

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
EN SALUD MENTAL COMUNITARIA
Trabajo Fin de Máster**

“EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA EL EMPODERAMIENTO DE
PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)”.

**Autora: Ana Maravillas González Fajardo
Director/Tutor: Dr. Manuel Gómez-Beneyto
Curso: 2014-2015
Depósito: 15 de Julio de 2015**



Agradecimientos

Gracias a Manuel Gómez-Beneyto, ya que sin su ayuda y disposición, no hubiera sido posible la realización de este proyecto.

Gracias a mis compañeras de master, María José Ballester Arroniz y María Dolores Roca Roca, ya que han sido muy importantes para mí en la ejecución de todas las tareas que se nos han asignado a lo largo de estos meses.

A Juan José por ser mi referente y mi apoyo.

Resumen:

“EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA EL EMPODERAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE”

Introducción: El Trastorno Mental Grave, es un problema de primera magnitud, por el impacto que produce, en las personas, sus familias, la sociedad y el sistema sanitario.

Con este proyecto se quiere ofrecer a los usuarios y a las familias, una herramienta para informar sobre empoderamiento en personas con Trastorno Mental Grave, mediante un programa psicoeducativo realizado en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de San Andrés de la Región de Murcia, con la finalidad de mejorar y aumentar la autonomía, la calidad de vida, el bienestar personal, la participación activa y social y la toma de decisiones de los participantes.

Objetivo: Determinar la viabilidad de un estudio de eficacia de un programa psicoeducativo para personas con Trastorno Mental Grave, que asistan a la Unidad de Rehabilitación Psicosocial del Área 1 de la Región de Murcia, para el empoderamiento.

Diseño: Se propone un estudio de viabilidad, con una muestra reducida estimada de antemano en 20 usuarios (10 en Grupo Experimental y 10 en Grupo Control) para garantizar un buen manejo del formato grupal.

Procedimiento: Recogida de datos relativos a las variables de estudio: Programa psicoeducativo, bloque de empoderamiento, escala de empoderamiento, autoestima, autoeficacia percibida, locus de control, son instrumentos autoaplicados. Además se recogerán datos relativos a otras variables para explorar: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, tiempo transcurrido tras el diagnóstico, número de reingresos y adherencia al tratamiento.

Análisis: Se utilizará el sistema SPSS. 20 para el análisis estadístico de los resultados de las variables recogidas.

Palabras clave: Empoderamiento, Trastorno Mental Grave, Programa psicoeducativo.

Abstract:

"EFFECTIVENESS OF PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM FOR THE EMPOWERMENT OF PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDER"

Introduction: Severe Mental Disorder is a big problem, because of the impact it produces, on people, their families, society and the health system. This project is to provide users and families, a tool to report on empowerment in people with Severe Mental Disorder, through a psychoeducational program in the Rehabilitation Unit of Mental Health of San Andrés de Murcia, in order to improve and increase the autonomy, quality of life, personal well-being, active and social participation and decision making of the participants. To determine the feasibility of a study of effectiveness of a psychoeducational program for people with Severe Mental Disorder, attending Psychosocial Rehabilitation Unit Area 1 of the Region of Murcia, for empowerment.

Design: A feasibility study is proposed, with a small sample estimated in advance in 20 patients (10 in experimental group and 10 in control group).

Method: Collecting data on the study variables: psychoeducational program of empowerment, level of empowerment, self-esteem, self-efficacy, locus of control, are self-administered instruments. Other variables: age, sex, education level, marital status, time since diagnosis, number of readmissions and treatment adherence.

Analysis: SPSS system will be used. 20 for statistical analysis of the results of the variables collected.

Keywords: Empowerment, Severe Mental Disorder, Psychoeducational Program.

Lista de abreviaturas

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CSM: Centro de Salud Mental.

ECA: Ensayo Clínico Aleatorio.

GPC: Guía de Práctica Clínica.

NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

TMG: Trastorno Mental Grave.

TMS: Trastorno Mental Severo.

ÍNDICE

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	1-12
JUSTIFICACIÓN.....	13-14
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	15
MATERIAL Y MÉTODO.....	16-24
<i>Muestra</i>	16
<i>Participantes</i>	16
<i>Tamaño muestral</i>	16
<i>Criterios de selección de la muestra</i>	16
Criterios de Inclusión.....	16
Criterios de Exclusión.....	16
<i>Intervenciones</i>	17
<i>Metodología de la Intervención</i>	17-18
Variables.....	18-26
<i>Variable independiente</i>	18-22
<i>Variable dependiente</i>	21-24
<i>V. dependientes secundarias</i>	23-24
<i>Variables descriptivas de la muestra</i>	23
<i>Variables de ámbito asistencial</i>	24
<i>Fuentes de información</i>	24
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	25
CRONOGRAMA.....	26
RECURSOSHUMANOSYMATERIALES.....	26
RESULTADOS.....	27
CONSIDERACIONESETICAS.....	28
DISCUSIÓN.....	29-31
CONCLUSIONES.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	33-36

Anexos

Anexo I: **PERMISO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.**

Anexo II: **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Anexo III: **HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO.**

Anexo IV: **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS y de ÁMBITO SANITARIO.**

Anexo V: **ANEXO V: ESCALA DE EMPODERAMIENTO PERSONAL DE ROGERS (1997)
ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL.**

Anexo VI: **ESCALA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA.**

Anexo VII: **ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENGER 1965.**

Anexo VIII: **ESCALA DE ESFERAS DE CONTROL (SOC-3) (1990)**

Antecedentes y estado actual del tema.

Trastorno Mental Grave (TMG).

Los términos “trastorno mental grave (TMG)” o “trastorno mental severo (TMS)” son de amplia implantación en nuestro medio y proceden del anglosajón Severe Mental Illness, término que hace referencia a un concepto teórico que aglutina una serie de condiciones clínicas con una baja prevalencia y gran repercusión en la práctica asistencial (1).

Los trastornos mentales son un problema de primera magnitud, por su elevada prevalencia (existen estimaciones que sugieren que entre el 15 y el 25% de la población general los padece) y por el impacto de sufrimiento, desestructuración en las personas, sus familias y su entorno más cercano (1). En la población española incluida en el estudio ESEMED, se concluyó que la prevalencia de esquizofrenia y trastornos afines estaría en alrededor del 7 por 1.000 (2). Se prevé que estas cifras se incrementarán en el futuro (3).

La definición que alcanza un mayor grado de consenso es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que define a este colectivo como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social” (4).

Todas las categorías diagnósticas incluidas en TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal no solo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad.

Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)(5):

- .
- Trastornos esquizofrénicos.
- Trastorno esquizotípico.
- Trastornos delirantes persistentes.
- Trastornos delirantes inducidos.
- Trastornos esquizoafectivos.
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
- Trastorno bipolar.

- Episodios depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Trastornos depresivos graves recurrentes.
- Trastorno obsesivo compulsivo.

Se ha utilizado como criterio para establecer el TMG una evolución de trastorno de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación), aunque remitan los síntomas. El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tienen un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Los criterios del NIMH(4) definen como alternativa los siguientes criterios:

- Haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida.
- Haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital.

Para hablar de personas con TMG, también vamos a tener en cuenta la presencia de discapacidad, definida mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar. Según la definición del NIMH(4), esta discapacidad produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.

Rehabilitación Psicosocial.

En la segunda mitad del siglo XX, se empieza a instaurar un modelo comunitario de atención a la enfermedad mental, consideraba que el marco idóneo para el tratamiento de los trastornos mentales no era una institución cerrada, sino la comunidad. Por tanto la vida de estas personas pasa a desarrollarse en sus hogares familiares o en residencias.

Estamos ante un giro significativo en la forma de entender la organización de la asistencia en salud mental, iniciado bajo la influencia de una creciente conciencia de ciudadanía y de sensibilidad hacia el respeto de los derechos humanos, este movimiento está siendo liderado, entre otros colectivos, por las asociaciones de familiares y consumidores de los servicios sanitarios.

En esta nueva visión de la atención, tiene un papel fundamental la rehabilitación psicosocial, también denominada rehabilitación psiquiátrica, que consiste en “un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas, y se orientan a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida, y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas” (6).

Sus métodos incluyen una mezcla de técnicas diversas, que van desde lo biológico (un correcto tratamiento farmacológico), a la psicoterapia, el entrenamiento en habilidades psicosociales y vocacionales, la rehabilitación cognitiva, los grupos de autoayuda y la educación para los usuarios, sus familias y la propia comunidad, así como la participación e influencia sobre aspectos legislativos y la educación de la población, para modificar su percepción sobre la salud mental y ayudar a reducir la discriminación y el estigma (7) .

El foco principal de la rehabilitación es el funcionamiento de la persona en su entorno habitual, la mejora de sus capacidades personales y sociales, el apoyo al desempeño de los diferentes roles de la vida social y comunitaria, y, en definitiva, la mejora de la calidad de vida de la persona afectada y de su familia, y el apoyo a su participación social en la comunidad del modo más activo, normalizado e independiente posible en cada caso. En otros términos, la rehabilitación psicosocial tiene como objetivo ayudar a personas con enfermedades mentales graves y persistentes a desarrollar las habilidades intelectuales sociales y emocionales que precisen para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con el menor apoyo profesional posible (7).

La rehabilitación psicosocial por tanto, es un instrumento puesto al servicio de la recuperación de la persona, y es necesaria su integración en todo el Sistema de Servicios Comunitarios de Salud Mental.

El estudio se desarrollará en un la Unidad de Rehabilitación de San Andrés de la Región de Murcia, adherido a la red de Salud Mental, perteneciente al Área I de salud, situado en la Ciudad de Murcia. Está Unidad pertenece al modelo de Atención Comunitaria para la atención a los trastornos mentales graves (TMG) donde son atendidas aproximadamente 120 usuarios afectados.

Recuperación.

La atención a las personas con TMG requiere la integración de distintos niveles de atención y diferentes tipos de intervención que forman un conjunto inseparable, y que se integran en nuevos objetivos: autonomía, calidad de vida, bienestar personal, participación social en torno al concepto de recuperación personal. Y es así que la atención a la enfermedad mental no se reduce ahora solo a la aminoración de síntomas sino que debe hacer frente a las diversas necesidades consecuentes. La atención a estas personas exige, en definitiva, integrar las intervenciones psicofarmacológicas y las intervenciones psicosociales en una red de salud mental formada por equipos interdisciplinarios.

Los nuevos enfoques terapéuticos y rehabilitadores apuestan por el paradigma de la recuperación (recovery) y bienestar (well-being), y se han ido introduciendo conceptos como “atención integral e integrada”, que pretenden abarcar todo el déficit y las desventajas sociales que produce el impacto de la enfermedad mental en la persona que la padece. Esto supone un cambio hacia la participación de otros agentes, además del sanitario, y de otras intervenciones además de la farmacológica.

Desde finales del siglo pasado, el concepto de recuperación del TMG se ha convertido en un concepto dominante en el sistema de cuidado de salud (8), se refiere al proceso de superación de la enfermedad más que al mero control de síntomas y, yendo más allá de la enfermedad, persigue una vida significativa y satisfactoria. Implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida de uno mismo a medida que uno crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental y no se refiere solo al alivio de síntomas, sino también a la competencia social y personal en áreas que la persona define como importantes (9).

Anthony et al.(10) señala que las prácticas dirigidas a la recuperación reconocen que las personas con enfermedad mental tienen los mismos deseos y necesidades de trabajo, alojamiento, relaciones y ocio que cualquier otra persona que no sufre enfermedad mental.

La recuperación no es ni un servicio ni un resultado unitario de los servicios; es un estado personal (11).

Empoderamiento: Estructural e Individual.

La OMS considera que el “empoderamiento” es un concepto esencial de la promoción de la salud. La Declaración de Alma-Ata (12) y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (13), reconocen su importancia para la prevención (de la enfermedad) y la promoción de la

salud. Uno de los seis puntos clave para la guía de actuaciones que aparecen en la Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades No Trasmisibles (14), establece que “las personas deben ser empoderadas para promocionar su propia salud, para interactuar con los servicios sanitarios y participar activamente en la gestión de la enfermedad”. La Declaración de Salud Mental para Europa (15), el Plan de Acción en Salud Mental para Europa (16) y el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (17), reconocen que el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental y de sus cuidadores es prioritario en las próximas décadas.

El empoderamiento tiene que tener lugar, de forma simultánea, a nivel poblacional e individual, ya que consiste en un proceso social multidimensional, a través del cual los individuos y los grupos logran un mejor conocimiento y mayor control sobre sus vidas. Como consecuencia de ello, pueden transformar su entorno social y político para mejorar sus circunstancias vitales que están relacionadas con la salud (18).

Estar incluido en la sociedad en la que se vive es vital para el empoderamiento material, psicosocial y político que sostiene el bienestar social y el derecho a la salud (19). Puesto que la salud es un derecho humano fundamental, el empoderamiento de los pacientes y de sus familias, amigos u otros cuidadores informales, es una labor social que fomenta que comunidades, empleadores, sindicatos, instituciones educativas y organizaciones de voluntariado respeten la salud y el bienestar de los individuos y de la población y que actúen de forma que impulsen el empoderamiento de individuos y grupos para que respeten sus propios derechos, y los de los demás, a la salud y al bienestar.

A nivel individual, el empoderamiento es un elemento importante del desarrollo humano. Es un proceso de toma de control y responsabilidad de las actuaciones que tienen como propósito alcanzar la totalidad de su capacidad. Dicho proceso consta de cuatro dimensiones que son las siguientes:

- autoconfianza,
- participación en las decisiones,
- dignidad y respeto,
- pertenencia y contribución a una sociedad más plural,

Para el individuo, el proceso de empoderamiento significa vencer una situación de impotencia y adquirir control sobre la propia vida. Dicho proceso comienza por la definición individual de las necesidades y objetivos deseados, centrándose en el desarrollo de las capacidades y recursos que lo apoyen. El empoderamiento de las personas está dirigido a ayudar a la autodeterminación y autonomía, para que pueda ejercer más influencia en la toma de decisiones sociales y políticas, y para aumentar su autoestima.

Las comunidades pueden apoyar a los usuarios en este proceso, estableciendo redes sociales y movilizando ayuda social; así se mejora la cohesión entre individuos y se puede apoyar a las personas que están atravesando periodos de vulnerabilidad (17).

El empoderamiento de la comunidad comprende un mayor grado de empoderamiento individual de los miembros que la forman, un sentimiento más fuerte de pertenencia a la comunidad, el desarrollo de actividades políticas y la participación en ellas, el liderazgo en el proceso de toma de decisiones y el acceso a los recursos que benefician a la comunidad (20, 21).

En el contexto de salud mental, la palabra empoderamiento se refiere al grado de elección, influencia y control que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer en los acontecimientos que se producen en sus vidas. La llave que abre las puertas del empoderamiento es la eliminación de los impedimentos formales e informales, así como la transformación de las relaciones de poder entre individuos, comunidades, servicios y gobiernos. El poder es crucial cuando se habla de empoderamiento y unos elementos importantes de las estrategias de empoderamiento son (22):

1. Poder para tomar decisiones y partir de un rango de opciones.
2. Acceso a la información y recursos.
3. Capacidad para redefinirse y redefinir la relación con las instituciones.
4. Sentimiento de pertenencia al grupo.
5. Conocimiento de los derechos propios.
6. Capacidad para cambiar la percepción que los otros tienen de uno mismo y sus capacidades.
7. Capacidad para fomentar una imagen positiva de sí mismo y superar el estigma internalizado.
8. Capacidad de actuar de forma asertiva y con esperanza.

En el pasado, las personas con problemas de salud mental no han tenido voz. Ni ellas ni sus familias participaban en la toma de decisiones cuando acudían a los servicios de salud mental, y continúan estando en riesgo de exclusión social y discriminación en todas las facetas de la vida (23).

El desempoderamiento de los usuarios/as de los servicios de salud mental opera en todos los niveles. A nivel social y estructural, el estigma está presente en todas las sociedades y existen muchos impedimentos para un acceso pleno al trabajo y a otras actividades sociales. En los niveles de organización y prestación de los servicios, las personas que utilizan los servicios de salud mental están pobremente informadas, y a menudo no se las consulta o no son tratadas adecuadamente.

Está demostrado que la falta de influencia y control puede conducir a resultados negativos para la salud. Por el contrario la habilidad para ejercer control e influencia, puede actuar como un factor protector en situaciones de riesgo de enfermedad, incluso existiendo un nivel de estrés elevado. La impotencia se ha revelado como un factor de riesgo clave en la etiología de la enfermedad, y hay pruebas en diferentes campos que sugieren que empoderar no es sólo un conjunto de valores, sino que también produce resultados positivos, como son: aumento del bienestar emocional, independencia, motivación para participar, y mayores estrategias efectivas para sobrellevar la enfermedad.

Aumentar el empoderamiento de los usuarios de los servicios de salud mental produce beneficios tangibles en el aspecto biológico, psicológico y social lo que incluye un mayor sentido de conexión con los grupos sociales y una implicación significativa en la sociedad.

Los usuarios/as y los cuidadores/as consideran que es importante abogar por las siguientes cuestiones: derecho a la autonomía y autodeterminación, derecho a servicios accesibles y adecuados, evaluación de los servicios por parte de los usuarios, derecho al reconocimiento como persona ante la ley sin ninguna discriminación, desestigmatización de los trastornos mentales, y más servicios inclusivos y respetuosos con implicación de usuarios y cuidadores (24).

El enfoque de empoderamiento fomenta el reconocimiento y el desarrollo de las fortalezas, recursos y habilidades del usuario (25).

A veces, los profesionales de salud mental consideran que a los usuarios del servicio y sus familias les falta capacidad para tomar decisiones o para hacerlo correctamente. Como consecuencia los servicios adoptan, frecuentemente, una postura paternalista limitando el número o calidad de las decisiones que los usuarios y sus familias pueden tomar. Hay que resaltar que sin apoyo en la toma de decisiones, los usuarios quedan atrapados en relaciones de dependencia que se prolongan en el tiempo. Nadie puede ser independiente si no tiene ocasión de tomar decisiones importantes sobre su vida.

En algunos casos, la negación de la capacidad jurídica es el obstáculo principal para la toma de decisiones: En ocasiones excepcionales, se prohíbe legalmente que una persona tome decisiones en el ámbito de la libertad personal. Las personas con problemas de salud mental deberían gozar de capacidad jurídica, en términos de igualdad, en todos los aspectos de la vida y asimismo los estados tienen la obligación de proporcionar ayuda a las personas que necesitan asistencia para tomar decisiones (26).

Otra de las cosas que argumentan los usuarios es, que las decisiones no se toman en vacío. Las personas sólo deciden correctamente cuando tienen la información suficiente para valorar las consecuencias que se derivan de varias posibilidades de elección, dicho con otras palabras:

las decisiones tienen que ser informadas. De nuevo y como consecuencia del paternalismo, los profesionales de salud mental restringen frecuentemente la información creyendo que lo hacen en beneficio de los usuarios. Este hecho se convierte en una profecía cumplida, puesto que como falta la información adecuada los usuarios deciden de forma que confirma la creencia de los profesionales sobre su inadecuación para la toma de decisiones.

Hacer una elección sensata significa que los usuarios han podido conocer todas las opciones pertinentes posibles, y que han recibido toda la ayuda requerida y adecuada para realizar dicha elección.

A continuación se recogen acciones recomendadas para empoderar a los usuarios teniendo en cuenta la educación y formación de los profesionales, usuario/as, cuidadores/as y la comunidad (26):

- Los que diseñan e imparten la formación a los profesionales de salud mental tendrían que cooperar sistemáticamente con los usuarios y cuidadores.
- Buscar formadores procedentes de diferentes campos, por ejemplo: de minorías étnicas o lingüísticas, o relacionados específicamente con niñas y mujeres con problemas de salud mental.
- Incluir el estigma de la enfermedad mental en el currículo de atención primaria y de los profesionales de salud mental.
- Ofrecer formación a actores sociales relevantes tales como policía y empresarios.
- Garantizar la paridad entre usuarios y no usuarios, mismos honorarios para un asesor profesional o formador sea, o no, usuario o cuidador.
- Ofrecer formación a usuarios y cuidadores en habilidades para participar en comisiones de trabajo y desarrollo del liderazgo.
- Desarrollo de rutas y vías para el usuario, en los roles y oportunidades que tienen las profesiones asistenciales a nivel de grado y postgrado.

El proceso de empoderamiento exige actuar en varios niveles: social/ estructural, provisión de servicios y desarrollo profesional, comunitario e individual. Teniendo en cuenta las consideraciones arriba expuestas, la actuación para empoderar al usuario debe cubrir los siguientes aspectos y en los cinco niveles mencionados (27):

1. Protección de los derechos humanos de los usuarios de servicios y lucha contra el estigma y la discriminación;
2. Garantizar unos cuidados de alta calidad y la responsabilidad de los servicios;
3. Acceso a la información y a los recursos;
4. Inclusión en la toma de decisiones;

5. Disponer de capacidad de organización en el ámbito local para reclamar ante las instituciones y las estructuras gubernamentales.

A continuación se recogen acciones recomendadas para empoderar a los usuarios a Nivel Estructural:

- Asegurar el respeto, la protección y el cumplimiento de todos los derechos humanos de las personas que utilizan los servicios de salud mental. Como ejemplo podríamos citar la capacidad que tienen los gobiernos de implementar de forma efectiva instrumentos de derechos humanos, muchos de los cuales protegen, de forma directa o indirecta, a las personas con problemas de salud mental, que contiene una amplia legislación contra la discriminación y estrictos mecanismos de cumplimiento (28).
- Proporcionar recursos que impulsen la creación de servicios dirigidos por usuarios, incluyendo instituciones representativas que nutran a actividades públicas y políticas, y que sean activas a nivel internacional, nacional, regional y local.
- Construir un capital social a través de financiación y dotación de recursos a redes locales de usuarios y cuidadores.
- Proporcionar recursos independientes de promoción y defensa en todos los ámbitos de la vida y la sociedad.
- Asegurar que las actividades de los poderes públicos reduzcan el estigma y la discriminación e impulsen unos servicios comunitarios, multinivel, que impliquen campañas de concienciación pública.
- Facilitar la relación entre los usuarios y los medios de comunicación con la finalidad de sensibilizarlos para que informen sobre las personas con problemas de salud mental de forma no estigmatizante.
- Garantizar la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos y actividades contra el estigma en los lugares de trabajo.

En el aspecto individual, aunque las estructuras, las condiciones y la ayuda pueden crear oportunidades que contribuyan al empoderamiento de los individuos la responsabilidad recae, en última instancia, en los individuos para reclamar el control de sus problemas, sus vidas y la forma en la que son tratados.

En el plano individual, los usuarios recuperan el control mediante las actuaciones siguientes (29):

- Creación o fortalecimiento de las formas en las que manejan sus dificultades (por ejemplo, mediante la planificación de su recuperación personal).

- Teniendo voz en su tratamiento y en la atención que reciben, así como planificando la gestión de las crisis de manera que puedan ejercer influencia en su vida incluso en los momentos de gravedad (instrucciones previas, actas de voluntades anticipadas); y
- Trabajando para conseguir sus propias metas y objetivos: trabajo, educación, mejora de los roles familiares y en las relaciones personales.

Todo lo expuesto supone demandar derechos y asumir deberes que crean y maximizan las libertades que otorgan a los usuarios de los servicios de salud mental un estatus de igualdad en la sociedad, pero para ello es necesario el fomento de (30):

1. El respeto, la independencia y la protección en forma de:

- Derecho a la privacidad, recibiendo y ejercitando todos los derechos y deberes que tienen todos los ciudadanos y ciudadanas, y estando libre de cualquier clase de discriminación.
- Prestaciones que garanticen un digno nivel de vida, elección de residencia y domicilio con todos los derechos que conlleva.
- Garantía de derechos de propiedad, acceso a representación jurídica gratuita, o asequible, y ausencia de coacción.

2. Elección y oportunidades de desarrollo personal e inclusión social en forma de acceso equitativo a la información, trabajo y apoyo de sus iguales.

3. Desarrollo personal mediante oportunidades de educación y ocio: escuelas, universidades y bibliotecas, acceso a Internet, actividades de ocio variadas y viajes.

4. Inclusión social en términos de acceso a las actividades públicas, sin restricción en la pertenencia a clubes y sin limitación a seguros sanitarios y recepción de préstamos bancarios.

Psicoeducación y psicoeducación en empoderamiento.

Teniendo en cuenta que las intervenciones farmacológicas han constituido el tratamiento principal de las personas con TMG desde la introducción de aquellas en los años cincuenta, el control parcial y limitado de la sintomatología, los efectos secundarios a corto y a largo plazo, y la pobre adherencia al tratamiento de un porcentaje no desdeñable de personas afectadas, los servicios de salud se plantean la necesidad de cambiar y empezar a considerar que el tratamiento farmacológico se complementa con otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, que se han de coordinar y aplicar de manera eficiente para conseguir una recuperación de los episodios agudos y del déficit funcional durante los episodios y entre ellos (31).

Como indican Gisbert et al. (32), las intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial, como parte de la atención integral a las personas con TMG, tienen como finalidad la superación o

compensación de las dificultades psicosociales y de integración social que sufren estas personas, apoyándoles en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios.

Este tipo de intervenciones se centran en el funcionamiento de la persona, mejorar sus capacidades personales y sociales, y apoyar el desempeño de los diferentes roles de la vida social y comunitaria. En definitiva, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, apoyando su participación social en la comunidad de un modo lo más activo, normalizado e independiente posible (32).

Se articulan a través de un proceso individualizado que combina, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad. Incluye desde psicoeducación y asesoramiento a las familias, hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico (33).

Las intervenciones psicosociales en rehabilitación han ganado en operatividad y eficacia con la incorporación de diferentes estrategias extrapoladas y adaptadas del campo de la psicología, del aprendizaje social, la modificación de conducta, la intervención social y los recursos humanos, incluyendo entre otras: entrenamiento y desarrollo de habilidades personales y sociales, estrategias psicoeducativas y de intervención psicosocial con familias y usuarios, desarrollo de redes sociales, apoyo social, etc. Este conjunto de estrategias de intervención psicosocial han demostrado su eficacia en la mejora del funcionamiento psicosocial de personas con TMG y en su adaptación y mantenimiento en la comunidad (34).

Según la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave del Ministerio de Sanidad y Política Social(35):

- Hay que proporcionar información de calidad sobre el diagnóstico y el tratamiento, dar apoyo y estrategias de manejo a las personas con TMG y diagnóstico de trastornos esquizofrénicos y relacionados, a los familiares y a las personas con las que convivan.
- En los programas psicoeducativos que se oferten a las personas con TMG y diagnóstico de trastornos esquizofrénicos y relacionados, se deberá incorporar a la familia.
- Los programas psicoeducativos grupales dirigidos a las personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar deberán incorporar técnicas psicológicas específicas, realizarse en un periodo relativamente estable de su trastorno y siempre como complemento al tratamiento psicofarmacológico.

- Los programas psicoeducativos para personas con TMG deberán estar integrados como una intervención complementaria en un plan de tratamiento individualizado, de duración proporcional con los objetivos propuestos, considerando un mínimo de 9 meses de duración del programa intensivo y la necesidad de sesiones de recuerdo indefinidas.

Aunque es un concepto, el del empoderamiento que ha sido ampliamente discutido (36), los servicios, tales como clubes o asociaciones, viviendas de apoyo, el empleo, y el apoyo de los compañeros han sido identificados como recursos de empoderamiento (37), en la literatura específica se discute sobre la necesidad de la psicoeducación y el trabajo con los usuarios sobre el empoderamiento en sí.

La Psicoeducación informa a los individuos sobre temas que son fundamentales para su proceso de recuperación y empodera a las personas a participar activamente en su recuperación, ya que tienen el conocimiento y la información necesarios (38).

La Psicoeducación en Empoderamiento debe ser incluida en el repertorio de trabajo con grupos y servicios en un entorno de Rehabilitación Psicosocial. Los beneficios de la capacitación de los usuarios, incluyen la imagen de sí mismo, auto-eficacia, confianza y esperanza, así como el aumento de la capacidad para hacer frente a la vida cotidiana, una mayor satisfacción con el tratamiento, y una mayor probabilidad de alcanzar los objetivos del tratamiento (39).

El papel del personal sanitario que proporciona la psicoeducación, es facilitar la colaboración de todos los participantes y establecer una relación terapéutica (40).

Por otro lado, Corrigan (2004), afirma que la colaboración de los profesionales y las aportaciones de los participantes son formas básicas para apoyar el empoderamiento de las personas con enfermedad mental (41).

Si bien la capacitación es una faceta comúnmente discutida en el entorno de la Rehabilitación Psicosocial (39), hay poca literatura que aborde la participación de los pacientes en psicoeducación y menos aún en el caso del empoderamiento en dispositivos de Rehabilitación.

Justificación.

Teniendo en cuenta los datos sobre incidencia y prevalencia del Trastorno Mental Grave y la magnitud de las consecuencias de esta enfermedad, tanto para el individuo, la familia, la comunidad y a nivel sanitario. Vemos muy beneficiosa, la utilización del empoderamiento en entornos de Rehabilitación Psicosocial, ya que por lo que hemos visto en la bibliografía consultada, en la última década los movimientos sobre el empoderamiento de la población de salud mental, se están haciendo cada vez más visibles y numerosos.

Por otro lado, los profesionales de la sanidad que trabajamos con este tipo de pacientes, tenemos que estar implicados y ser partícipes de su proceso de recuperación, facilitándoles las herramientas adecuadas y andando con ellos, el camino hacia la autodeterminación y la capacitación. Sin duda, el eje fundamental para conseguir lo anteriormente dicho, es el trabajo con el paciente con TMG, desde el punto de vista biopsicosocial, utilizando para ello todo el arsenal psicoterapéutico del que disponemos, para la mejora de su pronóstico clínico.

Hay que tener en cuenta la gran variedad de formas de empoderamiento, y dentro de las más importantes, se encuentran los programas de psicoeducación, por el aporte de información que aporta al usuario.

Pensamos que este tipo de programas psicoeducativos, le darían al paciente otro punto de apoyo donde anclarse, dentro de ese mar revuelto, que supone la enfermedad. Aclarando muchas de sus dudas y temores, mejorando sus conocimientos, y esto tendría como consecuencias, una mejor comprensión de la enfermedad y una actitud más enérgica, hacia el cambio de algunas creencias y atribuciones, de la misma. Disminuyendo a su vez los sentimientos de minusvalía, estigmatización y cosificación, que son una característica importante en estos pacientes. También les ayudaría a la adquisición de mecanismos de aceptación de su proceso de enfermedad.

Ante la escasez de programas psicoeducativos orientados al empoderamiento, veo la necesidad de utilizar un programa de estas características en la población con TMG de mi área de trabajo, y mediante un trabajo empírico comprobar si los resultados que obtenga son los esperados.

Una de las partes que se beneficiaría indirectamente de este tipo de programas educativos, sería la familia de los pacientes, ya que, hacia ellos van dirigidos, también todos los esfuerzos terapéuticos puestos en marcha por el equipo y particularmente por el personal de enfermería.

Otra parte clave, sería el propio sistema sanitario, ya que, se beneficiaría de la disminución del número de ingresos hospitalarios de estos pacientes, disminuyendo por lo tanto, los costes derivados de la gestión de los mismos y también habría un mayor aprovechamiento de los recursos sanitarios disponibles.

Por último, y teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, otra parte beneficiada, con el proceso educativo, es la profesión enfermera, por el aumento de conocimientos y autonomía, que nos dan este tipo de intervenciones y que tan importantes son para el crecimiento de nuestra disciplina.

Se han encontrado problemas para focalizar la búsqueda de la evidencia científica debido a que la mayoría de estudios asocian psicoeducación como parte esencial de la intervención familiar, aunque las encuestas sobre la actividad clínica nos informan de que la incorporación familiar es muy escasa y no generalizada en la práctica clínica.

Se he hecho una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos:

- PsycINFO
- Medline
- The Cochrane Library.

Con las siguientes palabras clave: Empowerment, Severe Mental Disorder, Psychoeducational program.

Debido a la nula utilización del empoderamiento en psicoeducación, sólo se ha encontrado un artículo, cuyas características, se acoplaban a lo que pretendemos estudiar.

Hipótesis:

Un programa psicoeducativo para pacientes con trastorno mental grave (TMG), mejora el empoderamiento, la autoestima, la autoeficacia percibida y el locus de control.

Objetivos:

- **Objetivo general.**
 - Determinar la viabilidad de un estudio de eficacia de un programa psicoeducativo para personas con TMG, que asistan a la Unidad de Rehabilitación Psicosocial del Área 1 de la Región de Murcia, para el empoderamiento.

- **Objetivos específicos.**
 - Determinar si el programa psicoeducativo es eficaz para aumentar de la autoestima que presentan los pacientes.

 - Evaluar si el programa psicoeducativo es eficaz para aumentar la autoeficacia percibida por los pacientes participantes en el mismo.

 - Comprobar si el programa psicoeducativo es eficaz para el aumento del locus de control en los pacientes con TMG.

 - Determinar si el programa psicoeducativo disminuye el número de recaídas y reingresos hospitalarios de los pacientes.

 - Determinar si el programa psicoeducativo aumenta la adherencia al tratamiento.

Material y Método

Muestra:

- **Participantes:** Se incluirán las personas que padezcan TMG, que asistan a la Unidad de Rehabilitación Psicosocial del área 1 de salud de la Región de Murcia.

- **Tamaño muestral:**

Se propone un estudio de viabilidad, con una muestra reducida estimada de antemano en 20 pacientes (10 en Grupo Experimental y 10 en Grupo Control) para garantizar un buen manejo del formato grupal.

- **Criterios de selección de la muestra:**

- **Criterios de Inclusión:**

- Ser mayor de 18 años y menor de 60.
- Que tengan disponibilidad de horario para asistir a las sesiones grupales.
- Pacientes con nivel de atención y cooperación adecuado, que sean capaces de participar de manera activa en el desarrollo de las sesiones.
- Que consientan de manera expresa su participación en el estudio (Consentimiento informado).(ANEXO)

- **Criterios de exclusión:**

- Que no consientan de manera expresa su participación en el estudio (Consentimiento informado).
- Que no pueda interpretar correctamente el contenido y finalidad de las sesiones.
- Que padezca algún grado de retraso mental.
- Que no comprenda ni se exprese con fluidez en lengua castellana.

- **Intervenciones:**

Participaran en el estudio todos los pacientes, que acudan a la Unidad de Rehabilitación Psicosocial del área 1 de la Región de Murcia, y que cumplan los criterios de inclusión, se les realizará una entrevista individual por un enfermero especialista en salud mental en la que se le explicarán los objetivos de la investigación, si aceptan, firmarán el consentimiento informado

Posteriormente será asignado, por un investigador ajeno al estudio, de forma aleatoria al grupo experimental (programa psicoeducativo + programa de empoderamiento y tratamiento habitual: enfermería, psicología, psiquiatría) o al grupo control (programa psicoeducativo + tratamiento habitual: enfermería, psicología, psiquiatría) mediante una tabla de números aleatorios, generada por este mismo investigador, (este investigador sabe que pacientes pertenecen a un grupo o a otro). Se enmascarará la secuencia mediante procedimiento de sobre cerrado, los sobres serán depositados en el despacho del coordinador del centro. La secuencia de aleatorización se mantiene oculta hasta el momento de la asignación de los pacientes al grupo experimental o al grupo control.

Otro profesional, que instruya a las enfermeras especialistas en salud mental, en la formación y desarrollo de grupos para llevar a cabo programas psicoeducativos,.

Las dos enfermeras reciben la misma formación y emplean la misma metodología al impartir el programa psicoeducativo, una enfermera imparte el programa psicoeducativo al grupo control y otra imparte el bloque de empoderamiento y el programa psicoeducativo al grupo experimental.

El investigador encargado del análisis final, no sabe cuál es el grupo control o el grupo experimental.

Se llevarán a cabo 1 medición pre-intervención, otra medición de las variables al término del programa, a los seis meses y otra al año de la finalización del tratamiento psicoeducativo, en ambos grupos.

La metodología de la intervención se basa en las siguientes técnicas:

- Instrucción verbal: explicar la conducta que deben realizar o las habilidades que deben aprender.
- Modelado: Nuestra forma de enfocar y analizar las situaciones pueden ser un referente para el afectado.
- Refuerzo positivo: prestar especial atención a los logros conseguidos, reforzando los mismos.
- Generalización: aplicar los conocimientos aprendidos en las sesiones.
- Ensayos: role - playing, prácticas en las sesiones. Además, para conseguir un

aprendizaje de las habilidades entrenadas se precisa de un entrenamiento y práctica continuada a través de las tareas para casa.

- Feedback: aportar una visión subjetiva de la actuación con el objetivo de que esta pueda mejorar. No se trata de una crítica. Centrado en la conducta, concreto y específico, señalando en primer lugar los aspectos positivos y luego los aspectos a mejorar.

- **Variables:**

Teniendo en cuenta el contenido de las sesiones del Programa Psicoeducativo se decide aumentar a 26 las sesiones del programa, para equiparar el grupo control al grupo experimental.

- AL GRUPO EXPERIMENTAL: Se le darán las 26 sesiones del programa psicoeducativo y el programa de empoderamiento del bloque 6º.
- AL GRUPO CONTROL: Se le darán las 26 sesiones del programa psicoeducativo. (Una sesión más de cada bloque)

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO. El programa se estructura en sesiones semanales de noventa minutos, distribuido en cinco bloques.

Me he decantado por este Programa Psicoeducativo para TMG de Juan José Beloso Roperó que es impartido en el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid; por la importancia de la temática que aborda, por ser sencillo y comprensible para los participantes.(42)

- Bloque 1. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD (6 sesiones).
- Bloque 2. ADHESIÓN FARMACOLÓGICA (7 sesiones).
- Bloque 3. EVITACIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS (1 sesión).
- Bloque 4. DETECCIÓN PRECOZ DE NUEVOS EPISODIOS.
(3 sesiones).
- Bloque 5. REGULARIDAD DE HÁBITOS Y MANEJO DEL ESTRÉS.
(4 sesiones).

- **Variable independiente: PROGRAMA DE EMPODERAMIENTO (5SESIONES). Para el grupo experimental se añade un bloque complemento:**

- Bloque 6. PROGRAMA DE EMPODERAMIENTO (5 sesiones).

Para la composición de este bloque me he basado en el Programa Psicoeducativo de Empoderamiento, llevado a cabo por Lindsay A. Phillips en 2012 (43):

- La primera mitad de estas 5 sesiones, serán de psicoeducación. El componente psicoeducativo de cada sesión incluyó preguntas de discusión, de lo trabajado en las anteriores sesiones (propriadamente psicoeducativas), trabajo con folletos y un tablero en blanco con marcadores para resaltar conceptos clave.

- La segunda mitad de cada sesión, estará dedicada a la discusión activa del tema y cómo aplicar el tema para aumentar la sensación de empoderamiento y la acción orientada a la recuperación. Pensamos que será especialmente valioso para los participantes que hablen de las acciones que podrían tomar para aplicar los diferentes temas en sus vidas.

- Los temas a tratar son:

1. Aplicaciones de empoderamiento,
2. Motivación,
3. "Medicina personal",
4. Superación del estigma,
5. El proceso de recuperación personal.

- **1. Aplicaciones de empoderamiento:**

Compartiremos preguntas de discusión que utilizaremos para cada tema, y creemos que estas cuestiones también podrían ser valiosas áreas de discusión entre compañeros, en el tratamiento individual, e incluso como temas de discusión importantes para el entorno familiar y social.

- Las primeras reuniones del grupo de empoderamiento se centraran en la discusión general sobre el empoderamiento.

- En estas sesiones, el profesional define, lo que se entiende por empoderamiento.

- Los participantes también proporcionaran sus propias definiciones personales de empoderamiento.

- Los debates se centraron en cuestiones tales como:

- ¿Cuándo se ha sentido desautorizado o sin poder?
- ¿Puedes pensar en un momento en el que se sintió sin poder?
- ¿Puedes pensar en un momento en que se sintió facultado?
- ¿Cómo podemos empoderarnos o debilitarnos a nosotros mismos?
- ¿Qué se puede hacer para sentirte capaz o tomar las riendas de tu vida?

- Los participantes también pasaran algunas sesiones de discusión de "Charla sobre sí mismo," explorarán cómo lo que se dicen a sí mismos o bien les faculta o bien les desempodera.

- Los participantes utilizarán una hoja de trabajo “psicoeducativo” para explorar este tema y desarrollarán frases que podrían utilizar para empoderarse.

- **2.Motivación:**

La siguiente reunión del grupo de empoderamiento se centrará en la motivación y cómo se relaciona con el empoderamiento.

- El profesional utilizará folletos psicoeducativos sobre la motivación y el bienestar.
- Los debates se centrarán en cuestiones tales como:
 - ¿Por qué es importante estar motivado?
 - ¿Crees que el permanecer motivado aquí le ayudará en otras áreas de sus vidas? Si es así, ¿dónde?

- **3 “Medicina personal”**

Deegan en 2004 señaló: "He aprendido que la medicina psiquiátrica no es el único tipo de medicina que es importante para la recuperación. La Medicina Personal, o esas cosas que elevan nuestra autoestima y hacen que la vida vale la pena vivir son vitales para la recuperación" (44).

- El profesional, presentará este tema y vinculará la "medicina personal" al empoderamiento, explicando que se trata de una parte de la potenciación y la sensación de que podemos hacer cambios en nuestras vidas y que están completamente bajo nuestro control.
- Los participantes en este grupo analizarán lo que consideran su "medicina personal".

- **4. Superar el estigma.**

- Luchando contra el estigma puede ser un tema importante para los individuos al hacer frente, especialmente en lo que se refiere a sentirse con poder.

- Las sesiones sobre este tema se centrarán en aplicaciones prácticas y en el abordaje de las siguientes preguntas:

- ¿Qué podríamos / deberíamos hacer si escuchamos una declaración de desempoderamiento o estigmatizante?
- ¿Qué harías si te sobrecarga alguien con quien estuviera cerca diciendo algo de desempoderamiento? ¿Y si fuera alguien que no conocías?
- ¿Qué emociones se podrían derivar en una situación así? ¿Cómo hacer frente a ellas?

- Si usted decide hacer frente a una persona que hizo tal declaración, ¿qué harías? ¿Le ha sucedido esto a usted?

- Los participantes también desempeñarán un rol-playing en el que se abordarán las situaciones de estigma sufridas en el pasado y como solucionarían las situaciones que pudieran venir en el futuro.

- **5. Proceso de Recuperación de Personal.**

- Por último, las sesiones de cierre del grupo experimental estarán dirigidas a cómo los individuos verán su proceso de recuperación personal.

- También emplearán lo que aprendan sobre el empoderamiento en su proceso de recuperación personal, y abordarán cuestiones tales como

- ¿Cómo sentirse empoderado ayuda a su proceso de recuperación?

- ¿Cómo sentirse sin poder puede ser desfavorable para su proceso de recuperación?

- La última sesión de este grupo se centrará en el establecimiento de planes orientados a la recuperación personal para el futuro.

- **Variable dependiente principal: El empoderamiento, que se medirá con la ESCALA DE EMPODERAMIENTO DE ROGERS, CHAMBERLIN, ELLISON Y CREAN (1997). (45) (ANEXO)**

Según el estudio realizado por Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean (1997) el empoderamiento se relaciona con la calidad de vida y los ingresos, pero no con las variables demográficas de edad, género, origen étnico, estado civil, nivel de educación o situación laboral. Los resultados de dicha investigación mostraron que existen cinco factores relacionados con el nivel de empoderamiento como son la autoeficacia, la autoestima, el activismo de la comunidad, el optimismo y control sobre el futuro y la honradez. Esta escala de empoderamiento tiene alta consistencia interna, y los resultados del estudio establecieron una mejor comprensión del concepto impreciso de empoderamiento, como la autoestima, la autoeficacia y el optimismo y control sobre el futuro.

Considerando el empoderamiento con el sentido de autoestima y la creencia de que uno mismo puede controlar su destino y acontecimientos vitales. Teniendo en cuenta también el convertir la impotencia en acción y activismo comunitario.

Este cuestionario permite la medición del nivel de empoderamiento de los participantes, de forma individual. Según la Escala de Empoderamiento elaborada por Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean (1997) que tras un amplio desarrollo, pruebas piloto y análisis, fue probada con 271 sujetos.

El primer cuestionario elaborado por Rogers et al. (1997) mide el nivel de empoderamiento de las personas con enfermedad mental, ha sido traducido al castellano. Está formado por un total de 28 ítems, mediante preguntas con respuesta de la escala tipo Lickert (de totalmente en desacuerdo a muy de acuerdo). La información solicitada recoge aspectos en relación a la percepción del propio sujeto en función de la capacidad para la toma de decisiones.

Los 28 ítems se suman y promedian para llegar a la puntuación general de empoderamiento, de una puntuación máxima posible de 4.

Propiedades psicométricas: Fiabilidad de 0.86-0,90 y una validez de 28.3132. Este cuestionario esta originariamente escrito en inglés y comprobadas sus propiedades psicométricas en un contexto extranjero, para su utilización, debería de traducirse y adaptarse a nuestra cultura.

Afortunadamente una colega compañera del Master Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria, María José Ballester Arroniz, la ha traducido y me ha autorizado a utilizarla en este proyecto.

○ **Variables dependientes secundarias:**

▪ **Autoestima, se medirá mediante la ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (1965). (46) (ANEXO)**

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Adaptado al español por Atienza, Balaguer y Moreno (2000).

Administración: La escala consta de 10 ítems o frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. Compuesto por una escala Likert que va de 1 a 4 y De Totalmente de acuerdo (1) a Totalmente en desacuerdo (4). Autoadministrada.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido validada y traducida al castellano. La consistencia interna se encuentra entre 0.76 y 0.87 y la fiabilidad es de 0.80.

▪ **Autoeficacia, se medirá mediante la ESCALA DE AUTOEFICACIA (1996) (47). (ANEXO)**

Medida con la Escala de autoeficacia, de Baessler y Schwarzer 1996, adaptada al español por Pilar Sanjuán Suárez, Ana María Pérez García, José Bermúdez Moreno en 2000.

En 1977 Bandura, denominó la autoeficacia como “La creencia sobre la capacidad que un sujeto posee para realizar con éxito el comportamiento pretendido” (48).

Administración: La escala consta de 10 ítems. Compuesto por una escala Likert de 4 puntos, fue el formato de respuesta a escala de 10 puntos.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido validada y traducida al castellano. La consistencia interna se encuentra entre 0.87 y la fiabilidad es de 0.88.

▪ **Locus de control que se medirá con la ESCALA DE ESFERAS DE CONTROL (SOC-3) (1990) (49). (ANEXO)**

Medida con la escala de Esferas de control que fue desarrollada por Delroy L. Paulhus con el fin de diferenciar el locus de control en tres áreas principales de la vida: los logros personales, las relaciones interpersonales y el mundo socio-político. La escala contiene una subescala separada para medir el control percibido en cada área.

El locus de control, también conocido como control interno–externo, es un concepto que describe el hecho de que para una tarea determinada, las personas se comportan de forma muy diferente según crean que su ejecución depende de ellos mismos o no. Las personas que creen que el desarrollo de determinada tarea depende de ellos mismos tienen un locus de control interno, mientras que las convencidas de que el desarrollo exitoso de la tarea depende de factores externos tienen un locus de control externo.

La SOC-3 es una escala de treinta reactivos con un formato Likert de siete puntos, tres en cada polaridad y uno intermedio, que varían de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (7).

La mitad de los reactivos está redactada en sentido inverso al control, por lo que se invierte su puntuación. A mayor puntuación en la escala, mayor internalidad o control propio. La escala está integrada por tres factores correlacionados de diez reactivos cada uno, el primero de los cuales es el de control en la esfera personal (PC), el segundo en la interpersonal (IC) y el tercero en la sociopolítica (SPC).

Propiedades psicométricas: La consistencia interna se encuentra entre 0.80 y la fiabilidad es de 0.79.

Variables descriptivas de la muestra: (ANEXO)

• **Sexo:**

- Hombre o mujer. A efectos de este estudio se entiende por sexo, la contestación a la pregunta al paciente ¿A qué sexo pertenece usted?

• **Nivel de estudios:**

- N° de años de escolarización: A efectos de este estudio, se entiende por nivel de estudios n° de años de escolarización.

• **Edad**

• **Estado civil:**

- Casado, soltero, viudo, separado, pareja de hecho.

Variables de ámbito asistencial: (ANEXO)

- **Reingresos:** Se registran las hospitalizaciones desde la finalización del programa hasta la finalización del seguimiento.
- **Tiempo transcurrido tras el diagnóstico:**
 - Tiempo transcurrido en meses desde el primer diagnóstico, según la historia clínica del paciente.
- **Adherencia al tratamiento:**
 - Se establecerá la adherencia al tratamiento desde el momento que termina el programa hasta el final del seguimiento, mediante entrevistas con el paciente y su familia, en las que se preguntará sobre el cumplimiento del tratamiento.
 - En cuanto a la adherencia al servicio de salud mental, se registrará el número de citas no cumplimentadas por el paciente.

Fuentes de información.

- REGISTRO HOSPITALARIO DE INGRESOS Y ALTAS DE LA UNIDAD DE UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE, SEGÚN HISTORIA CLÍNICA.
- AGENDA DE CONSULTAS EXTERNAS O DE CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM) para el control de asistencia a de los pacientes.
- FAMILIARES.
- PACIENTES.

Análisis estadístico:

El análisis de los datos se realizará mediante el programa estadístico SPSS.20

Se comprobará en primer lugar la homogeneidad de los dos grupos de estudio (control y experimental).

Se realizará posteriormente un análisis univariante, utilizando medidas de tendencia central y medidas de dispersión para las variables cuantitativas, así como frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. Se realizarán las representaciones gráficas oportunas (diagrama de sectores, de barras, histograma, diagrama de cajas) en función del tipo de variables representadas.

A continuación se analizará la relación entre la variable independiente y las variables de resultado. Se empleará el criterio de intención de tratar, aunque también se prevé un análisis por protocolo, para intentar determinar la influencia que pueda tener sobre las variables de resultado, la inasistencia a determinadas sesiones.

Para el análisis bivariante, de las variables cuantitativas, se utilizará la prueba no paramétrica U de MannWhitney y para las cualitativas, se llevará a cabo la prueba de Chi-cuadrado, estableciéndose el nivel de significación estadístico, en valores de $p < 0,05$.

Se hará un análisis multivariante de regresión lineal, sobre la variable empoderamiento, incluyendo, (edad, sexo, años de escolarización y la asistencia al grupo experimental o al grupo control), con lo que determinaremos el efecto independiente de cada una de las variables sobre el empoderamiento.

Y se repetirá este análisis para cada una de las restantes variables dependientes, autoeficacia percibida, locus de control, autoestima, adherencia al tratamiento y nº de reingresos.

Cronograma.

CAPTACIÓN DE SUJETOS Y MEDICIÓN INICIAL	Septiembre – Octubre 2015
COMIENZO Y DURACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO	1 Noviembre – 15 Mayo 2016
PRIMERA VISITA DE SEGUIMIENTO A LOS SUJETOS	Junio de 2016
SEGUNDA VISITA DE SEGUIMIENTO	Diciembre de 2016
TERCERA VISITA DE SEGUIMIENTO	Junio de 2017

Se llevarán a cabo 1 medición pre-intervención, otra medición de las variables al término del programa, a los seis meses y otra al año de la finalización del tratamiento psicoeducativo, en ambos grupos.

Recursos humanos y materiales.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera Especialista en Salud Mental de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial, donde se realizará el estudio.
- Dos colaboradores, ajenos al estudio.

RECURSOS MATERIALES:

- Estructura física: En el propio centro: sala, donde se realizara la recogida de datos, que contará con mobiliario de oficina (1 mesa, 3 sillas, 1 armario para depositar y guardar el material necesario, teléfono).
- Sala donde se llevará a cabo el programa psicoeducativo, contará con, 11 sillas, folletos psicoeducativos, folios, bolígrafos, proyector, ordenador portátil, hojas de registro de asistencia, etc.
- Todo el material enumerado en las distintas sesiones del programa.

Resultados.

No hay resultados del estudio ya que está pendiente de realización.

Consideraciones éticas:

Los participantes en el estudio recibirán la información pertinente sobre objetivos y procedimientos del mismo, haciéndoles saber también que el programa educativo de empoderamiento está elaborado con el máximo respeto hacia ellos mismos. Se tendrán en cuenta y se respetarán todos los derechos de los pacientes, en cualquier momento.

Se obtendrá el consentimiento necesario por escrito; consentimiento que podrá ser revocado, también por escrito, en el momento que consideren oportuno, sin que este hecho repercuta en la atención clínica de los pacientes.

Se garantiza asimismo a los participantes la privacidad y confidencialidad de los datos que se obtengan en el curso del estudio, y para su manejo se seguirá la Ley Orgánica 15/1999, 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se solicitarán los permisos necesarios a los organismos en cuestión, tanto a nivel sanitario (Servicio Murciano de Salud) como a nivel administrativo (aulas, mobiliario, material didáctico, etc.), y se presentará el estudio, para su aprobación, al Comité Ético de Investigación Clínica del Área.

La intervención prevista, por su carácter educativo no supone riesgos ni perjuicios para la salud de los participantes. A la misma vez que participan en el estudio, tanto los pacientes del grupo experimental como los controles seguirán con el tratamiento habitual llevado a cabo por Psiquiatra, Psicólogo, Enfermera, Terapeuta Ocupacional etc.

El Código Deontológico de Enfermería, estará en la base de la intervención de la Enfermera Especialista en Salud Mental, basándose en los deberes, derechos, normas éticas y servicios a la sociedad, que van intrínsecos en la propia disciplina enfermera.

Discusión.

Independientemente de que los resultados avalen o descarten la eficacia del programa psicoeducativo, este ensayo nos va a proporcionar información útil para modificar el programa original de Phillips con el fin de adaptarlo a nuestra cultura, ya que el programa al que nos referimos, fue creado y validado en la cultura americana, cultura muy diferente de la española, en lo que se refiere a lenguaje, costumbres y valores y por lo tanto la traducción literal y la aplicación del programa americano sin ninguna modificación, podría ser interpretado con errores por parte de usuarios españoles, así que este ensayo nos permitirá ver, si efectivamente se recogen a través de las preguntas que se hacen, las ideas clave principales para llevar a cabo el programa psicoeducativo en nuestro medio y ver si se adapta a las necesidades de los usuarios.

En segundo lugar nos proporcionara información también sobre las dificultades logísticas de poner en marcha este programa. Facilitará la estimación del esfuerzo necesario en términos de recursos humanos y financiación e igualmente nos permitirá estimar la adecuación de los cuestionarios, etc

En la hipótesis de que la prueba confirme la eficacia del programa, será necesaria confirmarla en un ensayo clínico aleatorio (ECA), con una muestra más amplia y de diseño multicéntrico para incrementar la validez externa de los resultados.

En nuestro caso, a pesar de la gran dificultad que entraña la realización de un ensayo clínico aleatorio, para ver si mejora el empoderamiento percibido, con diseño multicéntrico, no sería un gran problema, porque la metodología se basa en cuestionarios autoadministrados, que no requieren un adiestramiento para su utilización.

Por otro lado añadir, que no se mejoraría la validez interna del estudio aunque se haga un ECA con diseño multicéntrico, porque el mayor sesgo de este estudio es la dificultad para lograr un cegamiento adecuado.

A pesar de que sabemos de ante mano la dificultad de cegamiento que tenemos con este tipo de estudio, hemos considerado que los profesionales implicados en el estudio sean los siguientes, con tal de minimizar los posibles sesgos: un investigador ajeno al estudio, encargado de la aleatorización de la muestra, otro profesional, que instruya a las enfermeras especialistas en salud mental, en la formación y desarrollo de grupos para llevar a cabo programas psicoeducativos, las dos enfermeras reciben la misma formación y emplean la misma metodología al impartir el programa psicoeducativo, una enfermera imparte el programa psicoeducativo al grupo control y otra imparte el bloque de empoderamiento y el programa

psicoeducativo al grupo experimental, el evaluador de los resultados no conoce que usuarios forman parte del grupo experimental o del grupo control.

Un posible sesgo sería que se produjese traspaso de información entre participantes del grupo experimental y control; para evitarlo se les recomendará a los pacientes que asisten a las sesiones que no transmitan la información aprendida a otros compañeros (posibles pertenecientes al grupo control), porque de esta forma, el objetivo del estudio, no se conseguiría.

Cabe discutir la validez de los cuestionarios para medir el resultado del programa. Los cuestionarios identifican y miden la percepción subjetiva de empoderamiento, pero lo que realmente nos interesa no es la percepción subjetiva, si no el nivel de empoderamiento real conseguido, que puede o no relacionarse con el percibido. La comprobación del nivel real de empoderamiento es compleja, requiere la observación de la conducta de los usuarios en condiciones concretas en las que el empoderamiento se pueda poner de manifiesto y tal vez incluso la grabación en video de dichas conductas para poder codificarlas y asignarles una puntuación mediante criterios previamente acordados.

Finalmente y tomando la hipótesis, de que se descarte la eficacia del programa, habría que realizar un análisis cualitativo de la falta de eficacia del programa, mediante entrevistas libres o grupos focales a los principales actores del programa, (personal implicado y algún usuario), para analizar la causa del fracaso de la intervención, con vistas a decidir si las causas son insalvables o no.

Estas intervenciones psicoeducativas proporcionan a las personas afectas por un Trastorno Mental Grave, información sobre empoderamiento, promueven la discusión sobre qué es y cómo pueden conseguir empoderarse en determinadas situaciones, y lo más importante, encaminan al usuario a la participación activa en la toma de decisiones que tienen que ver con su vida y con su proceso de enfermedad y recuperación.

Pensamos que proporcionar información sobre empoderamiento, sea eficaz o no para aumentar su nivel, es una obligación del personal de enfermería, ya que, la razón fundamental para informar es que el usuario tiene derecho a conocer, sea eficaz o no el conocimiento que le transmitamos.

Por otro lado, la implantación de este tipo de programas psicoeducativos enfocados al aumento de empoderamiento en este tipo de población, sería sumamente rentable para el sistema, ya que, se disminuiría el número de recaídas, reingresos hospitalarios de los pacientes, y se aumentaría la adhesión al tratamiento de los mismos, con el consiguiente ahorro del gasto sanitario.

En este sentido, los servicios de salud mental y sus profesionales, tienen la función fundamental de hacer que los términos empoderamiento, recuperación, capacitación y toma de decisiones, se conviertan en objetivos a conseguir con el paciente, y por lo tanto puedan ponerse en marcha, llegar a materializarse y plasmarse en su camino vital.

Conclusiones.

En la medida en que las conclusiones han de estar muy ligadas a los resultados empíricos obtenidos, no podemos establecer ninguna conclusión.

Bibliografía.

1. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006; 41(6):457-63.
2. Haro JM, Palacín C, Vilagut GM, Romera B, Codony M, Autonell J, y cols. La Epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr.* 2003; 31: 182-191.
3. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry.* 1990; 147(12):1602-8.
4. National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.
5. CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª ed. rev. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2003.
6. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud: manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/01.
7. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
8. Ariño B. Pío M. S. El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.* 2007; 7(2), 115–126.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh: SIGN; 2008.
10. NICE. Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Nice Clinical Guideline; 2006, 38.
11. NICE, National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists; 2003.
12. NICE. Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Nice Clinical Guideline; 2005,31.
13. Declaration of Alma-Ata. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1978 [acceso 19 Junio 2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1
14. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986. [acceso 19 Junio 2015]. Disponible en: (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2.

15. Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 [acceso 19 Junio 2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1.
16. Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [acceso 19 Junio 2015]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>.
17. Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe [acceso 19 Junio 2015]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>,
18. European Pact for Mental Health and Well-being. Brussels, European Commission, 2008.[acceso 19 Junio 2015] Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
19. NICE. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update) [Borrador en Internet]. London: NICE, 2008 [consultado 17 junio 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=42139>
20. Loss J, Wiese M. Evaluation von Empowerment – Perspektiven und Konzepte von Gesundheitsförderern. Ergebnisse einer qualitativen Studie in Australien. Gesundheitswesen, 2008; 70:755–763.
21. Empowerment and mental health advocacy. Briefing paper for the WHO European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. Copenhagen, World Health Organization, 2005.
22. Fitzimmons S, Fuller R. Empowerment and its implications for clinical practice. Mental Health: a Review Journal of Mental Health, 2002; 11(5):481–499.
23. Empoderamiento del Usuario de Salud Mental. Oficina Regional para Europa de la OMS, 2010 [Consultado 20 Junio 2015] Disponible en: <http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/7483D3E2-D5DB-4D8C-A193.4C2D25BF524E/37425/Empoderamientodelusuariodesaludmental.pdf>.
24. Linhorst DM, Eckert A. Conditions for empowering people with severe mental illness. Social Services Review. 2003; 77(2). 279-305. DOI: 10.1086/373909.
25. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006. [acceso 20 Junio 2015] Disponible en: Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>.
26. Deane FP, Crowe T P. Building and maintaining a recovery focused therapeutic relationship. In R. King, C. Lloyd, & T. Meehan (Eds.) Handbook of psychosocial rehabilitation. Blackwell Publishing Oxford, (UK). 2007; 57-70.
27. King R, Lloyd C. Family psychoeducation. In R. King, C. Lloyd, & T. Meehan (Eds.) Handbook of psychosocial rehabilitation Oxford, Blackwell Publishing (UK). 2007; 102-114.
28. Israel BA et al. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. Health Education Quarterly, 1994; 21:149–170.

29. Barrowclough C, Haddock G, Lobban F, Jones S, Siddle R, Roberts C, et al. Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006; 189:527-32.
30. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Commission on Social Determinants of Health. Interim statement. Geneva, World Health Organization, 2007 [acceso 20 Junio 2015]. Disponible en: (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_eng.pdf).
31. Policies and practices for mental health in Europe. Meeting the challenges. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008. [acceso 20 Junio 2015]. Disponible en: (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081009_1).
32. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos; 2002. (6).
33. Rogers ES et al. Consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 1997; 48(8):1042–1047.
34. Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol. New York, United Nations, 2006. [acceso 11 Junio 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150>
35. Corrigan P W. Enhancing personal empowerment of people with psychiatric disabilities. *American Rehabilitation*. 2004; 10-21.
36. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.
37. Linhorst DM, Hamilton G, Young E, Eckert A. Opportunities and barriers to empowering people with severe mental illness through participation in treatment planning. *Social Work*. 2002; 47(4), 425-434.
38. Gisbert, C. (ed.), «Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental», Madrid, AEN, 2003.
39. Mera S, García D, Díaz MI. Efectividad de la intervención domiciliaria de la Enfermera Especialista en Salud Mental en pacientes con Trastorno Mental Grave. *Biblioteca Lascasas*. 2011; 7
40. Weinstein D, Hughes R. What is Psychosocial Rehabilitation? In R. Hughes & D. Weinstein (Eds.) *Best practices in psychosocial rehabilitation*. Columbia, MD: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services. 2000.
41. Corrigan PW. Enhancing personal empowerment of people with psychiatric disabilities. *American Rehabilitation*. 2004; 10-21.

42. Belloso, J.J. Intervención Psicoterapéutica en el Trastorno Mental Grave. *Clínica Contemporánea*. [Revista en internet] 2012 [consultado 19 de Junio de 2015]; 3,(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/cc2012a>.
43. Phillips LA, Schade DN. Implementing Empowerment Psychoeducation in a Psychosocial Rehabilitation Setting *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2012; 16 (1) 112-119.
44. Deegan P. The importance of personal medicine. 2004. Disponible en: <http://www.patdeegan.com/blog/posts/importance-personal-medicine>.
45. Rogers S, Chamberlin J, Ellison M L, Crean T. A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. *Psychiatric Services*. 1995; 48 (8), 1042-1047. [En línea] [Consultado 30 Junio 2015] Disponible en: <http://www.bu.edu/cpr/resources/articles/1997/rogers1997c.pdf>
46. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbac C, Rosenberg F. Global self-esteem and specific self-esteem. *Amer Socio Rev* .1995; 60: 141-56
47. Baessler J, Schwarcer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*. 1996; 2: 1-8.
48. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; 84: 191-215.
49. Paulhus DL, Van Selst M: The Spheres of Control Scale: Ten years of research *Personality and Individual Differences*. 1990; 11:1029–1036. [En línea] [Consultado 30 Junio 2015]. Disponible en: <http://neuron4.psych.ubc.ca/~dpaulhus/research/SOC/socstuff.htm>.

ANEXOS.

Anexo I: PERMISO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

Don/Doña:

Coordinador/a del Centro:

CERTIFICA que conoce la propuesta realizada para que se desarrolle en este Centro un Programa psicoeducativo enfocado al aumento de empoderamiento y que será realizado por Doña Ana Maravillas González Fajardo.

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Lo que firma en..... ade..... de 20

Firmado:

Don/Doña

ANEXO II: DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña, de años de edad¹ y con DNI nº, manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer el Proyecto de Investigación titulado: “Eficacia de un programa psicoeducativo para el empoderamiento de personas con Trastorno Mental Grave (TMG)”. Dirigido por Dña. Ana Maravillas González Fajardo, que tiene como objetivo determinar los efectos de la psicoeducación sobre el empoderamiento en los pacientes con TMG.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre.

He sido también informado que puedo abandonar en cualquier momento mi participación en el estudio sin dar explicaciones y sin que ello me suponga perjuicio alguno.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este estudio y que los resultados obtenidos sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Murcia, a XX de XXXXX de 20XX.

Fdo.

¹ En caso de ser menor de edad, deberá acompañarse en todo caso del consentimiento informado expreso de ambos padres.

ANEXO III: HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO.

TÍTULO DEL ESTUDIO: "Eficacia de un programa psicoeducativo para el empoderamiento de personas con Trastorno Mental Grave (TMG)".

INVESTIGADORES PRINCIPALES: Ana Maravillas González Fajardo.

INTRODUCCION

Nos dirigimos a ustedes para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Morales Meseguer de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es que ustedes reciban la información correcta y suficiente para que puedan evaluar y juzgar si quiere que sus asociados y técnicos participen en este estudio. Para ello lean esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Deben saber que su participación en este estudio es voluntaria y que pueden decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El presente proyecto presenta un Ensayo Clínico Aleatorio (ECA), con el objetivo de conocer el aumento del empoderamiento en los pacientes con Trastorno Mental Grave, al objeto de elaborar un programa de psicoeducación en empoderamiento para estos pacientes.

CONFIDENCIALIDAD:

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su psiquiatra.

Los datos obtenidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo los integrantes del equipo de investigación podrán acceder a ellos. Por lo tanto, la identidad de los participantes no será revelada a persona alguna salvo requerimiento legal.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países, previa notificación a la Agencia Española de Protección de Datos, los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

ANEXO IV: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS y de ÁMBITO SANITARIO.

1. SEXO: ¿A qué sexo pertenece?

- HOMBRE.
- MUJER.
- NO CONTESTA.

2. NIVEL DE ESTUDIOS:

- a. SIN ESTUDIOS:
- b. ELEMENTALES:
- c. EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA (ESO):
- d. BACHILLERATO:
- e. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS:
- f. DOCTORADO:

3. TIEMPO TRANSCURRIDO TRAS EL DIAGNÓSTICO (MESES):

- a. 24-36 MESES:
- b. 36-48 MESES:
- c. 48-60 MESES:
- d. > 61 MESES:

4. NÚMERO DE REINGRESOS.

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

- Toma de medicación
- Asistencia a CSM o Consultas Externas de salud mental.

**ANEXO V: ESCALA DE EMPODERAMIENTO PERSONAL DE ROGERS (1997)
ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL.**

Elaborada por Ballester, M.J., Gómez-Beneyto, M., (2015)	Adaptación al español de la Escala de Empoderamiento Personal de Rogers, (1997)				
	A continuación se presentan varias frases relativas a la propia visión sobre la vida y la toma de decisiones. Marque con una cruz el recuadro que más se aproxime a su opinión.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Normalmente consigo lo que me propongo hacer	1	2	3	4	
2. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4	
3. Cuando hago planes, estoy casi seguro conseguir que funcionen	1	2	3	4	
4. Normalmente estoy seguro de las decisiones que tomo	4	3	2	1	
5. A menudo soy capaz de superar los obstáculos	1	2	3	4	
6. Siento que soy una persona, digna de aprecio, al menos en igualdad de condiciones con los demás	1	2	3	4	
7. Me veo a mí mismo como una persona capaz	4	3	2	1	
8. Soy capaz de hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente	4	3	2	1	
9. Siento que tengo buenas cualidades	1	2	3	4	
10. Me siento impotente casi todo el tiempo	4	3	2	1	
11. Causar problemas jamás te llevará a ninguna parte	1	2	3	4	
12. No puedes luchar contra la burocracia	1	2	3	4	
13. Cuando no estoy seguro de algo, normalmente me dejo llevar por la corriente	1	2	3	4	
14. Los expertos están en la mejor posición para decidir qué debería hacer o aprender la gente	1	2	3	4	
15. La mayoría de las desgracias en mi vida se deben a la mala suerte	1	2	3	4	
16. Habitualmente, me siento solo	4	3	2	1	
17. La gente no tiene derecho a enfadarse solo porque no les guste algo	4	3	2	1	
18. La gente tiene derecho a tomar sus propias decisiones, aunque éstas sean incorrectas	1	2	3	4	
19. La gente debería intentar vivir sus vidas de la forma que quiera	1	2	3	4	
20. Las personas, cuando trabajan juntas, pueden influir en su comunidad	1	2	3	4	
21. La gente tiene más poder si se unen en un grupo	4	3	2	1	
22. Trabajar con otros en mi comunidad puede ayudar a cambiar las cosas a mejor	4	3	2	1	
23. Muy a menudo un problema puede ser resuelto pasando a la acción	4	3	2	1	
24. Las personas están limitadas sólo por aquello que piensan que es posible	1	2	3	4	
25. Prácticamente puedo determinar lo qué pasará en mi vida	1	2	3	4	
26. Generalmente soy optimista sobre el futuro	1	2	3	4	
27. Enfadarse por algo es a menudo el primer paso para cambiarlo	1	2	3	4	
28. Enfadarse por algo nunca ayuda	1	2	3	4	

ANEXO VI: ESCALA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA.

<i>Tabla I</i>					
Nº de Item	Contenido	Media	Desv. Típica	Correlación con el Total	Alfa si se suprime
1	Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	6.05	2.07	.45	.87
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	7.47	1.68	.62	.86
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	7.03	1.83	.38	.88
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	6.39	1.87	.62	.86
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	6.21	1.69	.71	.85
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	5.73	1.89	.59	.86
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	5.76	1.88	.68	.85
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	7.21	1.64	.65	.86
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	6.36	1.63	.68	.85
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	6.82	1.73	.59	.86

ANEXO VII: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENGER 1965.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE) (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

ANEXO VIII: ESCALA DE ESFERAS DE CONTROL (SOC-3) (1990)

- 1 Usualmente puedo conseguir lo que me propongo si trabajo duro para ello.
- 2 En mis relaciones personales la otra persona suele tener más control que yo.
- 3 Tomando parte activa en los asuntos políticos y sociales las personas podemos influir en los acontecimientos mundiales.
- 4 Una vez hechos mis planes estoy prácticamente seguro de que los llevaré a cabo.
- 5 No tengo problemas en hacer y mantener amistades.
- 6 El ciudadano común puede tener influencia en las decisiones del gobierno.
- 7 Prefiero los juegos en los que interviene en parte la suerte a los juegos que requieren pura técnica.
- 8 No soy bueno dirigiendo el curso de una conversación entre varias personas.
- 9 Es difícil para nosotros tener mucho control sobre las cosas que hacen los políticos en sus despachos.
- 10 Puedo aprender casi cualquier cosa si concentro mi mente en ello.
- Desacuerdo Acuerdo Neutral
- 11 Usualmente puedo desarrollar una relación personal con quien encuentro atrayente.
- 12 Las malas situaciones económicas se deben a acontecimientos mundiales que están más allá de nuestro control.
- 13 Mis mayores logros se deben por completo a mi esfuerzo y habilidad.
- 14 Usualmente puedo guiar una conversación hacia temas de los que quiero hablar.
- 15 Dedicando los esfuerzos necesarios podremos eliminar la corrupción política.
- 16 Usualmente no me fijo objetivos porque me cuesta seguir el camino para alcanzarlos.

17 Cuando necesito ayuda sobre algo me suele costar encontrar a quien me quiera ayudar.

18 Una de las principales razones de que exista la guerra es que la gente no toma suficiente interés en la política.

19 La mala suerte ha conseguido en algunas ocasiones impedirme alcanzar mis propósitos.

20 Si hay alguien con quien quiero reunirme, usualmente lo consigo hacer.

Desacuerdo Acuerdo Neutral

21 No hay nada que, como consumidores , podamos hacer para evitar la subida del coste de la vida.

22 Casi todo es posible para mí si realmente lo deseo.

23 Me suele costar imponer mi punto de vista sobre el de los demás.

24 Es imposible tener alguna influencia real sobre lo que hacen las grandes empresas.

25 Gran parte de lo que ocurre en mi carrera está más allá de mi control.

26 Al intentar suavizar las diferencias en un desacuerdo, a veces empeoro las cosas.

27 Prefiero concentrar mis energías en otras cosas antes que en intentar solucionar los problemas del mundo.

28 No le encuentro sentido a seguir trabajando en algo que es demasiado difícil para mí.

29 Encuentro fácil jugar un papel importante en muchas situaciones de grupo.

30 A la larga, los votantes somos responsables del mal gobierno, tanto a nivel nacional como local.