



*Centre adscrit a la*



Universitat  
Pompeu Fabra  
Barcelona

**ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA DEL MAR**

**PERCEPCIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR EN  
PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL, UNA  
APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA**

**Alumna: Cristina Beorlegui**

**Directora: Olga Ortega**

**Coordinadores: Marta López y Juan M. Leyva**

**Materia: Trabajo final de grado**

**Cuarto curso de enfermería**

**Año académico: 2014-2015**

**Fecha de entrega: 19 de Mayo 2015**

## RESUMEN

La salud mental es fundamental para mantener una vida activa y cuando se carece de ella, a causa de un trastorno mental, puede resultar complicado integrarse en la sociedad y vivir el día a día de forma autónoma. Habitualmente, la familia supone la fuerza ambiental y el apoyo más directo del paciente con trastorno mental, por lo que si funcionan como un soporte familiar adecuado para él, pueden tener la capacidad de interferir de forma positiva en su integración social y evolución. No obstante, las posibles relaciones intrafamiliares tensas a causa del agotamiento y el tiempo que puede suponer para las familias cuidar de la persona afectada, y el significado y el valor que el paciente con trastorno mental otorgue a sus relaciones familiares como consecuencia de su patología, pueden dificultar que autoperciba a su familia como un soporte. Como consecuencia de esto, el objetivo de este estudio es llegar a conocer cómo vive y percibe su soporte familiar el paciente con trastorno mental ingresado en la unidad de hospitalización psiquiatría.

La metodología utilizada para alcanzar el objetivo del estudio será la cualitativa fenomenológica y será aplicada en la unidad de agudos de psiquiatría del hospital del Mar y del centro CAEM. La muestra escogida en este centro será intencional y cumplirá con determinados criterios de inclusión. Los datos aportados por los participantes se recogerán mediante una entrevista en profundidad y un diario de campo hasta alcanzar la saturación de datos.

Si mediante la aplicación de esta metodología se logra alcanzar el objetivo del estudio, se conseguiría fomentar la percepción del soporte familiar y con ello, la integración social y evolución del paciente con trastorno mental gracias a unos cuidados enfermeros humanizados, reales, integrales e individualizados constituidos a partir de la visión del propio paciente.

**Palabras clave:** trastorno mental, soporte familiar, percepción y enfermería

## RESUM

La salut mental és fonamental per mantenir una vida activa i quan manca, a causa d'un trastorn mental, pot resultar complicat integrar-se en la societat i viure el dia a dia de forma autònoma. Habitualment, la família suposa la força ambiental i el suport més directe del pacient amb trastorn mental, de manera que si funcionen com un suport familiar adequat per a ell, poden tenir la capacitat d'interferir de manera positiva en la seva integració social i evolució. No obstant, les possibles relacions intrafamiliars tenses a causa de l'esgotament i el temps que pot suposar per a les famílies tenir cura de la persona afectada, i el significat i el valor que el pacient amb trastorn mental otorgui a les seves relacions familiars com a conseqüència de la seva patologia, poden dificultar que autopercebeixi la seva família com un suport. Com a conseqüència, l'objectiu d'aquest estudi és arribar a conèixer com viu i percep el seu suport familiar el pacient amb trastorn mental ingressat a la unitat d'hospitalització psiquiàtrica.

La metodologia utilitzada per assolir l'objectiu de l'estudi serà la qualitativa fenomenològica i serà aplicada en la unitat d'aguts de psiquiatria de l'hospital del Mar i del centre CAEM. La mostra escollida en aquest centre serà intencional i complirà amb determinats criteris d'inclusió. Les dades aportades pels participants es recolliran mitjançant una entrevista en profunditat i un diari de camp fins a aconseguir la saturació de dades.

Si mitjançant l'aplicació d'aquesta metodologia s'aconsegueix assolir l'objectiu de l'estudi, s'aconseguiria fomentar la percepció del suport familiar i amb això, la integració social i evolució del pacient amb trastorn mental gràcies a unes cures infermeres humanitzades, reals, integrals i individualitzats constituïdes a partir de la visió del propi pacient.

**Paraules clau:** trastorn mental, suport familiar, percepció i infermeria

## ABSTRACT

Mental health is critical to maintaining an active lifestyle and when it is lacking, because of a mental disorder it can be difficult to integrate into society and live day by day independently. Usually, the family is supposed to be an environmental strength and a direct support for patients with mental disorder, so if you work as a proper family support to achieve it, you may have the ability to interfere positively on their social integration and evolution. However, because of exhaustion and the time the family has to put towards the patient, the relationship can turn tense. If we combine this with the importance the patient gives to the family bond as a consequence of his illness, it can make it difficult to perceive the family as a support. Because of this, the objective of this study is to know how patients with mental illness admitted into the psychiatric inpatient unit perceive their life and family support.

The methodology used to achieve the objective of the study is a qualitative phenomenology and it will be applied in the acute psychiatric unit of the Mar Hospital and the CAEM center. The sample chosen in this center will be intentional and will be chosen to meet certain inclusion criteria. The data provided by participants will be collected through interviews and field diary until data saturation is achieved.

If through the application of this methodology we manage to achieve the objective, this study would increase the importance given to the perception of family support that the patient has and, thereby the social integration and evolution that mental disorder patients can achieve when a humanized, comprehensive and individualized nursing care is applied, mainly constituted from the vision of the patient.

**Keywords:** mental disorder, family support, perception and nursing

## ÍNDICE

<b>1- INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
1.1- Pregunta y objetivos.....	13
1.2- Estrategias de búsqueda.....	14
<b>2- METODOLOGÍA.....</b>	<b>15</b>
2.1- Justificación de la metodología.....	15
2.2- Muestra.....	16
2.3- Obtención y recogida de datos.....	18
2.4- Análisis de los datos.....	19
2.5- Planificación de recursos.....	20
2.6- Cronograma.....	21
2.7- Implicaciones y limitaciones del estudio para enfermería.....	21
2.8- Aspectos éticos y jurídicos.....	23
<b>3- CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>26</b>
3.1- Puntos fuertes y débiles.....	26
3.2- Autoevaluación.....	27
3.3- Grado de satisfacción.....	29
<b>4- ANEXOS.....</b>	<b>31</b>
4.1- Anexo 1: Listado de trastornos mentales del DSM 5.....	31
4.2- Anexo 2: Autorización del centro.....	32
4.3- Anexo 3: Consentimiento informado.....	33
4.4- Anexo 4: Guía de la entrevista.....	34
<b>5- GLOSARIO.....</b>	<b>35</b>
<b>6-BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>36</b>

## **1- INTRODUCCIÓN**

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V (DSM5), publicado por la asociación Americana de psiquiatría, es uno de los sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes de la actualidad. Este sistema explica que el concepto de enfermedad implica diferentes aspectos como son la etiología, los síntomas, el curso, el pronóstico y el tratamiento. Los factores etiológicos de muchos procesos mentales son hoy en día, difíciles de determinar y al ser el término “enfermedad mental” un concepto que puede abarcar multitud de patologías de muy diversa índole debido a su amplitud, se intentan utilizar conceptos más concretos y detallados para citar los diagnósticos. Por esa razón, actualmente, en el ámbito de la psiquiatría, es más adecuado utilizar el concepto “trastorno mental” en lugar de “enfermedad mental” (1)

Existen diferentes tipos de trastornos mentales y el DSM 5, recientemente, ha modificado y actualizado sus diagnósticos [ANEXO 1]. Así mismo, el DSM 5 define los trastornos mentales como “patrones de comportamiento de significación clínica que aparecen asociados a un malestar emocional o físico de la persona, a una discapacidad, al deterioro en el funcionamiento cotidiano, a la pérdida de libertad o incluso a un riesgo significativamente aumentado de implicarse en conductas contraproducentes o de morir prematuramente” (1)

La salud mental es esencial para adaptarse a los cambios y mantener unas relaciones sociales que favorezcan la comunicación, el crecimiento personal y la integración en la sociedad y tal y como refleja la definición del trastorno mental ofrecida por el DSM 5, el trastorno mental surge cuando existe un grado variable disfunción personal, laboral o social (2). La afección en el ámbito social del individuo es la causa más frecuente de la aparición del trastorno mental y resulta la mayor causa de malestar tanto en él como en su familia (3). Tal y como explica Ciompi L, a pesar de que el trastorno mental sea de índole biopsicosocial, las variables de tipo sociológico, están más relacionadas con su alta incidencia, prevalencia y cronicidad que las variables del tipo biológico y semiótico (4,5).

Algunas variables sociales como un estatus social determinado por la renta, una situación social desfavorecida determinada por una baja red social de apoyo, el empleo, el paro, el analfabetismo o carencia de estudios primarios, la emigración, el origen étnico no privilegiado y una nula o baja dotación de recursos comunitarios

contribuyen al desarrollo y evolución de trastornos mentales a causa de una inadaptación social (4). Además, estos pacientes no disponen de las mismas facultades de relación que una persona mentalmente sana lo cual favorece todavía más la disfunción de las relaciones sociales y la inadaptación (6)

Durante muchos años, la sociedad no ha sido capaz de comprender este fenómeno de inadaptación por lo cual las personas con trastorno mental han sido consideradas como “peligrosas para la sociedad”. Debido a esto, la institucionalización psiquiátrica que estaba orientada a la atención de las personas afectadas, se acabó convirtiendo en un medio de defensa social más que terapéutico al mantener a las personas con trastorno mental en un espacio físico que bajo unas condiciones de vida, una convivencia y unas normas que eran impuestas, promovían todavía más la exclusión. Esto ha generado una ideología totalmente degradante y un estigma que aún persiste por la enorme dificultad por reconstruir la historia y evolucionar hacia un significado subjetivo que permita concebir a la persona afectada por trastorno mental como una persona con dignidad y derecho a formar parte de la sociedad y no como un enfermo peligroso o como un “loco” (6)

Los datos recogidos por la OMS, muestran la relación existente entre la estigmatización y las personas con trastornos mentales, demostrando que en los países poco desarrollados, las personas con trastornos mentales, pueden encontrar trabajo y son aceptadas e integradas en la sociedad con mayor facilidad gracias a una menor estigmatización, lo que se refleja con una menor prevalencia de los trastornos mentales (7).

Actualmente, gracias entre otras cosas a los trabajos de Mannoni, a la influencia de Foucault y al «movimiento antipsiquiátrico» que proponía una psiquiatría más social y comunitaria y no tan médica, se está intentando romper con este estigma y evolucionar en la atención a la salud mental creando residencias que abandonan la tendencia al encierro y al aislamiento en los hospitales psiquiátricos, contemplando la educación de los pacientes desde diferentes visiones que tratan de promover la integración social (6,8,9).

No obstante, además de que la estigmatización todavía permanece en la sociedad y genera autoexclusión en los pacientes con trastorno mental por temor a ser rechazados, su habitual fenómeno de inadaptación dificulta que cumpla con las características para confirmar su integración social entre las que destacan el trabajo,

el ocio y el hogar por lo que la prevalencia de los pacientes con trastorno mental sigue siendo verdaderamente elevada (10)

La mental health action plan for Europe, señala que un 9% de la población española padece un trastorno mental destacando una prevalencia superior en mujeres (24,6%) que en hombres (14,7%), de los cuales solo un 25% está tratado correctamente (11). Así mismo, un estudio realizado en Asturias por Valencia F, Haro JC y col sobre la demanda en salud mental, muestra que la demanda de asistencia por servicios públicos de salud mental ha pasado de un 25,5% en 1989 a un 60% en 2005 siendo también un 18- 39% de los casos atendidos en atención primaria por causas mentales lo que refleja la alta prevalencia de los trastornos mentales en nuestro país (12)

La OMS por su parte, demuestra la posible relación entre el desempleo y la crisis económica y una mayor incidencia de trastornos mentales en España (4). Según estos datos, de un 28,9% de las personas que acudían a un centro de salud demandando atención en el 2006, ha pasado a un 47,5% tras haber transcurrido cuatro años y estar en plena recesión (14). Además, refleja que 5000 millones de personas en el mundo sufren un trastorno mental (15), se estima que un 25% de la población podría padecer alguno a lo largo de su vida y se prevee que esto en un futuro sea la causa principal de discapacidad lo que evidencia que el incremento de la prevalencia de los trastornos mentales son hoy en día un problema mundial (16)

Esta alta prevalencia e incidencia de los trastornos mentales puede ser producto del bajo apoyo social, ya que como he mencionado anteriormente, los factores sociales son los que más contribuyen a su aparición, desencadenamiento y evolución (17,3)

Según el estudio realizado por Ariño B y San Pio MJ sobre el papel de las asociaciones de familiares y personas con trastorno mental, habitualmente, el apoyo y soporte más importante y con más influencia para el paciente proviene de la familia por ser su entorno más querido y cercano. Esto se refleja con datos como que un 59,5% de las personas con trastorno mental viven y conviven en familia, (más de la mitad de la población), que un 88% de la atención recibida por las personas con trastorno mental son de origen familiar y que un 54% de las personas afectadas recurren a sus familias en busca de ayuda (14,18)

Tal y como reflejan estos datos, en la mayoría de los casos, la familia es el apoyo más directo y la fuerza ambiental que más influye en la persona con trastorno mental (18)



Debido a esto, puede adoptar un papel crucial responsabilizándose ella misma en que la persona afectada cubra algunas de las necesidades para integrarse en la sociedad como puede ser la vivienda o bien funcionando como un soporte que promueva que lo consiga él mismo por lo que tiene la capacidad de interferir de forma directa en su integración social y evolución (17).

No obstante, se debe tener en cuenta que las personas con trastorno mental, a menudo, tienen sus facultades de relación afectadas por lo que a sus relaciones familiares les puede otorgar un significado diferente al que le otorga una persona mentalmente sana, lo que puede provocar una autopercepción negativa respecto al soporte familiar, lo que conllevaría a una evolución e integración social más lenta y difícil (20)

Además, tal y como dice Goldenberg, ***“la familia es un sistema en todo el sentido de la palabra ya que está formada por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de tal manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás y viceversa”*** (21). Esto justifica que la presencia del trastorno mental en uno de los miembros de la familia, pueda influir en toda la unidad provocando alteraciones bruscas en la vida familiar (16,22). Estas alteraciones tienden a ser producidas por cambios en la calidad de vida a causa del agotamiento físico y emocional que puede suponer cuidar de una persona, el tiempo de dedicación que pueden necesitar (especialmente cuando existe riesgo de autolesión) y el posible aislamiento social y familiar debido al estigma social y a la discriminación de las personas que lo sufren y de su entorno (22,18). Debido a esto, existen pocas familias lo suficientemente resilientes como para afrontar la situación de forma adecuada (23) lo que puede dar lugar a relaciones intrafamiliares tensas y enfermizas que dificulten todavía más que la persona con trastorno mental perciba a su familia como un soporte y un verdadero apoyo lo que podría interferir en su evolución (18,22)

Tal y como explican las bases del constructivismo, las realidades son múltiples ya que están constituidas por los diferentes significados y experiencias vividas por cada persona. Por esa razón, para comprender la autopercepción del soporte familiar del paciente con trastorno mental, tal y como dice el paradigma constructivista, se intentará comprender su realidad indagando en su visión y perspectiva ya que considera la realidad social como una construcción humana (16).

De esta forma, tal y como explicaba Leninger, será necesario contemplar dos términos que nos permitan ofrecer unos cuidados enfermeros que aborden de forma global la situación de los pacientes afectados por trastorno mental. El “disease” que hace referencia a la entidad patológica en sí misma (el trastorno mental) y especialmente el término “illness”, que hace referencia a la dolencia que percibe la persona afectada y que por su experiencia cultural, interpersonal y personal, provoca su malestar (la baja autopercepción de apoyo familiar y la carente integración social) (23)

Dicho esto, en este caso, la enfermera del centro de salud mental que será la que mayor contacto mantenga con el paciente, debería ser consciente de que a pesar de que los trastornos mentales sean algo universal, la dolencia que percibe el paciente y su propio trastorno condicionan la forma en la que la vive y determina la forma en la que lo maneja. Como consecuencia, en este caso, para conocer la autopercepción que tiene el paciente con trastorno mental respecto a su soporte familiar, es importante que la enfermera aborde esta dolencia y la incluya en sus cuidados para lograr comprender su realidad y con ello, ayudarle desde la propia visión del paciente (23)

A pesar de la importancia de esto, históricamente, ha habido poco interés por el reconocimiento de los sentimientos, emociones y percepciones que constituyen la dolencia del paciente con trastorno mental lo que ha dificultado que sean comprendidos incluso por parte de enfermería<sup>\*1</sup> ya que tampoco ha contemplado de forma suficiente estos aspectos en sus cuidados cuando resultan algo fundamental para su bienestar (25,26).

Esta “carencia” en lo cuidados enfermeros a los pacientes con trastornos mentales junto con mi interés por comprender como perciben y afrontan los problemas y las dificultades estas personas y junto con mi experiencia familiar sobre la importancia de la autopercepción del soporte familiar del paciente con trastorno mental para su evolución, justifican el interés y la elección de este tema para elaborar el trabajo.

El hecho que justifica que este tema haya sido tan poco trabajado por enfermería, se debe a que esta profesión, inicialmente, únicamente se sustentaba en teorías biológicas y médicas para tratar la salud de las personas, lo que dificultaba contemplar el efecto de las emociones y percepciones de los pacientes en su estado de salud y

---

<sup>1</sup> Profesión responsable de la protección, promoción y optimización de la salud, alivio del sufrimiento y prevención de la enfermedad y las lesiones a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones

evolución. No obstante, los estudios de Florence Nightingale sobre la influencia de los factores ambientales y emocionales en la salud de los pacientes y los avances en investigación y en la sociedad, han contribuido, poco a poco a contemplar a los pacientes no únicamente desde una visión médica, sino desde una visión mucho más holística lo que refleja una evolución histórica en los cuidados enfermeros (27)

El paradigma enfermero de integración creado por K rouak y desarrollado por algunas enfermeras como D. Orem, V.Henderson y H.Peplau, contempla a la persona de una forma holística e integral como la suma de diferentes componentes. Estos componentes se encuentran interrelacionados y convierten a la persona en un ser “biopsicosociocultural” en interacci3n constante con su entorno en forma de estímulos y de reacciones de adaptaci3n que dan lugar a diferentes sentimientos, percepciones y necesidades. Este paradigma puede ser relacionado con el objetivo del trabajo de comprender como vive y percibe su soporte familiar el paciente con trastorno mental, ya que considera que todos los factores que integran a la persona, incluyendo sus emociones y percepciones deben ser valorados por suponer factores influyentes en su salud (28)

El paradigma humanista también puede relacionarse con el objetivo de este trabajo ya que defiende que es necesario sensibilizarse hacia el paciente para llegar a comprender sus sentimientos, pensamientos, visiones y percepciones (8,29)

Así mismo, tal y como refleja el paradigma hermenéutico, para comprender y sensibilizarse hacia los sentimientos, pensamientos y percepciones de una persona, tal y como se intenta lograr con este proyecto, es esencial el diálogo (30). El contacto constante y directo de la enfermera del centro de salud mental con el paciente, incrementa la posibilidad del diálogo por lo que sería ella la profesional id3nea para establecer una relaci3n terapéutica (6, 25) que le permita sensibilizarse para poder comprender al paciente y alcanzar el objetivo de este proyecto.

Para establecer un diálogo que permita sensibilizarse hacia el paciente, es imprescindible establecer una relaci3n entre paciente- enfermera. La teoría de “relaciones interpersonales” de Peplau que fue influenciada por los conocimientos de las ciencias biol3gicas y conductuales trabajadas especialmente por Maslow, Sullivan, Symonds y Millar, explica que la relaci3n dispone de cuatro fases. La primera es la orientaci3n que comienza cuando la persona con trastorno mental o su entorno más cercano, por sus “experiencias biol3gicas” entre las que destacan la frustraci3n, el

conflicto, las necesidades y la ansiedad, sienten que requieren recibir ayuda por la posibilidad del desencadenamiento de un problema y recurren a la enfermera para que les ayude a su comprensión y resolución. La segunda es la identificación que sucede cuando la persona con trastorno mental identifica a la enfermera como alguien que puede ofrecerle ayuda, momento en el que la enfermera psicodinámica, entendida como **“enfermera que intenta entender su propia conducta para ayudar a los demás a que identifiquen sus dificultades intentando aplicar los principios de relaciones humanas a los problemas que emergen de todos los niveles de experiencia”** comienza a indagar en sus sentimientos y percepciones para conseguirlo. La tercera es la explotación que ocurre cuando la enfermera logra comprenderle y el paciente trata de sacar el máximo beneficio de su relación con la profesional y por último la resolución que tiene lugar cuando el paciente aprende a resolver su problema gracias a la ayuda de la enfermera quien ha podido intervenir de forma terapéutica planteándose como objetivo no solo ayudar al paciente ofreciendo unos cuidados que permitan reconocer y resolver sus problemas y necesidades sino que ambos logren el máximo grado de desarrollo personal (31, 32).

En este caso, la relación terapéutica permitiría que la enfermera de salud mental se sensibilizara y comprendiera los sentimientos, pensamientos y percepciones de la persona con trastorno mental respecto a su soporte familiar. Mediante esta comprensión, la enfermera podría descubrir la calidad del soporte familiar percibido por el paciente con la finalidad de evaluar los riesgos y beneficios de su autopercepción y fomentar su percepción de soporte familiar ofreciendo unos cuidados enfermeros constituidos a partir su propia visión que apoyen, o procuren un cambio cuando su autopercepción resulte dañina tanto para el bienestar, la integración social y evolución del paciente como para su entorno más cercano (33,24,34) ya que tal y como decía Bertalanffy **“las relaciones, sucesos y condiciones que forman el ambiente de la persona afectada influyen en el comportamiento de todo el sistema”** (35)

## - 1.1- PREGUNTA Y OBJETIVOS

La familia y las relaciones intrafamiliares positivas habitualmente funcionan como uno de los mayores soportes del paciente con trastorno mental y pueden llegar a influir en su integración social y en su evolución de forma beneficiosa. No obstante, los cambios en la dinámica familiar a causa del cuidado que puede requerir el paciente y los diferentes valores y significados que pueden otorgarles a sus relaciones familiares las personas con trastorno mental, pueden afectar de forma negativa su autopercepción sobre su soporte familiar impidiendo o ralentizando su proceso de integración social y evolución. Por esta razón, me planteo si **¿Las personas con trastorno mental ingresadas en unidades de hospitalización psiquiátrica perciben a su familia como un soporte?**

### **Objetivo general:**

-Conocer cómo vive y percibe su soporte familiar el paciente con trastorno mental ingresado en la unidad psiquiátrica.

### **Objetivo específico:**

-Conocer lo que el paciente con trastorno mental espera de su familia en relación a su situación

-Conocer los factores que para el paciente con trastorno mental favorecen el establecimiento de una buena relación familiar

-Conocer cómo vive sus relaciones familiares el paciente con trastorno mental

-Conocer el tipo y la calidad de sus relaciones familiares según el paciente con trastorno mental

**Finalidad:** Ofrecer al paciente con trastorno mental unos cuidados enfermeros integrales e individualizados constituidos a partir de su propia visión que permitan fomentar su autopercepción del soporte familiar para promocionar su integración social y evolución

**Fenómeno:** Soporte familiar del paciente con trastorno mental

## **- 1.2- ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA**

Para desarrollar este trabajo y abordar el tema en toda su globalidad he realizando una búsqueda multidisciplinar centrándome no solo en enfermería sino también en otras disciplinas como la antropología y la psicología. Para ello, he decidido utilizar bases de datos nacionales como "cuiden", "cuidatge" y "dialnet" utilizado algunas palabras clave como "trastorno mental", "familia", "enfermería", "soporte familiar" y algunos operadores booleanos como "and" y "or". Para contrastar la información consultada he utilizado algunas bases de datos internacionales como "pubmed" para comparar la información y los estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional e incrementar mis conocimientos respecto al tema, pero al no tener tanto dominio del inglés este ha sido utilizado en menor medida. También he utilizado el "Google académico" y libros disponibles en la biblioteca de la universidad del Mar relacionados con la salud mental, todos ellos sin superar los 15 años de antigüedad lo que me ha permitido abordar el tema con unos conocimientos bastante actualizados.

Las bases de datos utilizadas han sido escogidas porque tienen un acceso abierto, es decir, no requieren de ningún tipo de pago para poder acceder a sus documentos lo que me ha permitido acceder a toda la documentación que he creído necesaria para abordar el tema.

## **2- METODOLOGÍA**

### **2.1- Justificación de la metodología escogida**

Para llevar a cabo este trabajo y alcanzar el objetivo de conocer como vive y percibe su soporte familiar la persona con trastorno mental, se utilizará la investigación cualitativa ya que se preocupa por explorar, describir e interpretar los diferentes significados, percepciones, creencias, valores, sentimientos y emociones que provoca un fenómeno social en los individuos, con el fin de comprender la realidad, tal y como ellos la experimentan de forma singular (36). Tal y como dice Gobo, la investigación cualitativa se caracteriza por su capacidad de conocer, descubrir, comprender y explicar los fenómenos sociales (37) por lo que mediante su aplicación, podría estudiarse el fenómeno que este proyecto pretende, esto es, el soporte familiar del paciente con trastorno mental.

Según Jiménez B, el mundo social está constituido por símbolos y significados que cada persona otorga a una situación o experiencia según el contexto en el que se encuentre lo que convierte estos significados en únicos e irrepetibles (38). Por esa razón, para captar la realidad y experiencia tal y como el sujeto la vive, la investigación cualitativa se interesa por los significados y la interpretación, los diferentes contextos en los que se dan estos significados, la hermenéutica y la estrategia inductiva ya que obtiene proposiciones generales a partir de la entrevista y observación de un hecho particular (38,39)

Para recopilar los datos descriptivos y textuales que permitan descubrir el significado que tiene el soporte familiar para el paciente con trastorno mental y alcanzar el objetivo de este proyecto de comprender como vive y percibe su soporte familiar el paciente con trastorno mental, el método cualitativo utilizado será la fenomenología, creada por Husserl y definida por él, no solo como un método, sino también como un enfoque y una filosofía. La fenomenología, utiliza el lenguaje y la observación para conocer la conciencia, los significados y las necesidades del sujeto, con el fin de comprenderle y en este caso, ofrecer unos cuidados enfermeros apropiados a la propia visión del paciente. Así mismo, la fenomenología se puede definir como **"un método de investigación que se interesa por comprender la experiencia de una enfermedad o un acontecimiento bajo la visión del propio sujeto"** (40)

La fenomenología exige que el investigador aprenda de aquellas personas que han vivido o viven una determinada experiencia por ser ellos quienes más pueden relatar su vivencia. De esta forma, lo que se busca mediante este método es la subjetividad

de las experiencias de cada sujeto, lo que justifica que los datos obtenidos mediante su uso, en este caso, la forma en la que vive y percibe su soporte familiar la persona con trastorno mental, sean meramente descriptivos y no puedan ser generalizados, permitiendo, en este caso, una atención enfermera más individualizada (40)

## **-2.2- Muestra**

El éxito de la muestra está en asegurar un rango de individuos que representen todos los tipos o grupos significativos para el fenómeno de estudio (39), por esa razón, para conocer y comprender el fenómeno del soporte familiar autopercebido por la persona con trastorno mental, la muestra de este proyecto serán las personas con trastorno mental que debido a la gravedad de su sintomatología aguda, no puedan seguir recibiendo tratamiento en su entorno comunitario y que por tanto estén ingresadas en unidades de hospitalización psiquiátrica. Para ello, será necesario obtener la aprobación de la investigación por parte del comité de ética y lograr la autorización del centro sanitario correspondiente para poder llevar a cabo el estudio [ANEXO 2]

El Parc de Salut Mar se encuentre en el litoral de Barcelona y constituye una organización integral de servicios a diferentes niveles de atención como pueden ser los enfermos agudos, la atención sociosanitaria, la salud mental y la asistencia primaria. Las unidades de hospitalización psiquiátrica del Parc de Salut Mar las constituyen principalmente el Hospital del Mar y el centro asistencial Dr Emili Mira (CAEM). Los ingresos en esta unidad pueden ser considerados desde el punto de vista asistencial, como programado o urgente, voluntario o involuntario y el tiempo de estancia media será la requerida para estabilizar la fase o crisis aguda del trastorno mental del paciente hospitalizado (41)

El CAEM es un centro pionero y de referencia de la especialidad de enfermería en salud mental lo que justifica que la muestra de este proyecto sea extraída de la unidad de hospitalización psiquiátrica de este centro y del Hospital del Mar por formar ambos en conjunto la atención a la salud mental del Parc de Salut Mar. El CAEM atiende a la población con una edad comprendida entre los 18 y 45 años siendo la media de la edad de los pacientes de 31.5 años (42)

El Hospital del Mar es el dispositivo asistencial principal del Parc de Salut mar, dispone de una actividad terciaria, cumple con una completa oferta de servicios asistenciales entre las que se encuentra la unidad de hospitalización psiquiátrica con 7 plazas y su



población de referencia son los distritos de Barcelona, Ciutat Vella y sant Martí cuya población aproximada es de 249.725 habitantes (41)

El CAEM es un clásico hospital psiquiátrico que hace unas décadas comenzó a transformarse con la apertura de otros servicios, especialmente de nivel sociosanitario. Actualmente, este centro se encuentra situado en el recinto Torribera de Santa Coloma de Gramanet y cuenta con 300 profesionales y 424 plazas distribuidas en una amplia carta de servicios en salud mental entre las que destacan además de la hospitalaria (dispone de 44 plazas), la atención sociosanitaria y ambulatoria. Este centro abarca todos los municipios del norte de Barcelona (Santa Coloma de Gramanet, Badalona y Sant adriá de besós) y del Maresme (Montgat, Tiana, Teia y Ocata) lo que correspondería a una población aproximada de 797.899 habitantes (41)

La población diana a la que irá dirigida este estudio por tanto, serán las personas que por sufrir un trastorno mental, se encuentren ingresadas en la unidad de hospitalización psiquiátrica del hospital del Mar y del CAEM. Los pacientes que formen parte del estudio deberán participar de forma voluntaria y formarán parte de la muestra siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<b>Ser voluntario</b>	<b>No tener familia</b>
<b>Padecer algún trastorno mental que sea identificado como tal en DSM V</b>	
<b>Estar ingresado en la unidad de hospitalización psiquiátrica del hospital del Mar o del centro asistencial Emili y Mira</b>	

La técnica escogida para representar la muestra de este proyecto, es el muestreo intencional ya que los individuos a los que va orientado este estudio no serán elegidos al azar. La modalidad utilizada por el muestro intencional será el muestreo teórico ya que el investigador se colocará en una situación que le permita alcanzar la información buscada en una cantidad y una riqueza considerable, en este caso, realizando el estudio en unidades de hospitalización psiquiátrica. Con el fin de enriquecer o

profundizar en los datos obtenidos, el investigador podrá escoger casos adicionales o interrumpir su selección pero el estudio de la muestra cesará cuando acaben de aparecer nuevos conceptos, los datos se repitan y dejen de aportar información novedosa, es decir, hasta alcanzar el nivel de saturación (43)

### **- 2.3- Obtención y recogida de datos**

Antes de obtener los datos necesarios para llevar a cabo el estudio, se requerirá la aprobación de la investigación por parte del comité de ética y posteriormente el consentimiento informado de los individuos [ANEXO 3]. Al ser la investigación, un estudio fenomenológico se utilizará la entrevista en profundidad ya que lo que pretende es que el investigador, profundice en las percepciones, actitudes y opiniones de una experiencia vivida por el protagonista y reproducirla (36), en este caso, se profundizará sobre la forma en la que viven y perciben su soporte familiar los pacientes con trastorno mental.

Para orientar la entrevista a los objetivos que se quieren alcanzar en este proyecto, se creará un guión que no constará de preguntas concisas y cerradas sino de preguntas de carácter abierto que resulten de gran interés para la investigación, lo que nos permitirá escuchar mejor al participante y seguir el hilo de la conversación (43) [ANEXO 4]

La entrevista a realizar será abierta lo que favorecerá la aparición de reacciones o temas imprevistos que también puedan ser de utilidad para reconstruir la experiencia del investigado y lograr la información deseada. A la hora de realizar la entrevista, se utilizará la estrategia de embudo, esto es, se comenzará abordando los temas de interés más generales para orientar la conversación y acceder a información suplementaria y a medida que vaya desarrollándose la entrevista, las preguntas adoptarán un carácter más concreto, personal y singular (43)

El entrevistador utilizará un diario de campo para escribir comentarios y notas importantes a medida que se vaya desarrollando la entrevista (44,43) y las respuestas verbales y no verbales ofrecidas por el paciente, además de poder abrir más posibilidades de indagación (36), serán registradas mediante grabadoras de voz con el objetivo de poder recuperar la información obtenida en el momento en el que sea necesaria su revisión y análisis (45)

## - 2.4- Análisis de los datos

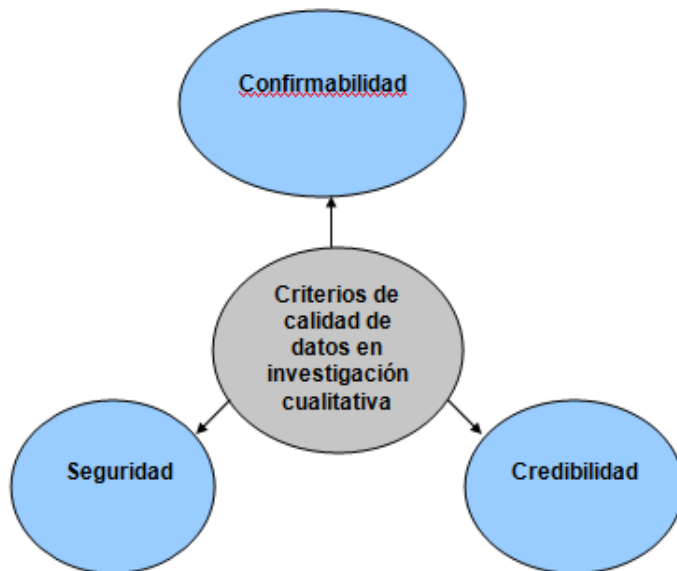
El análisis del contenido acepta los documentos en los que se plasma la información obtenida mediante la entrevista en profundidad (diario de campo) tal y como llega. No obstante, este documento se caracteriza por ser confuso, desordenado y repetitivo por lo que todavía no viene preparado para su estudio científico. Por lo tanto, para poder llegar a entenderlo y captar el significado subjetivo del mismo, gracias a la previa grabación de la entrevista, mediante un ordenador, la información será procesada y transformada en un texto de investigación, más comprensible y ordenado por lo que estará sometida a un proceso de manipulación. Esta manipulación del diario de campo se lleva a cabo con una sistematización que tiene como objetivo la categorización de la información obtenida. La categorización simplifica la información subdividiéndola en categorías generales o simples consiguiendo reducir la información de la investigación para expresarla y describirla de una forma más ordenada y comprensible (43,39)

Para llegar a redactar este texto de investigación en el que finalmente se plasma la información obtenida para alcanzar el objetivo del proyecto forma clara y ordenada, se han utilizado dos técnicas de investigación (la entrevista en profundidad y el diario de campo) a lo que se le denomina triangulación de datos. La triangulación es un criterio de credibilidad de datos que Berg B, define como un método que permite mejorar la información que un investigador obtiene tras la aplicación y combinación de diferentes técnicas de investigación que permiten el enriquecimiento y la calidad de la información (46, 43)

Otras formas de incrementar la credibilidad de la información plasmada en este proyecto será; que el investigador recoja datos ricos mediante información detallada, densa y completa, registre las diferentes miradas de los participantes redactando notas exactas y precisas que permitan diferenciar entre la información original y la interpretación, dejar constancia de que se solicitará a los entrevistados una lectura crítica de la información que será plasmada en la investigación para que evalúen la calidad de las descripciones y someter al estudio a una revisión por partes para que sea evaluado y corregido (39).

Con el objetivo de mantener la calidad de la información también será importante fomentar la seguridad y confirmabilidad de los datos obtenidos. Para obtener unos datos seguros se intentará aplicar el mismo sistema de investigación en todos los participantes del estudio y para lograr la confirmabilidad se recurrirá a otro investigador

que confirme que los hallazgos se adecuen a la realidad (39) lo que corresponde a una triangulación de investigadores. En este caso, la investigadora que se haría responsable de confirmar los hallazgos sería una enfermera del centro de salud en el que se llevará a cabo el proyecto por ser una de las profesionales más accesibles.



## - 2.5- Planificación de recursos

Los recursos humanos necesarios para llevar a cabo este proyecto, serían los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión anteriormente mencionados, la investigadora y una enfermera. La enfermera, formará parte del centro Emili Mira por ser a la que más fácilmente se pueda acceder durante la entrevista y supervisará que los datos obtenidos no estén influidos por las creencias, opiniones, pensamientos o aspectos personales del investigador con el fin de evitar los sesgos y mantener la transparencia de la información obtenida.

Los recursos materiales utilizados serían; el guión de la entrevista no estructurada, el consentimiento informado, un bolígrafo, un cuaderno de anotaciones para que el entrevistador pueda crear su diario de campo, una grabadora y varios ordenadores para transcribir y analizar la información obtenida.

## - 2.6- Cronograma

Tal y como se plasma a lo largo del proyecto, la investigación con técnicas cualitativas se divide en 5 fases de trabajo; definición del problema y diseño del trabajo (preparación del campo), recogida de datos y análisis de datos (preparación del texto) e informe y validación de la investigación (preparación del lector)

1- PREPARACIÓN DEL CAMPO (2015)								
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Definición del problema			Diseño del estudio			Aprobación del estudio por el comité de ética		

2- PREPARACIÓN DEL TEXTO (2015-2016)				
Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Recogida de datos		Análisis de datos		

3- PREPARACIÓN DEL TEXTO FINAL PARA EL LECTOR (2016)	
Marzo	Abril
Informe y validación de la investigación	

## - 2.7- Implicación para la práctica enfermera y limitaciones del estudio

La profesión de enfermería ha experimentado una evolución tan impactante en su rol y sus competencias que la han orientado a tener cada vez más conocimientos y ser más autónoma y responsable. Esta evolución ha sido promovida especialmente por la investigación científica enfermera ya que mediante su aplicación, se han logrado construir nuevos conocimientos, fundamentar científicamente los cuidados y adoptar los cuidados a la demanda social lo que ha contribuido a consolidar nuestro estatus profesional e incrementar nuestra capacidad por ofrecer unos cuidados de mayor calidad. (47)

Como consecuencia del beneficio que aporta la investigación científica a la profesión de enfermería, es fundamental ser conscientes de que somos nosotras las responsables de impulsar la investigación como medio para el desarrollo disciplinario y

profesional. Todas las enfermeras debemos participar e implicarnos en generar y aplicar una base de conocimientos científicos que contribuyan a ofrecer unos cuidados enfermeros que garanticen la salud y el bienestar de la sociedad (47)

Para construir nuevos conocimientos científicos que permitan mejorar la calidad asistencial, es importante enfocar la investigación a la resolución de problemas o aspectos que surjan durante la atención enfermera (47).

En este proyecto, además de reflejarse que las interacciones familiares positivas favorecen la salud mental, se explica el importante papel que adopta la familia en la formación del individuo y en su integración social al garantizar su supervivencia proporcionándole los medios necesarios y al asegurar su protección mediante apoyo afectivo. Debido a esto, la autopercepción de soporte familiar de un individuo con trastorno mental puede resultar una herramienta para hacer frente al estigma social y adaptarse e integrarse en la sociedad con más facilidad. No obstante, las interacciones familiares negativas y el significado que otorgue el paciente a sus relaciones familiares puede afectar a su autopercepción respecto al soporte familiar y como consecuencia no funcionar como una herramienta que favorezca su integración social y bienestar. A pesar de la importancia de que el paciente perciba a su familia como un soporte, tal y como dice la evidencia científica, hasta el momento ha habido poco interés general por comprender las emociones, sentimientos, pensamientos y percepciones que provoca este fenómeno en el paciente con trastorno mental cuando puede afectar a su evolución e integración social generando además, sufrimiento (25,26)

Tras haber detectado este problema y observar en base a la evidencia científica que existen pocos estudios al respecto, considero importante investigar sobre los pensamientos y sentimientos que provoca en el paciente con trastorno mental la autopercepción sobre su soporte familiar con la finalidad de comprenderle, incrementar su sensación de soporte para una más fácil integración social y con ello promocionar su salud y bienestar garantizando así, unos cuidados enfermeros humanizados, de calidad y adecuados a sus necesidades.

A pesar del positivo efecto que puede llegar a tener este proyecto en los cuidados enfermeros de salud mental, ésta investigación podría tener que asumir o superar algunas limitaciones. Una de ellas podría ser el desinterés por parte de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión de participar en el proyecto o la

inexperiencia, falta de iniciativa, tiempo, y motivación por parte de las enfermeras de salud mental por participar e investigar sobre el impacto de este fenómeno en los pacientes indicados.

Otra de las limitaciones del estudio es que existe la posibilidad de que tras la conexión de la investigadora y el investigado, el investigador experimente el mundo de manera similar a los participantes y por ello sea afectado emocionalmente, especialmente en temas sensibles como son los que corresponden a las experiencias relacionadas con trastornos como es el caso de este proyecto. Esta afección emocional del investigador puede evitar que analice críticamente la situación y surjan datos poco válidos o confiables y que por tanto surjan sesgos en la información. Esta posible limitación debe ser tenida en cuenta a la hora de llevar a cabo la investigación ya que para evitarla será importante que el investigador además de disponer de habilidad, destreza y perspicacia, sea capaz de mantener cierta distancia analítica pero que a la vez disponga de sensibilidad social y teórica para acercarse a los participantes y captar y plasmar su realidad de la mejor forma posible (39)

## **- 2.8- Aspectos éticos y jurídicos**

La ética y la moral son dos conceptos que siempre deben ir atribuidos a la investigación científica por diversos motivos. Primero, por promocionar otros valores como la responsabilidad social y los derechos humanos. Segundo, porque es necesario que los participantes en el estudio confíen en las investigadoras. Tercero, porque promueven los objetivos de la investigación de buscar la verdad controlando los errores y evitando la falsificación de información. Y cuarto, porque las investigadoras serán las responsables legales de la investigación y requerirán la confianza de la opinión pública para obtener su apoyo (48)

En este estudio, la ética será aplicada atendiendo a tres aspectos. El respeto a los “principios bioéticos” y el respeto a las reglas sobre la investigación científica en seres humanos reflejadas en la “declaración de Helsinki” y en el “Código de Nuremberg”

Los principios bioéticos que guiarán este estudio serán el de no maleficencia, de beneficencia, de justicia y de autonomía de los participantes (los individuos que participen en el estudio serán voluntarios). En este estudio, el principio de beneficencia también será respetado ya que al ser una investigación cualitativa que indaga en la condición humana y se centra en reconocer la subjetividad de los sujetos,

resultará beneficioso para la sociedad por aportar nuevas experiencias y conocimientos. El principio de no maleficencia y justicia también será aplicado ya que la subjetividad de los sujetos será descrita como tal, sin ser influida por las ideologías, juicios y prejuicios del investigador. Además, se tendrá en cuenta que al ser la comunicación y la interacción entre el participante y la investigadora algo esencial en este tipo de investigación, ambos pueden verse afectados por las características, términos y sentido de la conversación. A pesar de esto, el investigador siempre será el principal responsable a nivel ético de los efectos que pueda provocar su actividad en la dignidad del investigado por lo que será necesario que disponga de cierta sensibilidad social para evitar cualquier acción o gesto que atente contra la identidad de los participantes por lo que respetará el principio de no maleficencia (39)

En cuanto a la “declaración de Helsinki”, se debe tener en cuenta que a pesar de haber sido creado en el año 1946 por la asociación médica mundial, hasta día de hoy, ha sido uno de los documentos más importantes de la ética en la investigación (49)

Este documento consiste en una propuesta de principios éticos para la investigación en seres humanos por lo que será aplicada en este estudio con el objetivo de guiar la investigación siempre con el máximo respeto a cada uno de los individuos y centrando su mayor interés en el bienestar del individuo y priorizándolo ante los intereses de la ciencia y la sociedad (49).

Así mismo, este documento está constituido por tres principios básicos que son el respecto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y su derecho a tomar decisiones informadas mediante el cumplimiento del consentimiento informado. Otros principios también citados en declaración de Helsinki son la protección de la salud y la vida, la dignidad, la intimidad y los derechos del individuo. Tal y como explica la declaración de Helsinki, y tal y como se realizará en este estudio, las personas que participen en la investigación serán voluntarios que hayan sido adecuadamente informados para decidir de forma racional si desean formar parte de la investigación pero tendrán derecho a abandonar el estudio en cualquier momento si así lo desean (49)

El cuanto al “código de Nuremberg”, fue creado en el año 1947 por el tribunal internacional de Nuremberg y será tenido en cuenta en este estudio ya que al igual que la declaración de Helsinki, recoge una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos (50)



Así mismo, este código, explica entre otras cosas, que el consentimiento informado del sujeto será imprescindible para llevar a cabo la investigación, que el motivo de la realización del estudio será justificado, que los resultados obtenidos aportarán beneficios para la sociedad, que estará exento de riesgos y sufrimientos físicos y mentales innecesarios y que el estudio será llevado a cabo por personas cualificadas (50), lo que nos permitirá realizar una investigación científica ética totalmente centrada en el bienestar del individuo y el de la sociedad general.

### **3- CONSIDERACIONES FINALES**

#### **-3.1- Puntos fuertes y débiles del trabajo**

Para la adecuada realización del proyecto, he tenido que enfrentarme a algunos puntos débiles que me han dificultado el fácil desarrollo del estudio, entre estos puntos débiles, destacaré los tres que he considerado principales.

El primero de ellos, ha sido la exhaustiva búsqueda bibliográfica que he tenido que realizar para obtener información que resultara valiosa para sustentar mi estudio, ya que he podido encontrar abundante información acerca del estigma social de las personas con trastornos mentales, la dificultad porque las personas afectadas por esta patología se integren adecuadamente en la sociedad y la importancia de que dispongan un fuerte soporte familiar para lograrlo y conseguir una evolución positiva. Pero no he podido encontrar ningún estudio que se haya llevado a cabo para conocer los sentimientos que le aportan a la persona con trastorno mental su percepción respecto a su soporte familiar ya que la mayoría de los estudios, se enfocan en la familia del afectado y no en la visión del propio afectado por el trastorno. Considero que ésto ha sido una verdadera dificultad en el proyecto porque me ha complicado saber enfocarlo y he tenido que leer de forma realmente exhaustiva diversos estudios para enlazarlos y poder formular el objetivo final del estudio, que es, conocer cómo vive y percibe su soporte familiar el paciente con trastorno mental para comprenderle y ofrecer unos cuidados que fomen su integración social y evolución desde su propia visión.

El segundo punto débil de la realización del trabajo, han sido las lecturas en otros idiomas, ya que muchos de los estudios en un principio parecían resultarme útiles y tras ser traducidos y analizados finalmente eran descartados por no aportar ninguna información que pudiera incluir en mi proyecto para sustentarlos todavía más, lo que ha supuesto un tiempo y un trabajo adicional.

El tercer punto débil durante la realización de este proyecto ha sido que al no disponer de muchos conocimientos respecto al uso de bases de datos y ser indispensable acceder a múltiples e indispensables lecturas para encontrar información valiosa para el estudio, se requería un largo periodo de tiempo del que considero, no he dispuesto. Además, la dificultad por plasmar la información en el trabajo mediante una redacción

comprensible y que se adaptara a las normas de máximo de palabras ha dificultado todavía más ajustarme al corto periodo de tiempo.

A pesar de estos puntos débiles que acabo de destacar, también he comprobado algunos fuertes que me han facilitado el desarrollo del trabajo. Entre estos aspectos, destacaré los tres que considero principales.

El primero y más importante de ellos, ha sido mi capacidad por situarme en el lugar de la persona con trastorno mental y detectar el malestar y el efecto que puede provocar en él la baja percepción de soporte familiar. Esto ha contribuido a que enfoque el proyecto en la comprensión de los sentimientos del paciente con trastorno mental respecto a su soporte familiar con la finalidad de analizarlos y relacionar los estudios disponibles, los conocimientos encontrados y la humanidad para ofrecer unos cuidados enfermeros innovadores que fomenten esta sensación de soporte familiar para promover su integración social y bienestar.

El segundo punto fuerte de este trabajo es que se han consultado estudios sólidos, rigurosos, fiables y valiosos extraídos de diversas bases de datos tanto a nivel nacional como internacional lo que ha permitido plasmar el objetivo del trabajo y sustentar su contenido en evidencia completamente científica y actualizada.

Y tercer y último punto fuerte es que el proyecto se llevará a cabo utilizando el proceso de triangulación de datos y el de investigadores por lo que la información obtenida mediante la entrevista en profundidad será transparente y estará sometida a una supervisión de más de un investigador lo que significa que la información no estará interferida e influenciada por los juicios, pensamientos, sentimientos, percepciones e interpretaciones del investigador lo que permitirá conocer la visión real de los participantes del estudio.

### **- 3.2- Autoevaluación de los resultados de aprendizaje**

Diseñar y realizar una investigación científica es un proceso largo y complejo que requiere de habilidades para la búsqueda de información rigurosa, sólida y fiable. Antes de comenzar con el diseño de esta investigación, no disponía de suficientes habilidades para la búsqueda de información científica ya que a pesar de haber cursado una asignatura específica para adoptar estrategias de búsqueda, muchos de los conocimientos adquiridos son olvidados si no son practicados.

Debido a esto, para comenzar con el proyecto fue esencial adentrarme por mi cuenta en el mundo de la investigación recurriendo a asignaturas anteriores o consultando fuentes de fácil acceso con el objetivo de recordar y aprender diferentes métodos de búsqueda bibliográfica. Una vez adquiridos los conocimientos necesarios para acceder a una información totalmente solvente, comencé con las múltiples y diversas lecturas acerca de todo lo que creía necesario para desarrollar el tema del trabajo, cómo vive el paciente con trastorno mental su soporte familiar. Siempre he estado muy sensibilizada e interesada por las personas con trastornos mentales por la consciencia de comprender que para muchos, debe ser realmente complicado vivir el día a día con una patología de estas características.

Debido a mi interés inicial sobre los cuidados enfermeros del paciente con trastorno mental, me motivaba mucho investigar sobre el tema por lo que para informarme me comencé a adentrar en diferentes lecturas y estudios. Desde el principio supe que lo que quería investigar y conocer era la experiencia de las personas afectadas por esta patología en algún ámbito de su vida y a medida que accedía a los diferentes estudios veía cada vez más claro que existía un vacío de evidencia científica acerca de los sentimientos, emociones, pensamientos y percepciones de las personas con este trastorno.

Los pacientes afectados por esta patología también forman parte de la sociedad y si la investigación cualitativa pretende captar los significados de la sociedad, creo que conocer y estudiar las emociones y percepciones de estas personas en determinados ámbitos como es el familiar, es algo interesante e importante de conocer y estudiar, por lo que con este proyecto innovador, lo que he pretendido, ha sido impulsar una nueva línea de investigación respecto a las personas con trastorno mental.

Para ello, tal y como he dicho anteriormente, ha sido imprescindible adentrarme en la investigación para encontrar evidencia científica que me permitiera solventar el estudio. Todos los conocimientos aportados por los estudios a los que recurría me parecían realmente interesantes lo que dificultaba que priorizara la información, no me desviara y me centrara en un objetivo concreto.

Como consecuencia de esta dificultad, ha sido imprescindible realizar continuos esquemas en los que se plasmara de forma clara la información que quería reflejar en el proyecto algo que a pesar de requerir un tiempo adicional, ha sido efectivo para enfocar la información hacía el objetivo del trabajo. Finalmente creo que en el

proyecto, he logrado plasmar la información y los conocimientos adquiridos mediante las lecturas realizadas, lo que refleja mi habilidad y capacidad de análisis y síntesis de información, esfuerzo y dedicación.

Por otra parte, considero que a pesar de que el periodo de tiempo destinado a la realización del trabajo final de grado haya sido corto, he logrado finalizarlo en el tiempo previsto gracias a mi capacidad de organización, constancia, iniciativa y responsabilidad.

Para finalizar, gracias a las habilidades que he ido adquiriendo a medida que desarrollaba el trabajo, y gracias también a mis habilidades y actitudes entre las que destaca especialmente, el esfuerzo, creo que he logrado elaborar un proyecto innovador de fácil aplicación y bajo coste ya que lo único que requiere es tiempo de dedicación, iniciativa y habilidades de comunicación. Creo que el esfuerzo de llevar a cabo este proyecto será compensado con el resultado ya que no se logrará únicamente ayudar, comprender y mejorar el bienestar de a las personas con trastorno mental, sino también promocionar unos cuidados enfermeros más humanos y sensibilizados que garantizarán la positiva evolución de nuestra profesión.

### **-3.3- Grado de satisfacción personal**

Mediante la realización de este trabajo he podido integrar y relacionar los conocimientos que habían sido adquiridos en diferentes asignaturas ya cursadas lo que me ha hecho comprender el sentido de todas las materias trabajadas en estos cuatro años. He podido comprobar que el transcurso del grado ha sido un continuo proceso de aprendizaje en el que el objetivo final ha sido que interiorizáramos la importancia de visualizar un problema integrando diferentes perspectivas como son la antropológica o la social con la finalidad de ofrecer unos cuidados enfermeros holísticos, individualizados y humanos.

Considero que en el trabajo final de grado, concretamente en éste, se aborda la problemática de la persona con trastorno mental desde las diferentes visiones de distintas disciplinas con la finalidad de que los cuidados enfermeros ofrecidos sean mucho más completos lo que me ha permitido comprobar que he logrado integrar este largo y gran proceso de aprendizaje. Como consecuencia, estoy realmente satisfecha con mi esfuerzo y dedicación a este proyecto ya que claramente ha contribuido a mi formación enfermera al transformar mi mentalidad en una mucho más integral,

holística y humana. Sin duda, esto fomentará que en un futuro atienda la problemática de un paciente y su salud otorgando importancia a todas y cada una de las esferas de su vida lo que contribuirá a su máximo bienestar gracias a unos cuidados enfermeros de calidad.

## **4- ANEXOS**

### **4.1- LISTADO DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN EL DSM V [ANEXO 1]**

#### **LISTA DE TRASTORNOS MENTALES DEL DSM V**

**Trastornos de neurodesarrollo**

**Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**

**Trastornos bipolares y relacionados**

**Trastornos depresivos**

**Trastornos de ansiedad**

**Trastornos obsesivos compulsivos y relacionados**

**Trastornos relacionados con traumas y estresores**

**Trastornos disociativos**

**Trastornos de síntomas somáticos**

**Trastornos de alimentación y de la conducta alimentaria**

**Trastornos de sueño**

**Trastornos de eliminación**

**Disfunciones sexuales**

**Disforia de género**

**Trastornos disruptivos, del control de impulsos y conductuales**

**Trastornos adictivos y de consumo de sustancias**

**Trastornos neurocognitivos**

**Trastornos de personalidad**

**Trastornos parafilicos**

**Otros**

---

#### **4.2- SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN [ANEXO 2]**

Directores del Hospital del Mar y del centro asistencial Emili y Mira:

Me dirijo a ustedes mediante este documento con el objetivo de solicitar permiso para realizar una investigación acerca del soporte familiar percibido por las personas con trastorno mental ingresadas en sus unidades de hospitalización psiquiátrica.

Los pacientes que participasen en la investigación lo harían de forma voluntaria una vez hayan sido adecuadamente informados. En caso de confirmar su participación, sería necesaria la cumplimentación del consentimiento informado en el que deberán registrar algunos de sus datos personales. El estudio se llevará a cabo mediante una entrevista realizada por el propio experto y profesional que esté desarrollando la investigación. En la entrevista se realizarán preguntas en torno a la experiencia de padecer un trastorno mental y el soporte familiar percibido durante su padecimiento. Este estudio será totalmente anónimo y no pretende causar ningún daño por lo que estará en pleno derecho de abandonar el estudio si durante la entrevista siente alguna molestia o incomodidad.

La finalidad de este estudio es poder ofrecer al paciente con trastorno mental unos cuidados enfermeros integrales e individualizados constituidos a partir de su propia visión que permitan fomentar su autopercepción del soporte familiar para promocionar su integración social y evolución.

Atentamente, el equipo investigador .....



### **4.3- CONSENTIMIENTO INFORMADO [ANEXO 3]**

Yo.....identificado con el DNI.....

Libre y voluntariamente manifiesto haber sido debidamente informado respecto a la investigación “percepción del soporte familiar en el paciente con trastorno mental, una aproximación fenomenológica”, y como consecuencia, doy mi autorización para formar parte del estudio teniendo en cuenta que:

- He comprendido la naturaleza y el propósito del estudio
- He tenido la oportunidad de consultar mis dudas
- Estoy satisfecho con la información proporcionada
- Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento de la investigación.

Por tanto, declaro estar debidamente informado y manifiesto mi consentimiento para participar en la investigación.

Firma:

**Nota:** Si el participante no dispone de plenas facultades, se deberá obtener el consentimiento del tutor legal.

#### **4.4- GUIA DE LA ENTREVISTA [ANEXO 4]**

##### **Fase 1: Introducción**

**-Presentación del investigador:** Nombre, apellido y profesión

**-Explicación del objetivo del estudio:** El objetivo de este estudio es conocer cómo vive y percibe su soporte familiar el paciente con trastorno mental

**-Confidencialidad de la información:** La entrevista será grabada en todo momento pero la información que se plasmará en el estudio será completamente anónima.

**-Preguntar al entrevistado si dispone de alguna duda y aclararla antes de iniciar la entrevista**

**Fase 2: Preguntas abiertas de nivel general:** ¿Cómo fue diagnosticado su trastorno?, ¿A raíz de qué situación se logró obtener el diagnóstico?¿Cómo lo afrontó?, ¿Cómo cree que le afecta a su vida sufrir un trastorno mental? ¿Si considera que es incapaz de cubrir y satisfacer todas las necesidades de su vida como el hogar o el salario de forma autónoma, porqué cree que es?¿Cómo cree que podría mejorar su capacidad por vivir de forma completamente autónoma?

**Fase 3: Preguntas abiertas más concretas:** ¿Cómo cree que reacciona la sociedad ante las personas con trastorno mental?, ¿Cómo se siente cuando mantiene relaciones sociales?, ¿Cómo cree que le afecta a su vida su dificultad por socializarse o sentirse integrado en la sociedad?, ¿Cómo cree que se podría mejorar su capacidad por integrarse y mantener relaciones sociales más satisfactorias?, ¿Cómo cree que le ha apoyado su entorno?, ¿Por qué cree que han estado a su lado?, ¿Cómo ha influido su familia en el afrontamiento de su situación?,  
¿Qué actitudes y comportamientos por parte de su entorno cree que podrían ayudarle a integrarse en la sociedad y mejorar su salud?, ¿En qué ocasiones cree que su entorno influye de forma negativa en su situación?, ¿Cómo cree que su familia podría resultarle de más ayuda en su situación?, ¿Cree que su familia tiene la capacidad de interferir en su evolución e integración social?, ¿Por qué siente que su familia es una parte esencial en su vida?

##### **Fase 4: Agradecimiento y despedida**

## **5- GLOSARIO**

**-CAEM:** Centro asistencial Dr Emili Mira

**-Diario de campo:** Instrumento utilizado por los investigadores para registrar hechos y datos susceptibles a ser interpretados (6)

**-Estigma social:** Actitudes y creencias sociales que conducen a las personas a rechazar a quienes perciben diferentes (4)

**-Entrevista en profundidad:** Entrevista sin estructurar, sin cuestionario, sin preguntas y con guión (6)

**-Estrategia de embudo:** Comienzo de una discusión mediante la formulación de temas y preguntas generales e ir reduciéndolas hasta llegar a temas y preguntas de carácter más concreto (6)

**-Fenomenología:** Método de investigación cualitativo interesado por comprender la experiencia de una enfermedad o un acontecimiento bajo la visión del propio sujeto (3)

**-Metodología cualitativa:** Metodología de investigación caracterizada por su capacidad de conocer, descubrir, comprender y explicar los fenómenos sociales (10)

**-Muestreo intencional:** Técnica de muestreo en la que no todos los individuos de la población tienen la misma oportunidad de ser seleccionados (6)

**-Nivel de saturación de datos:** Punto en el que dejan de aparecer nuevos conceptos, los datos se repiten y dejan de aportar información novedosa (6)

**-Población diana:** Población a la que se quiere generalizar los resultados (6)

**-Trastorno mental:** Patrones de comportamiento de significación clínica que aparecen asociados a un malestar emocional o físico de la persona, a una discapacidad, al deterioro en el funcionamiento cotidiano, a la pérdida de libertad o incluso a un riesgo significativamente aumentado de implicarse en conductas contraproducentes o de morir prematuramente (1)

**-Triangulación:** Método que permite mejorar la información que un investigador obtiene tras la aplicación y combinación de diferentes técnicas de investigación que permiten el enriquecimiento y la calidad de la información (6)

## **6- BIBLIOGRAFIA**

- 1- Echeburua E, Salaberria K y col. Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. Scielo. 2014. Vol 32 nº1.
- 2- Bolarín MJ. Adolescencia, salud mental y educación social. Revista de educación social. 2004. Vol 1 nº 3
- 3- Moro M, Solano L y col. Aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave. Norte de salud mental. 2011. Vol 9 nº 41 (59-72)
- 4- Fernández J y Sánchez MC. La influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales. Intervención psicosocial. 2003. Vol 12 nº1 (7-18)
- 5- Ciompi, L. Its die chronicle schizophrenia ein artefakt? Argumente und gegenargumente. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1980. 48, 237-248.
- 6- Lascorz D, Serrats E y col. Las residencias para personas con Trastorno Mental Grave como un recurso Terapéutico-Rehabilitador. Revista asociación española neuropsiquiatría. 2014. Vol 34 nº 123 (521-538)
- 7- Ballester D, Jurinyá D y col. Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. Revista de enfermería de salud mental. 2006. Volumen 2. 1-8
- 8- Foulcault M. Historia de la locura en la época clásica. Fondo de cultura económica. 1997
- 9- Mannoni M. La teoría como ficción. 1ª ed. Barcelona. Visión crítica. 1992
- 10- Aguirre A, Rodríguez A. Patios abiertos y patios cerrados, psicología cultural de las instituciones. 1ªed. Barcelona. Editorial Marcombo. 2000.
- 11- Bones K, Pérez K y col. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la

- Encuesta Nacional de Salud de España. Revista psicothema. 2009. Vol 22 nº 33 (389-395)
- 12- Valencia F, Haro JC y col. Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial. Revista asociación española de neuropsiquiatría. 2015. Vol 34 (741-752)
- 13- Labra O. Positivismo y Constructivismo: Un análisis para la investigación social. Rumbots TS. 2013. Vol 1 nº7. 12-21
- 14- Grodira F. La crisis económica incrementa la frecuencia de los trastornos mentales [Internet][Disponible en: <http://www.lamarea.com/2015/02/11/la-crisis-ha-incrementado-la-frecuencia-de-los-trastornos-mentales/>][consultado el 22/02/2015]
- 15- García M. Envejecer con buena salud. Perspectivas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la asistencia a los ancianos con Trastornos mentales. Informaciones psiquiátricas. 2000. Vol 1 (162)
- 16- Fornés V. Enfermería de salud mental y psiquiátrica, valoración y cuidados. 2ª ed. Madrid. Editorial médica panamericana. 2012.
- 17- Laborda A. Análisis de red en salud mental. Index de enfermería. 2005. Vol 14. 48- 49
- 18- Ariño B, San Pío MJ. El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. Cuaderno de psiquiatría comunitaria. 2007. Vol 7 nº2. 115-126.
- 19- Katz J, Medoff D et al. The Relationship Between the Perceived Risk of Harm by a Family Member with Mental Illness and the Family Experience. Springer. 2014.
- 20- Sánchez M. Enfermería psiquiátrica y salud mental. 1ªed. Lleida. Editorial F.V. Libros. 1995

- 21- Goldenberg, D. S. "La familia, un paciente olvidado", Revista Rol de Enfermería. 1997. 223: 25-30
- 22- Arostegui M, Pousa V y col. La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. Revista asociación española neuropsiquiatría. 2014. Vol 1 nº 34. 459- 475
- 23- Sifuentes A, Sosa E y col. Rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. EG. Revista electrónica trimestral de enfermería. 2011. Vol nº 24; 94-102
- 24- Lipson JG. Cultura y cuidados de enfermería. Index de enfermería. 2000. 28 (29): 19- 25
- 25- Guo M, Li Shijian et all. Family Relations, Social Connections, and Mental Health Among Latino and Asian Older Adults. School of social work. 2014. Vol 1 (1-25)
- 26- Ahead S. A literature review exploring the preparation of mental health nursesfor working with people with learning disability and mental illness. Elsevier. 2015. Vol 1 (1-5)
- 27- Triviño Z, Sanhueza O. Paradigmas de investigación en enfermería. Ciencia y enfermería. 2005. Vol 1. 17-24
- 28- Araya J, Ortiz A. Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. 2010. Vol 31 (1). 21-25
- 29- García JL. Paradigma humanista en la educación. [Internet][Disponible en: [http://www.riial.org/espacios/educom/educom\\_tall1ph.pdf](http://www.riial.org/espacios/educom/educom_tall1ph.pdf)][consultado el 23/02/2015]
- 30- Cárcamo H. Hermenéutica y análisis cualitativo [Internet][Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/23/carcamo.htm>][consultado el 23/02/2015]

- 31- Chérie Howk. Hildegard E. Peplau Enfermería psicodinámica.. Alligood and Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. 7 ed. España. Elsevier; 2008. 379-389
- 32- Siles J, Arredondo C y col. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonal [Online][Acceso el 19 de Enero de 2015] Disponible en: <http://www.unpa.edu.mx/~blopez/SoftwareEnfermeria/SE/articulos/isidra.pdf>
- 33- Laborda A, Rodríguez JC. Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. Cultura de los cuidados. 2005. Vol 1 nº18. 45-51
- 34- Giraldo P. El cuidado de enfermería en familia, un reto para el siglo XXI. Revista Aquichan. 2002. Vol 2. 24-26
- 35- Arnold M y Osorio F. Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Cinta Moebio. 2013. Vol 3. 40-49
- 36- Martínez J. Métodos de investigación cualitativa. Silogismos de investigación. 2011. Vol 1 nº 8
- 37- Gobo G. The renaissance of qualitative methods. [Internet][Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0504320>] [Consultado el 24/04/2015]
- 38- Jiménez B. Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la lógica binaria y la ilusión de la pureza. Investigación cualitativa en salud. 2000
- 39- Aldo R, Lilia, B y col. Estrategias de investigación cualitativas. 1ª ed. Barcelona. Gedisa. 2006.
- 40- Campos P, Fernandes G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. Cultura de cuidados. 2011. Vol 1 nº 29 (9-15)

- 41- Parc de salut Mar. Atención hospitalaria [Internet][Disponible en: [www.parcdesalutmar.cat/inad/processos-assistencials/atencio-hospitalaria.html](http://www.parcdesalutmar.cat/inad/processos-assistencials/atencio-hospitalaria.html)][consultado el 10/05/2015]
- 42- Marquez MI, Cabellos I y col. El lenguaje enfermero de las drogas. Consorcio parc de salud mar. 2009.
- 43- Ruiz JI. Metodología de investigación cualitativa. 5ªed. Bilbao. Universidad de deusto. 2012. 1- 189
- 44- Andrés R y Díaz G. La entrevista cualitativa. Cultura de investigación universitaria. 2005
- 45- Isern M, Segura A. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. Ediciones Universitat Barcelona. 2012
- 46- Berg B. Qualitative research Methods for the social sciences. California state university. 2004. 7ªed. 1-9
- 47- Curto V, Gómez S y col. La investigacion en enfermeria. Rol de la enfermeria. Asociación española de enfermería en urología. 2012. Vol 1 nº 121. 19-21
- 48- Perales A. Reflexiones sobre ética de investigación en seres humanos. Revista Peru medicina. 2010. Vol 27 nº3. 438-442
- 49- Asamblea general de la AMM. Declaración de Helsinky de la asociación médica mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008. 1-5
- 50- Penchaszdeh V. Experimentación humana; investigación, ética médica: Estados Unidos. Rev. Cubana de salud pública. 2002. Vol 28 nº 2



