

**DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EN UNA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL PARA REDUCIR EL
SUFRIMIENTO Y SOBRECARGA EN LOS FAMILIARES DE LOS
PACIENTES INGRESADOS.**



AUTORA: Lourdes María Parera García

DIRECTOR/TUTOR: Mikel Munarriz Ferrandis

TITULO DEL MASTER: Máster universitario en rehabilitación psicosocial en salud mental comunitaria.

CURSO ACADEMICO: 2016/17

PALABRAS CLAVE: Salud mental, grupo apoyo, sufrimiento, familia, cuidador principal, hospitalización.

FECHA DE LECTURA: Septiembre 2017

RESUMEN: Desde un planteamiento de atención integral a la persona con enfermedad mental es indispensable que los enfermeros especialistas en salud mental realicemos un plan de cuidados personalizado que englobe también la salud de la familia, ejerciendo una labor de apoyo, educación y asesoramiento. La familia, necesita una orientación eficaz por ello es necesario conocer la situación de las familias con la intención de

poder detectar las dificultades que presentan y diseñar intervenciones y estrategias que se adapten a sus necesidades.

El siguiente proyecto de investigación pretende diseñar una intervención en cuidadores familiares de pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de salud mental del Hospital Santa Lucía (Cartagena) mediante un grupo de apoyo adaptado a las condiciones del servicio y a las necesidades percibidas. En definitiva, podemos crear un espacio en el que los familiares de los pacientes tengan la oportunidad de participar en el proceso terapéutico, colaborando con el equipo asistencial a través de la información que nos pueden ofrecer, al tiempo que reciben un apoyo que les permita rebajar el nivel de tensión en sus hogares y les permita también facilitar un mejor funcionamiento y manejo del paciente en la vida cotidiana. Nuestra intención será también crear un espacio de encuentro e intercambio en el que compartir sus experiencias y crecer juntos hacia un modelo de cuidado común, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y el bienestar de cada uno de sus miembros. El objetivo de este proyecto será diseñar una intervención en formato grupal dirigida hacia los familiares de los pacientes que se encuentran ingresados en una UHSM cuya finalidad será la disminución del sufrimiento, cansancio, estigma asociado a la enfermedad de su familiar y deterioro del rol de cuidador durante su ingreso en la unidad.

INDICE:

1. INTRODUCCIÓN (Pág.4)
2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA (Pág.4-10)
3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO (Pág. 10-11)
4. CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN (Pág. 11-16)
5. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN (Pág. 16-27)
 - I. Hipótesis y pregunta de investigación (Pág.16)
 - II. Objetivos (Pág. 16-17)
 - III. Marco teórico (Pág.17-18)
 - IV. Características de los grupos de apoyo (Pág.18-21)
 - Criterios de inclusión
 - V. Aspectos previos al grupo (Pág. 21-22)
 - Concepción teórica del grupo
 - Aspectos éticos y legales
 - Entrevista previa
 - VI. Población diana.(Pág.22-23)
 - VII. Cronograma (Pág. 23-24)
 - VIII. Desarrollo del trabajo grupal (Pág. 24-25)
 - IX. El proceso de los familiares a través del grupo (Pág.25-26)
 - X. Papel de la enfermera especialista en salud mental (Pág. 26-27)
6. MEDIDAS DE EVALUACIÓN (Pág. 27-28)
7. DIFICULTADES (Pág. 28)
8. CONCLUSIONES (Pág.29)
9. BIBLIOGRAFÍA (Pág.29-31)
10. ANEXOS (Pág. 31-33)

1. INTRODUCCIÓN

Desde un planteamiento de atención integral a la persona con enfermedad mental es indispensable que los enfermeros especialistas en salud mental realicemos un plan de cuidados personalizado que englobe también la salud de la familia, ejerciendo una labor de apoyo, educación y asesoramiento. La familia, necesita una orientación eficaz, para evitar que viva angustiada y con una sensación de fracaso en el desempeño de su rol. Por ello es necesario conocer la situación de las familias con la intención de poder detectar las dificultades que presentan y diseñar intervenciones y estrategias que se adapten a sus necesidades.

El siguiente proyecto de investigación pretende diseñar una intervención en cuidadores familiares de pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de salud mental del Hospital Santa Lucía (Cartagena) mediante un grupo de apoyo adaptado a las condiciones del servicio y a las necesidades percibidas.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Según la O.M.S. (Organización mundial de la salud), los trastornos mentales son uno de los principales problemas de salud y uno de los objetivos prioritarios de las políticas sanitarias nacionales e internacionales. Se estima que más del 25% de las personas padecerán uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. De entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden a estos trastornos.¹

En el Plan de Salud Mental de la Región de Murcia (2010–2013) se expone que: “los trastornos de la salud mental comprenden alteraciones del pensamiento, de las emociones y del comportamiento. Estos trastornos están causados principalmente por complejas interacciones físicas, psicológicas, socioculturales y hereditarias. La salud mental es considerada como el núcleo de desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social, clave para la plena participación en la comunidad. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio y hacer frente a las crisis. La idea que se encuentra en la base de este concepto es que no basta con prevenir la enfermedad mental u otro tipo

de alteraciones, sino que es necesario promover el desarrollo de una personalidad sana que, a su vez, permita la formación de familias, grupos y sociedades sanos.”¹

Sifuentes Contreras et col. en su artículo: “Rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos” expresan como en la salud de las personas el grupo social más influyente es la familia, siendo una de las instituciones sociales más antigua y más fuerte. Sus miembros tienen una historia común, comparten rasgos genéticos, entorno, costumbres, creencias, actitudes generales y estilos de vida. Consideran la familia como un sistema, que funciona como una unidad, ya que a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos, los factores que influyen en uno de sus miembros afectan a todos los demás en mayor o menor grado. Sin embargo, introducen el concepto de “sentirse familia” es por ello que esta concepción de la familia debe ampliarse, ya que los cambios que se van sucediendo en el mundo actual nos obligan a ser abiertos y flexibles, considerando miembros de la misma, no sólo a las personas que comparten un mismo apellido o lazos de sangre, o que viven en el mismo hogar, sino también a los grupos que comparten el sentimiento de "sentirse familia".²

Como encontramos en numerosas fuentes bibliográficas, la familia, a través de la historia, ha sido siempre la principal fuente de apoyo y cuidados, estos son proporcionados por los distintos miembros de la unidad familiar. Como continúan exponiendo Sifuentes Contreras et col. “El estado de salud de un miembro de la familia y su reacción frente a la enfermedad influyen en los mecanismos físicos y psicológicos de soporte que actúan dentro de la familia, y reciben, a su vez, influencia de estos mecanismos.” Las transformaciones que comporta la vida actual han producido cambios que hasta ahora no se habían previsto en las necesidades de salud y en la demanda de una mayor cobertura en cuanto a los servicios de la misma. La enfermedad, la discapacidad y situaciones como el desempleo, tema tan actual hoy en día, puede alterar el equilibrio de un grupo y afectar la salud mental y física de sus miembros.²

El interés por el ambiente familiar existe ya desde el inicio del siglo pasado, proponiendo el problema enfermo mental-familia. Los primeros en tomar conciencia de que existe una relación entre familia y enfermo mental fueron: Chiarugi (1788), Pinel (1789), Tuke (1813), Esquirol (1838), Moreau De Tours (1859). En las investigaciones desarrolladas acerca de estos temas han transferido la importancia del comportamiento

individual, normal o patológico, al ámbito del “grupo” de pertenencia, la “familia”, que representa también el contexto de aprendizaje y por tanto de crecimiento y de desarrollo de la persona.

Según cita Aparicio Delgado, A. M. et col. en su artículo: “para adaptarse a esta nueva situación en la que un miembro tiene una enfermedad mental la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, de tal manera que se producen cambios en las interacciones familiares que tiene un propósito específico, consciente e inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.”³

Hemos revisado que el sufrimiento que deben afrontar las familias afectadas, y muy especialmente las familias responsables es agudo y se mantiene en el tiempo. La búsqueda de sentido al dolor se presenta como una constante. Aparicio Delgado, A. M. et col. destacan como: “la familia tiende a vivir su problema en la esfera de lo privado, en mayor o menor medida se tiende a ocultar el tema por temor a la incompreensión, y a su vez los demás (amigos, vecinos, parientes) tienden a no preguntar o a hacerlo muy superficialmente para no causar incomodidad. Esto transforma la enfermedad en un “tabú”, lo que lleva al empobrecimiento de las redes de apoyo de estas familias.”³

La salud física como mental de los familiares puede verse afectada por la presencia de un enfermo mental grave en el entorno familiar. La salud física puede alterarse por agresiones del enfermo o por alteraciones psicosomáticas: pérdida de apetito, ahogo, dolor de cabeza, de estómago, etc. La salud mental se altera y aparecen síntomas de tensión, ansiedad, irritabilidad, insatisfacción o depresión, incluye una gran variedad de sentimientos negativos y emociones: culpa, incertidumbre, ambivalencia, odio, angustia, compasión y sentimientos de pérdida. Estos elementos se mezclan entre ellos, originados en ocasiones por la propia enfermedad y otras por los cambios que ésta ocasiona en la vida de los familiares o cuidadores.³

Además consideramos de gran importancia tal y como expone Gómez, S. A. en su artículo considerar como tras la reforma psiquiátrica “los cuidados profesionales fueron sustituidos por los cuidados informales, llevados a cabo por los familiares de los pacientes, sin el conocimiento, la información y las aptitudes, en la mayoría de los casos, para asumir estas funciones. “ Como hemos podido constatar tras el paso del

tiempo esta situación produjo efectos sobre las familias y cuidadores, ya que la atención a los pacientes con enfermedad mental crónicos en la comunidad supuso una sobrecarga para las familias, tanto por el malestar subjetivo que les ocasiona la conducta del enfermo y la ausencia de habilidades en sus relaciones sociales como por los problemas que pudiesen aparecer durante la convivencia.^{4,5}

Pasemos ahora a centrar nuestro enfoque en las investigaciones realizadas sobre la carga familiar, hemos encontrados varios artículos que la dividen en dos partes, nos centraremos en los estudios de Aparicio Delgado, A. M. y Leal, M. et.col que coinciden en: “la carga objetiva, se refiere a toda la descripción que la familia está soportando como consecuencia del cuidado, siendo potencialmente verificable y observable (el recargo de tiempo, energía y recursos), y la carga subjetiva, hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva.”

Durante las últimas décadas se ha obtenido evidencia consistente sobre el hecho de que la familia y más específicamente el cuidador primario o principal tiene niveles moderadamente altos de carga, derivados de su rol: Thompson y Doll (2003) encontraron que un 73% de los familiares manifestaba niveles de carga objetiva de moderada a severa, en tanto un 77% experimentó los mismos rangos de carga subjetiva. En un estudio sobre las necesidades de la familia, MacCarthy et col. (2004) señalan que un 93% de los familiares entrevistados tenían algún tipo de carga y un 77% informo de al menos un síntoma de estrés.^{3,4}

Las revisiones de las investigaciones sobre el tema que hemos realizado, confirman la solidez de estos resultados, se conoce que existe un elevado nivel de carga ya sea subjetiva y objetiva, es decir hay un mayor grado de dificultad ya sea física y emocional que experimenta la familia.⁶

Todo esto nos lleva a destacar la gran importancia de la alianza entre el paciente, la familia y los profesionales es fundamental como ya indica Leal, M. en su investigación. El rol de la familia en la terapia suele estar relacionado con el seguimiento del plan terapéutico, y también con el manejo de crisis y conflictos. Consideramos de gran importancia el apoyo, la compañía y comprensión, toda la información y educación que puedan recibir acerca de la enfermedad les ayudará a saber mejor cómo ayudar al paciente y como prepararse para afrontar las situaciones complicadas que puedan

aparecer. Significa dotar de herramientas y habilidades en beneficio tanto de la familia como del paciente.^{3,7}

Centrándonos en el papel de enfermería dentro del ámbito de la salud ,en 1994 la reunión del Comité de Expertos en Enfermería de la Organización Mundial de la Salud (OMS), formuló la siguiente declaración: “Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles.”

Ésta concepción del núcleo familiar permite al personal de enfermería, en su rol educativo ayudar a todos sus miembros en la consecución de mejores niveles de salud; a través de la misma hace extensibles sus cuidados a la comunidad y al individuo. La Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la salud en el mundo, se refiere a la salud mental en términos de “nueva comprensión, nueva esperanza”. Así, dicho informe vierte nueva luz en trastornos mentales y ofrece nueva esperanza a las personas que sufren enfermedad mental y a sus familias.²

Tomando en consideración el documento de la OMS, donde propone un modelo basado en la participación, en el cual los enfermos y la familia tengan la posibilidad de reestructurar su condición ante la sociedad, propone también que los profesionales de la salud, en especial enfermería, deben asumir la labor de orientarles, motivarles y situarles ante el sistema de vida propiciando la integración social y, principalmente la relación educativa con los familiares.

Por ello, como ya conocemos, el enfermero especialista en Salud mental desempeñara un papel fundamental en el tratamiento y proceso de recuperación de estas personas, para proporcionar a los pacientes, familiares y amigos las pautas para la creación de un ambiente social que favorezca la recuperación del enfermo.

El enfermero especialista en salud mental realiza múltiples funciones con el objetivo de favorecer la recuperación de la persona con enfermedad mental. Centrándonos en su capacidad educadora consideramos importante sobre todo en una etapa inicial realizar terapia de apoyo en las situaciones que atraviesan las personas con trastorno mental y sus familias. Por consiguiente, para optimizar la eficiencia en la rehabilitación del

paciente y favorecer el apoyo a la familia, se debe empezar por valorar y evaluar las principales necesidades que presenta, además del propio paciente, la familia (cuidadores principales), a través de su propia percepción sobre las vivencias del día a día; con ello se obtendrá la información necesaria para la creación de estrategias de resolución de conflictos familiares con lo que podremos favorecer el entorno del paciente y mejorar la calidad de vida de todo el núcleo familiar..^{3,8,9}

Por ello los cuidados de enfermería requieren de estrategias alternativas e innovadores, junto a una atención especializada. Por lo que debemos estar preparados para el trabajo con pacientes con una enfermedad mental, junto a su familia. En una unidad de hospitalización de salud mental el hecho de que el personal de enfermería sea el que pase casi la totalidad de su tiempo con el paciente ingresado, dota a este de un papel muy importante en la práctica asistencial diaria. Proporcionando una visión privilegiada de las vivencias y estado del paciente permitiendo adaptar los cuidados de enfermería a las necesidades individualizadas de cada paciente comprendiendo mejor así, las necesidades del núcleo familiar. Dentro del proceso de enfermería, se utilizan múltiples roles para ayudar a crecer y cambiar.^{3,8,9}

Como ya hemos comentado prestar cuidados enfermeros incluye educar a la familia para que aprendan a satisfacer sus necesidades de autocuidado. En éste sentido, Dorotea OREM, dentro de su Teoría General de los Déficit de Autocuidado, incluye la Teoría de los Sistemas de Enfermería, en la que explicita tres tipos de sistemas de enfermería: El compensatorio total, el compensatorio parcial y el sistema de apoyo educativo: "Para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar o puede y debería aprender a realizar aquellas medidas requeridas de autocuidado terapéutico orientadas externa o internamente, pero no puede hacerlas sin asistencia". Y además, OREM, plantea que los métodos de asistencia incluyen: Actuar o servir para: Guiar, enseñar, apoyar, proporcionar un entorno para el desarrollo.³

Hemos encontrado en varios artículos revisados como los grupos de pacientes y familias, combinada con otros tratamientos, es una alternativa de abordaje terapéutico. El objetivo de estos grupos de familias y pacientes es dotar al paciente con el mayor nivel de autonomía posible y con la calidad de vida necesaria; así como reducir el número de recaídas y aliviar y/o eliminar el estrés del núcleo familiar. Además: "Posibilita una relación de apoyo Enfermero-Paciente/Familia, informa al paciente y

familia acerca del trastorno mental y su manejo, recomienda un ambiente familiar que sustente la permanencia del paciente dentro de la comunidad y posibilite integrar al paciente en roles familiares, sociales y laborales.”⁹

En definitiva, podemos crear un espacio en el que los familiares de los pacientes tengan la oportunidad de participar en el proceso terapéutico, colaborando con el equipo asistencial a través de la información que nos pueden ofrecer, al tiempo que reciben un apoyo que les permita rebajar el nivel de tensión en sus hogares y les permita también facilitar un mejor funcionamiento y manejo del paciente en la vida cotidiana. Lo que pretendemos conseguir es llegar a un entendimiento lo más profundo posible, logrando entender la situación problemática que atraviesa la familia.¹⁰

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El enfermero especialista en Salud mental aporta a los familiares apoyo y las pautas para la creación de un ambiente que favorezca la recuperación.¹²

Como mencionábamos al comienzo del trabajo “el rol de la familia en la terapia suele estar relacionado con el seguimiento del programa terapéutico, y también con el manejo de crisis y conflictos. El apoyo, la compañía y comprensión es muy importante, toda la información y educación que puedan recibir acerca de la enfermedad les ayudará a saber mejor cómo ayudar al paciente y como prepararse para afrontar estos momentos complicados.” Castilla García, A. et col. (1998).¹³

A. Martínez et col. en su trabajo “Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes” definen que “la gravedad de la carga familiar se ha relacionado con características del paciente: la intensidad de los síntomas, el grado de discapacidad asociado a la enfermedad, la edad, el sexo, la duración de la enfermedad y el número de hospitalizaciones y con los vínculos afectivos entre el paciente y el cuidador, así como con las características personales del cuidador, las características y la dinámica de la familia”⁶

Los grupos familiares posibilitan una relación de apoyo enfermero- familia creando un espacio en el que los familiares de los pacientes tengan la oportunidad de participar en el proceso terapéutico, colaborando con el equipo asistencial a través de la información que nos pueden ofrecer, al tiempo que reciben un apoyo que les permita rebajar el nivel

de tensión en sus hogares y les permita también facilitar un mayor desenvolvimiento del paciente en la vida cotidiana.³

Durante mi desempeño profesional en los últimos años en la UHSM del Hospital Universitario Santa Lucía (Cartagena) he podido detectar que durante el periodo de visita de los familiares de los pacientes que se encuentran ingresados en nuestra unidad las enfermeras desempeñan un trabajo de apoyo emocional realizando una escucha activa y respondiendo a preguntas, inquietudes y preocupaciones que expresan los familiares acerca de la enfermedad mental, tratamiento y cómo abordarlos en el domicilio en el momento que ellos presentan su sintomatología. En muchas ocasiones este espacio es insuficiente por las excesivas demandas tanto de los familiares como de las necesidades que presentan en ese momento los pacientes ingresados, es por ello considero necesario la creación de un espacio dedicado de forma exclusiva a los familiares de los pacientes durante el periodo de hospitalización. De esta idea nace el proyecto de diseñar una intervención dirigida a los familiares de los pacientes ingresados mediante un grupo de apoyo dirigido por una enfermera especialista en salud mental que disminuya el sufrimiento, la sensación de estigma percibida por los familiares y mejore la calidad de vida. Una comunicación asertiva y empática nos servirá de herramienta valiosa para detectar sentimientos o emociones que interfieran con el cuidado en casa. Es necesario fomentar entre las familias que atraviesan similar situación, la formación de redes de apoyo con el fin de disminuir el estrés o desgaste presente en el cuidado de las personas con enfermedad mental.

4. CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN

Como anteriormente mencionaba desempeño mi profesión como enfermera especialista en salud mental en la Unidad de hospitalización de salud mental del hospital Santa Lucía (Cartagena) perteneciente al Área de Salud II del Servicio Murciano de Salud (SMS). La finalidad de esta distribución por áreas que realiza el SMS es la provisión de atención sanitaria a los ciudadanos de su área, así como al resto de ciudadanos en los servicios en los que es referencia. Una atención orientada al paciente que comprende la asistencia sanitaria integral, de tipo preventivo, curativo, rehabilitador y de promoción de la salud, de calidad, humana, basada en conocimientos científico-técnicos actualizados y en las mejores evidencias disponibles, ejercida de forma efectiva y

eficiente y que gestiona de forma racional y sostenible los recursos, teniendo en cuenta el medio ambiente. Es una organización generadora de conocimiento, que ejerce la docencia pre y postgraduada, investiga y que integra los avances tecnológicos atendiendo en todo momento los requerimientos éticos y morales propios de la actividad y de la sociedad en su conjunto. Con todo ello debe lograr satisfacer las expectativas de la población, asegurando la equidad y accesibilidad, lograr el bienestar y satisfacción de sus profesionales y contribuir a elevar el nivel de salud del Área.

El Área II del Servicio Murciano de Salud pretende ser una organización sanitaria integrada en el entorno y en la sociedad, que aspira a alcanzar la excelencia: Prestando una atención continuada, integral, integrada, basada en la gestión de procesos y en la evidencia científica, personalizada y segura, efectiva y eficiente, respetando los valores éticos y la autonomía del paciente. Disponiendo de infraestructuras adecuadas a los requerimientos y prestaciones sanitarias, seguras, cómodas y saludables. Contando con personas formadas, cualificadas, competentes, reconocidos, motivados, comprometidos con la organización e individualmente satisfechos, en un clima laboral cordial y cooperante. Siendo un referente en la utilización de nuevas tecnologías sanitarias y de sistemas de información, innovadora y generadora de conocimiento. Fomentando las actividades de formación, docencia e investigación. Siendo líderes y referentes en nuestras prestaciones sanitarias, por su nivel de calidad y efectividad. Realizando una gestión eficiente de los recursos, comprometido con el medio ambiente que propicie el desarrollo sostenible de la asistencia sanitaria. Logrando el máximo nivel de salud de la población, fomentando la participación de los ciudadanos en las decisiones sobre su salud y su implicación en conseguirlo.

Dentro de este marco en la UHP de Cartagena se ha definido un plan de actuación que establece como principios básicos del modelo de atención a la salud mental los siguientes:

- Carácter público, equitativo y participativo.
- Eficaz y eficiente, procurando la mejor atención al paciente.
- Integrado en el sistema sanitario general dentro de la asistencia especializada.

- Orientado a un desarrollo en el marco comunitario, con distribución de recursos por áreas sanitarias y en coordinación con el resto de los dispositivos sanitarios y no sanitarios del área, y a la promoción de la salud mental.
- Concepción integral de la salud mental, desde una perspectiva biopsicosocial e incluyendo las actividades de promoción, prevención y rehabilitación junto a las asistenciales.
- Contemplando la continuidad de cuidados, centrada en el paciente, y el abordaje multidisciplinar del mismo.
- Equidad, reduciendo las desigualdades detectadas en la atención o protección de las personas más vulneradas (TMG) condiciones de género o diversidad cultural, en una sociedad cada vez más compleja.

El servicio de psiquiatría en el que se basa mi TAD donde se desarrollaría la intervención se encuentra ubicado en la unidad 52 del Hospital Santa Lucía (Cartagena).

Cuenta con una plantilla de 13 enfermeros y 13 auxiliares. Además cuenta con la figura de un enfermero referente (ER), un enfermero de transporte/enlace (ET/EE) y una supervisora de enfermería.

En cuanto a los turnos de trabajo existen dos equipos formados por 5 enfermeras y 5 auxiliares con turnos de 12h (De 8-20h y de 20-8h). Un equipo está formado por 3 enfermeras y 3 auxiliares, con turnos de 8-20h y otro equipo con 2 enfermeras y dos auxiliares con turnos de 12h (De 20-8h). El enfermero referente, enfermero de transporte y la supervisora de enfermería realizan turno de lunes a viernes de 8-15h.

Además la unidad 52 cuenta con un equipo de celadores trabajando en la unidad 4 celadores por turno.

Me gustaría destacar la figura del enfermero referente presente en nuestra unidad ya que considero la figura idónea para la realización de esta intervención por las características especiales de sus funciones dentro de la unidad:

1. Mejora en la atención del paciente con patología mental ingresado en nuestra unidad.

a) Protocolización de actividades grupales : Persigue la atención y el cuidado del paciente con TMG (Trastorno mental grave) en la UHP (Unidad de hospitalización

psiquiátrica) desde un ámbito más allá del biomédico, abarcando la globalidad biopsicosocial del individuo, así como asegurar la dotación de recursos humanos y materiales para su realización.

Los objetivos terapéuticos perseguidos con esta actividad son los siguientes:

General: Facilitar que los pacientes colaboren de forma activa en su proceso terapéutico.

Específicos:

- Aportar mediante un plan de actividades la utilización terapéutica del tiempo durante el ingreso.
- Estimular la expresión verbal de su experiencia, favoreciendo la comunicación.
- Mejorar el conocimiento de su proceso y sus habilidades para favorecer una adecuada autogestión del mismo.
- Aliviar la ansiedad relacionada con el ingreso hospitalario.
- Reducir la sensación de aislamiento del paciente.
- Favorecer y colaborar para mejorar la psicomotricidad del paciente ingresado.
- Integrar en las actividades terapéuticas al resto de profesionales de la unidad.

b) Realización conjunta por parte de enfermería de un terapéutico individualizado de cada paciente con el resto de profesionales que atienden al paciente hospitalizado, pero transmitido, revisado y mantenido día a día por la enfermera referente, de un plan. El personalizar en la enfermera referente la coordinación de los planes terapéuticos individualizados tiene el objetivo de mantener una línea coherente, participativa entre los distintos profesionales y pacientes y equitativa entre los pacientes hospitalizados.

c) Crear una figura cercana y presente en el día a día de la unidad, que sirva de referencia al paciente/familia como profesional para volcar sus necesidades, miedos y demandas. Y darle herramientas para poder transformar esas necesidades en respuestas reales y resolutivas en los casos que se pueda, que aumenten la confianza en el plan terapéutico individualizado por parte del paciente hospitalizado/familia.

2. Mejora en la coordinación y comunicación entre los profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar de la UHP, estos profesionales y el resto de los profesionales de hospital y por ultimo entre los profesionales de la atención intrahospitalaria y extrahospitalaria:

a) Coordinación del equipo multidisciplinar; a través de la reunión diaria de equipo, la enfermera referente mantendrá una transmisión de información bidireccional (enfermería/psiquiatría), que facilitará la unificación de criterios para la realización conjunta de un plan individualizado del paciente hospitalizado. Esto dará consistencia y coherencia al mantenimiento de ese plan terapéutico de cara al paciente y entorno cuidador y a todos los profesionales del equipo y en sus distintos turnos. Siempre manteniendo una actitud flexible y dinámica que permita la adecuación de dicho plan a las necesidades del día a día.

b) Coordinación entre el equipo multidisciplinar de psiquiatría con el resto de profesionales del medio hospitalario; la enfermera referente mantendrá un conocimiento exhaustivo de las necesidades del paciente, que abarquen atención de otros profesionales médicos/sociales del medio hospitalario, para asegurar la correcta transmisión de información y atención.

c) Coordinación entre el equipo multidisciplinar de psiquiatría con la red de salud mental extra hospitalaria y distintos recursos socio/sanitarios ambulatorios; la enfermera referente facilitara a través del contacto directo con los distintos recursos ambulatorios que tenga implicación en el tratamiento habitual del paciente hospitalizado para la mejora de la atención del proceso de enfermedad del paciente con TMG. De la misma manera, al ingreso y alta del paciente, será la figura de la enfermera referente la que pondrá todos los medios a su alcance para que la información relevante, en la atención ambulatoria del paciente, esté disponible a los profesionales implicados en sus cuidados al alta. Se pondrá especial atención en la comunicación e información del alta de los pacientes incluidos en el programa de neurolépticos de acción prolongada (NAP), en los primeros brotes psicóticos y en aquellos pacientes con TMG que requieran una atención específica en alguna necesidad de salud.

Es este conjunto de actividades y objetivos que presenta esta figura por lo que considero idóneo que realice y dirija la intervención grupal que desarrollamos en este proyecto, ya que cuenta con una visión global de los pacientes que se encuentran ingresados en

nuestra unidad y podría estudiarse la flexibilidad horaria capaz de abarcar esta propuesta.

5. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

I. Hipótesis y pregunta de investigación

La presencia de sobrecarga física y emocional en los familiares de los pacientes ingresados en nuestra unidad y la no existencia de un espacio de acompañamiento y apoyo durante el ingreso mejorará tras la realización de un programa de apoyo a familiares durante el ingreso.

Pregunta de investigación:

¿Mejora el sufrimiento de los familiares de los pacientes ingresados en nuestra unidad con la intervención de enfermería mediante un grupo de apoyo?

II. Objetivos:

El objetivo de este proyecto será diseñar una intervención en formato grupal dirigida hacia los familiares de los pacientes que se encuentran ingresados en una UHSM cuya finalidad será la disminución del sufrimiento, cansancio, estigma asociado a la enfermedad de su familiar y deterioro del rol de cuidador durante su ingreso en la unidad.

Objetivos específicos:

- Ofrecer soporte emocional a la familia durante el periodo de ingreso.
- Reforzar la aceptación y el óptimo afrontamiento de la enfermedad.
- Compartir experiencias, pensamientos y sentimientos cotidianos.

- Conocer los conflictos y ayudar a modificar las conductas desadaptativas.
- Ayudar al manejo de las emociones negativas y los estados de sobrecarga.

III. Marco teórico de la intervención:

Las familias a menudo verbalizan la necesidad de compartir un espacio con otros familiares que se encuentran en una situación similar, para poder intercambiar experiencias, recibir información y resolver dudas.¹⁴

(Wekland, 1977) Destaca “la importancia de las interacciones familiares tanto en el origen como en el curso y resultado de las enfermedades, pudiendo ser tanto directa (dificultando o facilitando algunas funciones) como indirecta (ayudando o interfiriendo en la aplicación de tratamientos médicos). Además de las influencias genéticas, la familia puede afectar a un nivel psicofisiológico, con ciertos estresores que ocurren dentro del contexto familiar afectando al estado emocional; como a nivel conductual (como prácticas de salud). Es por ello que surgen los grupos de apoyo, como una alternativa al sistema de cuidados tradicionales, en el que cuando las personas sufren un problema esperan que la solución al mismo esté a cargo de un agente externo, un profesional que posee los conocimientos adecuados y las estrategias para resolverlo.” Katz Y Bender (1976), definieron “grupo de apoyo” como: grupos pequeños, formados por sujetos voluntarios, cuyo objetivo es la ayuda mutua cara a conseguir un fin determinado. Ofrecen Nuevos lazos sociales, que bien sustituyen a los recursos naturales o bien compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales, con personas que tienen problemas o experiencias comunes a las suyas. Son grupos que se reúnen periódicamente, bajo la supervisión de un profesional, para compartir experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento, proporcionar ayuda mutua, feedback e identificar recursos comunitarios, entre otros”.^{15,16}

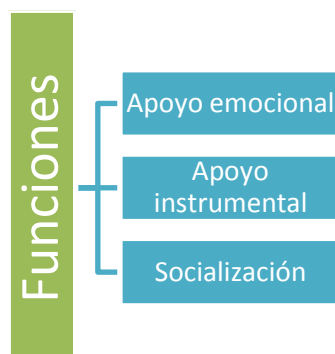
Por tanto nuestro objetivo será crear un espacio en el que las familias puedan expresar, compartir, escuchar y sentirse escuchadas durante el periodo de hospitalización de su familiar. Recibir apoyo emocional por parte de las familias no sólo les ayudará a gestionar mejor las emociones y sentimientos desencadenados, sino que les aportará herramientas personales para poder enfrentarse de una manera más positiva. Un grupo

de apoyo permite conocer cuáles son los comportamientos más adecuados y qué acciones son más convenientes en distintos casos.¹⁴

Nuestra intención será también crear un espacio de encuentro e intercambio en el que compartir sus experiencias y crecer juntos hacia un modelo de cuidado común, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y el bienestar de cada uno de sus miembros. El hecho de compartir situaciones vividas ayuda a comprender mejor qué nos pasa, como nos sentimos. El grupo permite expresar sentimientos y emociones, y a la vez, desarrollar habilidades que favorecen la empatía, la comunicación, el autocontrol y la resolución de conflictos, aumentando el bienestar personal y social. Participar en un grupo de apoyo proporciona una red de relaciones sociales que favorece los aspectos positivos de la colaboración entre personas contribuyendo al apoyo mutuo. El grupo está conducido por un profesional experto, en nuestro caso por una enfermera especialista en salud mental que organiza las sesiones y orienta los contenidos de los temas para compartir las necesidades, dudas o bien las preocupaciones de los participantes, potenciando la escucha activa.¹⁴

IV. Funciones y características de los grupos de apoyo

Los grupos de apoyo cumplen distintas funciones. Se han propuesto tanto funciones cognitivas como afectivas y conductuales, derivadas de la propia experiencia de grupo. Entre ellas es posible destacar las siguientes (Barrón et al., 1988) (Barrón, 1996) (Gracia, 1996b) (Roca, 1998):¹⁶



- **Función de apoyo emocional:** Se trata de compartir experiencias, pensamientos y sentimientos, recibiendo aceptación por parte del grupo lo que produce una

- descarga emocional. Produciéndose refuerzos positivos, y la posibilidad de ofrecer un feed-back entre los integrantes del grupo, reforzándose mutuamente.¹⁶
- **Función de apoyo instrumental o material**, debido a la posibilidad de intercambio de ayudas que sirvan para resolver problemas prácticos y cotidianos (estrategias de resolución de problemas). Esto proporciona a los miembros una visión diferente a sus problemas o fuentes de estrés apoyando al cambio (al considerar los problemas desde una perspectiva distinta).¹⁶
 - **Función de socialización:** aunque no es un objetivo principal del grupo, es un aspecto importante. Uno de los beneficios se basa en considerar los momentos de reunión como respiro para los participantes, cambiando el ritmo diario de vida.¹⁶

Según distintas revisiones bibliográficas y concretamente en el trabajo de J. Lluís Conde Sala hemos podido observar que: “lo que necesitan los familiares al inicio de la enfermedad no es lo mismo que en las fases más avanzadas, incluso diríamos que el estado de ánimo y las actitudes de los familiares son diferentes según sea el momento de la evolución del enfermo. Los momentos iniciales de la enfermedad son muy difíciles, tanto para el enfermo como para el familiar, por los cambios que conlleva y la frecuente agitación de los enfermos, en esta transición de la normalidad a la enfermedad, donde todavía hay algún tipo de conciencia sobre el deterioro; en cambio las fases posteriores suelen ser más llevaderas, desde el punto de vista del cuidado, ya que el enfermo no está tan inquieto y ha transcurrido un tiempo que facilita la elaboración. Mientras los primeros están frente al impacto del diagnóstico y primeros signos del deterioro, los segundos están situados frente a las dificultades que conlleva una recaída o reingreso.”¹⁷

Para que la tarea de los grupos de apoyo pueda realizarse de manera más eficaz hemos tenido en cuenta estas consideraciones introduciendo una diferenciación en los tipos de grupos que realizaremos para llevar a cabo nuestra intervención:

- Primer ingreso (“ Familiares de pacientes iniciales”)
- Recaídas. (“Familiares de pacientes avanzados”)

Como ya mencionaba en su trabajo el psicólogo J. Lluís Conde Sala: “Diferenciar los dos tipos de grupos (enfermos iniciales y enfermos avanzados) permite trabajar unas situaciones que resultan más homogéneas para todos los familiares, sin anticipar temáticas que para muchas personas resultan especialmente difíciles de asimilar, produciendo reacciones contraproducentes (tristeza, apatía, abandono, etc.). Permite también ir afrontando y resolviendo los temas escalonadamente, conforme se van presentando.”¹⁷

Utilidad de los grupos de apoyo

Aquellas funciones que se consiguen con los grupos de apoyo son tanto cognitivas, como afectivas y conductuales, derivadas de la propia experiencia de grupo. Hemos recogido las principales aportaciones realizadas en relación al tema por José Miguel Ribé Buitrón et col:⁹

- Aportan una red de relaciones sociales.
- Proporcionan una gran variedad de modelos de conducta.
- Favorecer un espacio propio para las familias, no solamente como cuidadores, si no también, como personas.
- Autoconocimiento y desarrollo personal.
- Potenciar, de una forma más sana, la implicación de la familia en el proceso terapéutico.
- Compartir sus vivencias y experiencias, para sentirse más acompañados y favorecer la aparición de oportunidades y situaciones capacitadoras que permitan convertir las potencialidades en competencias personales.
- Explorar las dinámicas familiares cotidianas, a partir de las que se puedan escenificar en el propio grupo, con los integrantes entre sí, con los conductores y con el propio grupo.
- Proporcionar información adicional en relación a los diferentes servicios y recursos, en caso de ser necesario.
- Vehicular las demandas y comunicar hechos relevantes del grupo al resto de los profesionales.

Criterios de inclusión:

- Grupo 1 Primer ingreso: Familiares de pacientes cuyo familiar sea la primera vez que ingresa en una unidad de hospitalización de salud mental.
- Grupo 2 Recaídas: Familiares de pacientes cuyo familiar haya estado ingresado en nuestra unidad o en otra unidad de hospitalización de salud mental.

V. Aspectos previos al grupo:

Pretendemos explicitar esquemáticamente aquellos aspectos básicos que permitan identificar tanto los aspectos formales, como de contenido de la intervención grupal diseñada en este proyecto.

1. *Concepción teórica del grupo.* “Los grupos no han de ser concebidos como terapéuticos, sino como grupos de apoyo, aún que, evidentemente, esperamos resultados terapéuticos. Los grupos de apoyo hacen referencia fundamentalmente a una situación, la de cuidar un familiar enfermo que es dura y difícil. No hay que realizar una referencia justificativa, sino preventiva de las posibles patologías del cuidador. Los grupos de apoyo atienden tanto los aspectos informativos como los aspectos emocionales. En este sentido pueden ser considerados como grupos de aprendizaje y de trabajo emocional al mismo tiempo. ¹⁷“
2. *Aspectos éticos y legales:* Se explicará el funcionamiento y la dinámica del grupo de apoyo y se pedirá el consentimiento informado de manera escrita para participar en el estudio. (ANEXO I)
3. *Entrevista previa:* Es básico que la realice el mismo profesional responsable del grupo, en este caso la enfermera especialista en salud mental referente para el proyecto, no siendo conveniente que los familiares se incorporen directamente al grupo; necesitan una cierta evaluación que es preciso realizar en este primer contacto. En la entrevista previa es preciso: conocer la situación de la familia y del cuidador y explicar la función del grupo, normas, proceso, etc.¹⁷ Es conveniente poder aplicar algunas escalas de sobrecarga y de ansiedad y depresión, que nos permitan valorar el proceso del familiar, nosotros utilizaremos la "Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit" (EZ).

(ANEXO 2). Es la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español. Consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones, cuyos resultados se suman en un puntaje total. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (>56). "Sobrecarga ligera" representa un factor de riesgo para generar "sobrecarga intensa". Esta herramienta presenta gran confiabilidad y consistencia interna. Ha demostrado también gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas. La enfermera especialista a través de esta escala medirá la sobrecarga de los familiares en el momento del ingreso del paciente en nuestra unidad.

VI. Población diana:

La Región de Murcia está compuesta por 45 municipios con una superficie total de 11.314 Km², con una población de 1.464.847 habitantes.

La población se distribuye así: 2 municipios de más de 100.000 habitantes, 2 de 50.000 y 100.000, 10 de 20.000 a 50.000, 13 de 10.000 a 20.000, 9 de 5.000 a 10.000 y 9 menores de 5.000.

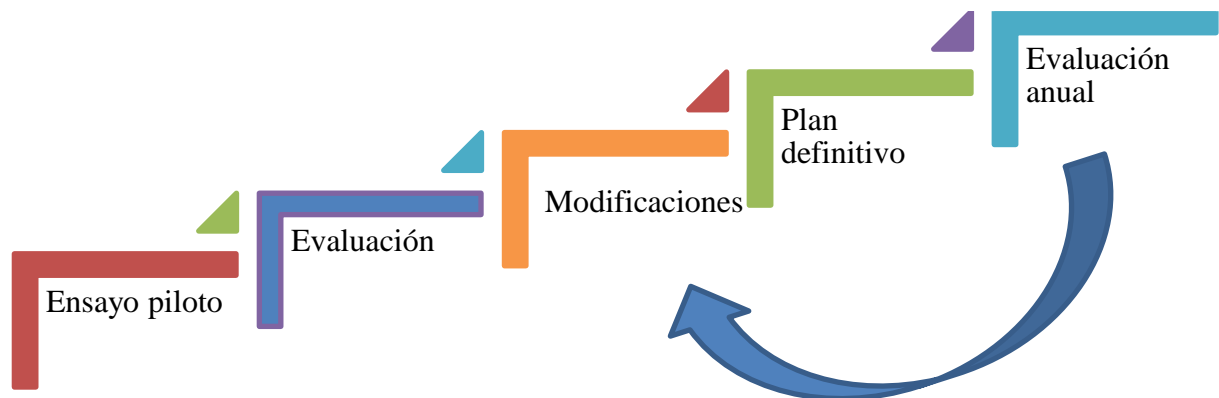
Cartagena cuenta con una población de 215.134 habitantes y según los datos que obran en el Ayuntamiento, a 1 de Enero de 2017, cuenta con una población extranjera de 23.912 habitantes.

El 51% de los habitantes de la comunidad se concentran en tres grandes ciudades: Murcia, Cartagena y Lorca, siendo la capital (Murcia) la que concentra el 30% de toda la población. A efectos sanitarios, la Región está dividida en la actualidad, y hasta que no se produzcan modificaciones del mapa sanitario, en seis áreas sanitarias territoriales, que respondiendo a la Ley General de Sanidad, son las denominadas Áreas de Salud, cuya delimitación ha sido realizada teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de dotación de medios de comunicación, así como de instalaciones sanitarias. A su vez, estas Áreas de Salud se encuentran divididas en 76 Zonas de Salud.

La intervención se realizará en los familiares de los pacientes que se encuentren ingresados en la UHSM del Hospital Santa Lucía (Cartagena), correspondiendo al área 2 de salud.

(ANEXO 3)

VII. Cronograma de la intervención:



La intervención se llevará a cabo según el siguiente esquema:

- 1) *Ensayo piloto* (6 meses de duración)
Se trata de la puesta en marcha de la intervención en la unidad. En un primer momento se explicará a todos los profesionales de la unidad la intervención que queremos realizar y posteriormente comenzaremos a realizar la captación de los familiares candidatos a la participación en el grupo. Durante 6 meses se llevará a cabo la intervención según lo planteado en el proyecto.
- 2) *Evaluación del ensayo piloto*: Transcurridos los 6 meses de ensayo piloto realizaremos una primera evaluación que constará de entrevistas con los familiares, profesionales y pacientes.
- 3) *Modificaciones de la intervención*: Con los resultados obtenidos a través de las entrevistas realizaremos las modificaciones y mejoras pertinentes en la intervención.
- 4) *Plan definitivo*: Puesta en marcha de la intervención adaptada a las necesidades detectadas durante el periodo de ensayo piloto.

- 5) *Evaluación anual*: Como veremos más adelante, la intervención será evaluada de forma anual para ser capaz de adaptarse a las necesidades que puedan ir apareciendo durante el tiempo. Modificando aquellos aspectos que sean necesarios.

VIII. Desarrollo del trabajo grupal



-
- a) *Contexto*: El grupo se desarrollará en una sala dentro de la UHSM. Se dispondrán las sillas de forma circular para facilitar el contacto ocular de todos los miembros del grupo. La sala cuenta con un equipo audiovisual que facilitará el visionado del video que indicamos posteriormente.
- b) *Periodicidad y Duración*. Realizaremos en total 4 sesiones semanales de una hora y media de duración, para las reuniones de grupo consideramos podría ser la más aconsejable. Dos sesiones los martes, una correspondiente al grupo 1 y otra correspondiente al grupo 2 y correlativamente dos sesiones los jueves distribuidas del mismo modo. Los familiares podrán asistir uno o dos días por semana, adaptándonos así mejor a las necesidades personales de cada familia y pudiendo acercarnos a las familias cuyo tiempo de ingreso del paciente sea más reducido. Somos conscientes de las limitaciones del grupo debido a la entrada y salida de los familiares del grupo dependiendo de la duración del ingreso en nuestra planta del hospital.
- c) *Dinámica del contenido de las sesiones*. En este tipo de trabajo de grupo es importante que la dinámica venga marcada por las propias necesidades de los

cuidadores, detectadas a través de sus verbalizaciones. Por lo tanto, más que el desarrollo de un programa elaborado previamente, lo óptimo en los encuentros del grupo sería que la dinámica girase alrededor de dos cuestiones: el estado del paciente y el estado del cuidador, planteando el trabajo de cada sesión a partir de sus comentarios.

Nos ha parecido interesante este video: “Esquizofrenia y enfermedad mental: La historia de bruno” que puede consultarse de forma libre y gratuita en el siguiente enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=nY2odQhVGL0> . En el periodo de ensayo piloto comenzaremos visionando el video al inicio de la sesión cada semana para que sirva de punto de partida a nuevos miembros del grupo. Si el grupo no ha variado y todos han visionado el corto, no se pondrá.

IX. El proceso de los familiares a través del grupo



Nos parece muy importante señalar algunos aspectos en relación al proceso de los familiares a través del grupo de apoyo ya que como refiere J. Lluís Conde Sala: “Cada una de las personas del grupo actúa como un espejo respecto a la conducta y le señala aquellas actitudes a seguir o a evitar. Por otra parte, entre los familiares cuidadores se establecen vínculos emocionales que van desde el sentimiento de apoyo moral, al apoyo mutuo práctico y amistad, situaciones que no es preciso evitar, sino que son propias de este tipo de grupos y que favorecen la salida del excesivo ensimismamiento. Es frecuente finalmente que los miembros más experimentados y maduros aconsejen a los más noveles.”¹⁷

En este proceso, podemos distinguir varias etapas o fases por las que transcurrirán los familiares en el proceso de trabajo grupal, nos ha parecido muy importante recogerlas tal y como las cita J. Lluís Conde Sala en su trabajo:¹⁷

a) *Centrados en el enfermo*: Los familiares cuidadores comenzarán el grupo estando muy preocupados por el paciente. En la medida que las cuestiones básicas: información, medidas de cuidado, atención y recursos, están resueltas, empezarán a preocuparse por sí mismos.

b) *Aceptando la enfermedad*: Una parte importante de este proceso es la aceptación de la enfermedad, situación que se da de una forma muy variada, en función de la personalidad del familiar, aunque sin duda es uno de los momentos claves del proceso.

c) *Adoptando una actitud más racional en el cuidar*: La vinculación emocional enfermiza con el paciente va siendo substituida para una actitud más racional y práctica en el momento de cuidarlo.

d) *Interesándose por el propio cuidador*: Recuperación del interés por la propia vida, cultivando sus aficiones, relaciones, ocupaciones, etc., cuidándose como cuidador.

e) *Generando nuevas vinculaciones personales*: Los demás miembros del grupo, son nuevas vinculaciones generadas, más de acuerdo con las necesidades actuales de los familiares, que le ayudan a ocuparse de otras cosas y a no centrarse obsesivamente en el paciente.

X. Papel de la enfermera especialista en salud mental:

Siguiendo con el trabajo de J. Lluís Conde Sala nos ha parecido de gran utilidad extrapolar el papel del conductor de los grupos de apoyo al que se refiere el autor a, en nuestro caso, el papel de la enfermera especialista en salud mental que será la encargada de conducir el grupo.¹⁷

a) *Funciones*: Una de las funciones más básicas es la de conducir el grupo desde el punto de vista formal: introducir la reunión, pedir la intervención de sus miembros, recoger lo que se ha comentado y concluir la reunión. En relación al contenido, el conductor, en nuestro caso la enfermera especialista, ha de ir introduciendo comentarios y reflexiones sobre las situaciones que vive y expresa el cuidador, valorando el ritmo y la oportunidad de hacerlo.

b) *Directividad*: La dirección del conductor, necesaria en grupos que trabajan situaciones tan difíciles como ésta, ha de ir matizada por: la importancia de que los familiares puedan expresar sus sentimientos, la conveniencia de que los propios familiares introduzcan sus reflexiones y respecto a las intervenciones, ha de valorar la oportunidad del momento y del proceso del trabajo de grupo.

c) *Comentarios*: No es un tipo de grupo para realizar interpretaciones de fenómenos personales o de relaciones transferenciales. Es mejor realizar comentarios sobre procesos que, por otra parte han de ser evidentes para todos, y han de servir para que el familiar pueda asimilar lo que está trabajando el grupo con la nueva actitud sugerida.

d) *Transferencias*: Como en todos los grupos se produce una transferencia hacia el responsable, en este caso la enfermera, de la cual ésta ha de ser consciente, no tanto para anularla, rechazarla o interpretarla, sino para tener en cuenta que es lo que se ha de trabajar. Frente a la actitud de demanda insistente, proporcionar ayuda; frente al rechazo, prudencia; frente al festejo, referencia al grupo; frente a la búsqueda de alianzas, actitudes que se traduzcan en beneficio del grupo. Por otra parte es preciso tener en cuenta que una transferencia positiva es básica para que el grupo pueda trabajar y la persona pueda descentrarse parcialmente de la vinculación enfermiza con el enfermo.

e) *Formación*: En primer lugar, es necesario que tengan una formación psicológica sólida. Por otra parte es conveniente que tengan una formación mínima en el tema de grupos y de apoyo emocional, una madurez personal para abordar situaciones difíciles y un conocimiento de la enfermedad y de las situaciones por las que pasan los familiares cuidadores.¹⁷

6. MEDIDAS DE EVALUACIÓN:

En relación a las medidas de evaluación, tal y como se indica en el cronograma antes desarrollado hemos planeado dos momentos para realizar dicha evaluación. La evaluación será de tipo cualitativo debido a que hasta el momento no existen instrumentos específicos de medida para la carga familiar en medio hospitalario.

- 1) *Primera evaluación*: Esta primera evaluación se llevará a cabo tras los 6 meses que durará el ensayo piloto donde se comenzará a realizar la intervención desarrollando el grupo de apoyo con los familiares de los pacientes que se

encuentren ingresados durante ese periodo de tiempo en nuestra unidad. Esta primera evaluación será de tipo cualitativa e irá dirigida a tres grupos: A los familiares que han participado en el grupo, a los profesionales que trabajan en la unidad, y a los propios pacientes. Se realizará a través de una entrevista abierta donde se expondrán los beneficios, sensaciones, percepciones, posibles cambios y sugerencias que deseen realizar. La llevará a cabo la enfermera especialista en salud mental que haya conducido el grupo durante los 6 primeros meses, anotando los aspectos más relevantes para poder modificar y mejorar el ensayo piloto y realizar el plan definitivo.

- 2) *Segunda evaluación:* Una vez implantado el plan definitivo se realizará una evaluación anual mediante una reunión de equipo con los distintos profesionales de la planta, creando un espacio abierto donde intercambiar opiniones y propuestas de mejora. Con los pacientes y familiares se haría de forma individual a través de una entrevista siempre al finalizar el periodo de asistencia al grupo del familiar y se revisaría en la reunión con el equipo toda la información obtenida durante al año.

Podríamos considerar esta segunda evaluación como una “evaluación continua” ya que nuestra intervención debe ser abierta, dispuesta al cambio y al enriquecimiento continuo en beneficio de los familiares.

7. DIFICULTADES:

La mayor dificultad que planeamos encontrarnos es la variabilidad del tiempo de ingreso del paciente en la UHSM, ya que dependerá del motivo del ingreso y de la evolución del paciente, esto ocasionará modificaciones en el tiempo de permanencia de los familiares en el grupo y su seguimiento, haciendo que el número de integrantes del grupo sea irregular y variable.

Por otra parte podremos encontrarnos frente a la irregularidad en la asistencia de los familiares al grupo por imposibilidad de acudir al grupo por causas personales o falta de motivación por ello es necesario la entrevista previa al grupo donde podremos valorar las necesidades de la familia y motivación.

8. CONCLUSIONES:

Tras la puesta en marcha de esta intervención en la UHSM de Cartagena esperamos encontrar resultados positivos que beneficien tanto a los familiares como a los propios pacientes. Conocer las dificultades y necesidades que presentan las familias nos da la oportunidad de ofrecer unos cuidados de enfermería adaptados y específicos que garantizaran una mejor calidad de vida.

En relación a los métodos de evaluación consideramos la idea de realizar, en un estudio posterior, el desarrollo de un instrumento que midiera la carga familiar y su cambio durante la intervención a partir de lo recogido en las entrevistas abiertas de evaluación.

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. de Salud Mental, S. G., & Psiquiátrica, A. (2009). Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010–2013.
2. Sifuentes Contreras, A., Sosa Gil, E., Jaimez, T., & Manzanillo, Y. (2011). Rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. *Enfermería Global*, 10(24), 0-0.
3. Aparicio Delgado, A. M. (2010). Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Hermilio Valdizán, enero-febrero del 2010
4. Leal, M. I., Sales, R., Ibáñez, E., Giner, J., & Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2).
5. Gómez, S. A. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1).
6. Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M., Mendióroz, P. (2009, May). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 23, pp. 101-110).
7. Holmgren, D., Lermenda, V., Cortés, C., Cárdenas, I., Aguirre, K., Valenzuela, K. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(4), 275-286.

8. Ruiz Gómez, E; Suárez Ramírez, N; Pascual Tosina, R; Serrano Rodríguez, E. Intervención de la enfermera especialista en salud mental en padres con trastorno mental grave a través de un programa de apoyo y seguimiento. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(3). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0554.php>
9. Buitrón, J. M. R., Valverde, M. À. V., & Pérez-Testor, C. (2011). Grupo de familiares de pacientes con trastorno mental severo: Aspectos dinámicos, técnicos y reflexivos a partir de una experiencia terapéutica grupal (Nota 1). Avances en Salud Mental Relacional, 10(2).
10. Rodríguez, M., & De Dios, M. Y. D. D. (2006). Beneficios psicosociales de los grupos de apoyo: su influencia en los estilos de socialización familiar. Psychosocial Intervention/Intervencion Psicosocial, 15(2).
11. Muñoz, M. (2009). Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense.
12. Evelyn Huizing et col. Ambiente terapéutico en salud mental. Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía: <https://consaludmental.org/publicaciones/Ambienteterapeuticosaludmental.pdf>
13. Castilla García, A., López Álvarez, M., Chavarría Pérez, V., Sanjuán, M., Canut Altemir, P., Martínez, M., ... & Cáceres Pereira, J. L. (1998). La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 18(68), 621-642.
14. Programa de apoyo a familiares. Plena inclusión Madrid 2017. Disponible en: http://www.plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2016/01/EJECUCION_PAF_2017.pdf
15. Ortego Maté MC, López González S, Álvarez Trigueros ML. Ciencias psicosociales 1: Tema 13. El apoyo social. Universidad de Cantabria. 2010.
16. Moya Sola M, Fernández Alazor I, Rodríguez Jiménez C. PAPEL DE LA ENFERMERA DE ENLACE COMUNITARIA EN GRUPO DE APOYO A FAMILIARES CON PACIENTES CON TMG. II congreso virtual internacional de enfermería en salud mental.
17. LOS, A. E. Y. E. A. Apoyo educativo y emocional a los familiares cuidadores de enfermos con demencia.

18. de la Guía, G. D. T. (2009). Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave.

19. Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Revista de Gerontología, 6, 338-346.

10. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña.....
..... con DNI acepto participar en el grupo de apoyo a familiares, que se realizará en el Hospital Santa Lucía. Manifiesto que tras haber satisfecho todas mis dudas al respecto de este grupo me considero adecuadamente informado/a por la enfermera/o especialista en salud mental:

.....
Por tanto, tras el adecuado periodo de reflexión:

- Doy mi CONSENTIMIENTO voluntario para la realización de las encuestas y recopilación de datos de acuerdo con lo recogido en la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 del 3 de Julio.
- Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
- Y que si lo considero, puedo solicitar más información.

En Cartagena, a de de 20.....

Firma del familiar/cuidador

Firma del/la enfermero/a

ANEXO 2

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales.

Codificación proceso: 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: consta de 22 ítemes relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

ANEXO 3

