



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL MEDIANTE UN
PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA PERSONAS
CON TMG (Trastorno Mental Grave)**

AUTORA: Laura Pinilla Varona

TUTORA: M^a Esther Samaniego Díaz de Corcuera

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	6
METODOLOGÍA.....	7
• Tipo de estudio.....	7
• Búsqueda bibliográfica.....	7
• Procedimiento.....	7
• Muestra.....	8
• Material e infraestructuras.....	9
DESARROLLO.....	11
• Programa.....	11
• Discusión.....	16
CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS.....	28

INTRODUCCIÓN

Nuestro proyecto está orientado al abordaje del Trastorno mental Grave. Los estudios que han tratado de hacer una estimación sobre la prevalencia o incidencia de TMG se han tenido que enfrentar a su polisemia y heterogeneidad de criterios operacionales para calcular su tamaño^{1,2}. Según la bibliografía, se estima que en torno a un 2,5-3% de personas de la población general adulta sufre TMG³⁻⁶.

La definición más aceptada sobre el TMG, es la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (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 en diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social^{2,3,7-11}. Este concepto incluye 3 dimensiones; el diagnóstico en el que se incluyen trastornos psicóticos y algunos trastornos de personalidad, con excepción de los trastorno orgánicos y las psicosis en mayores de 65 años. Según la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (2003)^{1,2,8,9,11,12}; la duración que debe ser superior a dos años o un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses, aunque remitan los síntomas^{1,2,4,8,9,11,12} y la presencia de discapacidad que conlleva una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. Suelen presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo^{1,4,8,9,11,12}. Dicha discapacidad se puede medir a través de diferentes escalas como la Escala de Evaluación de la Actividad Global y la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I) o GAF 38^{1,2,8,11}.

Este trabajo va encaminado a determinar la intervención de enfermería en la rehabilitación en pacientes con TMG mediante el desarrollo de un programa psicoeducativo que actúe en las áreas , competencia de enfermería, más afectadas en estos pacientes.

Las intervenciones de rehabilitación psicosocial junto con el tratamiento psicofarmacológico, contribuyen a la atención integral de las personas con TMG^{2,11,13-15}. Estas intervenciones son complementarias a la terapia farmacológica en las que se abordan objetivos que mejoren la adherencia al tto, la prevención de recaídas y proporcionar estrategias para afrontar el estrés^{1,11,13,16-19}.

Podemos definir rehabilitación psicosocial como “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”^{1,11}.

En estas intervenciones rehabilitadoras se pretende mejorar el funcionamiento de los pacientes, sus capacidades personales y sociales, mejorar su autonomía, la mejora de la calidad de vida, apoyando y mejorando su participación social. Esto se consigue mediante el entrenamiento de habilidades sociales y de la vida diaria para que el paciente aprenda a funcionar social y personalmente^{1,11,14-16,20-24}.

Tras la revisión bibliográfica llevada a cabo se ha decidido que el programa psicoeducativo incluirá tres módulos, el primero el de entrenamiento de habilidades sociales, la decisión del desarrollo de este módulo es debido a la pérdida de la red social y el déficit en las habilidades sociales que presentan las personas con TMG, además es uno de los puntos en rehabilitación psicosocial más desarrollados y con mayor evidencia para las personas con TMG^{2,14-17,20,21,24-26}. Existe un nivel de evidencia 1+ acerca de que el entrenamiento en habilidades sociales produce una mejora en las habilidades de la vida diaria, funcionamiento social, síntomas negativos y recaídas, cuando se compara con otras terapias activas^{1,27}. El segundo será el de habilidades de la vida diaria, debido a la dificultad de los pacientes con TMG para gestionar correctamente su autocuidado y actividades de la vida diaria^{2,13,14,16,18,26}. Existe un nivel de evidencia científica 1+ acerca de que el

entrenamiento en habilidades de la vida diaria conduce a mejores resultados que la atención estándar en relación al funcionamiento social y la calidad de vida²⁷. En tercer lugar desarrollaremos el módulo de adherencia y prevención de recaídas, como complemento a los dos anteriores, ya que la rehabilitación psicosocial mejora la adherencia y previene recaídas^{2,16,17,28-32}. Además la no adherencia es muy común en pacientes con trastorno mental grave(entre 40-50%)^{13,25,27-29,32-35}.

La justificación y la importancia del desarrollo de este trabajo se debe al creciente desarrollo de la rehabilitación psicosocial en personas con TMG y a la falta de determinación de las funciones de enfermería en este campo.

OBJETIVOS

- Determinar la intervención de enfermería en la rehabilitación en pacientes con TMG mediante el desarrollo de un programa psicoeducativo.
- Desarrollar un programa psicoeducativo interdisciplinar válido para la rehabilitación de pacientes con TMG con participación de enfermería.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional descriptivo.

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para elaborar este programa psicoeducativo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, también se han obtenido artículos, guías y protocolos en Google académico a través del Ministerio de Sanidad y Consumo y de diferentes Comunidades Autónomas; así como de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Hemos escogido todos los artículos relacionados con los trastornos mentales graves, adherencia y rehabilitación y tras una lectura exhaustiva hemos acotado a los artículos relacionados con el desarrollo de nuestro trabajo; esta acotación será la siguiente:

BASES DE DATOS	DESCRIPTORES	LIMITADORES	ARTÍCULOS SELECCIONADOS INICIALMENTE	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	ARTÍCULOS SELECCIONADOS FINALMENTE
CSIC	"trastorno mental grave" "esquizofrenia" "trastorno bipolar" "rehabilitación psicosocial" "psicoeducación" "adherencia" "habilidades sociales y de la vida diaria"	Texto completo Idioma limitado a español e inglés	5	Artículos que traten de rehabilitación psicosocial, psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales y de la vida diaria, adherencia, escalas de valoración de salud mental que aporten material al desarrollo de nuestro trabajo	0
CUIDEN			12		6
DIALNET			9		4
ELSEVIER			10		1
PSICODOC			12		1
PUBMED			108		27
SCIELO			21		3
GOOGLE ACADÉMICO Y OTROS			30		19
BDEF			6		0

PROCEDIMIENTO

Se incluirán pacientes consecutivos derivados a la Unidad de Salud Mental durante el primer cuatrimestre del año. Se realizarán un total de 3 grupos consecutivos para completar el año y contar con una muestra cuyos

resultados sean más generalizables y nos permitan recoger y analizar resultados.

En el programa desarrollaremos tres módulos; entrenamiento de habilidades sociales, entrenamiento de habilidades de la vida diaria y adherencia. El primer módulo corresponde al entrenamiento por parte de enfermería de las habilidades sociales de la persona con TMG. El segundo módulo hace referencia a las actividades que hay que desarrollar para lograr un máximo de autonomía para el paciente, actividades relacionadas con su independencia en autocuidados y aspectos básicos de la vida. El tercer módulo engloba lo referente al correcto seguimiento del tto.

La duración total del programa será 1 año contando con las sesiones psicoeducativas del programa y las sesiones de evaluación y seguimiento posteriores, aunque estas sesiones se podrían alargar en el tiempo.

MUESTRA

Para la selección de los participantes de nuestro estudio accederemos a los centros Especializados de Salud Mental de Aragón en los meses de Enero a Abril donde se administrarán unas escalas para la inclusión de pacientes consecutivos hasta un máximo de 20 pacientes. Los criterios para la inclusión de los pacientes en el programa psicoeducativo serán:

- Aceptar la participación en el estudio.
- Firmar el consentimiento informado de participación en el estudio.
- Dos respuestas negativas en la escala BARS
- Dos respuestas negativas en la escala Morisky
- Puntuación negativa en la escala DAI
- Puntuación baja en dos de las sub-escalas del cuestionario LSP

MATERIALES E INFRAESTRUCTURAS

Para abordar el contenido de las distintas sesiones, se utilizará Power Point, transparencias, películas de vídeo, pizarra y se entregará al paciente material por escrito educativo para las sesiones, necesitaremos además los elementos materiales necesarios para representar situaciones cotidianas con los pacientes como teléfono, dinero...

El programa psicoeducativo debe realizarse en una habitación amplia, acogedora y donde los pacientes puedan moverse con soltura para desarrollar los role –play, esta sala deberá contar con los medios materiales y audiovisuales necesarios para el desarrollo de los módulos del programa.

Análisis estadístico:

Análisis estadístico con el paquete SPSS 15.0 (licencia de la UZ).

Consideraciones éticas:

Se administró un consentimiento informado escrito a todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio. Este consentimiento se acoge a la Declaración de Madrid (1996). El estudio fue revisado por el Comité Ético del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y por el Comité Ético de Investigación de Aragón (IACS). De acuerdo al artículo 5 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, se ha garantizado la protección de la intimidad personal y el tratamiento confidencial de los datos personales, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Instrumentos:

- NANDA: definición de necesidades de cuidados en salud mental con taxonomía enfermera³⁸.
- Patrones funcionales de Gordon: Valoración necesidades de los pacientes incluidos en el estudio³⁸. (Anexo 2)
- LSP (Life Skills Profile) : valoración de habilidades sociales y de la vida diaria^{36,37}.(Anexo 3)

- Brief Adherence Rating Scale (BARS) y Morisky Adherence Scale : valoración del cumplimiento de la medicación³⁴.(Anexo 4 y 5)
- Drug Attitude Inventory (DAI): valoración de las sensaciones del paciente ante la toma de medicación³⁴.(Anexo 6)

DESARROLLO

PROGRAMA:

Para la elección de los participantes de nuestro estudio accederemos a centros Especializados de Salud Mental de Aragón , a los pacientes con TMG les pasaremos unas escalas para realizar una valoración. Estas mismas escalas se pasarán al finalizar el programa psicoeducativo para evaluar su eficacia. Para la valoración de habilidades sociales y de la vida diaria pasaremos la escala LSP^{36,37}. Para la valoración del cumplimiento de la medicación usaremos la escala Brief Adherence Rating Scale y Morisky , y la escala Drug Attitude Inventory para la valoración de las sensaciones del paciente ante la toma de medicación³⁴.

Una vez incluidos los pacientes en nuestro programa abarcaremos todos los aspectos y ámbitos que puedan quedar alterados en estos pacientes. Se realizará basándonos en el punto clave de la enfermería actual, los diagnósticos enfermeros, a través de los cuales abarcaremos de forma bio-psico-social a los pacientes intentando resolver cualquier dificultad que se presente en su vida cotidiana^{27,38}. Antes del desarrollo de los módulos se realizará una valoración de enfermería basándonos en los patrones funcionales de Gordon a partir de la cual elaboraremos los diagnósticos a resolver en cada módulo^{27,39}.

El programa psicoeducativo tendrá una duración de 1 año y contará con sesiones de seguimiento y evaluación durante el tiempo necesario¹.

Las sesiones serán dos quincenales por cada módulo, de dos horas, durante el tiempo que indica el cronograma, las sesiones de seguimiento se realizarán una vez cada 15 días con una duración de dos horas.

2013 CRONOGRAMA	JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE	
	1 /14	15/30	1/14	15/31	1/14	15/31	1/14	15/30	1/14	15/31	1/14	15/30
MÓDULO ENTRENAMIENTO HABILIDADES SOCIALES												
SESIONES HABILIDADES DE OCIO	↔		↔		↔		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO	
SESIONES HABILIDADES DE COMUNICACIÓN							↔		↔		↔	
SESIONES HABILIDADES PARA EL TRABAJO												
SESIONES HABILIDADES GENERALES												
MÓDULO ENTRENAMIENTO HABILIDADES VIDA DIARIA												
SESIÓN DE INTRODUCCIÓN	↔ DESCANSO											
SESIONES PSICOEDUCACIÓN			↔		↔		↔					
SESIONES EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO									SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO	
MÓDULO ADHERENCIA												
SESIÓN INTRODUCCIÓN	↔											
SESIONES PSICOEDUCACIÓN			↔									
SESIÓN MANEJO MEDICACIÓN					↔		↔		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO	
SESIÓN CONTROL DE SÍNTOMAS Y PREVENCIÓN RECAIDAS									↔		SEGUIMIENTO	

2014 CRONOGRAMA	DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO	
	1 /14	15/31	1/14	15/31	1/14	15/28	1/14	15/31	1/14	15/30	1/14	15/31
MÓDULO ENTRENAMIENTO HABILIDADES SOCIALES												
SESIONES HABILIDADES DE OCIO	SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO	
SESIONES HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO	
SESIONES HABILIDADES PARA EL TRABAJO	↔		↔		↔		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO	
SESIONES HABILIDADES GENERALES							↔		↔		↔	
MÓDULO ENTRENAMIENTO HABILIDADES VIDA DIARIA												
SESIÓN DE INTRODUCCIÓN												
SESIONES PSICOEDUCACIÓN												
SESIONES EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO	
MÓDULO ADHERENCIA												
SESIÓN INTRODUCCIÓN												
SESIONES PSICOEDUCACIÓN												
SESIÓN MANEJO MEDICACIÓN	SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO	
SESIÓN CONTROL DE SÍNTOMAS Y PREVENCIÓN RECAIDAS	SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO	

MÓDULO 1: PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES (Anexo 7)

DIAGNÓSTICOS ALTERADOS A TRABAJAR EN LAS SESIONES:	
-	Deterioro de la interacción social
-	Aislamiento social
-	Riesgo de soledad
-	Afrontamiento inefectivo
-	Déficit de actividades recreativas
-	Baja autoestima crónica
-	Riesgo de violencia dirigida a otros

SESIONES A DESARROLLAR DENTRO DE ESTE MÓDULO:	
1.	Sesiones para el entrenamiento de habilidades de ocio: <ul style="list-style-type: none">- Participación en actividades de ocio- Desarrollo de actividades de interés o hobbies
2.	Entrenamiento y desarrollo de habilidades de comunicación: <ul style="list-style-type: none">- Iniciar y mantener una conversación- Finalizar una conversación- Elementos durante la conversación(mantener atención, aguantar la mirada, distancia de cortesía, habilidades comunicativas)- Expresar opiniones personales y sentimientos
3.	Habilidades para el trabajo: <ul style="list-style-type: none">- Trabajo en equipo- Relaciones personales durante el trabajo
4.	Habilidades generales: <ul style="list-style-type: none">- Entrenamiento de reacciones ante situaciones- Resolución de problemas- Manejo del estrés y la ansiedad- Gestión económica

MÓDULO 2: PROGRAMA DE HABILIDADES DE LA VIDA DIARIA (Anexo 8)

DIAGNÓSTICOS ALTERADOS A TRABAJAR EN LAS SESIONES:	
-	Deterioro en el mantenimiento del hogar
-	Descuido personal
-	Trastorno del patrón del sueño
-	Déficit de autocuidado: alimentación
-	Déficit de autocuidado: baño
-	Déficit de autocuidado: vestido
-	Sedentarismo

SESIONES A DESARROLLAR EN ESTE MÓDULO:
SESION GRUPAL DE INTRODUCCIÓN: <ul style="list-style-type: none"> - Lluvia de ideas actividades vida diaria y autocuidados - Rutinas diarias - Debate autocuidado y modo de vida - Tabla autocuidado y vida diaria (Anexo 10)
SESIONES GRUPALES DE EDUCACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Higiene - Vestir - Sueño - Mantenimiento del hogar - Ejercicio
SESIONES INDIVIDUALES DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> - Repaso tablas semanales y solución dificultades

MODULO 3: ADHERENCIA (Anexo 9)

DIAGNÓSTICOS ALTERADOS A TRABAJAR EN LAS SESIONES:
<ul style="list-style-type: none"> - Manejo inefectivo del régimen terapéutico - Incumplimiento del tratamiento - Mantenimiento inefectivo de la salud

SESIONES A DESARROLLAR EN ESTE MÓDULO:
SESIÓN INTRODUCCIÓN: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación conocimientos paciente - Indagación estilos de vida y actividades diarias
SESIONES EDUCACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> - Información del concepto de adherencia

<ul style="list-style-type: none"> - Causas y factores relacionados con la falta de adherencia(ambiente, hábitos de vida, por la medicación, por el paciente) 	
SESIONES TEÓRICO PRÁCTICAS:	
MANEJO DE LA MEDICACIÓN Sesión 1: <ul style="list-style-type: none"> - Información medicación - Importancia Medicación Sesión 2: <ul style="list-style-type: none"> - Autoadministración tto - Importancia dosis, hora , admon. - Utilización pastillero Sesión 3: <ul style="list-style-type: none"> - Efectos secundarios medicación y cómo actuar ante ellos Sesiones de seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación utilización pastillero - Problemas para seguimiento de la medicación 	CONTROL DE SÍNTOMAS Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS: Sesión 1: <ul style="list-style-type: none"> - señales de recaída - estrategias que faciliten el reconocimiento de estas señales Sesiones de seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación recaídas y actuación ante ellas durante la semana
SESIÓN DE EVALUACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar conocimientos aprendidos en el programa - Comprobar que toda la información ha quedado clara y que el paciente maneja correctamente la medicación 	

DISCUSIÓN:

En cuanto al módulo de habilidades de la vida diaria Tungpunkom y Nicol en su artículo evaluando la efectividad de estas intervenciones en personas con TMG en comparación con otros programas , finalmente definen que no existen diferencias entre las personas que han sido entrenadas en el programa de habilidades de la vida diaria, comparado con las personas que han recibido intervención estándar en cuanto a autocuidados, actividades domésticas y calidad de vida^{1,40}. Este enfoque también es defendido por Campbell y por Patterson^{41,42}. R.P. Liberman en sus diferentes publicaciones se refiere a entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en AVD combinados por lo que no es posible extraer resultados específicos^{43,44,45}. Sin embargo diversos artículos españoles actuales defienden este tipo de intervenciones; Velligan compara la eficacia de intervenciones de AVD desarrolladas en el ambiente natural del paciente, en la mejora del funcionamiento psicosocial incluyendo aspectos de higiene personal, cuidado doméstico, adherencia a la medicación, manejo de transportes y actividades sociales y de ocio y tiempo libre. Emplea medidas específicas como recordatorios, listados de tareas, grabaciones, uso de pastilleros, mejorando el funcionamiento psicosocial, se reducen hospitalizaciones y mejora la adherencia⁴⁶. Montañés, Sevilla y Bermejo incluyeron la higiene y arreglo personal (ABVD) en su estudio mostrando mejora en cuestiones relacionadas con aseo e imagen personal⁴⁷. Moriana, Pulido y Cabrera, desarrollaron un programa de AVD a domicilio el cual aumentó el número de habilidades, la adherencia al fármaco y una mejoría en la sintomatología⁴⁸. En el programa de Verdugo, Martín, López y Gómez incluyeron higiene, habilidades domésticas, manejo del dinero, alimentación, integración comunitaria y tiempo libre y se produjeron mejoras en: autocuidados, responsabilidad con el tratamiento, afrontamiento personal y social, autonomía y autocontrol⁴⁹. La Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el TMG defiende como recomendación de buena práctica clínica ofertar programas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria para personas con TMG con el objetivo de mejorar su autonomía personas y su calidad de vida¹. En la

Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente se defiende como una recomendación de nivel B que el entrenamiento en las AVD, basado en la evidencia científica, debería estar disponible para pacientes que tienen dificultades con las tareas de funcionamiento cotidiano²⁶.

Con el desarrollo de nuestro trabajo en este módulo lo que pretendíamos era una mejora en el autocuidado y actividades básicas de la vida diaria en nuestros pacientes, tras la revisión diversos artículos sostienen estas hipótesis, además de que estas intervenciones mejoran la adherencia.

En cuanto al módulo de EHS sociales Pilling concluyó que no había clara evidencia de que los pacientes que recibieron EHS tuvieron mejores resultados, en comparación con otro tratamiento, ya sea en recaídas, funcionamiento social, o calidad de vida⁵⁰. Muchos otros artículos apoyan el valor de estas intervenciones^{51,52}. Marder observó que en pacientes con esquizofrenia de inicio precoz se obtienen mejores resultados con técnicas de habilidades sociales que de apoyo⁵³. Kurtz y Mueser indicaron efectos para el funcionamiento social, gravedad de los síntomas y de la recaída⁵⁴. Cirici defiende el beneficio del EHS para un grupo de pacientes con esquizofrenia y sus familiares. Los pacientes que participaron en él aumentaron su capacidad de desarrollo social, desempeño de roles, interacción social y síntomas¹⁵. Benton y Huxley en sus diferentes revisiones señalaban que el EHS incrementaba significativamente el comportamiento social, demostrándose de este modo que las personas con esquizofrenia, a pesar de sus graves déficits, son capaces de aprender una amplia gama de habilidades sociales^{55,56}. La Guía Clinical practice guidelines: Treatment of schizophrenia insiste en una recomendación de tipo B implantar en los planes de tratamiento intervenciones psicoeducativas para pacientes; además de una recomendación tipo B acerca de que el EHS debe estar disponible para pacientes con dificultades y/o estrés relacionadas con la interacción social ya que conduce a mejores resultados con referencia a los síntomas, el funcionamiento social, y la calidad de vida, en comparación con

otras intervenciones como intervención psicosocial y de apoyo terapia ocupacional¹³.

Con el desarrollo de este módulo se pretendía la mejora de las habilidades sociales de los pacientes, diversos artículos afirman la mejora de estas habilidades junto con el funcionamiento social, interacción social y también una mejora de la adherencia. Tras la revisión de artículos en nuestro módulo se cumplen las hipótesis que sosteníamos al principio.

En cuanto al módulo de adherencia hemos procedido a su desarrollo como complemento a los dos anteriores. Hemos pensado que el mejor modo de abordar la adherencia a la medicación es por medio de un programa psicoeducativo. Nose y Pekkala en sus revisiones concluyen que las intervenciones psicoeducativas que tienen por objeto aumentar el conocimiento acerca de la enfermedad han demostrado cierta eficacia en la transmisión de datos^{57,58}. En su revisión Zygmunt indica que no se han encontrado evidencias para mostrar aumento de adhesión a menos que no se usen también estrategias de adaptación de comportamiento y recordatorios, punto de vista que también comparte Mueser^{59,60}. En la Guía Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care no se encontró evidencia sólida que sugiera que la terapia de la adherencia es efectiva en la esquizofrenia en comparación con cualquier otro control²⁵. Solo un estudio en esta revisión aporta resultados válidos para programa de psicoeducación de adherencia y cumplimiento , la revisión llevada a cabo por Kemp, que defiende la mejora de la adherencia y de las actitudes hacia la medicación⁶¹. La Guía Clínica Treatment of schizophrenia desarrolla recomendaciones de nivel B ; La psicoeducación es una intervención importante que tiene que ir acompañado de la formación de estrategias de manejo de la enfermedad para lograr la adhesión al tratamiento para prevenir recaídas y que la psicoeducación puede mejorar el conocimiento sobre enfermedad, pero hay hallazgos equívocos que aumentan la adherencia al tratamiento a menos que haya también mejora motivacional y estrategias para tomar los medicamentos¹³.

No existe unanimidad en cuanto al beneficio de psicoeducación en adherencia existen numerosas recomendaciones y estudios que avalan el desarrollo de estos programas, además de la novedad de desarrollar este programa con los dos primeros módulos ya que son complementarios, esto le da valor a nuestro estudio.

CONCLUSIONES

El módulo de EHVD no cuenta con un acuerdo unánime entre todas las revisiones acerca de su beneficio o no beneficio para las personas con TMG, no obstante varias revisiones coinciden en ofrecer recomendaciones acerca del desarrollo e implantación de este tipo de programas por lo que hay que seguir desarrollando e investigando acerca de este tipo de intervenciones.

En el módulo de EHS se recogen numerosos artículos que defienden esta intervención argumentando la mejora del ámbito social del paciente, además de numerosas recomendaciones que proponen la importancia de su desarrollo y accesibilidad para personas con TMG. Por lo tanto es importante el desarrollo de los programas de entrenamiento de habilidades sociales para mejorar el nivel de competencia social a través de programas de rehabilitación y Reinserción en un entorno normalizado en pacientes con TMG.

Tampoco existe una evidencia clara acerca de la eficacia de programas de psicoeducación para la adherencia de personas con TMG, sin embargo existen recomendaciones acerca de la inclusión de estrategias de manejo de la enfermedad y de la toma de medicación junto con la psicoeducación que sí son efectivas. Este programa se verá beneficiado por el desarrollo de los dos anteriores, por lo que se debería desarrollar los tres módulos a la vez para una mejora de la adherencia y en el módulo de adherencia incluir las estrategias de manejo de la enfermedad y de toma de medicación. La adherencia al tratamiento mejora la estabilidad de síntomas y evita recaídas de ahí la importancia de mantener y generalizar programas que favorezcan un mantenimiento continuado de tratamiento en enfermedades crónicas.

Las aportaciones de nuestro trabajo al conocimiento actual serían los beneficios conseguidos con la combinación de los 3 módulos

psicoeducativos, ya que estos módulos se complementan y benefician entre sí para conseguir sus objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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
2. GISBERT, C. (ed.), «Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental», Madrid, AEN, 2003.
3. 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
4. Pérez JM, Bahamonde JM, Gas M, De Vega MC, Jerez MR, Garzón C. Alteraciones psíquicas y físicas ante la contención mecánica del cliente diagnosticado de trastorno mental grave ingresado en la unidad de hospitalización. Biblioteca Lascasas.2012; 8(2).
5. Bielsa I, De Casas S, Cledera D, Lamas N, López JA, Maganto A. Epidemiología de los problemas de Salud Mental. Metas de Enfermería.2003 feb; 6(1): 12-16.
6. Gómez M. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
7. Pérez C, Manzano MA. Alianza para la integración laboral de personas con Trastorno Mental Grave: Enfermera especialista de Salud Mental y Enfermera especialista en el Trabajo. Rev Paraninfo Digital.2012; 16
8. Belloso JJ .Intervención psicoterapéutica en el Trastorno Mental Grave. Clínica Contemporánea.2012;3.
9. Alonso P, Puime M. Modelos de intervención comunitaria: El equipo de continuidad de cuidados de Vigo. Rev Presencia.2009 jul-dic;5
10. León I, Periañez MR, Jiménez B. Valoración de un programa intensivo para aumentar la eficiencia de la comunidad terapéutica en la reinserción social de pacientes con trastorno mental grave. Biblioteca Lascasas.2011; 7(3).
11. Arias P, Camps C, Cifre A, Cacharro F, Fernández J, Gisbert C, et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuaderno técnico nº 6. Madrid: AEN, 2002.

12. López M. Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de atención a la "cronicidad" en salud mental. Rehabilitación de salud mental.2002; 75-105
13. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia.Can J Psychiatry. 2005 Nov; 50(1): 7S-57S
14. Álvarez E. Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. Anales de psiquiatría.2002; 18(1)
15. Cirici R, Obiols J. Validez de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos. Actas Esp Psiquiatr. 2008; 36(3): 123-132.
16. González J, Rodríguez A. Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. Clínica y Salud .2010; 21(3): 319-332
17. Kopelowicz A , Liberman RP, Zárate R. Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. Schizophr Bul.I 2006 Octubre, 32 (1):S12-S23.
18. López MC, Moreno J, Navarro D, Carrasco O. Entrenamiento en habilidades de la vida diaria en personas con Trastorno Mental Grave. Descripción de la intervención y estudio de casos. Psicología. 2009; 13(2)
19. Moriana J, Alarcón E, Herruzo J. En el Hogar del entrenamiento Habilidades psicosocial para pacientes con esquizofrenia. Servicios Psiquiátricos; 2006.
20. Rössler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview. World Psychiatry. 2006 Octubre; 5 (3): 151-157.
21. Chowdur R ,Dharitri R , Kalyanasundaram S, Suryanarayana N. Effectiveness of psychosocial rehabilitation program: the experience RFS. Indian J Psychiatry. 2011 Ene-Mar; 53 (1): 45-48
22. Bustillo R, John L, Horan W, Keith S. El Tratamiento psicosocial de la esquizofrenia: Una actualización. Am J Psychiatry. 2001; 158: 163-175.
23. Palomino PA, Jiménez MT, Baena M, Baena V. Programa psicoeducativo dirigido a personas afectadas por trastorno mental grave. Rev Presencia. 2011 jul-dic; 7(14).
24. Vallina O, Lemos S. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Psicothema.2001; 13(3): 345-364.
25. Grupo de Trabajo de la Guía Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and

Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2010.

26. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. 2009.

27. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar [Versión resumida]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH / AEN Núm. 2012/1

28. Alene M, Michael D, Angamo M , Beata V , Elias A., Tajure N. Adherence to medication for the treatment of psychosis: rates and risk factors in a population Ethiopian. BMC Clin Pharmacol. 2012; 12: 10.

29. Morken G, Widen H, Grawe R. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalization in schizophrenia of recent onset. BMC Psychiatry. 2008; 8: 32.

30. Ascher-Svanum H, Zhu B, Douglas E , Furiak N , Montgomery W. Levels of medication adherence and differential use of mental health services in the treatment of schizophrenia. BMC Res Notes. 2009; 2: 6.

31. Aldebot S , Amy G, Weisman PH. Denial and acceptance coping styles and medication adherence in schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 2009 Agosto; 197(8) : 580-584.

32. McCabe R , Bullenkamp J , Hansson L , Lauber C , Martínez R , Rössler W, et al. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. PLoS One. 2012; 7(4)

33. Acosta FJ, Hernández JL , Pereira J. La Adherencia en la Esquizofrenia y otras psicosis. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria. 2009; 9(1)

34. Acosta FJ, Hernández JL , Pereira J. Métodos de evaluación de la Adherencia. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria. 2009; 9(1)

35. Hernández E, Acosta FJ, Hernández JL. Estrategias de intervención para mejorar la Adherencia. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria. 2009; 9(1)

36. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. The Life Skills Profile: a measure assessing functional and disability in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 15: 325-337.

37. Bulbena A, Fernández de Larrinoa P, Dominguez AI. Adaptación castellana de la Escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. Actas Luso -Españolas de Neurología y Psiquiatría.1992. 20(2): 51-60.
38. Espinosa C.NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Clasifications, 2009-20011.Version española de la obra original inglesa.Barcelona: Elsevier;2010.
39. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. Barcelona: Mosby; 2003.
40. Tungpunkom P, Nicol M. Life skills programmes for chronic mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (2)
41. Campbell A, McCreadie RG. Occupational therapy is effective for chronic schizophrenic daypatients. Br J Occup Ther. 1983;46(11):327-9.
42. Patterson TL, McKibbin C, Taylor M, Goldman S, Davila-Fraga W, Bucardo J, et al. Functional adaptation skills training (FAST): a pilot psychosocial intervention study in middleaged and older patients with chronic psychotic disorders. Am J Geriatr Psychiatry. 2003;11(1): 17-23.
43. Liberman RP, Kopelowicz A, Young AS. Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. Behavior Therapy.1994; 25:89-107.
44. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, Jacob HE, Eckman T, y Massel HK. Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. Schizophrenia Bulletin.1986;2:631-47.
45. Liberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J.V. y Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. American Journal of Psychiatry.1998; 155:1087-91.
46. Velligan D, Mueller J, Wang M, Dicocco M, Diamond P, Maples N, et al. Use of environmental supports among patients with schizophrenia. Psychiatric Services.2006;57:219-224.
47. Montañés JE, Sevilla JA, Bermejo MT. Programa de higiene y arreglo personal para enfermos mentales crónicos usuarios de dispositivos de rehabilitación psicosocial. Estudio piloto. Psiquis.2002;23: 117-131.
48. Moriana JA, Pulido E, Cabrera J. Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. Psicothema.2004;16:436-441.

49. Verdugo MA, Martín M, López D, Gómez A. Aplicación de un programa de habilidades de autonomía personal y sociales para mejorar la calidad de vida y autodeterminación de personas con enfermedad mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*.2004; 1: 47-55.
50. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol. Med.* 2002;32: 783–91.
51. Torrey WC, Mueser KT, McHugo GH, Drake RE. Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatr. Serv.* 2000;51:229–33.
52. Bellack AS, Turner SM, Hersen M, Luber RF. An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hosp. Community Psychiatry.* 1984; 35: 1023–8.
53. Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman TA, et al. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1996; 153(12): 1585-92.
54. Kurtz M, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training in schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.2008; 76: 491–504.
55. Benton MK, Schroeder HE. Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol*.1990;58: 741-7.
56. Huxley NA, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188: 187-201
57. Nose M, Barbui C, Gray R, Tansella M. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 197–206.
58. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2004;(1).
59. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2002;159: 1653
60. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv.* 2002;53: 1272–84.

61. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G. Compliance therapy in psychotic patients: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 1996; 312: 345–349.

ANEXOS

Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN6

Niveles de evidencia

- | | |
|-----|---|
| 1++ | Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo. |
| 1+ | Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos. |
| 1- | Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos. |
| 2++ | Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal. |
| 2+ | Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. |
| 2- | Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal. |
| 3 | Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos. |
| 4 | Opinión de expertos. |

Grados de recomendación

- | | |
|---|---|
| A | Al menos un metanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos. |
| B | Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+. |
| C | Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++. |
| D | Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+. |

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deberían usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Buena práctica clínica

- √~ Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Anexo 2. Patrones funcionales de Marjory Gordon

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional - metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 5: Sueño - descanso
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual
- Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción
- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores – creencias

Anexo 3. Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana –LIFE SKILL PROFILE “LSP”-

Población diana: Personas con trastorno psiquiátrico. Se trata de una escala heteroadministrada para personas con enfermedades mentales crónicas, que no se encuentran en un momento de crisis. Debe tenerse en cuenta los tres meses pasados de forma global.

Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto). El LSP se compone de cinco subescalas. Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto.

Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- Autocuidado: 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 27 y 30.(A)
- Comportamiento social interpersonal: 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36 (CSI)
- Comunicación – contacto social: 1, 3, 4, 7, 8 (C)
- Comportamiento social no personal: 28, 31, 32, 33, 35 (CSNP)
- Vida autónoma: 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 26.(VA)

SUBESCALAS	PUNTOS
Autocuidado	
Comportamiento social interpersonal	
Comunicación – contacto social	
Comportamiento social no personal	
Vida autónoma	
PUNTUACIÓN TOTAL	

1. ¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder en una conversación? (C)	8. ¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla (por ejemplo, confusa, alterado o desordenadamente)?(C)
Ninguna dificultad.	Ninguna dificultad
Ligera dificultad	Ligeramente difícil
Moderada dificultad	Moderadamente difícil
Extrema dificultad	Extremadamente difícil
2. ¿Suele meterse o interrumpir en las conversaciones de otros (por ejemplo, le interrumpe cuando está usted hablando)? (CSI)	9. ¿Suele hablar sobre temas raros o extraños?(CSI)
No interrumpe en absoluto	En absoluto
Ligeramente intrusivo	Ligeramente
Moderadamente intrusivo	Moderadamente
Extremadamente intrusivo	Extremadamente
3. ¿Está generalmente aislado de contacto social?(C)	10. ¿Suele estar generalmente bien presentado (por ejemplo, vestido limpio, pelo peinado)?(A)
No se aísla en absoluto	Bien presentado
Ligeramente aislado	Moderadamente bien presentado.
Moderadamente aislado	Pobremente presentado
Totalmente (o casi) aislado	Muy pobremente presentado
4. ¿Suele mostrarse afectuoso con los demás?(C)	11. ¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve?(CSI)
Considerablemente cordial	Intachable o apropiada
Moderadamente cordial	Ligeramente inapropiada
Ligeramente cordial	Moderadamente inapropiada
Nada cordial en absoluto	Extremadamente inapropiada
5. ¿Suele estar normalmente enfadado o ser puntilloso con otras personas?(CSI)	12. ¿Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo?(A)
En absoluto	Generalmente
Moderadamente	Ocasionalmente
Ligeramente	Raramente
Extremadamente	Nunca
6. ¿Suele ofenderse fácilmente?(CSI)	13. ¿Suele tener un olor ofensivo (por ejemplo, en el cuerpo, aliento o ropas)?(A)
No se ofende	En absoluto
Algo rápido en enfadarse	Moderadamente
Bastante presto a enfadarse	Ligeramente
Extremadamente presto a enfadarse.	Mucho
7. ¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellos?(C)	14. ¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias?(A)
Contacto visual adecuado	Mantiene limpieza de la ropa
Ligeramente reducido	Moderada limpieza
Moderadamente reducido	Pobre limpieza de la ropa
Extremadamente reducido	Muy escasa limpieza de la ropa
15. ¿Suele ser negligente con su salud física?(VA)	22. Asiste a alguna organización social (por ejemplo, iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)?(VA)
En absoluto	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Ligeramente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
Moderadamente	<input type="checkbox"/> Raramente
Extremadamente	<input type="checkbox"/> Nunca
16. ¿Mantiene normalmente una dieta adecuada? (A)	23. ¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida?(VA)
Sin problemas	<input type="checkbox"/> Bastante capaz de prepararse comida
Ligeros problemas	<input type="checkbox"/> Ligeras limitaciones
Moderados problemas	<input type="checkbox"/> Moderadas limitaciones
Graves problemas	<input type="checkbox"/> Incapaz de prepararse comida
17. ¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde?(A)	24. ¿Puede esta persona irse a vivir por sí mismo?(VA)
Muy confiable	<input type="checkbox"/> Bastante capaz de hacerlo
Ligeramente no confiable	<input type="checkbox"/> Ligeras limitaciones
Moderadamente no confiable	<input type="checkbox"/> Moderadas limitaciones
No confiable	<input type="checkbox"/> Incapaz totalmente
18. ¿Está dispuesto a tomar la medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico?(A)	25. ¿Tiene problemas (por ejemplo fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en la familia?(CSI)
Siempre	<input type="checkbox"/> Sin problemas
Normalmente	<input type="checkbox"/> Ligeros problemas
Raramente	<input type="checkbox"/> Moderados problemas
Nunca	<input type="checkbox"/> Graves problemas
19. Cooperar esta persona con los servicios de salud (por ejemplo, médicos y/u otros profesionales de la salud)?(A)	26. ¿Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)?(VA)
Siempre	<input type="checkbox"/> Capaz de hacer un trabajo a tiempo total.
Normalmente	<input type="checkbox"/> Capaz de trabajo a tiempo parcial
Raramente	<input type="checkbox"/> Capaz solamente de trabajos protegidos
Nunca	<input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar
20. ¿Está normalmente inactivo (por ejemplo, gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada)?(VA)	27. ¿Se comporta de manera arriesgada (por ejemplo, ignorando el tráfico cuando cruza la calle)?(A)
Apropiadamente activo	<input type="checkbox"/> En absoluto
Ligeramente inactivo	<input type="checkbox"/> Raramente
Moderadamente inactivo	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
Extremadamente inactivo	<input type="checkbox"/> A menudo

21. ¿Tiene intereses definidos (por ejemplo hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente?(VA)	28. ¿Destruye esta persona propiedades?(CSNP)
Participación considerable.	<input type="checkbox"/> En absoluto
Moderada participación	<input type="checkbox"/> Raramente
Alguna participación	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
No participa en absoluto	<input type="checkbox"/> A menudo
29. ¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)?(CSI)	32. ¿Se autolesiona?(CSNP)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
30. ¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (por ejemplo, escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada?(A)	33. ¿Se mete en problemas con la policía?(CSI)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
31. ¿Suele perder propiedades personales?(CSNP)	34. ¿Abusa del alcohol o de otras drogas?(CSI)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
32. ¿Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones personales)?(CSNP)	35. ¿Se comporta irresponsablemente?(CSNP)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
33. ¿Suele coger cosas que no son suyas?(CSNP)	36. ¿Hace o mantiene normalmente amistades?(C)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> Capaz de hacer amistades fácilmente
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Lo hace con cierta dificultad
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Lo hace con dificultad considerable
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Incapaz hacer o mantener amistades
34. ¿Es violento con otros?(CSI)	
<input type="checkbox"/> En absoluto	
<input type="checkbox"/> Raramente	
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	
<input type="checkbox"/> A menudo	

Anexo 4. Brief Adherence Rating Scale; BARS

Es una herramienta de evaluación de la adhesión de reciente desarrollo que consta de tres preguntas (adaptado con permiso de un cuestionario utilizado en el ensayo CATIE) sobre el conocimiento del paciente sobre su propio régimen de medicación:

1. número de dosis prescritas de medicamentos por día
 2. número de días en el mes pasado, cuando el paciente no tomó las dosis prescritas
 3. número de días en el mes pasado, cuando el paciente tomó menos de la dosis prescrita.
- Escala analógica visual (EAV) para evaluar el porcentaje de dosis tomadas por el paciente en el último mes (0-100%).

La calificación en escala analógica visual es la medida clave de la adherencia proporcionada por esta escala.

Anexo 5. Cuestionario de Morisky-Green

TABLA II	
CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN (TRADUCIDO)	
–	¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
–	¿Toma la medicación a la hora indicada?
–	Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
–	Si alguna vez se sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?

Anexo 6. Drug Attitude Inventory (DAI)

Se debe pedir al paciente que lea cada declaración en el cuestionario y que decida si creen que es verdadero o falso , que lo apliquen a su propia experiencia con los medicamentos. Deben rodear sus respuestas con tinta en el formulario.El DAI-30 (página 3), contiene 15 afirmaciones que un paciente que está totalmente adherida a la medicación prescrita contestaría como 'True', y 15 elementos, un paciente respondería como "Falso".

Para calcular la puntuación de un conjunto de respuestas, cada respuesta "positiva" se le da una puntuación de más uno, y cada respuesta "negativa" se le da una puntuación de menos uno. En la siguiente tabla, las respuestas "positivas" (Puntuación = más uno) se muestran en negrita. En la pregunta uno, por ejemplo, una respuesta de 'Falso' anotaría más uno y una respuesta de 'True' sería anotar menos uno.La puntuación total para cada paciente se calcula como la suma de las puntuaciones positivas, menos las puntuaciones negativas. Una puntuación total positivo indica adherencia y una puntuación total negativa indica no adherencia.

DAI-30 questionnaire

Name	Date	
Question		Answer*
1	I don't need to take medication once I feel better	T / F
2	For me, the good things about medication outweigh the bad	T / F
3	I feel strange, "doped up", on medication	T / F
4	Even when I am not in hospital I need medication regularly	T / F
5	If I take medication, it's only because of pressure from other people	T / F
6	I am more aware of what I am doing, of what is going on around me, when I am on medication	T / F
7	Taking medications will do me no harm	T / F
8	I take medications of my own free choice	T / F
9	Medications make me feel more relaxed	T / F
10	I am no different on or off medication	T / F
11	The unpleasant effects of medication are always present	T / F
12	Medication makes me feel tired and sluggish	T / F
13	I take medication only when I feel ill	T / F
14	Medications are slow-acting poisons	T / F
15	I get along better with people when I am on medication	T / F
16	I can't concentrate on anything when I am taking medication	T / F
17	I know better than the doctors when to stop taking medication	T / F
18	I feel more normal on medication	T / F
19	I would rather be ill than taking medication	T / F
20	It is unnatural for my mind and body to be controlled by medications	T / F
21	My thoughts are clearer on medication	T / F
22	I should keep taking medication even if I feel well	T / F
23	Taking medication will prevent me from having a breakdown	T / F
24	It is up to the doctor to decide when I should stop taking medication	T / F
25	Things that I could do easily are much more difficult when I am on medication	T / F
26	I am happier and feel better when I am taking medications	T / F
27	I am given medication to control behaviour that other people (not myself) don't like	T / F
28	I can't relax on medication	T / F
29	I am in better control of myself when taking medication	T / F
30	By staying on medications I can prevent myself getting sick	T / F
If you have any further comments about medication or this questionnaire, please write them below		

T = True, F = False

*Answers shown in **bold** are scored +1; answers in normal font are scored -1

Anexo 7. Desarrollo Sesiones Módulo Entrenamiento Habilidades Sociales

SESIONES GRUPALES:

En cada una de las sesiones al comienzo dejaremos claro a los pacientes el objetivo de la sesión y la habilidad que vamos a desarrollar.

- Una vez hecho esto, planteamos una situación social en la que sea necesario utilizar las habilidades sociales que queremos trabajar con los pacientes.
- Dejamos a los pacientes un tiempo para pensar como actuarían o resolverían esa situación.
- Posteriormente elegimos al azar a un paciente para que se enfrente a la situación de la manera que había pensado anteriormente mediante un role-play, en el que la otra persona seremos nosotros mismos ya que durante el desarrollo del role-play incluiremos dificultades para analizar como el paciente responde ante ellas, si el paciente no es capaz de resolver estos problemas pediremos opinión al resto del grupo o daremos pautas de actuación al paciente para ayudarlo e indicarle comportamiento específicos. El role-play ayuda a los pacientes a desarrollar sus habilidades sociales practicando que hay que decir, qué hacer y cómo se debe hacer.
- Una vez acabado el role-play analizaremos la actuación con el resto de pacientes y escucharemos cómo habrían actuado ellos o que hubieran cambiado. Identificaremos en primer lugar los avances en las actuaciones del paciente, reconociendo su esfuerzo y posteriormente las actitudes o comportamientos que éste no ha logrado plasmar en el role-play, además de corregir y mejorar los comportamientos excesivos durante el desarrollo de la actividad y daremos consejos para evitarlos.
- Al acabar la reflexión se facilitará a los pacientes un role-play con la actuación correcta y se harán grupos para que practiquen entre ellos el resto de la sesión.
- Una vez acabada la sesión invitaremos a los pacientes a enfrentarse a esta situación trabajada en su entorno y vida real y que en la próxima sesión nos expliquen cómo ha ido.

Anexo 8. Desarrollo Módulo Entrenamiento Habilidades Vida Diaria

SESION GRUPAL DE INTRODUCCIÓN:
<ul style="list-style-type: none">• Lluvia de ideas o brainstorming en el que los pacientes nos expresarán sus dudas y la importancia de su autocuidado diario, de las labores del hogar, de sus dificultades para conciliar el sueño y sus opiniones acerca del ejercicio.• Una vez desarrolladas las dudas se pedirá a los participantes que escriban en una hoja sus rutinas diarias.(ANEXO 2)• Posteriormente se comenzará un debate con todos los pacientes acerca del autocuidado y modo de vida de los pacientes, si se manejan correctamente en su autocuidado o no, que actividades realizan de forma adecuada y cuáles tendrían mejorar.• Para acabar la introducción a este módulo se entregará a los pacientes una tabla en la que irán apuntando diariamente diferentes aspectos relacionados con su autocuidado y vida diaria, esta tabla se trabajará con ellos en sesiones individuales semanales.(ANEXO 3)
SESIONES GRUPALES DE EDUCACIÓN:
<p>ALIMENTACIÓN: Definición de alimentación y nutrición, importancia de una alimentación sana y las repercusiones de no comer sano, importancia del agua y una correcta hidratación, dieta equilibrada(frecuencia del consumo de alimentos, clasificación de los alimentos, pirámide alimentaria),elaboración de una dieta equilibrada semanal por parte de los pacientes.</p> <p>HIGIENE: Concepto de higiene y aseo, importancia correcta higiene, problemas falta de higiene, pautas higiene adecuada. El paciente desarrollará unos objetivos en cuanto a la higiene diaria que debe mantener.</p> <p>VESTIR: Importancia de la elección adecuada de ropa para cada ocasión, pautas de ayuda para la elección adecuada de ropa.</p> <p>SUEÑO: ¿qué es el sueño?, concepto de higiene del sueño (consejos para dormir bien, hábitos nocivos, ambiente favorecedor y el efecto de algunos componentes de la alimentación en el sueño), importancia del sueño en la calidad de vida. El paciente creará un ambiente correcto para el sueño,su rutina anterior al sueño evitando hábitos nocivos y la alimentación adecuada antes de ir a dormir.</p> <p>MANTENIMIENTO DEL HOGAR: Importancia de un buen mantenimiento del hogar, pautas de limpieza y cuidado del hogar. El paciente desarrollará una serie de tareas semanales cumpliendo con el mantenimiento del hogar.</p> <p>EJERCICIO: concepto ejercicio, beneficios del ejercicio para la salud, físicos(cardiovasculares, diabetes, control de peso),psicológicos (ansiedad, estrés).El paciente elaborará unos objetivos semanales acerca del ejercicio que realizará durante la semana, el ejercicio irá aumentando de dificultad y duración.</p>

SESIONES INDIVIDUALES DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:
<ul style="list-style-type: none">• Sesiones individuales de evaluación y seguimiento: repasaremos con los pacientes las tablas semanales que deben rellenar y solucionaremos todas las dificultades que se les presenten. Los pacientes nos contarán si han cumplido los objetivos y cómo se han sentido al hacerlo.

Anexo 9. Desarrollo Sesiones Módulo Adherencia

SESIÓN INTRODUCCIÓN:	
<p>Evaluaremos de forma individual con el paciente sus conocimientos y condiciones actuales. Trataremos con el paciente los conocimientos que tiene sobre la enfermedad y sobre el tratamiento, dudas que le puedan surgir. Se le facilitarán cuestionarios y escalas para que el paciente pueda determinar el conocimiento que tiene sobre la enfermedad, las características del tratamiento y que él mismo sea capaz de redactar el nombre de los medicamentos que toma, la dosis, los efectos adversos, los beneficios que tiene para él el tratamiento.</p> <p>Además indagaremos en el estilo de vida del paciente, las actividades que realiza diariamente, sus hábitos de vida, los horarios que sigue, su situación personal y familiar.</p>	
SESIONES EDUCACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> - Información del concepto de adherencia - Causas y factores relacionados con la falta de adherencia(ambiente, hábitos de vida, por la medicación, por el paciente) 	
SESIONES TEÓRICO PRÁCTICAS:	
<p>MANEJO DE LA MEDICACIÓN</p> <p>Sesión 1: será teórica en la que explicaremos al paciente información acerca de la medicación que toma, haremos que comprenda la importancia de seguir correctamente el tratamiento, los beneficios que esto tiene para ellos y las consecuencias que pueden ocurrir si no lo siguen.</p> <p>Sesión 2: tiene un componente práctico, enseñaremos al paciente como auto-administrar su tratamiento correctamente. Remarcaremos la importancia de tomar la medicación a la hora correcta, en la dosis correcta, de no olvidar su administración, no tomar más dosis de la debida o juntar dos dosis porque se olvidó la anterior.</p>	<p>CONTROL DE SÍNTOMAS Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS:</p> <p>SESIÓN 1: teórica le daremos información al paciente de cómo identificar señales de recaída, cuales son las señales más habituales y estrategias que faciliten el reconocimiento de estas señales. Además de planes de actuación ante la aparición de estas señales.</p> <p>Sesiones de seguimiento: el paciente nos contará semanalmente si ha detectado alguna señal de recaída, como se ha sentido, como ha logrado identificarla, su actuación ante ella, y corregiremos o mejoraremos las actuaciones ante ellas.</p>

<p>Además emplearemos recursos materiales para facilitar el control de la administración como por ejemplo un pastillero en el que el paciente, delante de nosotros, preparará su medicación correspondiente para toda la semana durante un tiempo prudencial y le facilitaremos una hoja en la que apuntará la medicación, la dosis y la hora a la que toma cada fármaco. Esta hoja la revisaremos junto a él en posteriores sesiones de seguimiento.</p> <p>Sesión 3: ayudaremos al paciente a reconocer los efectos secundarios de los medicamentos, a distinguir entre su gravedad y le daremos consejos acerca de la actuación en caso de presentar síntomas adversos.</p> <p>Sesiones de seguimiento: tendrán lugar durante el tiempo que consideremos que el paciente necesita nuestra ayuda para el mantenimiento del tratamiento. En estas sesiones el paciente traerá el pastillero y la hoja en la que anota la medicación y resolveremos los problemas que ha encontrado en cuanto al seguimiento de la medicación además de supervisar como completa el pastillero. Analizaremos si no ha seguido bien el tratamiento las causas por las que no lo ha seguido y los problemas que ha encontrado esa semana para el seguimiento del tratamiento.</p>	
<p>SESIÓN DE EVALUACIÓN:</p>	
<p>Al finalizar las sesiones de seguimiento realizaremos una última sesión de evaluación en la que evaluaremos los conocimientos del paciente acerca de la medicación y de la enfermedad, los factores que pueden influir en la no adherencia y la importancia y los beneficios que tiene el seguimiento correcto del tratamiento. Con esta última sesión lo que pretendemos es hacer</p>	

hincapié en estos aspectos y comprobar que el paciente tiene muy clara esta información.

Anexo 10. Material Módulos

ALIMENTACIÓN DÍA ANTERIOR	HIGIENE	VESTIR	SUEÑO	MANTENIMIENTO DEL HOGAR	EJERCICIO
De:	Frecuencia:	Elección ropa:	Horas/día:	Organización:	Frecuencia:
Co:	¿Qué?	Lavado ropa:		Limpieza:	Tiempo:
Ce:	¿Cómo?	Planchado ropa:			

ALIMENTACIÓN	HIGIENE	VESTIR	SUEÑO	MANTENIMIENTO HOGAR	EJERCICIO
Alimentación diaria	Frecuencia	Elección de ropa para distintas ocasiones	Horas de sueño al día	Labores que realiza cada día	Ejercicio todos los días
	Actividades	Si han planchado y lavado la ropa	Calidad del sueño	Dificultades para el mantenimiento del hogar	Tipo de ejercicio
	Cómo realizan la higiene	Dificultades que se han encontrado para la elección y adecuación de la ropa	Rutinas para conciliar el sueño		Tiempo empleado
			Problemas que ha encontrado para conciliar el sueño		
Reflexión:					