sesión 3

RECURSOS HUMANOS	
Enfermera/o Enfermera/o especialista en Salud Mental	Capaces de impartir psicoeducación. Ambas conocerán las situaciones que mayor dificultad suponen para los pacientes y cuál es la mejor manera de resolverlos
Psicólogo/a	Fomentará la expresión de emociones de los participantes y ayudará a que sean gestionadas adecuadamente
Profesor/a de Taichí	Conocerá la forma de practicar Taichí y será capaz de crear un ambiente de relajación entre los participantes

RECURSOS MATERIALES	
Proporcionados por USM Delicias	Ordenador Proyector Mesas Sillas
No proporcionados por USM Delicias	Trípticos Posters Bolígrafos Encuestas PowerPoint Didáctico Esterillas

Fuente: Elaboración propia

4.1.6 - Presupuestos

Las infraestructuras tendrán coste cero, debido a que la USM Delicias cederá la sala de grupos para la realización del Programa, y a que el Parque Grande José Antonio Labordeta es propiedad del Ayuntamiento de Zaragoza, y por lo tanto es público.

Tabla 6: Presupuestos

PRESUPUESTOS *			
		Unidad	Precio (€)
Recursos Humanos	Enfermera/ o	1 x 4 h	20 €/hora
	Enfermera/o especialista en Salud Mental	1 x 1h 30min	22 €/hora
	Psicólogo/a	1x 1h	20 €/hora
	Profesor/a de Taichí	1x 1h 30 min	15 €/hora
Recursos Materiales	Ordenador	1	0
	Proyector	1	0
	Mesas	12	0
	Sillas	12	0
	Trípticos	60	30
	Posters	4	8
	Bolígrafos	30	6
	Encuestas	70	5
	PowerPoint Didáctico	1	0
Esterillas	12	60	
Total			264,5 €

Fuente: Elaboración propia. *Tasas orientativas

4.1.7 - Estrategias

El programa estará dirigido por una enfermera, que poseerá conocimientos actualizados de la esquizofrenia y conocerá como relacionarse con los pacientes con TMG.

Además, participará una enfermera especialista en salud mental, un psicólogo y un profesor de Taichí. La participación de los médicos psiquiatras se limitará únicamente a la captación de la población, no participando en la realización de actividades.

Está dirigido específicamente a un grupo de 10 cuidadores informales, que se captarán en la USM Delicias, apoyándose en recursos adicionales como trípticos y posters.

El programa constará de 3 sesiones, que tendrán una duración de 90 minutos (sesión 1 y 3) y 60 minutos (sesión 2). Se realizarán en el mes de junio, en semanas consecutivas, concretamente los días 5, 12 y 19 de dicho mes.

Las sesiones 1 y 2 se realizarán en la sala de grupos de la USM Delicias, en horario de 17.00h a 18.30h y 17.00 a 18.00h respectivamente, mientras que la sesión 3 se realizará en una de las zonas verdes del Parque Grande José Antonio Labordeta, en horario de 18.30h a 20.00h.

4.1.8 - Diagnósticos

Este programa va a incidir sobre 3 diagnósticos de enfermería²⁴, para los que se han propuesto diferentes resultados²⁵ y actividades²⁶. Están reflejados en las siguientes tablas:

Tabla 7: Diagnóstico, NOC y NIC

00126 Conocimientos Deficientes	
Dominio 5 Percepción/Cognición, Clase 4 Cognición	
NOC	Resultados
1803 Conocimiento: Proceso de la enfermedad	180308 Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad
	180313 Efecto psicosocial de la enfermedad sobre la familia
1813 Conocimiento: Régimen Terapéutico	181301 Beneficios del tratamiento
	181316 Beneficios del control de la enfermedad
NIC	Actividades
5602 Enseñanza: Proceso de la enfermedad	Describir las posibles complicaciones crónicas
	Evitar las promesas tranquilizadoras vacías
5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos	Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender la medicación
	Enseñar a almacenar correctamente los medicamentos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8: Diagnóstico, NOC y NIC

00069 Afrontamiento Ineficaz	
Dominio 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés, Clase 2 Respuestas de afrontamiento	
NOC	Resultados
1502 Habilidades de interacción social	150204 Sensibilidad con los demás
	150207 Mostrar consideración
1504 Soporte social	150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas
	150409 Refiere una red social de ayuda
NIC	Actividades
5430 Grupo de apoyo	Crear una atmósfera relajada y de aceptación
	Fomentar la expresión de ayudas mutuas
5270 Apoyo emocional	Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o de vergüenza
	Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9: Diagnóstico, NOC y NIC

00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador	
Dominio 7 Rol/Relaciones, Clase 1 Roles de cuidador	
NOC	Resultados
1212 Nivel de estrés	121220 Irritabilidad 121224 Pensamientos opresivos
1604 Participación en actividades de ocio	160402 Sentimientos de satisfacción con las actividades de ocio 160404 Refiere relajación con las actividades de ocio
NIC	Actividades
5360 Terapia de entretenimiento	Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas
7040 Apoyo al cuidador principal	Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés

Fuente: Elaboración propia

4.1.9 - Actividades

Las actividades incluidas dentro del Programa de Salud siguen el esquema representado en las tablas 10 a 18. Están más detalladamente desarrolladas en el apartado ejecución.

Tablas 10, 11 y 12: Esquema de sesión 1

SESIÓN 1: PSICOEDUCACIÓN	
Objetivo	Ampliar los conocimientos sobre la esquizofrenia de los cuidadores principales y concienciar sobre la importancia de seguir el tratamiento
Diagnóstico	00126 Conocimientos deficientes

Actividad	Contenido	Duración
Presentación	Enfermeros y participantes se presentarán	10 min
Valoración	Encuesta para valorar los conocimientos previos de la enfermedad y se llenará la Escala de Zarit	20 min
Teoría	Información de la enfermedad, apoyándose en un PowerPoint	25 min
Práctica	Representación de casos prácticos	25 min
Encuesta de conocimientos	Evaluación de conocimientos aprendidos	10 min

Lugar	Sala de Grupos de USM Delicias
Duración	90 minutos
Recursos	Enfermera/o y enfermera/o especialista en Salud Mental Ordenador, proyector, mesas, sillas, PowerPoint didáctico, bolígrafos y encuestas

Fuente: Elaboración propia

Tablas 13, 14 y 15: Esquema de sesión 2

SESIÓN 2: GRUPO DE APOYO	
Objetivo	Crear vínculos que favorezcan los sentimientos de apoyo y comprensión, para empoderar al cuidador en el desempeño de su rol
Diagnóstico	00069 Afrontamiento ineficaz

Actividad	Contenido	Duración
Presentación	Los participantes indicarán el parentesco que les une a la persona enferma y desde cuando ejercen de cuidadores	10 min
Conversación	Preguntas abiertas para iniciar la conversación	45 min
Encuesta de evaluación	Se evaluaran los sentimientos experimentados durante la sesión	5 min

Lugar	Sala de grupos de USM Delicias
Duración	60 minutos
Recursos	Enfermera/o y psicólogo/a
	Sillas, encuestas y bolígrafos

Fuente: Elaboración propia

Tablas 16, 17 y 18: Esquema de sesión 3

SESIÓN 3: TAICHI	
Objetivo	Fomentar el autocuidado y promover el bienestar físico y mental del cuidador, disminuyendo así la carga.
Diagnóstico	00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador

Actividad	Contenido	Duración
Presentación	Se presentará el profesor/a de Taichí y explicará en que consiste la sesión	5 min
Deporte	Realización de los ejercicios físicos y de relajación, coordinando movimiento y respiración	60 min
Evaluación final	Encuesta de evaluación de sesión 3, Escala de Zarit y encuesta de satisfacción del programa	25 min

Lugar	Zona verde del Parque Grande José Antonio Labordeta
Duración	90 minutos
Recursos	Enfermera/o y profesor/a de Taichí
	Esterillas, bolígrafos y encuestas

Fuente: Elaboración propia

4.1.10 - Cronograma

El proceso de creación y realización del programa de salud está representado mediante un Diagrama de Gantt.

Tabla 19: Diagrama de Gantt

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Elección del tema						
Búsqueda bibliográfica						
Diseño del programa						
Captación de la población						
Sesión 1						
Sesión 2						
Sesión 3						
Evaluación						

Fuente: Elaboración propia

4.2 - Ejecución

4.2.1 Sesión 1: Psicoeducación

Tendrá una duración de 90min. Se realizará en la sala de grupos de la USM Delicias.

La enfermera será la encargada de dirigir la actividad y la enfermera especialista en salud mental intervendrá también. Procederán a presentarse a los participantes, y se les pedirá que se presenten ellos también al resto de cuidadores. Se invertirá 10 minutos en ello.

Posteriormente se repartirá una encuesta de valoración inicial de conocimientos (Anexo 3), y la Escala de Zarit (Anexo 4), para conocer la carga subjetiva de los cuidadores. La Escala de Zarit consta de 22 ítems y valora cuantitativamente la sobrecarga del cuidador. Puntuaciones de más de 46 indican sobrecarga leve y más de 56 sobrecarga intensa. Tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

A continuación, se realizará una aproximación teórica de la enfermedad. Apoyándose en recursos audiovisuales, concretamente una presentación PowerPoint, la enfermera explicará cuales son las causas de la enfermedad, que sintomatología es inherente a ella, la importancia de seguir un adecuado régimen terapéutico y cuál es el pronóstico. Se resolverán dudas al final de la explicación. Durará 25 minutos.

El paso siguiente será la realización de actividades prácticas. La enfermera y la enfermera especialista en salud mental harán una representación de las situaciones que se dan en la realización de las AVD, que son los momentos más conflictivos con el paciente. Se invertirá 25 minutos.

El objetivo de la representación, además de captar la atención de los participantes, es que estos sean observadores externos y tengan capacidad de crítica. Podrán reconocer actitudes inadecuadas en ellos de las que no eran conscientes e intentar así mejorar. Estos deberán dar su opinión y explicar cómo solucionarían ellos el conflicto.

Al final de la sesión se pasará una encuesta para evaluar los conocimientos aprendidos (Anexo 5). Serán contestadas en 10 minutos.

4.2.2- Sesión 2: Grupo de apoyo

Tendrá una duración de 60 minutos. Se realizará en la sala de grupos de la USM Delicias y será dirigida por la enfermera y el psicólogo.

Con objetivo de crear una atmósfera de intimidad se dispondrá un número de sillas en círculo, encontrándose los participantes unos cerca de otros. En ellas se sentarán cuidadores, enfermera y psicólogo.

El psicólogo se presentará y se pedirá a los participantes que recuerden sus nombres e indiquen que parentesco guardan con el paciente enfermo y desde cuando ejercen su labor de cuidador. Se usarán alrededor de 10 minutos.

El psicólogo comenzará haciendo preguntas abiertas a los participantes como: "¿Qué sentiste cuando os dieron la noticia del diagnóstico?" "¿Sientes preocupación ante el futuro?" "¿Te produce vergüenza que los demás conozcan que tu familiar está enfermo?" "¿Has experimentado sentimientos de rechazo hacia tu familiar?" "¿Has sentido en alguna ocasión que no cuidas a tu familiar lo suficientemente bien?".

Estas preguntas servirán para iniciar el hilo de la conversación, pero los demás participantes aportarán experiencias muy enriquecedoras para el grupo. El curso de la sesión es impredecible y pueden surgir aspectos interesantes que pueden ser tratados durante la misma. Se invertirá 45 minutos.

Al finalizar se pasará una encuesta para evaluar la sesión. (Anexo 6) Se utilizarán 5 minutos para ello.

4.2.3 - Sesión 3: Taichí

Tendrá una duración 90 minutos. Se realizará en el Parque Grande José Antonio Labordeta y estará dirigida por un profesor de taichí y la enfermera.

El Taichí es un arte marcial que además de servir como ejercicio físico también sirve como método de relajación. En este caso es una práctica muy adecuada dado que no requiere un rendimiento exigente, y los participantes del programa con seguridad superarán todos los 50 años.

El profesor de taichí se presentará a los participantes y les explicará en qué se basa la práctica de Taichí y como deben coordinar la respiración y el movimiento, entre otras cosas. Se invertirá 5 minutos.

Posteriormente colocará cada uno su esterilla en el suelo y practicarán los movimientos que indique el profesor. Estos serán lentos y coordinados y favorecerán la relajación mental. Tendrá una duración aproximada de 60 minutos.

Tras finalizar, la enfermera les proporcionará una encuesta de evaluación de la sesión (Anexo 7), la Escala de Zarit (Anexo 4), y una encuesta de satisfacción del programa (Anexo 8). Se rellenará en 25 minutos.

Por último, se despedirá a los cuidadores y se agradecerá que hayan participado en el programa.

4.3 – Evaluación

Para comprobar si el Programa de Educación para la Salud ha cumplido con sus objetivos, se realizará una fase de evaluación. Se hará a partir de las encuestas que serán proporcionadas por la enfermera en las sesiones.

Uno de los aspectos más importantes será la diferencia entre la Escala de Zarit al inicio y al final del programa. Permitirá valorar a partir de datos cuantitativos si realmente la sobrecarga de los cuidadores ha disminuido.

Por otro lado, la encuesta de conocimientos permitirá conocer si la psicoeducación ha sido didáctica y han comprendido los aspectos más importantes de la enfermedad. También las encuestas de las sesiones 2 y 3 permitirán saber si los cuidadores perciben una red de apoyo y si realizar actividades de ocio les produce tranquilidad.

Finalmente, la encuesta de satisfacción del programa permitirá conocer cuál ha sido la percepción de los participantes acerca del programa y determinar si les ha resultado útil.

5 – CONCLUSIONES

En primer lugar, enfermería es capaz de empoderar a los cuidadores, dotándoles de autoestima e independencia en el desempeño de su rol. Los profesionales enfermeros prestan una atención integral concibiendo al paciente y a la familia como un todo indivisible, haciendo posible una rehabilitación completa.

En segundo lugar, la reciente desinstitucionalización ha supuesto un cambio drástico en el modo de concebir la salud mental. Los pacientes han pasado de vivir aislados de la sociedad a formar parte de ella. Las familias y la atención primaria de salud han sido los elementos que han hecho posible el desarrollo de este proceso.

En tercer lugar, los cuidadores de pacientes con esquizofrenia necesitan una atención personalizada ya que están sometidos a una carga mayor, especialmente por la invisibilidad de los cuidados y el deterioro progresivo del paciente.

Por último, la aplicación del programa podrá hacerse extensible a los Sectores Sanitarios Zaragoza I y II, con el fin de alcanzar a la mayor población posible.

6 – BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS [actualizado 9 Abr 2018; citado 27 Feb 2019]. Esquizofrenia. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5). 5^a ed. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana, 2014.
3. López Rodríguez P, Sanmillán Brooks HE, Cainet Beltrán AR, Olivares Martínez OM. Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. Rev Inf Cient [Internet]. 2015 [citado 27 Feb 2019]; 93 (5): 1189 – 1206. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=6027502>
4. Zaraza Morales DR, Hernández Holguín DM. El valor de los apoyos para el bienestar subjetivo al vivir con esquizofrenia. Index Enferm [Internet]. 2016 [citado 27 Feb 2019]; 25 (3): 141 – 145. Disponible en: <http://www.index-f.com//index-enfermeria/v25n3/10302.php>
5. Crespo Facorro B, Bernardo M, Argimon JM, Arrojo M, Bravo Ortiz MF, Cabrera Cifuentes A et al. Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2017 [citado 27 Feb 2019]; 10 (1): 4 – 20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-eficacia-eficiencia-efectividad-el-tratamiento-S1888989116300593>
6. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2017 [Internet]. Madrid: INE, 1977 [actualizado 13 Feb 2019; citado 27 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p414/a2017/l0/&file=01001.px>

- 7.** Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2017 [Internet]. Madrid: INE, 1977 [actualizado 13 Feb 2019; citado 27 Feb 2019]. Disponible en:
<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p414/a2017/l0/&file=02007.px>
- 8.** Miret S, Fatjó - Vilas M, Peralta V, Fañanás L. Basic symptoms in schizophrenia, their clinical study and relevance in research. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2016 [citado 8 Mar 2019]; 9 (2): 111 – 122. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-sintomas-basicos-esquizofrenia-su-estudio-S1888989115001925>
- 9.** Arango C, Bernardo M, Bonet P, Cabrera A, Crespo Facorro B, Cuesta MJ et al. Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2017 [citado 8 Mar 2019]; 10 (2): 78 – 86. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-cuando-asistencia-no-sigue-evidencia-S1888989117300162>
- 10.** García Álvarez L, García Portilla MP, Saiz PA, Fonseca Pedrero E, Bobes Bascaran MT, Gomar J et al. Validación española de la escala de evaluación de los síntomas negativos – 16 (NSA - 16) en pacientes con esquizofrenia. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2018 [citado 8 Mar 2019]; 11 (3): 169 – 175. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-validacion-espanola-escala-evaluacion-los-S1888989118300168>
- 11.** Bengoechea Seco R, Arrieta Rodríguez M, Fernández Modamio R, Santacoloma Cabero I, Gómez de Tojeiro Roce JG, García Polavieja B et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2018 [citado 8 Mar 2019]; 11 (4): 244 – 254. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-adaptacion-al-espanol-escala-internalized-S1888989116000367>

- 12.** Taborda Zapata E, Montoya González LE, Gómez Sierra NM, Arteaga Morales LM, Correa Rico OA. Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. Rev Colomb Psiquiat [Internet]. 2016 [citado 8 Mar 2019]; 45 (2): 118 – 123. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n2/v45n2a09.pdf>
- 13.** Pérez García C. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. Rev Enferm Salud Ment [Internet]. 2015 [citado 8 Mar 2019]; 1: 16 – 22. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=6145926>
- 14.** Zapata Ospina JP, Rangel Martínez – Villalba AM, García Valencia J. Psicoeducación en esquizofrenia. Rev Colomb Psiquiat [Internet]. 2015 [citado 8 Mar 2019]; 44 (3): 143 – 149. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v44n3/v44n3a04.pdf>
- 15.** Martín Padilla E, Obando Posada D, Sarmiento Medina P. La adherencia familiar en el trastorno mental grave. Aten Primaria [Internet]. 2018 [citado 22 Mar 2019]; 50 (9): 519 – 526. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-adherencia-familiar-el-trastorno-S0212656717303451>
- 16.** Castaño Mora Y, Canaval Erazo GE. Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario. Entramado [Internet]. 2015 [citado 22 Mar 2019]; 11 (2): 274 – 283. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v11n2/v11n2a21.pdf>
- 17.** Cuevas Cancino JJ, Moreno Pérez NE. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. Enferm Universitaria [Internet]. 2017 [citado 22 Mar 2019]; 14 (3): 207 – 218. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300453>

- 18.** Mora Castañeda B, Márquez González M, Fernández Liria A, de la Espriella R, Torres N, Arenas Borrero A. Variables demográficas y clínicas relacionadas con la carga y el afrontamiento de los cuidadores de personas diagnosticadas de esquizofrenia. Rev Colomb Psiquiat [Internet]. 2018 [citado 22 Mar 2019]; 47 (1): 13 – 20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n1/0034-7450-rcp-47-01-00013.pdf>
- 19.** García Cueto B, García Martínez C. Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. RqR Enfermería Comunitaria [Internet]. 2017 [citado 22 Mar 2019]; 5 (3): 30 – 44. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=6079379>
- 20.** Mera GA, Cardona JM, Benítez JA, Delgado GA, Benítez WU, Villalba JA. Sobrecarga y experiencia de cuidadores familiares de personas diagnosticadas con esquizofrenia, una mirada desde la enfermería. Hacia Promoc Salud [Internet]. 2017 [citado 22 Mar 2019]; 22 (2): 69 – 83. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n2/0121-7577-hpsal-22-02-00069.pdf>
- 21.** De Valle Alonso MJ, Hernández López IE, Zúñiga Vargas ML, Martínez Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enferm Universitaria [Internet]. 2015 [citado 22 Mar 2019]; 12 (1): 1 – 27. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n1/v12n1a4.pdf>
- 22.** Navarro Pérez JJ, Carbonell Marqués A. Sobrecarga familiar, apoyo social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2018 [citado 31 Mar 2019]; 52: 1 – 8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-e03351.pdf>

- 23.** Juan Porcar M, Guillamón Gimeno L, Pedraz Marcos A, Palmar Santos AM. Cuidado familiar de la persona con trastorno mental grave: una revisión integradora. Rev Latino – Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [citado 31 Mar Feb 2019]; 23 (2): 352 – 360. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es_0104-1169-rlae-23-02-00352.pdf
- 24.** Herdma TH, Kamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015 – 2017. Barcelona: Elsevier España; 2015.
- 25.** Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2018.
- 26.** Butcher HK, Bulencheck GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2018.

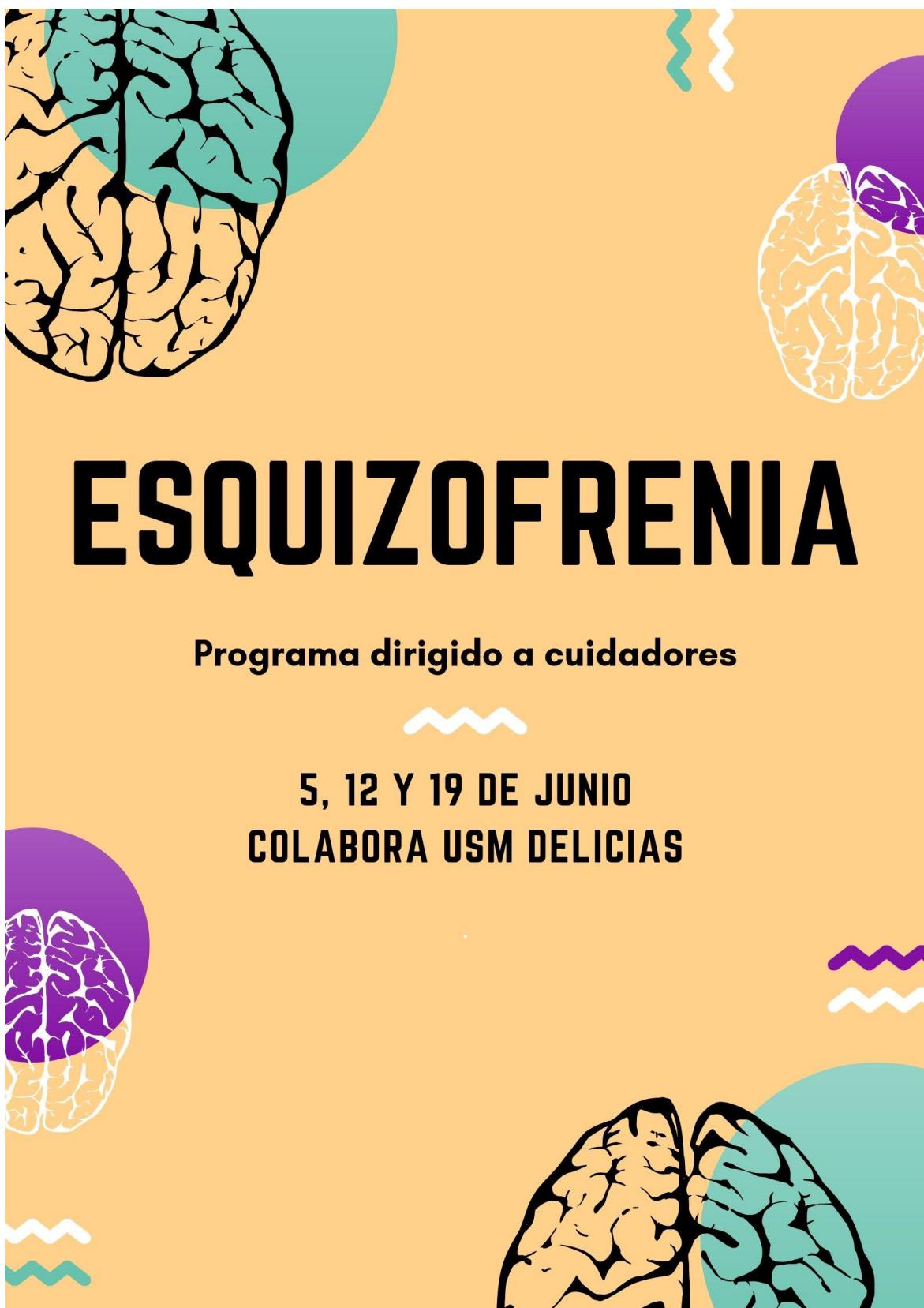
6 – ANEXOS

Anexo 1 – Tríptico



Fuente: Elaboración propia

Anexo 2 – Póster



Fuente: Elaboración propia

Anexo 3 - Encuesta de valoración de conocimientos

Conteste brevemente a las siguientes preguntas:

1 - ¿Qué es la esquizofrenia?

2 - ¿Cuál es la causa de la aparición de la esquizofrenia?

3 - ¿Cuál es el número de categorías en las que se agrupan los síntomas de la esquizofrenia? Nómbrelas.

4 - ¿Cuál es el tratamiento de la enfermedad?

5 - ¿Se puede curar la esquizofrenia? Si la respuesta es afirmativa, indique como se puede curar.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 4 - Escala de Zarit

Tache con una cruz el número que más se ajuste a su pensamiento, siendo 1 Nunca y 5 Casi siempre.

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	1	2	3	4	5
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	1	2	3	4	5
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	1	2	3	4	5
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	1	2	3	4	5
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	1	2	3	4	5
¿Piensa que su familiar depende de usted?	1	2	3	4	5
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	1	2	3	4	5

¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1	2	3	4	5
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	1	2	3	4	5
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	1	2	3	4	5
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	1	2	3	4	5
¿Globalmente, que grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5

Fuente:

López García EP. Puesta al día: cuidador informal. Rev Enferm CyL [Internet]. 2016 [citado 27 Feb 2019]; 8 (1): 71 – 77. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/164/144>

Anexo 5 - Encuesta de evaluación sesión 1

Conteste brevemente a las siguientes preguntas:

1 - ¿Qué es la esquizofrenia?

2 - ¿Cuál es la causa de la aparición de la esquizofrenia?

3 - ¿Cuál es el número de categorías en las que se agrupan los síntomas de la esquizofrenia? Nómbrelas.

4 - ¿Cuál es el tratamiento de la enfermedad?

5 - ¿Se puede curar la esquizofrenia? Si la respuesta es afirmativa, indique como se puede curar.

¿Cuál de las siguientes opciones es la correcta? Rodee con un círculo la verdadera

1 – No es un comportamiento típico en la esquizofrenia

- A. Aumento de la motivación para realizar nuevas actividades
- B. Aislamiento social
- C. Despreocupación por el aspecto físico

2- En cuanto a la adherencia al tratamiento

- A. Es importante que mi familiar tome la medicación cuando se encuentre intranquilo, y una vez se encuentre mejor puede dejar de tomarla
- B. No es necesario que mi familiar conozca la medicación que toma y cuáles son sus beneficios
- C. Mi apoyo y refuerzo pueden influir positivamente para que tome la medicación

4 – A la hora de preparar la medicación semanal

- A. Preparo yo la medicación para que mi familiar no se equivoque
- B. Mientras él la prepara, le hago saber que estoy ahí por si necesita mi ayuda, y luego compruebo que lo haya hecho bien
- C. Él sabe cómo prepararla, no necesita que yo se lo recuerde

5 – Mi familiar se niega a hacer su cama por la mañana, ante esta situación yo:

- A. Trato de negociar con él hablando con tranquilidad, y si es necesario le ayudo a hacerla
- B. No insisto. No pasa nada porque no se haga la cama
- C. Le hago yo la cama para evitar una discusión

6 – Tras unos días en los que mi familiar está más nervioso, permanece más tiempo encerrado en su habitación y duerme menos de lo habitual, yo:

- A. Permaneceré todo el tiempo con él, no me gusta que no se relacione
- B. Le daré el doble de medicación para que no sufra una descompensación psicótica
- C. Le comentaré los cambios al equipo sanitario para que ellos lo valoren

Fuente: Elaboración propia

Anexo 6 - Encuesta de evaluación sesión 2

Tache con una cruz la casilla que más se ajuste a su pensamiento, siendo 1 Totalmente en desacuerdo y 5 Totalmente de acuerdo.

Durante la actividad grupo de apoyo:

Me he sentido cómodo para poder expresar mis verdaderos sentimientos	1	2	3	4	5
He sentido que las demás personas comprendían mis preocupaciones	1	2	3	4	5
He comprendido las preocupaciones de los demás	1	2	3	4	5
He identificado sentimientos en mí de los que no era consciente	1	2	3	4	5
Hablar con los demás me ha ayudado a desahogarme	1	2	3	4	5
Me he sentido apoyado por los demás	1	2	3	4	5
Me he sentido apoyado por el equipo sanitario	1	2	3	4	5

Fuente: Elaboración propia

Anexo 7 - Encuesta de evaluación sesión 3

Tache con una cruz la casilla que más se ajuste a su pensamiento, siendo 1 Totalmente en desacuerdo y 5 Totalmente de acuerdo.

Durante la actividad Taichí al aire libre

He conseguido desconectar de mis preocupaciones	1	2	3	4	5
Me he sentido relajado	1	2	3	4	5
Me ha gustado realizar actividades al aire libre	1	2	3	4	5
Me gustaría realizar actividades de este tipo con mayor frecuencia	1	2	3	4	5
Me he sentido cómodo compartiendo un momento de ocio con los demás cuidadores	1	2	3	4	5
Me siento de mejor humor tras practicar Taichí	1	2	3	4	5
Me ha resultado difícil realizar los movimientos que nos indicaba el profesor	1	2	3	4	5

Fuente: Elaboración propia

Anexo 8 - Encuesta de satisfacción

Conteste brevemente a las siguientes preguntas.

¿Cree que el programa le ha aportado algo positivo a su vida?

¿Se considera más preparado para cuidar de su familiar enfermo después de haber participado en el programa?

De conocer a alguien en su situación, ¿le recomendaría la participación en el mismo?

Si pudiera cambiar algo del programa de salud, ¿qué cambiaría?

¿Cree que hay algo que se pudiera añadir al programa para futuras ocasiones?

Fuente: Elaboración propia