

Treball de Final de Màster / Trabajo de Final de Máster

**PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DESDE
ATENCIÓN PRIMARIA, PARA PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS CON TRATAMIENTO
INTRAMUSCULAR**

Autor/a / Autor/a: ANTONIO LISÓN GARCIA

Tutor/a o supervisor/a / Tutor/a o supervisor/a: MARIA HUERTAS ZARCO

Data de lectura / Fecha de lectura: JULIO 2018



Resum / Resumen:

INTRODUCCIÓN: Los trastornos mentales constituyen un problema serio y costoso a nivel mundial. En España, aproximadamente, el 9% de la población padece algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental. En la Región de Murcia la prevalencia es del 15,26%, dos puntos por encima de la media nacional. Específicamente, en el trastorno esquizofrénico la prevalencia estimada es de 3 por 1000 habitantes/año para los hombres y 2,86 por mil para las mujeres. La adherencia al tratamiento farmacológico es del 41.2%, y sus principales causas de incumplimiento son la falta de conciencia de la enfermedad y el rechazo a los efectos secundarios del tratamiento. Teniendo importantes consecuencias como, aumentar el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios, el riesgo de suicidio, incrementar los costes sanitarios, disminuir la calidad de vida y repercutir claramente en las familias y cuidadores. Para la prevención, tratamiento y rehabilitación del trastorno mental es importante trabajar desde todos los niveles de atención en salud. La Enfermería desde Atención Primaria puede ayudar mediante la psicoeducación, facilitando la adherencia al tratamiento. **OBJETIVO:** Tras una revisión bibliográfica de estudios, guías y experiencias sobre el tema, y apoyándonos en el Modelo de Autocuidados de Dorothea Oren, elaboramos un programa psicoeducativo y realizamos el proyecto de su intervención para llevarlo a cabo en un trabajo posterior. El objetivo del mismo es evaluar la efectividad de un programa de psicoeducación para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida percibida de los pacientes esquizofrénicos atendidos en el Centro de Salud de San Antón, e identificar si existen mejoras significativas en ambos aspectos en los pacientes que participen en el programa psicoeducativo. **METODOLOGÍA:** Estudio experimental, ensayo clínico aleatorizado sistemático sin enmascaramiento. Se seleccionará una muestra de 70 pacientes, dividida en un grupo control y en un grupo intervención. El programa se estructura en ocho sesiones de quince minutos con una periodicidad mensual. El grupo de intervención será atendido según el programa psicoeducativo y el grupo control que no recibirá esta intervención. Está previsto que en la primera y tras la última sesión de seguimiento, los pacientes de ambos grupos cumplimenten el inventario de actitudes hacia la Medicación (DAI-10) y el Cuestionario de Calidad de Vida de Sevilla (CSCV). **RESULTADOS:** Los resultados esperables son la mejora de la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de los pacientes del grupo de intervención, por encima del grupo control. **Paraules clau / Palabras clave:** Esquizofrenia, Calidad de Vida, Adherencia al Tratamiento y Educación en Salud.

Abstract:

INTRODUCTION: Derangement is a serious and expensive worldwide problem. Approximately, in Spain, 9% of the population suffer some kind of derangement. In the Región de Murcia the prevalence is 15.26%, two points higher than the national average. Specifically, in the schizophrenic disorder, there is an estimated prevalence of 3 per 1000 inhabitants a year for men and 2.86 per 1000 for women. Adherence to pharmacological treatment is 41.2%, and its primary causes of noncompliance are the lack of awareness of the disease and the rejection of side effects of treatment. With the main consequences of increasing the risk of relapses with hospital admissions, the risk of suicide, increase health costs, decrease the quality of life and clearly impact on families and caregivers. For prevention, treatment and rehabilitation of mental disorder, it is important to work from all levels of health care. Nursing from Primary Care can help through psychoeducation, facilitating adherence to treatment. **OBJECTIVE:** After a bibliographical review of studies, guides and experiences on the subject, and supporting us in Dorothea Oren's self-care model, we elaborated a psychoeducational program and carried out the project of its intervention to carry it out in a later work. The objective is to evaluate the effectiveness of a psychoeducation program to improve adherence to pharmacological treatment and the perceived quality of life of schizophrenic patients treated at the San Antón Health Center, and identify whether there are significant improvements in both aspects in patients participating in the Psychoeducational program. **MATERIAL AND METHODS:** Experimental study, systematic randomized clinical trial without masking. A sample of 70 patients will be selected, divided into a control group and an intervention group. The program is structured in eight sessions of fifteen minutes with a monthly frequency. The intervention group will be treated according to the psychoeducational program and the control group that will not receive this intervention. Patients in both groups are expected to complete the inventory of attitudes towards Medication DAI-10 and the Sevilla quality of life questionnaire (CSCV). **RESULTS:** The expected results are the improvement of the quality of life and the treatment adherence of patients in the intervention group, above control group. **Keywords:** Schizophrenia, Quality of Life, Treatment Adherence and Health Education.

ÍNDICE

	Página
I. ANTECEDENTES	5
II. ESTADO ACTUAL DEL TEMA Y REFERENTE TEÓRICO	10
III. OBJETIVOS	13
IV. METODOLOGÍA	14
V. PLAN DE TRABAJO	22
VI. RECURSOS	23
VII. BIBLIOGRAFÍA	25
VIII. ANEXOS	28
IX. ANEXO 1: MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO	28
X. ANEXO 2: TEST DE PFEIFFER	29
XI. ANEXO 3: INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA LA MEDICACIÓN	31
XII. ANEXO 4: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE SEVILLA	32

I. ANTECEDENTES

La OMS define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad”¹; la salud mental (SM) como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”¹ y la atención primaria (AP) como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad [...], con su plena participación y a un coste asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”¹. Las anteriores definiciones sirven para situar objetivamente la base de este trabajo, ya que nuestro objetivo es mejorar la salud a través de la psicoeducación. Una herramienta muy utilizada por los profesionales de Enfermería especialistas en SM, y que puede ser importante en los de AP.

Los trastornos mentales constituyen un problema importante y costoso a nivel mundial, que afecta a personas de todas las edades y de todas las culturas y niveles socioeconómicos. De los 450 millones de personas que se estima sufren de un trastorno de salud mental en el mundo, menos de la mitad recibe la atención que necesita². En España, se considera que aproximadamente el 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la SM y que algo más del 25% lo padecerá a lo largo de su vida. Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el más adecuado³. Y más concretamente, en la Región de Murcia la prevalencia es aproximadamente del 15,26%, dos puntos por encima de la media nacional, que es del 13,84%, según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2011 y de los indicadores del Sistema Nacional de Salud (SNS)⁴.

Los trastornos psicóticos, dentro de la salud mental abarcan diferentes patologías, todas ellas con un denominador común, la presencia de episodios psicóticos. Varios autores, entre ellos Ortiz de Zárate y colaboradores (2011), definen la psicosis como una pérdida de contacto con la realidad donde el sujeto puede experimentar gran variedad de síntomas⁵.

La piedra angular de nuestro proyecto va a ser la Esquizofrenia, patología que el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-V) y la Clasificación

Internacional de Enfermedades 10º Revisión (CIE 10)⁶ describen como un trastorno mental en el cual hay un comportamiento atípico que se caracteriza por distorsiones en el pensamiento y la percepción, acompañados también en muchos casos de embotamiento afectivo o disminución de la expresión emocional. Es difícil dar una definición exacta ya que su sintomatología (delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado...) es amplia y con mucha heterogeneidad. Esta enfermedad puede afectar a las personas en cuanto a su nivel de funcionamiento en el trabajo, las relaciones personales o incluso en el autocuidado⁷. Se trata de una enfermedad con una etiología multifactorial, que se sigue investigando, pero de momento, no hay un consenso común en la comunidad científica respecto a este tema. Aun así, entre las múltiples teorías^{3,5,7}, destacan: el componente genético, donde la heredabilidad se sitúa en un 80% según los estudios (a pesar de ello, el riesgo de desarrollar la esquizofrenia cuando uno de nuestros padres la tiene, es tan solo del 10-17%); las teorías del neurodesarrollo de éstos pacientes a lo largo de su vida, con evidencias de alteraciones congénitas; la neuroquímica, donde distintos sistemas de neurotransmisión están afectados, dándole especial énfasis al eje dopamina-acetilcolina; el entorno del paciente, definiéndolo como factores que pueden modificar las probabilidades de sufrir esta enfermedad, como pueden ser las circunstancias físicas, sociales o económicas, o factores estresantes que puedan desencadenar los síntomas psicóticos⁸.

En cuanto a la prevalencia de la enfermedad mental, en España, se considera que aproximadamente el 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la SM y que algo más del 25% lo padecerá a lo largo de su vida. Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado⁸. Específicamente, la prevalencia para cualquier trastorno psicótico es de un 3,5% en la población general, donde un 0,9% corresponde a la esquizofrenia. Los estudios muestran una mayor incidencia en los hombres que en las mujeres, siendo las edades en las que se desarrolla la enfermedad, en los hombres entre 15-30 y en las mujeres entre 25-35⁹.

Uno de los pilares del tratamiento de la Esquizofrenia es la terapia farmacológica, que puede ser oral o intramuscular (depot). La elección de una u otra depende de muchos factores (petición del propio paciente, mala adherencia a la medicación oral, por consejo del facultativo...). Las formulaciones de acción prolongada o depot evitan los problemas de

biodisponibilidad que se producen con las preparaciones orales, eliminando el riesgo de sobredosis tanto deliberada como involuntariamente. Estos tratamientos permiten además un contacto periódico del paciente con los profesionales de Enfermería u otros miembros del equipo, encuentros que son condición de posibilidad de una valoración periódica de su estado y situación personal; contribuyen a la estabilización (menor riesgo de recaídas y rehospitalizaciones), al mismo tiempo que suponen una tranquilidad para el cuidador principal y entorno del paciente, que se ve librado muchas veces de conflictos frecuentes en relación a la lucha diaria en torno a la toma efectiva del tratamiento oral. Por último, pudiera ser más cómodo y parsimonioso para el paciente, que se libera finalmente del coste conductual de las tomas de tratamiento oral diario y de las molestias que asocia; conservación, dispensación, transporte, posible etiquetado social, etc¹⁰.

La terapia farmacológica es fundamental en el control de la sintomatología esquizofrénica. Sin embargo, tiene una adherencia al tratamiento del 41.2%. Las dos principales causas de incumplimiento son la falta de conciencia de la enfermedad y el rechazo a los efectos secundarios del tratamiento¹⁰.

El impacto del incumplimiento terapéutico en la evolución de los pacientes con esquizofrenia es muy importante debido a que aumenta el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios más frecuentes, aumenta el riesgo de suicidio, incrementa los costes sanitarios (coste anual por paciente aproximadamente de 3000€ por los servicios de hospitalización y más de 6000€ por el servicio total), disminuye la calidad de vida y repercute claramente en las familias y cuidadores¹¹.

Durante siglos las enfermedades mentales han sido tratadas como un problema social, separado de cualquier problema de salud física¹². La tendencia hoy en día es reinsertar a éstas personas en nuestra sociedad, y para ello se buscan diferentes terapias psicosociales que ayuden a conseguir este objetivo. De esta forma las personas gozan de un proceso de rehabilitación, donde se busca mejorar sus habilidades en el afrontamiento y reconocimiento de su enfermedad, la adherencia al tratamiento, la reinserción social y habilidades de comunicación con la sociedad y familia, la prevención de recaídas/rehospitalizaciones, y en resumen, su propia autonomía como individuos capaces. Para la realización de estas intervenciones la adherencia al tratamiento es un punto de vital importancia¹³.

Para la prevención, tratamiento y rehabilitación del trastorno mental es importante trabajar desde todos los niveles de atención en salud, desde el ámbito comunitario, donde se detectan problemas familiares, hasta la asistencia especializada. Recordamos también que un objetivo que nos marcamos es reinsertar al usuario en el ámbito comunitario, dejando los dispositivos específicos de SM para los casos más agudos, residuales o cronicados. Para poder conseguir esto, es necesario que a los pacientes se les proporcione una continuidad de cuidados por parte de los diferentes servicios de atención sanitaria y que exista una coordinación interniveles. Si esto se lleva a cabo, se obtienen diferentes beneficios como: la disminución de la ansiedad de los usuarios, se aumenta su satisfacción y sus conocimientos, por lo que aumenta su independencia e implicación y participación en el cuidado de su salud. También se consigue que aumente su confianza en el personal sanitario, lo que ayuda al cumplimiento del tratamiento, disminuyendo así las recaídas y reingresos, con lo que se reduce el gasto sanitario¹².

Todo lo anterior, lleva a proponer, como una de las posibilidades de mejora, un “puente de comunicaciones” entre AP y los Centro de Salud Mental (CSM). En los casos en los que los pacientes eligen Atención Primaria para la administración de su inyectable (ya sea por necesidad o elección propia) la coordinación entre niveles asistenciales y la integración clínica es una condición indispensable para que la atención a la salud se organice de forma efectiva como un proceso integral con garantías de continuidad de la atención prestada a cada individuo¹⁴.

En este sentido, una pieza clave la componen los profesionales de AP. Esto se debe a que los pacientes con trastorno mental son muy frecuentadores de los niveles básicos de salud, debido a que pueden tener dificultad para desplazarse con la frecuencia requerida al CSM para seguir tratamientos de larga duración, por lo que sería una mejora de los servicios sanitarios, que ofrecen al usuario la cercanía de su zona básica de salud. Y además es una forma de normalizar el tratamiento de una enfermedad crónica como tantas otras, atendiéndolos en las consultas programadas de Enfermería de AP¹⁰.

Todo esto hace que el nivel básico de salud sea excelente para que los profesionales detecten y sigan los problemas de salud de cualquier paciente de SM. Además, los profesionales de Enfermería deben ser y son un referente para mejorar la calidad de vida de los pacientes que atienden, ya que tienen una visión del individuo integral, realizan un seguimiento no solo de

la sintomatología clínica sino también de aspectos de promoción y educación para la salud y son los que realizan el seguimiento de pacientes crónicos, así como el apoyo a las familias de estos¹².

En este aspecto, la enfermería de familia tiene un papel significativo pues puede ayudar mediante la psicoeducación a la mejora de estas relaciones familiares, entendiendo por psicoeducación la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad¹².

Tras lo expuesto anteriormente, podemos evidenciar los siguientes aspectos: que AP es un recurso esencial en el seguimiento y control de los pacientes con problemas de SM, ya que los profesionales que allí trabajan, en concreto la Enfermería, son los que tienen mayor accesibilidad a dichos pacientes y a su familia; que actualmente existen pocos recursos a nivel de AP para el abordaje adecuado de las enfermedades mentales, pese a que éstas cada vez son más prevalentes¹²; que para una adecuada evolución de la enfermedad mental, las familias son fundamentales; estando poco apoyadas por el sistema sanitario, a la vez que recae sobre ellas la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados¹⁵; que no se presta la suficiente atención a otros problemas consecuencia de la enfermedad (como los FRCV)¹⁶; y que una de las enfermedades más prevalentes en el ámbito de SM, la esquizofrenia, tiene una adherencia muy baja al tratamiento en comparación con otras enfermedades crónicas^{11,17}.

Después de analizar la situación actual que engloba la atención de la salud mental en el ámbito de la AP, podemos observar que son numerosas las limitaciones que encontramos. Por todo ello, consideramos pertinente y necesario el diseño y puesta en marcha de este proyecto de investigación, que tiene por objetivo, a través de una intervención educativa breve, por parte de Enfermería, mejorar la continuidad de cuidados del paciente esquizofrénico, así como la calidad de atención y controlar el cumplimiento de los objetivos de cuidados marcados por el equipo de SM.

II. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Tras la búsqueda bibliográfica realizada se han encontrado diferentes estudios de investigación que evidencian la efectividad del abordaje de los pacientes esquizofrénicos a través de la psicoeducación desde el ámbito de la AP. Como por ejemplo, una revisión sistemática, del 2010, sobre las investigaciones destinadas a que se cumplan con las preinscripciones farmacológicas, en aquellos pacientes con TMG. Esta revisión concluye que en la práctica puede ser posible que las funciones de Enfermería puedan ampliarse para incluir la orientación a los pacientes con el objetivo de promover la mejoría de la adherencia al tratamiento¹⁸.

Un estudio observacional, descriptivo transversal, del 2011, que fue premio de investigación ANESM. Este describía las actitudes de rechazo por miedo hacia el usuario (1 de cada 10), los conocimientos escasos y conductas ambivalentes de los profesionales de Enfermería en relación con el cuidado que se les presta a los pacientes de SM. Reivindicando un aumento de la formación específica en ese área¹².

Una revisión bibliográfica, del 2015, concluye que de las diferentes intervenciones que se pueden realizar para mejorar la adherencia al tratamiento, la de mayor proyección sería a través de la psicoeducación. Esta labor, muchas veces compartida con la familia, bien podría tratarse de una labor enfermera, donde los profesionales puedan hacer un seguimiento exhaustivo de los pacientes de forma ambulatoria. Por tanto la continuidad de los cuidados podría ser un objetivo, junto con un plan adecuado a la persona y su entorno, buscando una integración social y laboral y brindando la máxima autonomía posible¹³.

También contamos con un estudio descriptivo, realizado en 2013 que evaluaba la calidad de vida de 56 pacientes esquizofrénicos atendidos en AP a través de una escala de Likert, concluyendo que la calidad de vida de estos pacientes no depende únicamente del tratamiento farmacológico, sino que también se ve influida por otros factores, como la educación para la salud y el manejo efectivo de las habilidades sociales, donde los profesionales de AP, y específicamente la Enfermería, pueden servir como educadores y asesores¹⁹.

Por otro lado, desde el punto de vista de las enfermedades crónicas, una revisión realizada en 2012, en Barcelona, demuestra la efectividad de las intervenciones en los estilos de vida sedentarios, propios de los pacientes de SM, realizadas por las enfermeras de AP. Estas

intervenciones producen cambios positivos en los resultados asociados con la prevención de dichas enfermedades, como la diabetes, la hipercolesterolemia familiar y los factores de riesgo cardiovascular, entre otros²⁰.

A nivel internacional, contamos con una guía de práctica clínica (GPC) del Departamento de salud del Reino Unido con cinco estándares y modelos para la atención de salud mental, estos proporcionan información específica para proporcionar una mejor atención sanitaria a los pacientes con TMG en los servicios de AP. La GPC indica con respecto a la adherencia terapéutica que es frecuente encontrar individuos con enfermedad mental grave, con pobre cumplimiento del tratamiento prescrito, por lo que se debe desarrollar un programa cognoscitivo conductual sobre el tratamiento, con el objetivo de mejorar la comprensión por parte del paciente su enfermedad e identificar y abordar razones de la falta de adherencia a los tratamientos sugeridos²¹.

Un caso clínico, del 2010, llevado a cabo por estudiantes de enfermería de Santiago de Chile, cuyo objetivo era validar la psicoeducación como herramienta en el proceso de intervención de enfermería en personas que presenten esquizofrenia. Este caso concluyó con la mejora de los autocuidados de las pacientes, y esto supuso una mejor adherencia al tratamiento y mayor autonomía²².

A nivel nacional, se cuenta con un consenso español de Enfermería del 2010, cuyo objetivo es mejorar la adherencia al tratamiento en la esquizofrenia, realizado entre 215 enfermeros/as españoles, en el que se nos muestra el camino a seguir en la elaboración de la intervención enfermera efectiva para la mejora de la calidad de atención y la adhesión al tratamiento. Donde una de las estrategias preferidas para evaluar la adherencia es el registro de la administración de inyectables y la impresión clínica del paciente, entendiendo esta última como una evaluación subjetiva del profesional acerca del estado actual del usuario, en base a su aspecto físico y su funcionalidad psíquica¹⁵.

Finalmente, cabe mencionar una experiencia previa de continuidad de cuidados entre AP y SM llevada a cabo en la Región de Murcia, entre la Unidad de Salud Mental del Hospital Morales Meseguer y el Centro de Salud de las Torres de Cotillas en el que se siguió a 23 pacientes con TMG durante tres años y se concluyó que la alianza terapéutica establecida en

la coordinación paciente-primaria-especializada es eficaz, de forma que no se producen ausencias a las citas programadas y se observa una mejora en la adherencia al tratamiento²³.

REFERENTE TEÓRICO

Para el desarrollo de este proyecto de investigación nos apoyamos en la teoría del autocuidado de Dorotea Orem. Esta tiene como base común las necesidades humanas para la vida y la salud como modelo de acción de Enfermería. “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta [...] para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”²⁴.

La Teoría de Orem es un análisis detallado de los cuidados, que nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de Enfermería en los problemas de autocuidado del paciente dependiente. La función de la enfermera según Dorotea sería ayudar, no sustituir la adopción de decisiones, fuerzas o conocimientos de la persona, a pesar de que si ésta está totalmente incapacitada. La enfermera puede asumir el autocuidado hasta la recuperación del paciente dependiente.

Por otro lado, desde un punto de vista ético de esta teoría, la enfermera tiene la obligación y responsabilidad de brindar atención segura y competente con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas y satisfacer sus demandas de autocuidado.

La Teoría de Orem nos orienta cómo deben ser las relaciones entre el profesional de la salud y el individuo. Podemos concluir que el modelo de Orem promueve la satisfacción de las demandas de autocuidado del individuo, fomentando su autonomía, para que alcancen su máximo nivel de independencia²⁴.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Tras una revisión bibliográfica de estudios, guías y experiencias sobre el tema, y apoyándonos en el Modelo de Autocuidados de Dorothea Oren, elaboramos un programa psicoeducativo y realizamos el proyecto de su intervención para llevarlo a cabo en un trabajo posterior. El objetivo del mismo es:

Evaluar la efectividad de un programa de psicoeducación para mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos con tratamiento antipsicótico intramuscular, administrado desde el Centro de Salud San Antón perteneciente al Área de Salud II (Cartagena) del Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes esquizofrénicos con tratamiento intramuscular atendidos en atención primaria, mediante el Inventario de actitudes hacia la medicación (DAI).

Determinar la calidad de vida percibida que presentan los pacientes esquizofrénicos con tratamiento intramuscular atendidos en la consulta de atención primaria, mediante el cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV).

Identificar si existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la adherencia al tratamiento y la calidad de vida percibida que han experimentado los pacientes que participen en este proyecto de investigación.

IV. METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO

Es un estudio experimental, ensayo clínico aleatorizado sistemático sin enmascaramiento, donde los sujetos de estudio se repartirán en dos grupos:

Un grupo experimental en que se analizarán las variables dependientes antes y después de participar en el programa psicoeducativo propuesto. Y un grupo control, que no recibirá esta intervención.

4.2. SUJETOS/POBLACIÓN

POBLACIÓN A ESTUDIO: Personas mayores de 18 años diagnosticados de esquizofrenia mediante el CIE-10 (F20), que pertenezcan al Área de Salud II (Cartagena), que sean atendidas en las consultas de Enfermería del Centro de Salud de San Antón, y que cumplan los siguientes criterios:

4.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❖ Estar en tratamiento farmacológico con intramusculares de larga duración.
- ❖ Pacientes con diagnóstico enfermero de incumplimiento m/p conducta indicativa de incumplimiento (00079) según la NANDA 2015-2017.
- ❖ Pacientes con diagnóstico enfermero de disposición para mejorar la gestión de la propia salud m/p deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad (00162) según la NANDA 2015-2017.
- ❖ Aceptación voluntaria para participar en el estudio (ANEXO 1: Consentimiento Informado).
- ❖ Conocimiento y perfecta comprensión del idioma.
- ❖ No presentar deterioro cognitivo que imposibilite la comprensión y participación en el protocolo de continuidad de cuidados (ANEXO 2: Cuestionario de Pfeiffer)

4.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ❖ Deterioro cognitivo que imposibilite la comprensión y participación en el protocolo de continuidad de cuidados.
- ❖ Desconocimiento del idioma y/o falta de manejo a nivel oral y/o escrito.
- ❖ Negativa por parte del paciente a seguir el programa.
- ❖ Coexistencia del insomnio con un trastorno mental grave, entendiendo como tal, aquellos trastornos de duración prolongada, que conllevan a un grado variable de discapacidad y disfunción social.

4.3. AMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo en las consultas de Enfermería del Centro de Salud de San Antón, correspondientes al Área de Salud II de Cartagena.

El programa psicoeducativo se impartirá en horario de mañanas, coincidiendo con las citas para la administración antipsicótica intramuscular, de los pacientes en las consultas de Enfermería. Se realizará de manera individual y será impartido por el enfermero referente del paciente en dicho Centro de Salud.

4.4 VARIABLES

4.4.1. INDEPENDIENTES

Sociodemográficas:

- ❖ Sexo: variable cualitativa nominal categorizada en: (M) masculino, (F) femenino.
- ❖ Edad: variable cuantitativa continua expresada en fecha de nacimiento.
- ❖ Estado civil: variable cualitativa nominal definida por las siguientes categorías: (1) soltero, (2) casado, (3) viudo, (4) divorciado, (5) convivencia en pareja.
- ❖ Convivencia en su residencia habitual: variable cualitativa nominal definida por las siguientes categorías: (1) solo, (2) padre/madre, (3) parejas/hijos, (4) hermanos, (5) otros.

- ❖ Situación laboral: variable cualitativa nominal definida por las siguientes categorías: (1) activo, (2) desempleado, (3) pensionista, (4) estudiante, (5) ama de casa.
- ❖ Nivel cultural: variable cualitativa ordinal definida por las siguientes categorías: (1) sin estudios, (2) estudios primarios, (3) estudios secundarios y/o FP, (4) estudios universitarios medios, (5) estudios universitarios superiores, (6) estudios postgrado (máster/doctor).
- ❖ Actividad profesional actual: variable cualitativa nominal dicotómica: (S) sí trabaja, (N) no trabaja.

Otras variables:

- ❖ Edad de diagnóstico de la esquizofrenia: variable cuantitativa discreta expresada en años.
- ❖ Toma de medicación habitualmente: variable cualitativa nominal dicotómica: (S) sí, (N) no.
- ❖ Nombre y la dosis de la medicación.
- ❖ Asistencia a las consultas programadas de Enfermería: variable cualitativa nominal dicotómica: (S) sí, (N) no.

4.4.2. DEPENDIENTES

Adherencia al tratamiento: con el Inventario de Actitudes hacia el Medicamento, también llamado DAI-10 (ANEXO 3). Es un instrumento estructurado de autoaplicación que valora la respuesta subjetiva hacia la medicación antipsicótica. Tiene dos versiones, una larga formada por 30 ítems y la breve formada por 10, que es la que vamos a utilizar en este proyecto. Los ítems se refieren al efecto percibido de la medicación y son de respuesta dicotómica (verdadero-falso). Obtenemos la puntuación total sumando las puntuaciones de sus ítems. En los ítems 1, 3, 4, 7, 9 y 10 las respuestas verdaderas valen 2 puntos y las falsas 1 punto. En el resto de ítems las respuestas verdaderas valen 1 punto y las falsas 2. La puntuación total puede oscilar entre 10 y 20. No existen puntos de corte definidos. A mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más positivo.

Calidad de vida: a través del Cuestionario de Calidad de Vida de Sevilla CSCV (ANEXO 4), Encuesta auto aplicada, en versión papel y lápiz, en que el sujeto manifiesta su grado de acuerdo, según una escala de Likert de 5 valores, desde 1 (completo desacuerdo) a 5

(completo acuerdo), con 59 proposiciones referentes a aspectos favorables (satisfacción vital, autoestima, armonía) y desfavorables (falta de aprehensión y expresión cognitiva, pérdida de energía, falta de control interno, dificultad de expresión emocional, extrañamiento, miedo a la pérdida de control, hostilidad, y automatismo) de la vivencia cotidiana de los pacientes. No existen puntos de corte, a mayor puntaje favorable, mejor calidad de vida y viceversa.

4.5. INTERVENCIÓN PROPUESTA

Para conseguir el número de la población a estudio nos ponemos en contacto con administración del Centro de Salud de San Antón. Aquí nos informan de que son 89 los pacientes esquizofrénicos con tratamiento antipsicótico intramuscular, administrados en dicho centro de salud. Para garantizar un número de participantes suficiente, contando con los posibles abandonos y teniendo en cuenta la dinámica previa en la formación de grupos control y de intervención, seleccionarán un total de 70 pacientes (dos grupos de 35 personas) mayores de 18 años diagnosticados de esquizofrenia que reúnan las características señaladas en los criterios de inclusión.

Los pacientes serán captados cada uno en el centro de salud, por su enfermera/o referente. Se les informará sobre los objetivos del programa. En caso de que accedan a participar en el proyecto, cumplimentarán el Consentimiento Informado, el Test de Pfeiffer, el Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI-10) y cuestionario de Calidad de Vida de Sevilla para valoración inicial. Una vez obtenida la población total, se realizará una selección aleatoria sistemática sin enmascaramiento, para garantizar la mayor homogeneidad de ambos grupos, estableciendo dos grupos: intervención y control.

GRUPO DE INTERVENCIÓN: Cada paciente será citado y atendido en su centro de salud, por su enfermera referente, aprovechando la consulta programada para la administración mensual de su tratamiento antipsicótico intramuscular. Y basándose en el protocolo de sesiones de psicoeducación diseñado, se llevará a cabo la intervención individual.

GRUPO DE CONTROL: Cada paciente será citado y atendido en su centro de salud correspondiente, por su enfermera referente, en la consulta programada basándose en el protocolo de actuación actualmente implementado en el centro (visitas de seguimiento),

informando a los pacientes de la posibilidad de acudir a la consulta de Enfermería para cualquier duda, problema o cuestión planteada con el manejo del trastorno esquizofrénico.

4.5.1. CONTENIDO DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

El programa de psicoeducación para pacientes con esquizofrenia consta de ocho sesiones de unos quince minutos de duración, con una periodicidad mensual, coincidiendo con la administración del tratamiento intramuscular de larga duración. Está previsto que en la primera, la última sesión de seguimiento, los pacientes de ambos grupos cumplimenten el inventario de actitudes hacia la Medicación (DAI-10) y el cuestionario de Calidad de Vida de Sevilla.

De forma general, las sesiones se estructurarán siguiendo el mismo modelo:

- ❖ Verificar si el paciente tiene problemas de adherencia al tratamiento, y si la respuesta es afirmativa, concretar cuales y la forma de abordarlos.
- ❖ Administración de medicación dejándolo registrado en el carnet de cumplimiento del tratamiento, citándolo para la próxima consulta programada.
- ❖ Registrarlo en OMI-AP.
- ❖ Educación para la salud (EpS).

En relación con la EpS, el contenido de cada una de las ocho sesiones versaría acerca de:

- ❖ **SESIÓN UNO:** establecimiento de los objetivos a cumplir por parte del paciente en el programa desarrollado (conocimiento de la enfermedad, actuación adecuada durante una crisis, fármacos, etc).
- ❖ **SESIÓN DOS:** introducción a la esquizofrenia, tipos de este padecimiento, nociones de esta enfermedad y sintomatología de la misma.
- ❖ **SESIÓN TRES:** farmacología, tipos de medicación, como y sobre que actúa, beneficios, desventajas y efectos secundarios.
- ❖ **SESIÓN CUATRO:** estrategias para paliar los efectos secundarios de los fármacos usados en el tratamiento de cada paciente.
- ❖ **SESIÓN CINCO:** cómo afrontar la crisis y anticiparse a ella, signos de alerta o pródromos (malhumor, insomnio, discusiones frecuentes...), forma de afrontarlos y

niveles de asistencia sanitaria a los que puede acudir para recibir una atención adecuada a tal situación.

- ❖ **SESIÓN SEIS:** principios de la comunicación efectiva, desarrollo de habilidades sociales, desarrollo de habilidades para afrontar problemas, estrategias para afrontar comportamientos problemáticos, y recursos para afrontar conductas agresivas o impulsivas.
- ❖ **SESIÓN SIETE:** recalcar la importancia de tener buena salud, problemas del tabaquismo, obesidad o sobrepeso, importancia de hábitos de higiene adecuados y la práctica de ejercicio físico.
- ❖ **SESIÓN OCHO:** como superar déficits cognitivos, y valorar una posible reinserción laboral.

Al final de cada sesión se reserva un espacio al paciente para que pregunte sus dudas acerca de los contenidos de las distintas sesiones, si fuese necesario.

4.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS / ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos serán procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 21.0 para Windows. Se realizará un análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para todas las variables. Las mediciones cuantitativas se resumirán en torno a valores centrales (media, mediana) y desviación típica, acompañados del rango o amplitud. En función de las variables a comparar se utilizará el test chi-cuadrado con variables cualitativas, el test t-student con variables de distribución normal.

Para valorar la asociación entre las distintas variables se establece como riesgos relativos ajustados a sus intervalos de confianza al 95%. Se considerará un valor $p < 0,05$ bilateral para determinar la significación estadística.

4.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

-Abandono de los pacientes una vez empezado el programa.

-Déficit de conocimientos del personal sanitario del Centro de Salud acerca de esta materia.

-Carga de trabajo (falta de tiempo en consulta programada) de los enfermeros en el Centro de Salud.

4.8. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Para llevar a cabo este proyecto de investigación, hemos realizado búsquedas sistemáticas en las siguientes bases de datos: Medline, Cuiden, BVS (Biblioteca Nacional en Salud), Scielo, Cochrane, Google, Google Académico y Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud.

Las palabras clave utilizadas han sido: Esquizofrenia (Schizophrenia), Calidad de Vida (Quality of Life), Adherencia al Tratamiento (Medication Adherente) y Educación en Salud (Health Education), todas ellas indexadas tanto en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) como en el Medical Subject Heading (MeSH), y unidas entre sí mediante los operadores booleanos AND, OR, NOT. Todos los documentos encontrados datan entre los años 1999 a 2017, exceptuando la bibliografía de carácter legislativo. Una vez seleccionados aquellos artículos en cuyo título o resumen se mencionaba algún dato expreso relacionado con la hipótesis de nuestro proyecto de investigación, obtuvimos un total de 42 fuentes documentales. En una última fase, seleccionamos 24 fuentes documentales que han sido utilizadas para realizar el presente proyecto de investigación. Por lo que consideramos que la estrategia de búsqueda ha sido la adecuada.

4.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el proyecto se especifica la necesidad de la firma del consentimiento informado, haciendo alusión a la protección de la intimidad y estricta confidencialidad de los datos, así como la información verbal complementaria facilitada por parte del equipo investigador para que los pacientes que decidan de modo autónomo sobre su participación en el estudio y de su derecho a abandonarlo en cualquier momento sin que ello repercuta sobre su tratamiento personal.

El proyecto se desarrolla en todo momento siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, el Informe Belmont, la Declaración Bioética de Gijón y la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

Además creemos conveniente recordar que la Ley de protección de datos 41-2002 del 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su artículo, “Usos de la historia clínica”, punto 3, establece el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, y se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

4.10. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

Tras el estudio de la bibliografía hallada, a nuestro entender creemos necesario la implantación de un protocolo de continuidad de cuidados de estas características. Esto proporcionará a los pacientes esquizofrénicos con tratamiento intramuscular, que por unas razones concretas no puedan asistir a su centro de salud mental y deban administrarse la medicación en el centro de salud de atención primaria, una atención holística e integral. El trabajar a nivel individual sería una buena solución a los problemas de adherencia al tratamiento, a la vez que podemos ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes, así como optimizar las habilidades sociales. Lo que conllevaría a menos recaídas, menos ingresos hospitalarios y por lo tanto menos gasto sanitario.

V. PLAN DE TRABAJO

CRONOGRAMA

1ª Etapa: Planificación

Solicitud de la aprobación del Comité de Investigación Clínica del Área de Salud 2 (Cartagena). (1 mes)

2ª Etapa: Organización

Captación de los pacientes, explicación del programa y cumplimentación de los cuestionarios pertinentes. Asignación aleatoria sistemática al que pertenecerá cada participante (grupos: intervención o control). (2 meses)

3ª Etapa: Ejecución

Realización de las sesiones con los pacientes que pertenecen al grupo de intervención, durante las consultas de administración de inyectable intramuscular antipsicótico. (8 meses).

4ª Etapa: Análisis

Tabulación, análisis y estudio estadístico de los datos obtenidos. Interpretación y comparación de los resultados. Elaboración de las conclusiones y difusión de los resultados. (1 mes)

ACTIVIDAD	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018- JUL 2019	AGO 2019
PLANIFICACIÓN					
ORGANIZACIÓN					
EJECUCIÓN					
ANÁLISIS					

VI. RECURSOS

Humanos

Se requerirá un equipo de enfermería, el cual se encargará de realizar las sesiones con los pacientes del grupo de intervención. Además de un estadístico para el análisis de los datos obtenidos y la elaboración de los resultados.

Materiales

Tóner para impresora, material de oficina (folios, bolígrafos...), ordenador, impresora y fuentes documentales.

MEMORIA ECONÓMICA ESTIMADA

RECURSOS HUMANOS	
Personal sanitario del centro de salud a tiempo completo	0€*
Personal de administración del centro de salud.	0€*
Estadístico a tiempo parcial (30 h.).	200€
Traductor de los resultados obtenidos en revistas sanitarias especializadas.	200€
RECURSOS MATERIALES	
MATERIAL FUNGIBLE: tóner para la impresora, material de oficina (folios, bolígrafos).	150€
MATERIAL INVENTARIABLE: ordenador, impresora, y fuentes documentales.	200€*
OTROS RECURSOS	
Gastos de desplazamiento y dietas.	150€

TOTAL PRESUPUESTO	900€
--------------------------	-------------

* Los profesionales del centro de salud participarán en el programa durante su jornada laboral habitual, por lo que no supondrán un coste adicional. Asimismo, el material inventariable, a excepción de las fuentes documentales y las instalaciones, serán cedidas por el centro de salud.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Who's Certified [base de datos en Internet]. Organización mundial de la salud, 2014 [citado 16 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/es/>.
2. WFMH: World Federation for Mental Health. Salud Mental en Atención Primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental [libro electrónico]. USA, Virginia: Diversity Health Institute; 2009 [citado 16 Ene 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23&Itemid=
3. Ministerio de Ciencias e Innovación. Centro de investigación Biomédica en red de Salud Mental. Plan estratégico 2011-2013 [libro electrónico]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2011 [citado 22 Ene 2018]. Disponible en: http://www.cibersam.es/images/PDF/Plan_Estrategico_CIBERSAM_2011_13_DEF2.pdf
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Región de Murcia [libro electrónico]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011 [citado 4 Feb 2018]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/docsInclSNS2011/14_INCLASNS-MURCIA.pdf
5. Ortiz A, Alonso I, Ubis A, Ruiz M^aA. Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Vol 4. Barcelona: Elsevier; 2011.
6. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
7. WHO. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento [Internet]. Panamericana; 2000. [citado el 10 Feb 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf?ua=1
8. Segarra R, Arranz B, Arrillaga A, Betancor D, Napal O, Guitiérrez M, et al. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
9. Martín García-Sancho JC, Aznar Moya JA, Balanza Martínez P, Castillo Bueno MD, Del Toro Mellado M, Martínez-Artero MC, et al. Guía de práctica clínica del tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental [libro electrónico]. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2009 [citado 12 Feb 2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf

10. Espinosa López FJ, Hurtado López A, Illán Cano I, López García E, López Molina MC, Lozano Baños F, et al. Protocolo de continuidad de cuidados en Enfermería en pacientes con trastorno mental grave y tratamiento intramuscular [libro electrónico]. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 2012. Disponible en:
<http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/239812-Protocoloenfermeria.pdf>
11. Garcia I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, Fornes J, et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de Enfermería en Salud Mental. Actas Esp Psiquiatr [serie en Internet]. 2010 [citado 18 Feb 2018]; 38 (1). Disponible en:
<http://actapsiquiatria.es/repositorio/suplements/11/ESP/11-ESP-832226.pdf>
12. González Cano-Caballero M y Cano-Caballero Gálvez MD. Conocimiento, conductas y actitudes de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria en el cuidado de pacientes de Salud Mental [libro electrónico]. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2011 [citado 21 Feb 2018]. Disponible en:
<http://www.anesm.net/descargas/PREMIO%20INVESTIGACION%20ANESM%202011.pdf>
13. Manrique Ruiz O. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia [libro electrónico]. Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa; 2015 [citado 21 Feb 2018]. Disponible en:
<https://es.scribd.com/doc/314970852/TFG-Adherencia-Al-Tratamiento-en-La-Esquizofrenia>
14. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental [libro electrónico]. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2010 [citado 26 Feb 2018]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142669081933&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142439319720&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266101003
15. Moreno JO, López Bastida J, Montejo-González AL, Osuna-Guerrero R, Duque-González B. The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *European Journal of Health Economics*. 2009; 10 (4): 361-369.
16. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease, *American Heart Journal*. 2005; 150(6):1115-1121.

17. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatr* 2012 October 22;2(5): 74-82. [citado el 1 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782179/>
18. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación TheCoch. Libr. [serie en Internet]. 2008 [citado 1 Mar 2018]; 4 (1). Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20672087&DocumentID=CD000011>
19. Ribot-Reyes VC y García-Pérez TC. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos tratados en Atención Primaria de Salud. *Rehabilitación Psicosocial* [serie en Internet]. 2013 [citado 5 Mar de 2018]; 10 (1). Disponible en: <http://www.fearp.org/revista/publicados/10/2529.pdf>
20. García-Medina A. Efectividad de las intervenciones enfermeras en los estilos de vida en la prevención de enfermedades crónicas en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. *EnfermClin* [serie en Internet]. Oct 2012; 23 (1). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/efectividad-las-intervenciones-enfermeras-los-estilos-vida-90192430-evidence-based-nursing-2013>
21. National Health Service. The National Service Framework for Mental [libroelectrónico]. Inglaterra: Health. Modern Standards & Service Models; Sep 1999 [citado 20 Mar 2018]. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198051/National_Service_Framework_for_Mental_Health.pdf
22. Fernández FJ, Hidalgo Dy Hernández E. Esquizofrenia: Psicoeducación como herramienta de enfermería. *HorizEnferm* [serie en internet]. 2011 [citado 24 Mar 2018]; 22 (2). Disponible en: <http://revistahorizonte.uc.cl/volumen22-2-2011/310-esquizofrenia-psicoeducacion-como-herramienta-de-enfermeria>
23. Martínez Guillén R, Martínez Liarte D, Lázaro Montero de Espinosa I, Ballester Arróniz M J, García García M, Jiménez Vicente JF Hablamos con primaria nuestros pacientes con TMG mejoran: una experiencia del CSM Morales Meseguer y centro de salud Torres de Cotillas. Águilas, Murcia: I Congreso de Salud Mental Area III; 2009.
24. Marriner, A. y Raile, M. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

ANEXO I

MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña. _____, mayor de edad, con DNI n° _____ y como paciente atendido en _____

DECLARO QUE:

Que D./Dña. _____, con n° Colegiado/a: _____, como Enfermera/o de _____, me informa de la posibilidad de formar parte del Trabajo de Investigación _____, y, en una entrevista clínica, se me ha informado del tipo y contenido del trabajo, su fundamento científico, de los objetivos y beneficios que puedo obtener.

Que Comprendo y acepto que durante el desarrollo del mismo pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión o variación del programa original.

Que soy consciente de la voluntariedad de mi participación.

Que al firmar este documento reconozco que he leído o que me ha sido leído y explicado, en un lenguaje claro y sencillo, y que comprendo perfectamente su contenido.

Que se me han dado amplias oportunidades de formular todas las preguntas y aclarar dudas que me han surgido, y que todas han sido respondidas o explicadas de forma satisfactoria.

Por ello manifiesto mi satisfacción con la información recibida y que comprendo los compromisos adquiridos. Y en tales condiciones:

CONSIENTO

En aceptar e iniciar mi participación en el Trabajo que se indica, sabiendo que puedo abandonar en el momento que lo desee, sin tener que dar explicación alguna.

Cartagena, a _____ de _____ de 20_____

Fdo.:El/la Enfermero

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: El/la Representante legal,
familiar o allegado

REVOCACIÓN

D./Dña. _____, mayor de edad, con DNI n° _____ y como paciente atendido en _____

Revoco el Consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo continuar con la participación, que doy por finalizada en el día de hoy.

Cartagena, a _____ de _____ de 20_____

Fdo.:El/la Enfermero

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: El/la Representante legal,
familiar o allegado

ANEXO II

TEST DE PFEIFFER

• Indicación

Valoración del deterioro cognitivo.

• Administración

Se trata de un cuestionario con 10 ítems o preguntas donde sólo se registran los errores cometidos en las contestaciones.

• Test de Pfeiffer

- ¿Qué día es hoy? -día, mes, año-
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿Dónde estamos ahora?
- ¿Cuál es su nº de teléfono?
- ¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-
- ¿Cuántos años tiene?
- ¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-
- ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
- ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
- ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
- Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.

• Interpretación

La existencia de 3 o más errores existe la sospecha de deterioro cognitivo.

A partir de 4 se confirma la existencia de deterioro cognitivo, y un valor superior a 7 manifiesta una severidad en el problema.

• **Protocolo informático en OMI-AP**

TEST DE PFEIFFER	
Marcar sólo las respuestas erróneas	
<input type="checkbox"/> ¿Cuál es la fecha de hoy? (Día, mes y año)	
<input type="checkbox"/> ¿Qué día de la semana es hoy?	
<input type="checkbox"/> ¿Cuál es el nombre de este sitio?	
<input type="checkbox"/> ¿Cuál es su número de teléfono? (Si no tiene la dirección)	
<input type="checkbox"/> ¿Qué edad tiene?	
<input type="checkbox"/> Dígame su fecha de nacimiento	
<input type="checkbox"/> ¿Cómo se llama el presidente del gobierno?	
<input type="checkbox"/> ¿Cómo se llama el anterior presidente del gobierno?	
<input type="checkbox"/> Dígame el apellido de su madre	
<input type="checkbox"/> Reste de tres en tres desde veinte	
Normal	Total respuestas erróneas 0

ANEXO III

INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA LA MEDICACIÓN:DAI-10

Referencia:

Fecha:

Lea detenidamente cada una de las frases siguientes y decida si para usted son verdaderas o falsas. Las frases se refieren únicamente a la medicación psiquiátrica que toma actualmente.

Si una frase es verdadera o en su mayor parte verdadera, rodee con un círculo la **V**. Si una frase es falsa o en su mayor parte falsa, rodee con un círculo la **F**. Si desea cambiar alguna respuesta, tache con una X la respuesta errónea y marque con un círculo la respuesta correcta.

1	Para mí lo bueno de la medicación supera lo malo	V	F
2	Me siento raro/a, como un zombi con la medicación	V	F
3	Tomo medicación por decisión mía	V	F
4	La medicación hace que me sienta más relajado/a	V	F
5	La medicación hace que me sienta cansado/a y lento/a	V	F
6	Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a	V	F
7	Me siento más normal con la medicación	V	F
8	Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por medicaciones	V	F
9	Mis pensamientos son más claros con medicación	V	F
10	Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo	V	F

ANEXO IV

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE SEVILLA

El objetivo de este cuestionario es conocer su opinión sobre algunos aspectos de su vida actual. A continuación se le presentan una serie de afirmaciones para que juzgue si está de acuerdo con ellas y anote su opinión en la hoja de respuestas. No responda en este cuadernillo. En la hoja de respuestas se le presenta el número de cada afirmación y cinco recuadros:

1
completo desacuerdo completo acuerdo

El número 1 corresponde a la afirmación 1 del cuestionario. Lea una afirmación y anote su opinión en la hoja de respuesta.

Conteste del siguiente modo

Señale con una cruz la posición que más se acerca a su opinión en cada ítem correspondiente.

Si su opinión es de completo acuerdo, responda así:

completo desacuerdo completo acuerdo

Si su opinión es de completo desacuerdo, señale el primer recuadro

completo desacuerdo completo acuerdo

Si no está ni de acuerdo ni tampoco en desacuerdo, señale el tercer recuadro

completo desacuerdo completo acuerdo

Si su opinión se inclina un poco hacia el acuerdo, señale el cuarto recuadro

completo desacuerdo completo acuerdo

Si su opinión se inclina un poco hacia el desacuerdo, señale el segundo recuadro

completo desacuerdo completo acuerdo

No olvide contestar todas las preguntas. Conteste simplemente lo que usted piensa, y lo más rápidamente posible. Evalúe cada cuestión por separado y no vuelva atrás.

No existen respuestas correctas.

Escala D

- (1) Tengo dificultad para comprender la T.V.
- (2) No me entero de las cosas aunque me interesen

- (3) No comprendo lo que dice la gente
- (4) Me aburro todo el día
- (5) No puedo aprender nada
- (6) Tengo dificultad para participar en las conversaciones
- (7) Sólo hago lo que los demás quieren y no lo que yo quiero
- (8) Me hace sufrir no poder controlar mis impulsos
- (9) No puedo dejar de notar las cosas desagradables
- (10) Los demás me hacen sufrir
- (11) Me hace sufrir sentir me cuerpo extraño
- (12) Siento miedo constantemente
- (13) Es insoportable no poder estar quieto
- (14) Me hace sufrir el sentirme raro
- (15) Me da miedo la vida
- (16) Me molesta estar estreñido
- (17) Sufro por que estoy enfermo
- (18) Me siento muy cansado
- (19) Veo las cosas borrosas
- (20) Me doy miedo a mí mismo
- (21) No me acuerdo de las cosas que tengo que hacer
- (22) Los vecinos me molestan
- (23) Todo me angustia
- (24) Me mareo con facilidad
- (25) Me desagrada no poder controlar mis pensamientos
- (26) Estoy triste continuamente
- (27) Me gustaría poder hacer daño
- (28) Me cuesta trabajo dirigirme a los demás
- (29) Me siento cobarde
- (30) No puedo controlarme
- (31) Me siento como un zombie o un robot
- (32) Siento los músculos tensos
- (33) No tengo interés por nada
- (34) El día se me hace largo
- (35) Alguien, que no se quién, me hace sufrir
- (36) Me paso el día medio dormido y eso me molesta
- (37) Sufro cuando dentro de mi algo me impide hacer lo que quiero
- (38) Tengo dificultades para encontrar las palabras para hablar
- (39) Repetir una cosa muchas veces me alivia
- (40) Si no deajo salir la rabia me siento muy mal

- (41) Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor
- (42) No puedo hacer bien las cosas normales
- (43) No se lo que me pasa y eso me asusta
- (44) Me molesta no tener gracia para contar chistes
- (45) Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer
- (46) Me voy de la casa o me escondo cuando...

Escala F

- (1) Consigo lo que quiero
- (2) Los demás aprueban mi forma de ser
- (3) Cuando decido algo, lo realizo
- (4) Estoy contento con lo que hago
- (5) Me gusta como soy
- (6) Tengo aficiones que me divierten y llenan mi tiempo libre
- (7) Me siento a gusto con la gente
- (8) Distribuyo bien mi tiempo
- (9) Me siento a gusto con mis pensamientos
- (10) Yo decido como quiero vivir
- (11) Soy capaz de organizar mi vida diaria
- (12) Estoy satisfecho con la actividad que realizo
- (13) Me satisface la energía que tengo

Hoja de respuestas Escala D

Nombre: Edad:..... Sexo:.....
 Nivel educacional: Fecha:

		1	2	3	4	5	
1	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
2	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
3	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
4	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
5	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
6	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
7	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
8	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
9	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
10	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo

11	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
12	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
13	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
14	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
15	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
16	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
17	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
18	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
19	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
20	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
21	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
22	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
23	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
24	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
25	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
26	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
27	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
28	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
29	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
30	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
31	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
32	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
33	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
34	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
35	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
36	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo

37	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
38	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
39	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
40	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
41	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
42	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
43	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
44	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
45	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
46	completo acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	completo desacuerdo

Hoja de respuestas Escala F

Nombre: Edad:..... Sexo:.....

Nivel educacional: Fecha:

		1	2	3	4	5	
1	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
2	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
3	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
4	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
5	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
6	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
7	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
8	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
9	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
10	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
11	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
12	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo
13	completo acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	completo desacuerdo