



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

PLANTEAMIENTO DE UN PROYECTO HIPOTÉTICO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA AFECTACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES EN SUS CUIDADORES Y EN EL TRABAJO SOCIAL

Alumno/a: TAMARA ESTEFANÍA RAMOS
CENTENO

Tutor/a: Miguel Delgado Rodríguez
Dpto.: Ciencias de la Salud

Julio 2015

ÍNDICE

Introducción	4
1¿Qué son los tranquilizantes?	5
- Tranquilizantes mayores	5
- Tranquilizantes menores	6
1.2 Efectos de los tranquilizantes	8
1.3 Síntomas que presentan las personas que utilizan tranquilizantes	9
2 Trabajador social y salud mental	9
2.1 Esquizofrenia	11
2.2 Psicosis	12
2.3 Retraso mental	12
2.4 Bipolaridad	13
Objetivos	14
3 Diseño de estudio	15
- Tipo de estudio	15
- Periodo de estudio	15
- Selección de la Población	15
- Tamaño de la muestra	15
- Recogida de la información	16
- Variables a recoger	16
- Forma de recogida de datos	24
- Procesamiento de la información	24
- Análisis de los datos	24
Conclusiones	25
Bibliografía	27

Resumen

En este trabajo fin de Grado hemos desarrollado un hipotético trabajo de investigación sobre la figura del cuidador de enfermos mentales. El trabajo se ha centrado en saber cómo se sienten estas personas y en medir el nivel de carga subjetiva que padecen.

Comenzaremos con una exposición bibliográfica sobre las enfermedades mentales, centrándonos en cuatro en concreto, y a continuación se realizará el estudio de unos objetivos a raíz de una reflexión bibliográfica.

A continuación expondremos la metodología para la consecución de los objetivos propuestos. En esta exposición metodológica se especificarán todos los aspectos que deben plantearse para una futura investigación-diseño.

Abstract:

In this Final Project of the Course we have developed a hypothetical research project about the carers of mental sick, under the perspective of Social Work.

The project has been regarded in the feelings of the carers and all the obligations they own.

The project begins with a review of the main facts of mental diseases and we focused on four of them. Next, according to the review, we have done an analytic study where we have proposed several objectives.

Later, we show the methodology that we have chosen for the achievement of those objectives. In this methodological show, we will offer all the issues we need for a future investigation and her design.

1. Introducción.

La adicción a los tranquilizantes es un problema grave y cada día más frecuente. Entre los años 2004 y 2009, su consumo aumentó un 40% en nuestro país. Los tranquilizantes (como los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos) generan más problemas de abuso que el resto. Además su consumo supone para el sistema

Desde la antigüedad se han atribuido propiedades tranquilizantes a determinadas sustancias o plantas. La verdadera historia de los tranquilizantes comienza en 1903, con la inclusión del primer barbitúrico-sedante-hipnótico en medicina, el barbital. Las industrias farmacéuticas, a pesar de que aparecieron los primeros síntomas de adicción, introdujeron modificaciones químicas en la molécula del ácido barbitúrico. Se estudiaron dos mil quinientos barbitúricos y se comercializaron alrededor de cincuenta, convirtiéndose en el tratamiento de la ansiedad e insomnio, hasta la década de los cincuenta. La mayor preocupación de estos medicamentos era el riesgo de muerte por sobredosis. Las empresas farmacéuticas buscaron otros medicamentos menos tóxicos y adictivos.

En 1955 se introdujo el Miltown, el Doriden, el Noludar y el Placidyl, a los que se les llamó tranquilizantes menores, alcanzando una gran popularidad. Los casos de adicción aumentaron. Estos medicamentos eran tan letales y adictivos como los anteriores. En la década de los sesenta y setenta se fueron introduciendo nuevos barbitúricos. En 1960 los laboratorios Roche presentaron el Librium y el Valium (nombre genérico del diazepam), convirtiéndose en la droga más exitosa de la farmacología. El diazepam fue comercializado en todo el mundo bajo más de 87 marcas diferentes. Llegó a hacerse tan popular que MickJagger compuso con los RollingStones una canción titulada “Mother’s little helper” (el pequeño ayudante de mamá)

En 1963, solo tres años después de la aparición del Librium, apareció el primer caso de adicción, en la bibliografía médica. Comienza la inquietud entre la comunidad médica.

A principios de los setenta las benzodiacepinas habían desplazado al meprobamato y los barbitúricos, para el tratamiento de la ansiedad y del insomnio. Llegaron a convertirse en los medicamentos más prescritos. Se creía que tomados en las dosis indicadas, mejoraban la ansiedad y el insomnio, y no provocaban adicción.

Contribuyeron en 1971 con 200 millones de dólares en ventas del total de 280 millones de dólares, en la farmacéutica de los EEUU. Fue llamado por la revista Fortune “el mejor éxito comercial en la historia de las drogas de prescripción”.

En 1975 las benzodiacepinas son incluidas por la Food and Drug, Administración de EEUU, en la lista de sustancias controladas. Se creó una comisión llamada “comisión Valium”, presidida por Edward Kennedy, quien afirmó: “*Quién necesite tomar Valium cada día es que está ya habituado y debería buscar ayuda*”(PRIETO, 2001)

En el año 1977 se consumían anualmente en EEUU alrededor de 880 toneladas de benzodiacepinas.

1.1 ¿Qué son los tranquilizantes?

Los tranquilizantes son sustancias que se prescriben en tratamientos para la ansiedad, el estrés, trastornos como la psicosis, la esquizofrenia y diferentes manías.

El nombre genérico de tranquilizante se aplica a diferentes fármacos, que suelen comercializarse en píldoras.

Podemos distinguir entre **tranquilizantes mayores y menores**.

- *Tranquilizantes mayores.*

Se utilizan para tratamientos de la psicosis y trastornos mentales: esquizofrenia, manías, delirium tremens. Entre los más usados se encuentran:

- La reserpina.
- El haloperidol.
- La bunitrofenona.
- La toixantina.
- Las fonotiacinas y sus derivados.

Son considerados medicamentos peligrosos, el organismo se acostumbra a ellos y pueden producir efectos secundarios, aun cuando se consuman en dosis muy bajas.

Deben ser administrados con suma precaución.

- *Tranquilizantes menores.*

Tienen un efecto depresivo sobre la función cerebral. Son consumidos en grandes cantidades en todo el mundo, a pesar de su adicción y de sus efectos secundarios. Son prescritos por muchos médicos de forma habitual.

Tipos:

- Barbitúricos.

Se utilizan para tratar la ansiedad, como inductores del sueño y para casos de epilepsia.

Entre sus efectos encontramos:

- a. Trastornos del hígado.
- b. Trastornos del riñón.
- c. Dolor en las articulaciones.
- d. Erupciones cutáneas.
- e. Hipotensión.
- f. Estreñimiento
- g. Problemas cardíacos.

En dosis altas pueden producir:

- a. Falta de coordinación motriz
- b. Confusión mental
- c. Falta de reflejos.
- d. Irritación.

Una sobredosis puede causar la muerte. Cuando dejan de administrarse causan el síndrome de abstinencia, que puede provocar alucinaciones y convulsiones.

- Benzodiacepinas.

Se comercializan con diferentes nombres:

- o Diazepam.
- o Nitrocepa.
- o Clordiazepóxido.

Si se administran en dosis pequeñas deprimen el sistema nervioso, actuando como sedantes.

Las benzodiacepinas se caracterizan por ejercer un cuádruple efecto farmacológico: ansiolíticos, sedantes o hipnóticos, anticonvulsivos y miorrelajantes. Estos cuatro componentes del efecto aparecen en cada BDZ en una proporción distinta, lo que determina su perfil de acción.

En cuanto al perfil del usuario habitual de tranquilizantes es el de una mujer mayor de 34 años, con nivel de estudios bajo-medio, que se encuentra en una situación económica difícil o de desempleo.

En un 32% las razones por las que se toman estos medicamentos es por la dificultad para conciliar el sueño, por problemas laborales, en un 30%, un 29% por sucesos traumáticos y un 17% por causas económicas.

Un 43% de los consumidores habituales, respetan las dosis prescritas. Lo preocupante es que quien no tenga a mano estos medicamentos siente nerviosismo.

El 23% de los consumidores tienen perfil de dependiente, este riesgo se incrementa en las personas que llevan más de un año tomándolos. (OCU, 2013)

La OCU recomienda a las personas con problemas para conciliar el sueño, que los combatas con cambios en el estilo de vida, con comida más saludable, practicando ejercicio o comentar su caso con alguien de confianza.

Ante situaciones traumáticas, recomienda psicoterapia y antes de tomar cualquier fármaco, conocer los posibles efectos adversos.

1.2 Efectos de los tranquilizantes.

A corto plazo.

- Somnolencia.
- Cansancio.
- Pereza.
- Aislamiento.
- Reducción de las reacciones emocionales.
- Relajamiento muscular.
- Tranquilidad.
- Disminución de la tensión y ansiedad.
- Escasa coordinación motor.
- Confusión.
- Alteraciones de juicio.
- Cambios en el estado de ánimo, caracterizados por agresividad.

Visión doble.

- Ocasionalmente pérdida de memoria.

A largo plazo:

- Alteraciones de memoria.
- Somnolencia constante.
- Ansiedad.
- Disminución de la motivación.
- Cambios en las respuestas emocionales: se pasa de la alegría a la tristeza, irritabilidad o violencia, sin causa concreta.
- Aumento de peso y apetito.
- Nauseas.
- Erupciones en la piel.
- Dolores de cabeza.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Sueños desagradables.
- Alteraciones en los periodos menstruales.

- Problemas sexuales.
- Necesidad física y psicológica de usar la droga.

1.3 Síntomas que presentan las personas que utilizan tranquilizantes.

- Necesidad de hacer uso constante de estas sustancias para conciliar el sueño.
- Si no tienen pastillas se muestran angustiados.
- Necesidad de tomar tranquilizantes para mantener su equilibrio emocional.
- Aumento de dosis para obtener los efectos que experimentaba cuando empezó a consumir.

Una vez definidos qué son los tranquilizantes, explicado cómo se originaron y los efectos de estos, pasaremos a explicar el papel que el trabajador social desempeña en salud mental.

2. El trabajador social y salud mental

La salud mental forma parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las posibilidades de desarrollo personal, afectivo, laboral e intelectual, es decir con la capacidad que tienen las personas para integrarse en el medio social y cultural.

Debemos tener en cuenta que el estado de ánimo que tengamos va a influir en nuestra vida, en el medio social, impidiendo en muchas ocasiones que consigamos las metas que nos habíamos propuesto. Es por esto que debemos trabajar en salud mental desde la rehabilitación y la reinserción social, y no únicamente como enfermedad mental y su tratamiento.

Pero, **¿cómo surge la figura del trabajador social dentro de la salud mental?** En los años 70, se le definió como “trabajador clínico”. Más tarde, el papel del trabajador social se fue incorporando a los Equipos de salud Mental, al ser conscientes del gran valor de los datos sociales del paciente.

El trabajador social, en Salud Mental, lo que pretende es la normalización del paciente en su ámbito social, intenta prevenir situaciones de rechazo, pobreza, aislamiento social, desempleo, problemas de alojamiento, entre otros. Todo esto provocado por el diagnóstico de una enfermedad mental.

La Salud Mental, en la actualidad, se realiza a través de una red de centros especializados. Sus equipos son multidisciplinarios y dentro de este se encuentra el trabajador social.

Podríamos decir que: *”El trabajador social atiende a los aspectos de la realidad humana que se orienta hacia su desarrollo desde una perspectiva integrada, autónoma, digna y de bienestar”* (MissTSocial, 2013)

Una vez que hemos definido al trabajador social, debemos conocer qué **funciones** son las que desarrolla.

Su función principal es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, aportando recursos necesarios para la integración y la reinserción social del enfermo, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psicosociales.

Otra función es identificar y evaluar los riesgos tanto a corto como a medio plazo y tener en cuenta las capacidades que conserva el enfermo y potenciarlas.

Así podemos citar entre las funciones que debe desarrollar un trabajador en salud mental:

- ✓ Atención individual y familiar.
- ✓ Trabajo interdisciplinar.
- ✓ Coordinación y trabajo comunitario.
- ✓ Prevención, promoción e inserción social.
- ✓ Programa específico de carácter permanente en salud mental infanto-juvenil.
- ✓ Programa específico en salud mental en adultos.

Podríamos resumir que el trabajador social lo que hace es tratar de ayudar a la persona que padece una enfermedad mental a comprender a qué se deben sus conductas y cómo esto incide en el medio que lo rodea y en la relación con las personas. Trabaja con el paciente en la resolución de sus problemas y en la gestión de sus recursos.

A continuación presentaremos cuatro **perfiles** diferentes de usuarios que sufren trastornos mentales, explicando brevemente en qué consiste la enfermedad.

- ✓ Esquizofrenia
- ✓ Psicosis
- ✓ Retraso mental.
- ✓ Bipolaridad.

2.1 Esquizofrenia.

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo, generalmente aparece en adultos jóvenes. Se presenta con frecuencia similar en distintas culturas, distintos niveles socioeconómicos y aunque generalmente con un inicio más precoz en los hombres, se da en adultos de ambos sexos.

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, en la que se da un funcionamiento defectuoso de los circuitos cerebrales con un desequilibrio entre los neurotransmisores. Así diversas funciones que rige la conducta, el pensamiento o las emociones se ven afectadas.

La dopamina es uno de los principales neurotransmisores implicados en la esquizofrenia, aunque también se ven afectados la serotonina y el glutamato.

Hace no mucho se creía que se trataba de una enfermedad incurable, ocultando a los enfermos mentales tras las tapias de los manicomios. Hoy, sabemos bastante sobre su origen y su tratamiento.

La esquizofrenia es consecuencia de la interacción de numerosos factores. Según los científicos se debe a una alteración en el desarrollo del sistema nervioso central, desde la vida prenatal.

2.2 Psicosis

El término psicosis se emplea para referirse a una serie de trastornos de la mente, caracterizados por una cierta pérdida de contacto con la realidad. Esta enfermedad afecta principalmente a jóvenes adultos. Se trata de un trastorno bastante común.

La mayoría de los afectados consiguen una plena recuperación.

Citaremos algunos de los síntomas más frecuentes: pensamientos confusos, creencias falsas, alucinaciones, cambios afectivos y de percepción y cambios de conducta.

Estos síntomas cambian de unas personas a otras e incluso con el paso del tiempo.

La psicosis pasa por tres fases:

- Primera fase: el pródromo
- Segunda fase: aguda
- Tercera fase: La recuperación.

2.3 Retraso mental.

En cuanto a qué se entiende por retraso mental, podemos decir que hoy en día existen dos planteamientos distintos.

- La primera postura se basa en las medidas de coeficiente intelectual.
El DSM-IV lo define como: *“La existencia de una capacidad intelectual inferior, expresada en un coeficiente de inteligencia de 70 o menos en un test administrado individualmente”*(Psiquiatría, 2013)
- La segunda se basa en criterios de competencia social.
La AAMR (American Association On Mental Retardation), la define como: *“Una discapacidad que se caracteriza por las limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa (conjunto de habilidades aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria)”*.(AAIDD).

La comunidad científica adopta una definición basada tanto en el coeficiente intelectual como en las competencias sociales, con el fin de hacer un diagnóstico que no se base únicamente en la inteligencia.

Siguiendo dos de las organizaciones internacionales más importantes: La American Association on Mental Retardation y la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, la definiremos como:

“Un trastorno caracterizado por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo, que afecta a habilidades sociales y prácticas del funcionamiento diario. Este trastorno aparece antes de los 18 años de edad”.(AAIDD).

2.4 Bipolaridad

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)) el trastorno bipolar es una enfermedad mental severa. Las causas de este trastorno no son del todo claras, ya que pueden ser genéricas o deberse a una estructura anormal de las funciones del cerebro.

Las personas que la padecen experimentan cambios de ánimo anormales. Entre un ciclo y otro suelen tener estados normales.

Normalmente el trastorno bipolar suele aparecer al finalizar la adolescencia o al inicio de la edad adulta, aunque tanto los niños como los adultos pueden padecerla. Se trata de una enfermedad que dura toda la vida, que daña las relaciones con los demás e influye en el rendimiento académico y en la vida laboral. En ocasiones puede llegar al suicidio. Hoy existen tratamientos para la enfermedad.

Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es:

- Analizar la repercusión familiar y sobre la trabajadora social de los pacientes que sufren un trastorno mental.

Como **objetivos específicos**:

- Comprobar el grado de afectación de las personas que cuidan de otra que padece trastornos mentales.
- Conocer los motivos por los que los cuidadores de enfermos mentales acuden o no a un trabajador social.

3. Diseño de Estudio.

- Tipo de estudio.

A continuación presentaremos un estudio, descriptivo, con el fin de lograr los objetivos específicos propuestos en el presente trabajo. Se trata de un diseño transversal en el que se entrevistarán a cuidadores de enfermos mentales.

- Periodo de estudio

El estudio se llevará a cabo durante los meses de octubre a diciembre de 2015.

- Selección de población.

La población de referencia serán los cuidadores de personas que padecen trastornos mentales y que conviven con estos en sus domicilios, son por tanto sus cuidadores principales. La muestra pertenecerá al municipio de Linares. Las personas serán seleccionadas gracias a una lista proporcionada por la asociación Apaem, Asociación Provincial de Allegados de Enfermos Mentales de Linares. Los criterios de inclusión serán: Tener un familiar que padezca un trastorno mental, convivir con él en su domicilio, ser su cuidador principal y residir en el municipio de Linares.

- ✓ Tamaño de la muestra.

Se asumen las asunciones estadísticas siguientes. En la población general la afectación mental es del 10%, pero la mayoría son casos leves, tan solo una quinta parte de estos presentan problema grave; si Linares tiene 65000 habitantes, esto supone un universo de 1300 enfermos. Se quiere encontrar variables que tengan al menos una frecuencia del 20% en los cuidadores, con un error del 5%, y con una confianza del 99% se necesitará seleccionar a una muestra de 46 pacientes. La selección de los mismos se hará de forma

aleatoria entre la lista que se nos proporcione por la asociación mencionada en el apartado anterior.

- Recogida de información

- ✓ Variables a recoger

La investigación que vamos a llevar a cabo, necesita una herramienta para conseguir la información. Esta será una entrevista, en concreto, realizada a cuidadores que convivan en el domicilio con enfermos mentales, siendo, por tanto, sus cuidadores principales. La entrevista se realizará cara a cara, el entrevistador, con el cuidador del enfermo mental. Para ello se trasladará al domicilio de este y le realizará de manera personal e individual las preguntas. Previamente y con la lista que proporcionará la asociación Apaem, se pondrá en contacto con estos, telefónicamente. Con el fin de explicarles en qué consiste la entrevista y la finalidad de la misma, haciéndoles ver que las respuestas son personales, por tanto no existen respuestas correctas e incorrectas. Una vez obtenido el consentimiento se realizará la entrevista en una única sesión.

Se indagará en la carga que estos suponen para su vida diaria. Se comenzará con unos datos personales, su edad, sexo, estudios, parentesco con el enfermo, si existe, etc. y a continuación sobre cuestiones relativas al día a día con el enfermo y cómo esta enfermedad repercute en su vida personal, así como el tiempo que lleva desempeñando la función de cuidador. Así mismo, se indagará sobre la existencia o no de un trabajador social asignado al enfermo, en cómo se ha contactado con este y si no lo ha hecho los motivos. Se empleará la escala Likert de 5 niveles, siendo el uno muy insatisfecho y el 5 muy satisfactorio.

El cuestionario de muestra se detalla en la tabla 1 (para los familiares que convivan en el domicilio con enfermos mentales).

Tabla 1 Cuestionario a familiares que convivan con enfermos mentales en su domicilio.

Datos de filiación	
Fecha de nacimiento	_ _ - _ _ - _ _ _ _
Sexo 1 Hombre 2 Mujer	_
Parentesco con el enfermo/a 1 Hijo/a 2 Nieto/a 3 Cónyuge. 4 Hermano/a 5 Sobrino/a Otro _____	_
Nivel de estudios 1 Ninguno 2 Primarios 3 EGB/ESO 4 Bachiller. 5 Universitarios Otros _____	_
¿Tiene estudios relacionados con la enfermedad de su paciente? 1 Sí 2 No	_
Si la pregunta anterior ha sido afirmativa especifique cuáles. _____	_
¿Pertenece a alguna asociación de enfermos mentales?	

1 Sí 2 No	_
Si la pregunta anterior es afirmativa diga cuál y cuánto tiempo lleva, en años. 	_
¿Cuánto años lleva su familiar padeciendo la enfermedad? En años 	_ en años
¿Cuánto tiempo lleva siendo su cuidador principal? En años.	_ en años
¿Qué nivel de carga cree que le supone convivir con su familiar? De 1 a 5. 1 2 3 4 5	_
¿Toma habitualmente algún medicamento para dormir? 1 Sí 2 No Especifique cual	_
¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? 1 Sí 2 No	_
En ocasiones nota que podría perder el control sobre sí mismo/a? 1 Nunca 2 Raras veces 3 En algunas ocasiones	

4 A menudo 5 En todo momento	
¿Ha influido mucho la enfermedad de su paciente, en su vida diaria y en la relación con los demás? Valore de 1 a 5. Siempre el 1 el que más y el 5 el que menos. 1 2 3 4 5	
Díganos que ha cambiado en su vida personal. Cite tres aspectos. 1 2 3	
¿Ve su futuro con pesimismo u optimismo? Marque con una X 1 Pesimismo. 2 Optimismo	
¿Considera que su familiar es un incordio? 1 Sí 2 No 3 En ocasiones	
¿Se siente desbordado/a por la carga? 1 Sí 2 En ocasiones. 3 Nunca	
Describa cómo ve su futuro.	

¿Ha influido la enfermedad de su familiar en la familia? 1 Sí 2 No	☐
¿Ha pensado en algún momento en ingresar a su familiar en una residencia? 1 Sí 2 Algunas veces 3 No	☐
Si la pregunta anterior ha sido afirmativa, ¿Por qué no lo ha hecho? 	☐
¿Supone el enfermo una carga económica para usted? 1 Sí 2 No	☐
¿El enfermo dispone de algún ingreso económico? 1 Sí 2 No	☐
Si la respuesta anterior ha sido afirmativa diga cuál. 	☐
¿Recibe ayuda de otros familiares? 1 Sí 2 No De qué tipo _____	

¿Cree que podrá continuar así mucho tiempo?	
1 Sí 2 No 3 No lo sé	
Describa su estado de ánimo de 1 a 5. Siendo el 1 muy malo y el 5 estupendo. 1 Muy malo 2 Regular 3 Pasable 4 Bueno 5 Estupendo	
¿Visita un trabajador social a su familiar en su domicilio? 1 Sí 2 No	
En caso de que la pregunta anterior haya sido afirmativa con qué frecuencia. 1 Una vez a la semana 2 Una vez al mes 3 Una vez al trimestre 4 Una vez al semestre 5 Otros. Especificar _____	
¿Cómo contactó con el trabajador social? 1 A través de un conocido 2 Por mi médico de cabecera 3 Otros. Especificar _____	
¿Le ha ayudado el trabajador social con el enfermo? 1 Sí 2 No	

	☐
En caso de que la pregunta anterior haya sido afirmativa especifique en qué.	☐
Valore la actuación del trabajador social. 1. Muy insatisfecha 2. Moderadamente insatisfecha 3. Neutro 4. Satisfecha 5. Muy satisfecha	☐
En caso de que no le visite ningún trabajador social, indique el motivo. 1 No conocía la figura del trabajador social 2 No sabía cómo contactar con él. 3 No lo necesito 4 Otros. Especificar _____	☐
Ahora que conoce los servicios del trabajador social piensa contactar con él. 1 Sí 2 No	☐
Si la respuesta anterior ha sido negativa especifique el motivo.	☐
Cuenta con la ayuda de otro cuidador en su casa 1 Sí 2 No	☐
En caso de que la respuesta anterior haya sido afirmativa ¿ha sido contratado por usted?	

1 Sí 2 No	
Valore de 1 a 5 la ayuda que le presta. 1 2 3 4 5	
¿Su familiar acepta al cuidador? 1 Sí 2 No	
¿Tiene formación específica su cuidador? 1 Sí 2 No	
En caso de que no le ayude un segundo cuidador, especifique el motivo de por qué no lo ha contratado 1 Económicos 2 No está de acuerdo el enfermo 3 No lo necesito 4 4 Otros. Especificar _____ _____	
Si no tiene un cuidador contratado, ¿piensa hacerlo en un futuro? 1 Sí 2 No	
Especifique las tareas que realiza el segundo cuidador (si lo tiene) Tarea 1 _____	
Tarea 2 _____	
Tarea 3 _____	

✓ Forma de recogida de datos.

Será una entrevista cara a cara, para la obtención de los nombres de las personas que tienen a sus cargo un enfermo de Alzheimer, nos pondremos en contacto por correo electrónico con la Asociación Apaem de Linares a través de una carta(Anexo 1) en la que se les explicará los motivos por los que se les solicitan datos de personas que tengan un enfermo mental en su domicilio, con el que convivan, siendo, por tanto, sus cuidadores principales.

Análisis de los datos

Se introducirán en una base de datos diseñada en ACCESS 2010. De ahí se exportarán para ser analizados por un paquete estadístico, en concreto Stata 12 SE (CollegeStation, TX, EE.UU.). Los datos se depurarán para ver inconsistencias y errores. En primer lugar se describirá la muestra, con los estadísticos habituales: media y desviación estándar para las variables continuas, y datos de frecuencia para las variables categóricas.

La variable principal en la encuesta a cuidadores será si el paciente es atendido o no además por la trabajadora social. Con esta variable se cruzarán el resto de la encuesta. Se utilizarán comparaciones de medias (t-test y análisis de la varianza) cuando una variable potencialmente explicativa es continua, y pruebas de ji-cuadrado cuando se considere a variables categóricas.

Ética

Se mantendrá en todo momento el anonimato y confidencialidad de la información recogida, se acuerdo a lo establecido en la ley de Protección de datos de 1999. Se pide consentimiento informado para la participación de todos los encuestados, de acuerdo a lo establecido en la ley de Investigación Biomédica de 2007.

Conclusiones.

Con el presente trabajo fin de grado se cierra una etapa de cuatro años de la carrera de trabajo social. En el mismo pondremos en práctica diferentes conceptos y conocimientos aprendidos durante este periodo.

La temática elegida en este trabajo han sido los enfermos mentales pero más en concreto los protagonistas son los cuidadores de enfermos mentales, y estos segundos en menor grado los cuales aunque padezcan las mismas enfermedades, son diferentes entre sí. En primer lugar se trata de personas que teniendo un familiar que sufre una enfermedad mental, se han convertido en sus cuidadores, conviviendo con ellos en su domicilio. Hemos querido analizar la carga que esto ha supuesto en sus vidas y cómo esta situación ha podido cambiar su rutina, en definitiva la carga subjetiva que estos enfermos puede provocarles.

A lo largo del trabajo hemos podido profundizar en las enfermedades mentales, aportando datos que no han sido estudiados a lo largo de la carrera. En la primera parte del trabajo hablamos de los tranquilizantes, medicamentos muy utilizados por este colectivo, e incluso por sus familiares, hemos querido explicar cómo surgen y lo que hoy suponen en nuestros días, pudiendo llegar a provocar serias dependencias de adicción en las personas. ¿Quién no conoce a alguien que toma frecuentemente este tipo de medicamentos, incluso sin prescripción médica? Los tranquilizantes han llegado a convertirse en una de las drogas más comunes en nuestra sociedad, y lo que asusta es que la gente lo considera algo normal e incluso necesario debido a la vida estresante que llevamos.

A continuación se detallan cuatro enfermedades, elegidas por ser comunes entre estos pacientes: esquizofrenia, bipolaridad, psicosis y retraso mental, las cuales han sido descritas de manera breve así como su diagnóstico y efectos.

Finalmente, presentamos una hipotética investigación. Esta investigación, diseñada para un futuro, será muy útil tanto para los familiares que convivan con este colectivo, como para los profesionales, en este caso concreto, trabajadores sociales, que

desempeñen sus labores con estos pacientes. El estudio ayudará a definir funciones, detectar posibles problemas o carencias y así poder actuar de una manera más eficaz.

Los trastornos mentales, como hemos podido ver, a lo largo del trabajo, son muy comunes y van en aumento. La sociedad debe ser consciente que es un hecho y la administración debe trabajar en los posibles planes y mejoras al respecto. Debemos ayudar a la dignidad de estas personas y ante la imposibilidad de erradicar muchas de estas enfermedades, intentar que lleven una vida lo más normal posible, ayudando no solo a los pacientes sino también a sus familiares, que sufren tanto o más que ellos.

Por tanto debemos concienciar tanto a la sociedad como a los políticos de estas situaciones, para mejorar en la medida de lo posible la vida de estas personas y de sus familiares.

No debemos terminar este trabajo, sin señalar que gracias al estudio realizado sobre el tema, hemos adquirido nuevos conocimientos y una mayor concienciación del tema, que consideramos será de gran ayuda en un futuro para el desempeño de nuestra labor profesional.

Bibliografía

- A Martínez, S. N. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: Factores determinantes. *ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA*.
- AAIDD. (s.f.). *American Association On Mental Retardation*. Obtenido de <http://aaidd.org/>
- AARM. (2004). *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza. Obtenido de AAMR. (2004). *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.
- ALEMANY, L. (25 de Enero de 2015). La era bipolar. *Elmundo*, pág. <http://www.elmundo.es/cultura/2015/01/26/54c573b922601dda678b456e.html>.
- Andalucía, J. d. (s.f.). “*Datos sobre enfermedad mental*”. Obtenido de Consejería de Salud y Bienestar: . <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/>
- Barcelona, C. (s.f.). *CAT Barcelona*. Obtenido de Tranquilizantes: <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/tranquilizantes>
- Burgos, A. F. (2013). *Fármacos Tranquilizantes Mayores (Antipsicóticos) y Tranquilizantes Menores (Ansiolíticos)*.
- DrTango. (24 de Febrero de 2014). *MedLinePlus*. Obtenido de Psicosis: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001553.htm>
- DrTango, I. (10 de Noviembre de 2014). *MedLinePlus*. Obtenido de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000928.htm>
- Editorial. (29 de Octubre de 2014). Uno de cada cuatro españoles toma tranquilizantes para dormir. *20minutos*, págs. <http://www.20minutos.es/noticia/2280460/0/tranquilizantes-sonmiferos/aumenta-consumo-espanoles/duermen-mal/>.
- Janssen. (1999). *Janssen*. Obtenido de Síntomas del Trastorno Bipolar: <http://www.janssen.es/trastorno-bipolar-sintomas>
- Martínez, A. B. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- MissTSocial. (5 de Agosto de 2013). *MissTSocial*. Obtenido de <https://misstsosocial.wordpress.com/2013/08/05/trabajo-social-en-salud-mental/>

- OCU. (8 de Febrero de 2013). *OCU*. Obtenido de <http://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2013/encuesta-ocu-medicamentos-ansiedad>
- Peñaranda, A. P. (2015). El cuidador primario de familiares con dependencia : calidad de vida, apoyo social y salud mental. *Red CDPD*, 90.
- PRIETO, J. G. (23 de Octubre de 2001). *ANSIEDAD Y ESTRÉS*. Obtenido de <http://www.psicosociales.com/charlacorteingles.htm>
- Psiquiatría, A. E. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* .
- Rius, M. (8 de Julio de 2015). *¡Cuidado con los tranquilizantes!* Obtenido de La Vanguardia: <http://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20130322/54370459575/cuidado-con-los-tranquilizantes.html>
- Servicio, C. d. (2005). *Organización y funcionamiento del trabajo social en la red de atención a la salud mental*. Extremadura.
- Siurana, S. (11 de Junio de 2013). *esquizofreniayterapiafamiliar*. Obtenido de Qué hace el trabajador social en salud mental: <http://esquizofreniayterapiafamiliar.blogspot.com.es/2013/06/que-hace-el-trabajador-social-en-salud.html>