



Universidad
Zaragoza



Trabajo Fin de Grado

PLAN DE PSICOEDUCACIÓN ENFERMERA PARA EL
AFRONTAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

NURSING PSYCHOEDUCATION PLAN FOR DEALING
WITH SCHIZOPHRENIA

Autor/es

Ángela Arto Delgado

Director/es

Dr. Miguel Ariño Lapuente

Facultad Ciencias de la Salud / Grado en Enfermería
2020-2021

Índice

1.	RESUMEN	4
2.	INTRODUCCIÓN.....	6
3.	OBJETIVOS	10
3.1.	Objetivo general	10
3.2.	Objetivos específicos	10
4.	METODOLOGÍA.....	11
4.1.	Planificación (Cronograma)	11
4.2.	Búsqueda bibliográfica.....	11
4.3.	Diseño del estudio.....	13
4.3.1.	Ámbito de estudio/Población.....	14
4.3.2.	Materiales	17
4.3.3.	Declaración de intereses	17
4.3.4.	Taxonomía enfermera NANDA/NOC/NIC.....	18
4.3.5.	Ánalisis DAFO	20
5.	DESARROLLO	21
5.1.	Planificación	21
5.1.1.	Definición del problema	21
5.1.2.	Ánalisis del problema.....	22
5.2.	Hacer	23
5.3.	Evaluar	27
5.3.1.	Indicadores de estructura	27
5.3.2.	Indicadores de proceso	28
5.3.3.	Indicadores de resultado.....	29
5.4.	Actuar	30
6.	DISCUSIÓN.....	31
7.	CONCLUSIONES	32
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	33
9.	ANEXOS	37



Índice de tablas

Tabla nº1: Resultados de las bases de datos consultadas.....	12
Tabla nº2: Resultados de las páginas webs consultadas.....	12
Tabla nº3: Resultados de los libros y las revistas consultadas.....	12
Tabla nº4: Resultados de otras fuentes de información consultadas.	12
Tabla nº5: USM Actur Sur y centros de salud asignados.....	14
Tabla nº6: Criterios de exclusión e inclusión al proyecto.	16
Tabla nº7: Coste económico.....	17
Tabla nº8: NANDA, NOC Y NIC.	18
Tabla nº9: NANDA, NOC Y NIC.	18
Tabla nº10: NANDA, NOC Y NIC.....	18
Tabla nº11: Análisis DAFO.	20
Tabla nº12: Beneficios esperados del plan de mejora.	21
Tabla nº13: Descripción de la primera sesión (Parte I).	23
Tabla nº14: Descripción de la primera sesión (Parte II).	24
Tabla nº15: Descripción de la segunda sesión (Parte I).....	24
Tabla nº16: Descripción de la segunda sesión (Parte II).	25
Tabla nº17: Descripción de la tercera sesión (Parte I).	25
Tabla nº18: Descripción de la tercera sesión (Parte II).	26
Tabla nº19: Indicadores de estructura.....	27
Tabla nº20: Indicadores de proceso.	28
Tabla nº21: Indicadores de resultado.	29

Índice de imágenes

Imagen nº1: Localización del Centro de Salud Mental Actur Sur.....	14
Imagen nº2: Localización de la asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME).	15
Imagen nº3: Localización del Centro Cívico Río Ebro, Edificio José Martí.	15

Índice de diagramas

Diagrama nº1: Diagrama de Gantt.....	11
Diagrama nº2: Ciclo de Deming	13
Diagrama nº3: Diagrama de Ishikawa, causas de la falta de afrontamiento de la esquizofrenia.	
.....	22



1. RESUMEN

Introducción

La intervención de enfermería en la esquizofrenia es esencial por resultar el manejo de esta complicado, viéndose la dificultad incrementada cuanto más reciente sea el diagnóstico, al ser la afección más desconocida. Para mejorar esta situación, con la psicoeducación enfermera se busca aumentar los conocimientos y dotar de herramientas útiles para conseguir unos cuidados de la salud del PUC más idóneos.

Objetivo

Elaborar un plan de psicoeducación enfermera para el afrontamiento de la esquizofrenia.

Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diversos recursos de información, además de un diagrama de Ishikawa para hacer más visibles los factores que influyen en la falta de afrontamiento de la enfermedad.

Desarrollo

Aplicando el Ciclo de Deming, se decide elaborar un plan de mejora dirigido por dos enfermeras especializadas en Salud Mental. La población será captada desde la Unidad de Salud Mental Actur Sur y sus centros de salud asignados, junto con la colaboración de ASAPME, teniendo lugar el proyecto en el Centro Cívico Río Ebro, Edificio José Martí.

Conclusión

La psicoeducación enfermera ayuda a mejorar el afrontamiento de la enfermedad, repercutiendo favorablemente en la salud del PUC.

Palabras clave

Esquizofrenia, afrontamiento ineficaz, conocimientos deficientes, falta de adherencia, calidad de vida, psicoeducación enfermera.



ABSTRACT

Introduction

Nursing intervention in schizophrenia is essential because the management of this is complicated, with the difficulty increasing the more recent the diagnosis, as it is the most unknown condition. To improve this situation, nursing psychoeducation seeks to increase knowledge and provide useful tools to achieve more suitable health care at the PUC.

Objective

Develop a nursing psychoeducation plan for coping with schizophrenia.

Methodology

A bibliographic search is carried out in various information resources, as well as an Ishikawa diagram to make the factors that influence the lack of coping with the disease more visible.

Summary

Applying the Deming Cycle, it was decided to develop an improvement plan led by two nurses specialized in Mental Health. The population will be captured from the Actur Sur Mental Health Unit and its assigned health centers, together with the collaboration of ASAPME, with the project taking place at the Rio Ebro Civic Center, Jose Marti Building.

Conclusion

Nursing psychoeducation helps to improve coping with the disease, having a favorable impact on the health of the PUC.

Key words

Schizophrenia, ineffective coping, poor knowledge, lack of adherence, quality of life, nursing psychoeducation.



2. INTRODUCCIÓN

Si la función principal de la profesión enfermera es el cuidado de las personas, resulta fundamental la intervención de enfermería en una enfermedad tan compleja como la esquizofrenia.¹

La esquizofrenia es una afección mental grave de distribución universal, presente en más de 21 millones de personas.¹ En España, representa una tasa de 0,187% según el Instituto Nacional de Estadística (INE), estando más extendida entre los hombres.²

Las características de la esquizofrenia siguen siendo tema de investigación y son actualizadas cada cierto tiempo para progresar en unos cuidados enfermeros más eficaces. Lo que resulta evidente, es que la función neuronal se encuentra en un proceso degenerativo, afectando a diferentes funciones psicológicas.³

De esta forma, se puede hacer una distinción entre síntomas positivos, que son aquellos que no estaban presentes antes de la enfermedad y que se añaden al paciente (alucinaciones, delirios...), síntomas negativos, que son las funciones que disminuyen o desaparecen en la persona tras la enfermedad (retraimiento emocional, aislamiento...) y síntomas de desorganización, que cambian la manera de pensar (comportamiento desorganizado...).^{4, 5}

La diferenciación entre los síntomas ayuda a la enfermería a diagnosticar la enfermedad, a pesar de que no exista relación directa entre la presencia de cualquier síntoma con la enfermedad, es decir, la aparición de un síntoma no necesariamente significa que se trate de esquizofrenia.⁵

Así pues, este conjunto de alteraciones lleva a una discapacidad, que está favorecida por otros factores como el comienzo precoz de la patología, siendo este habitual en la tercera década de la vida de manera repentina o gradual, y el proceso crónico con recaídas, convirtiéndose el profesional de enfermería en un gran apoyo para el paciente/usuario/cliente (referenciado de ahora en adelante como "PUC").⁶



Aunque todo es material investigativo, en el proceso de la enfermedad se opta por distinguir entre las fases premórbida, prodrómica y psicótica, y una vez que se presenta el primer episodio psicótico, se puede hacer otra distinción entre las fases aguda, de estabilización y estable.⁷ En donde la fase prodrómica, hace referencia a la manifestación de pródromos, los cuales se pueden definir como los síntomas básicos o conductas evidentes que ayudan a establecer el diagnóstico.⁸

No obstante, los pródromos no se dan exclusivamente en el momento previo de la primera sintomatología psicótica, también se pueden presentar en cada brote psicótico de acuerdo a la estabilidad del paciente en cuanto a manejo por la medicación, terapia o avance y estadio de la enfermedad, es decir, puede presenciarse pródromos cuando la persona que sufre el trastorno, presenta adaptación y/o resistencia a la medicación, falta de terapia o tratamiento recibido para tratar la afección, y por otra parte la degeneración progresiva de este tipo de enfermedades neuronales puede ser la causa de aparición de síntomas.⁹

Para el profesional enfermero, es importante conocer en qué fase de la enfermedad se encuentra la persona para poder proporcionar los cuidados que requiere en cada momento.⁷

En ocasiones, por no saber identificar las conductas humanas que resultan ser signos de alarma de la afección, como por ejemplo, el consumo de drogas o la falta de interés o motivación en el trabajo, se produce un retraso en detectar la enfermedad. Para evitar que esto suceda, desde enfermería se puede enseñar a detectar las conductas que son sospechosas para conseguir un diagnóstico precoz de la esquizofrenia, siendo el pronóstico más favorable.¹⁰

El diagnóstico es fundamentalmente clínico debido a la falta de esclarecimiento de los factores biológicos implicados, y el cual variará en función de si hacemos uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-V) por parte de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Pudiendo contar también con la última



versión denominada CIE-11 del 2018 (Ver Anexo 1). También es importante descartar otras posibles causas de la clínica que puedan confundirse con la esquizofrenia, como podrían ser los efectos del consumo de sustancias dañinas para la salud.¹⁰⁻¹³

Dada la enorme complejidad de la esquizofrenia, se han realizado estudios donde se reflejan los principales problemas existentes en las personas que conviven con la enfermedad. Para el profesional enfermero, es clave identificar las dificultades que tienen para poder brindar unos cuidados de mayor calidad.¹⁴

En México, en el año 2003, se hizo una investigación con personas diagnosticadas de esquizofrenia hospitalizadas en los Hospitales Psiquiátricos "Granja la Salud Tlazolteotl" y "Dr. Samuel Ramírez Moreno", donde se halló que el 55% de los usuarios no tenían empleo, el 45% refería no tener amigos, el 65% decía carecer de dinero propio, el 75% decía no tener pareja, el 65% consideraba no tener buenos vínculos familiares, el 95% desconocía caracteres de su patología, el 97% ignoraba su diagnóstico y el 98% consideraba prescindir de medicación y psicoterapia.¹⁴

Por tanto, queda visible la marcada repercusión de la afección en el ámbito laboral, social, económico, de pareja y familiar del PUC, pudiendo estar relacionado con el estigma social o autoestigma, el cual, perjudica al bienestar de la persona derivando en depresión, aislamiento, desesperanza, autoestima baja o incluso pensamientos suicidas.^{15, 16, 17}

Asimismo, queda manifestada una abstención del consumo de fármacos, siendo hoy en día uno de los mayores problemas en la esquizofrenia, encontrando una tasa media de adherencia del 42%. Este suceso, puede resultar de una falta de aceptación del diagnóstico o por la creencia de estar curado cuando se da la fase estable.¹⁸ El incumplimiento del tratamiento trae como consecuencia una mayor reincidencia de brotes psicóticos con ingresos en el hospital, también afecta negativamente en la calidad de vida e impulsa al suicido repercutiendo al círculo social habitual del PUC.^{19, 20}



Las cifras descritas anteriormente suponen obstáculos para afrontar la enfermedad por parte del PUC, y para tratar esto, está demostrado que las intervenciones psicosociales como la psicoeducación enfermera, logran aumentar en torno a un 30% la adherencia al tratamiento, siendo imprescindible combinarlo con psicofármacos y psicoterapia siempre de forma individualizada en función de la fase en la que se encuentre el PUC. La psicoeducación enfermera busca facilitar información y enseñar los medios necesarios para solventar los problemas que surjan relacionados con la afección.²¹⁻²⁴

Por ello, desde Enfermería, se puede actuar para abordar estos problemas mediante la Educación para la Salud (referenciado de ahora en adelante como "EPS"), que tiene como objetivo alcanzar el mayor nivel de salud a partir de la capacitación del PUC en su cuidado. La EPS no se dirige únicamente al PUC, sino también a la familia, ya que el tipo de relación familiar como los ambientes estresantes o la alta expresión de las emociones, aumentan los episodios de reagudización. Por tanto, el impacto principal que presenta la intervención con la familia, es una disminución del ambiente familiar perjudicial para el paciente, relacionado a su vez con un mejor pronóstico de la afección.²⁵⁻²⁸

El papel de Enfermería también resulta clave en la comunicación de hábitos de vida saludables, ya que las reacciones adversas del tratamiento medicamentoso unido a conductas inadecuadas como una mala dieta, insuficiente actividad física o el alto hábito tabáquico, tienen como consecuencia una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades como patologías cardiovasculares, obesidad o diabetes, acortando los años de vida.²⁹

Aunque son múltiples los problemas encontrados en la esquizofrenia, los más destacados son la falta de información y la ausencia de toma de medicación, por lo que se decide crear un plan de psicoeducación enfermera tras comprobar el significativo valor terapéutico que posee esta intervención, con el fin de empoderar al PUC mejorando el afrontamiento de la enfermedad y la calidad de vida.



3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Elaborar un plan de psicoeducación enfermera para el afrontamiento de la esquizofrenia.

3.2. Objetivos específicos

- Aumentar los conocimientos de cuidados del PUC sobre la esquizofrenia.
- Brindar herramientas para el cumplimiento terapéutico.
- Enseñar conductas adecuadas para disminuir el riesgo de recaídas.
- Proporcionar estrategias para afrontar situaciones estresantes.



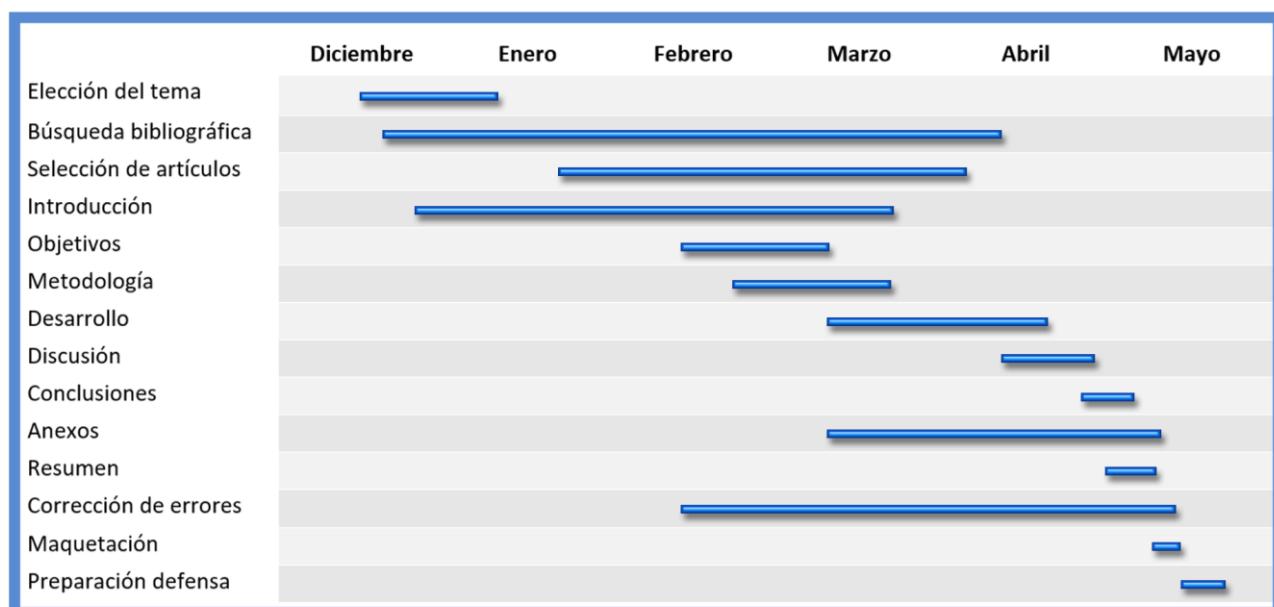
4. METODOLOGÍA

Para la realización del plan de mejora, se ha comenzado con una búsqueda bibliográfica donde se ha encontrado diversos problemas psicosociales y el valor de la psicoeducación enfermera para su mejoría.

4.1. Planificación (Cronograma)

Se realiza un Diagrama de Gantt para representar las distintas actividades que se han llevado a cabo para elaborar el trabajo.

Diagrama nº1: Diagrama de Gantt.



Fuente: Elaboración propia a partir de Adobe Photoshop CS6 ©.

4.2. Búsqueda bibliográfica

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversos recursos de información como bases de datos, páginas webs, revistas y libros. El artículo utilizado con fecha de publicación más antigua es de 1998.

El filtro de los años de publicación varía entre las bases de datos debido a la necesidad de ampliar el rango de años para hallar un número mayor de resultados.

Tabla nº1: Resultados de las bases de datos consultadas.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	FILTROS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS ELEGIDOS
SCIELO	"esquizofrenia" AND "emoción expresada"	9 años	2	2	1
	"esquizofrenia" AND "riesgo"	4 años	14	3	1
SCIENCE DIRECT	"schizophrenia"	Texto completo, 6 años, español	123	9	5
DIALNET	"tratamiento psicosocial" AND "esquizofrenia"	Artículos de revista	78	5	2
	"adherencia" AND "tratamiento" AND "esquizofrenia"	Artículos de revista	57	3	2
PUBMED	"schizophrenia" AND "treatment adherence"	Free full text, 5 years	54	5	3
	"schizophrenia" AND "psychoeducation"	Free full text, 5 years	83	7	4
TOTAL		411	34	18	

Fuente: Elaboración propia a partir de las búsquedas realizadas.

Tabla nº2: Resultados de las páginas webs consultadas.

Página web	Enlace	TOTAL
Organización Mundial de la Salud	https://www.who.int/es	3
Casen Recordati	https://casenrecordati.com/	
Instituto Nacional de Estadística (INE)	https://www.ine.es/	

Fuente: Elaboración propia a partir de las búsquedas realizadas.

Tabla nº3: Resultados de los libros y las revistas consultadas.

Libros y revistas	TOTAL
La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente.	4
Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.	
DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.	
Revista Argentina de Psiquiatría. Síntomas tempranos y prodrómicos de la esquizofrenia.	

Fuente: Elaboración propia a partir de las búsquedas realizadas.

Tabla nº4: Resultados de otras fuentes de información consultadas.

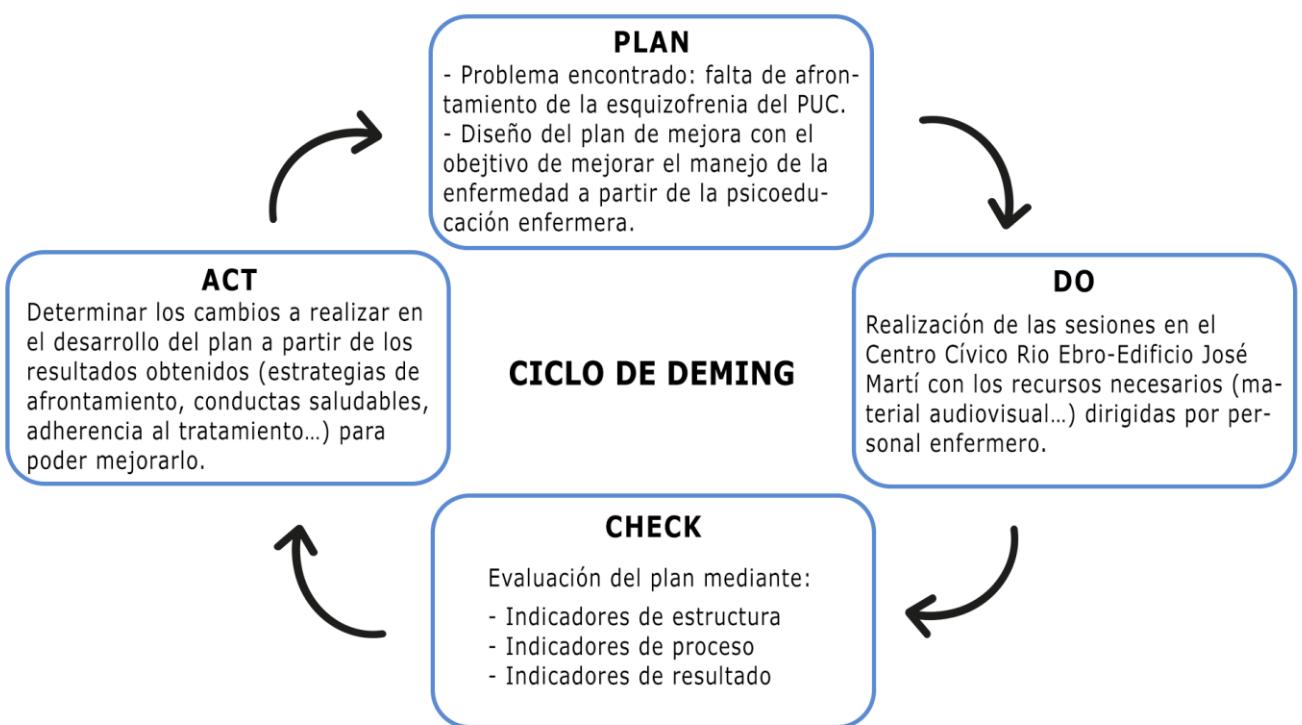
Otros	Título	TOTAL
Repository UJI	Curso evolutivo y tratamientos de la esquizofrenia	4
Guías de Práctica Clínica	- Convivir con la esquizofrenia. Guía dirigida a personas afectadas por la esquizofrenia. - Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. - Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental.	

Fuente: Elaboración propia a partir de las búsquedas realizadas.

4.3. Diseño del estudio

Se ha empleado el ciclo de calidad de Deming para la elaboración del trabajo. El ciclo consiste en una secuencia de cuatro pasos que se repiten de manera consecutiva para conseguir el progreso constante. Constando de la planificación de los detalles (planear), el desarrollo de los pasos conforme a la planificación (hacer), la medición de lo ejecutado frente a lo planeado (verificar) y las acciones de mejoramiento (actuar).

Diagrama nº2: Ciclo de Deming.



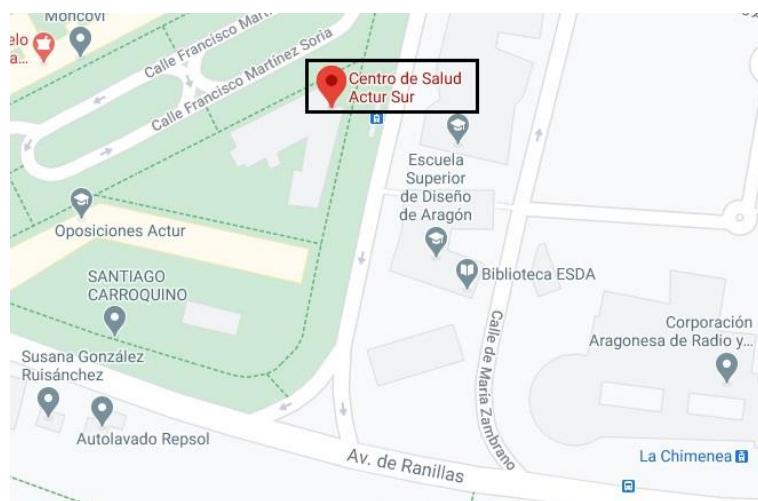
Fuente: Elaboración propia a partir de Adobe Photoshop CS6 ©.

4.3.1. Ámbito de estudio/Población

- Contexto geográfico

Para poder acceder con más facilidad a la población diagnosticada de esquizofrenia se tendrá la colaboración de la Unidad de Salud Mental de adultos Actur Sur (de ahora en adelante referenciado como "USM Actur Sur"), al ser la unidad de Zaragoza que más centros de salud tiene asignados respecto al resto, implicando esto una mayor cobertura y un mayor contacto con personas con esquizofrenia.

Imagen nº1: Localización del Centro de Salud Mental Actur Sur.



Fuente: Google Maps ©.

Tabla nº5: USM Actur Sur y centros de salud asignados.

SECTOR	UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS	CENTROS DE SALUD ASIGNADOS
SECTOR ZARAGOZA I	USM ACTUR SUR	Actur Norte, Actur Oeste, Actur Sur, Alfajarín, Arrabal, Avenida Cataluña, Bujaraloz, Luna, Parque Goya, Santa Isabel, Villamayor, Zalfonada, Zuera

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

También se contará con la colaboración de la asociación Aragonesa Pro Salud Mental (de ahora en adelante referenciado como "Asapme"), quienes participarán en la comunicación del proyecto a los sujetos que acudan a la asociación.

Imagen nº2: Localización de la asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME).



Fuente: Google Maps ©.

El plan de mejora se desarrollará en el Centro Cívico Río Ebro, Edificio José Martí, ubicado en el barrio del Actur, por su mayor cercanía con la USM Actur Sur.

Imagen nº3: Localización del Centro Cívico Río Ebro, Edificio José Martí.



Fuente: Google Maps ©.

Para facilitar la difusión del proyecto, se repartirá un tríptico divulgativo (Ver Anexo 2).

- **Población de estudio**

El plan de mejora irá destinado a personas recién diagnosticadas de la enfermedad encontrándose lo más estables posible, ya que es imposible una estabilidad completa del PUC al estar la función neuronal en degeneración progresiva. Igualmente, se podrán incluir aquellos que presenten dificultades y dudas independientemente del tiempo que lleven coexistiendo con la afección siempre y cuando no estén inestables.

Para poder participar en el proyecto, será requerida una previa valoración de las condiciones del PUC por el médico de cabecera del centro de salud o el psiquiatra de la unidad mental para confirmar su estabilidad y poder acceder al plan de mejora.

Tabla nº6: Criterios de exclusión e inclusión al proyecto.

PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA	
EXCLUIDOS	<ul style="list-style-type: none">➤ Usuarios en fase de inestabilidad.➤ Aquellos que dominen la enfermedad.
INCLUIDOS	<ul style="list-style-type: none">➤ Usuarios en fase de compensación que hayan sido diagnosticados recientemente de esquizofrenia.➤ Usuarios en fase de compensación que a pesar de la duración de la enfermedad lo consideran necesario por tener problemas en el manejo de esta.

Fuente: Elaboración propia.



4.3.2. Materiales

Para obtener los datos del presupuesto económico se ha consultado el Portal de Transparencia del Gobierno de Aragón.

Tabla nº7: Coste económico.

RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD	PRECIO/HORA	COSTE TOTAL
Enfermera especializada en Salud Mental (experta en esquizofrenia)	2	30€/h	2 [30€/h*(6h+9h)]=900€ (6h de elaboración del proyecto + 9h de sesiones impartidas)
RECURSOS MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO/UNIDAD	COSTE TOTAL
Sala equipada con:	1		
Silla con brazo	22		
Ordenador (con conexión a Internet)	1		
Proyector	1		
Altavoces	2		
Pizarra blanca magnética	1		
Rotulador	2	0,67€/rotulador	1,34€
Díptico divulgativo	250	0,12€/unidad	30€
Cuestionario de evaluación de conocimientos (previo y posterior al plan)	40	0,12€/unidad	4,8€
Hoja de la actividad: "¿Qué es y qué no es la esquizofrenia?"	22	0,12€/unidad	2,64€
Hoja de la actividad: "Análisis de hábitos de vida a partir de un caso"	22	0,12€/unidad	2,64€
Encuesta de satisfacción	20	0,12€/unidad	2,4€
Folios DIN A4	Paquete de 500 hojas	0,01€/hoja	5€
Bolígrafos	Caja de 30 unidades	0,23€/bolígrafo	6,9€
COSTE TOTAL			955,72€

Fuente: Elaboración propia a partir del Portal de Transparencia del Gobierno de Aragón.

4.3.3. Declaración de intereses

La autora manifiesta no tener conflicto de intereses en la elaboración del trabajo de fin de grado.



4.3.4. Taxonomía enfermera NANDA/NOC/NIC

Tabla nº8: NANDA, NOC Y NIC.

PATRÓN I – PERCEPCIÓN DE LA SALUD	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
RESULTADOS (NOC)	INDICADORES
(00078) Gestión ineficaz de la salud r/c dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo, percepción de barreras, percepción de la gravedad del problema, m/p fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria, fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.	
INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
(1862) Conocimiento: manejo del estrés	<ul style="list-style-type: none"> (186202) Factores que aumentan el estrés (186298) Papel del estrés en la enfermedad (186213) Técnicas de relajación efectivas (186225) Beneficios de las modificaciones del estilo de vida
(5880) Técnica de relajación	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad. - Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
(5270) Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> - No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado.

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.³⁰

Tabla nº9: NANDA, NOC Y NIC.

PATRÓN VI – COGNITIVO/PERCEPTIVO	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
RESULTADOS (NOC)	INDICADORES
(00126) Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p conocimiento insuficiente, conducta inapropiada, no sigue completamente las instrucciones.	
INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
(1803) Conocimiento: proceso de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> (180302) Características de la enfermedad (180304) Factores de riesgo (180306) Signos y síntomas de la enfermedad (180313) Efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo
(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección. - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad. - Comentar los cambios en el estilo de vida para evitar complicaciones. - Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
(5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el procedimiento/tratamiento. - Enseñar al paciente a utilizar técnicas de afrontamiento. - Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.³⁰



Tabla nº10: NANDA, NOC Y NIC.

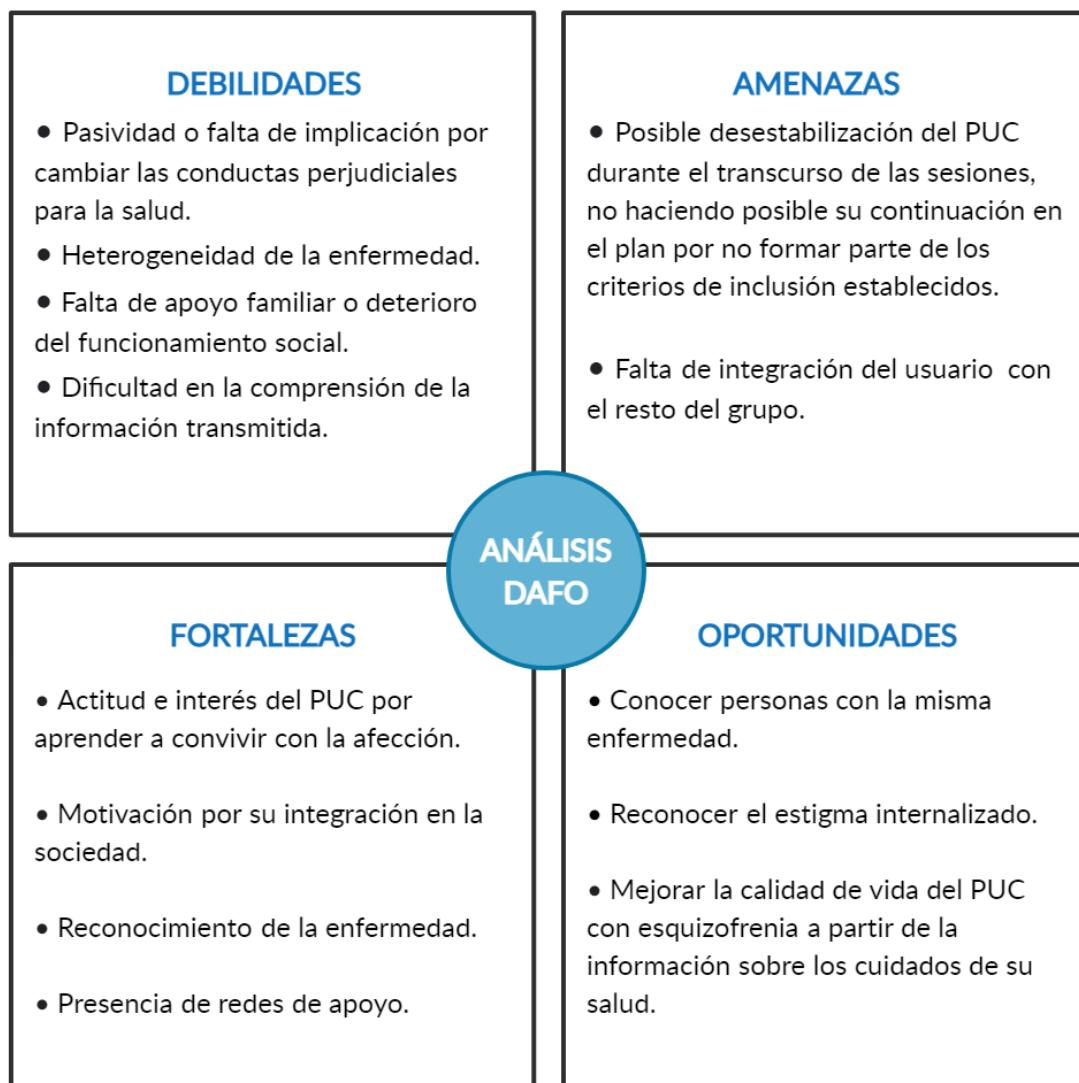
PATRÓN X – ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
(00069) Afrontamiento ineficaz r/c imprecisión en la apreciación de la amenaza, sentido de control insuficiente m/p estrategias de afrontamiento ineficaces, incapacidad para manejar la situación, conducta de riesgo.	
RESULTADOS (NOC)	
(2000) Calidad de vida	(200001) Satisfacción con el estado de salud (200006) Satisfacción con el nivel laboral (200007) Satisfacción con las relaciones íntimas (200015) Autonomía
(1300) Aceptación: estado de salud	(130008) Reconoce la realidad de la situación de salud (130009) Busca información sobre la salud (130010) Afrontamiento de la situación de salud
INTERVENCIONES (NIC)	
(5230) Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. - Proporcionar un ambiente de aceptación. - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación.
(4350) Manejo de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer que el paciente se sienta responsable de su conducta. - Establecer hábitos. - Hablar en voz baja y con un tono suave. - Evitar preocupar al paciente. - Redirigir la atención, alejándola de las fuentes de agitación. - Evitar discusiones con el paciente.

Fuente: *Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.*³⁰

4.3.5. Análisis DAFO

Se realiza un análisis DAFO o FODA, tratándose de una herramienta que sirve para promover el pensamiento crítico. De esta forma, se analiza el plan de mejora creado y se resumen los puntos fuertes y débiles encontrados en este.

Tabla nº11: Análisis DAFO.



Fuente: *Elaboración propia a partir de Creately ©.*

5. DESARROLLO

5.1. Planificación

5.1.1. Definición del problema

- **¿Cuál es el problema detectado?**

Falta de afrontamiento de la enfermedad.

- **¿Cuáles son los beneficios que se esperan conseguir?**

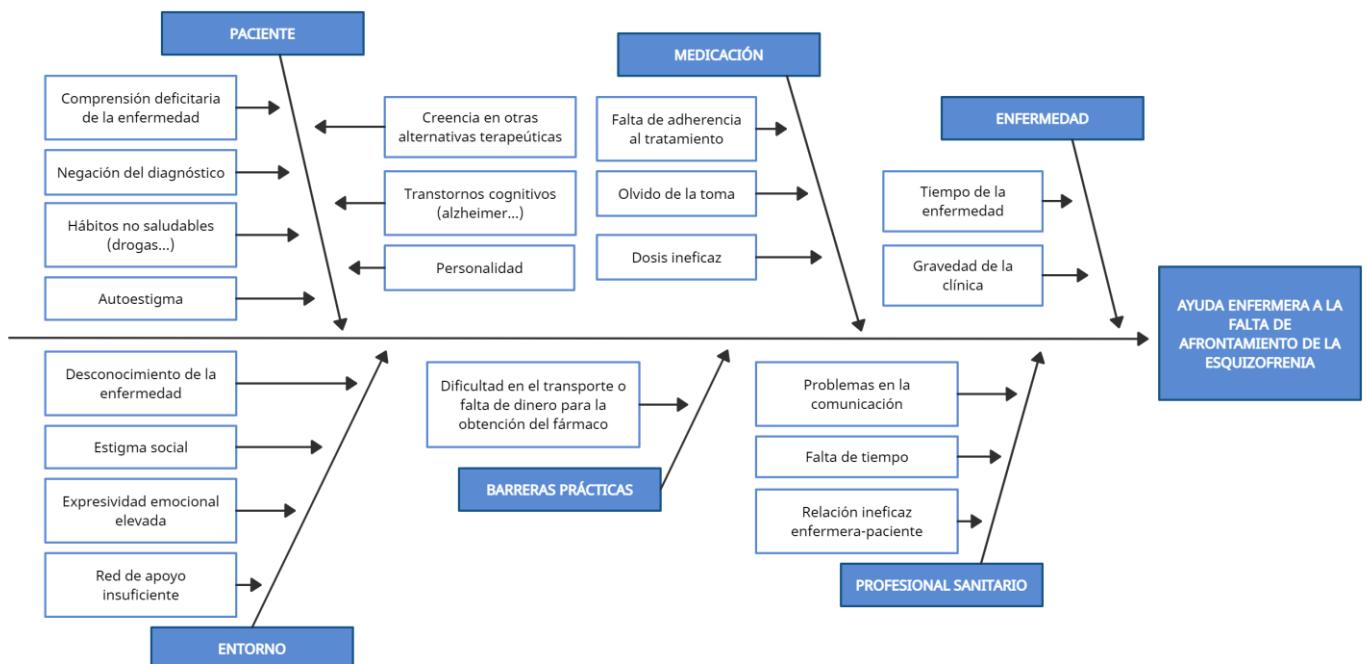
Tabla nº12: Beneficios esperados del plan de mejora.

BENEFICIOS ESPERADOS	
PUC	<ul style="list-style-type: none">➤ Empoderamiento del PUC mediante la adquisición de conocimientos en cuidados que conlleva a una corrección de comportamientos inadecuados, aumentando la calidad de vida.➤ Aumento de la adhesión al tratamiento que trae consigo una disminución del riesgo de recaídas con ingresos menos frecuentes, mejorando el pronóstico.➤ Adquisición de técnicas para la resolución del estrés que favorece la integración del paciente en la sociedad y disminuye el riesgo de suicidio.
SERVICIO DE SALUD	<ul style="list-style-type: none">➤ Disminución de la necesidad de asistencia por parte de los servicios de salud reduciendo a su vez los costes.

Fuente: Elaboración propia.

5.1.2. Análisis del problema

Diagrama nº3: Diagrama de Ishikawa, causas de la falta de afrontamiento de la esquizofrenia.



Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada mediante Creately ©.²⁰

- ¿Qué vamos a hacer?

El objetivo principal de este trabajo es mejorar el afrontamiento de la enfermedad del PUC diagnosticada de esquizofrenia con la implantación de un plan de mejora psicoeducativo enfermero.

- ¿Por qué lo vamos a hacer?

Para ayudar a los afectados a que logren un óptimo manejo de la enfermedad a partir de la adquisición de conocimiento y una mayor comprensión de esta, y en consecuencia favorecer su integración en todos los ámbitos contribuyendo a su vez a la desestigmatización.

- ¿Qué queremos lograr?

Se pretende conseguir cambios de conductas mediante la adquisición de información y ganancia de poder para mejorar la calidad de vida de los afectados por la enfermedad.



5.2. Hacer

El plan de mejora se desarrollará en el Centro Cívico Río Ebro, Edificio José Martí y constará de tres sesiones que tendrán lugar los días 6, 13 y 20 de Noviembre de 2021, dirigidas por dos enfermeras especializadas en Salud Mental de la USM Actur Sur.

Podrán acudir hasta 20 personas con una distribución en la sala en forma de U, fomentando la participación donde se logre una sesiones más dinámicas. Al finalizar cada una, se dispondrá de un tiempo para la resolución de dudas.

Tabla nº13: Descripción de la primera sesión (Parte I).

PRIMERA SESIÓN – PARTE I		
INTRODUCCIÓN A LA ESQUIZOFRENIA		
HORARIO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
10:00-10:20 H	Presentación del proyecto y de los asistentes.	En la primera toma de contacto, para crear un ambiente que facilite la confianza, los asistentes se presentarán y comentarán lo que esperan alcanzar tras la participación en el proyecto.
10:20-10:30 H	Cuestionario de evaluación de conocimientos previos al proyecto.	Se entregará un cuestionario para evaluar los conocimientos previos (Ver Anexo 3).
10:30-11:00 H	Proyección de contenido audiovisual.	Se procederá a la proyección de un primer video, obtenido de la Fundación ASAM Familia: "Esquizofrenia y enfermedad mental: La historia de Bruno", un video sencillo y motivador para introducir el tema, donde muestra un resumen del proceso desde los primeros síntomas hasta el manejo de la enfermedad a partir de un caso de un personaje ficticio, Bruno.
11:00-11:30 H	Distinción entre lo que es y no es la esquizofrenia.	Para definir mejor la enfermedad, se rellenará una tabla de forma conjunta. "¿Qué es y qué no es la esquizofrenia?" (Ver Anexo 4).
11:30-12:00 H	DESCANSO	

Fuente: Elaboración propia.



Tabla nº14: Descripción de la primera sesión (Parte II).

PRIMERA SESIÓN – PARTE II ESTIGMATIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES		
HORARIO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
12:00-12:30 H	Proyección de contenido audiovisual.	Se proyectará un segundo video de ASAM: "La historia de Bruno: Salud mental y estigma", trata de una ponencia donde se explica los diferentes estigmas que puede sufrir una persona con enfermedad mental, incluyendo el autoestigma.
12:30-13:00 H	Hablar del autoconcepto.	Los asistentes mencionarán atributos con los que se identifican, con el fin de eliminar los conceptos erróneos que tienen de sí mismos. De esta forma, entenderán que pueden llevar una vida normal.
13:00-13:30 H	Resolución de dudas y finalización de la sesión.	Momento dedicado a formular preguntas o comentarios que se deseen.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla nº15: Descripción de la segunda sesión (Parte I).

SEGUNDA SESIÓN – PARTE I CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ESQUIZOFRENIA		
HORARIO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
10:00-10:30 H	Charla de las fases.	Se comenzará hablando de las distintas fases, incidiendo más en las características de la fase prodrómica.
10:30-10:40 H	Proyección de contenido audiovisual.	Se pondrá un tercer video obtenido también de ASAM: "Síntomas de la esquizofrenia. La historia de Bruno".
10:40-11:00 H	Clasificación de síntomas.	Se invitará a los usuarios a compartir experiencias de sus síntomas en el transcurso de la enfermedad mientras se identifican como síntomas positivos, negativos o cognitivos.
11:00-11:30 H	Clasificación de tipos de esquizofrenia.	Se comentará los subtipos que existen indicando las características clínicas que predominan en cada uno.
11:30-12:00 H		DESCANSO

Fuente: Elaboración propia.



Tabla nº16: Descripción de la segunda sesión (Parte II).

SEGUNDA SESIÓN – PARTE II TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA		
HORARIO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
12:00-12:45 H	Charla sobre los ámbitos de intervención y la importancia de la adherencia al tratamiento.	Se hablará de los ámbitos de intervención del tratamiento y de las complicaciones asociadas al incumplimiento del mismo.
12:45-13:00 H	Charla sobre efectos adversos.	Se mencionarán los efectos adversos de los psicofármacos y se incidirá en la importancia de contactar con los respectivos profesionales sanitarios ante la aparición de estos para ajustar el tratamiento y obtener mejores resultados.
13:00-13:30 H	Resolución de dudas y finalización de la sesión.	Momento dedicado a formular preguntas o comentarios que se deseen.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla nº17: Descripción de la tercera sesión (Parte I).

TERCERA SESIÓN – PARTE I IMPORTANCIA DEL ESTILO DE VIDA SALUDABLE		
HORARIO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
10:00-10:15 H	Análisis de los hábitos de vida a partir de un caso.	Los usuarios anotarán en la hoja que se les entregue, si piensan que existe alteración o no de los distintos aspectos a valorar del caso planteado (Ver Anexo 5).
10:15-10:45 H	Debate sobre los beneficios que aportan los hábitos de vida saludables.	Se pondrá en común los beneficios que piensan que pueden aportar a sus vidas las distintas conductas que aparecen en el caso.
10:45-11:30 H	Exposición de medios útiles.	Se comentará entre todos y se prestará atención a las acciones descritas por los asistentes que les suponen obstáculos o barreras, con el fin de proporcionar las herramientas necesarias que permitan realizar estos cambios de conductas, como por ejemplo, técnicas para la conciliación del sueño.
11:30-12:00 H	DESCANSO	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla nº18: Descripción de la tercera sesión (Parte II).

TERCERA SESIÓN – PARTE II AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS		
HORARIO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
12:00-12:45 H	Aprendizaje de técnicas de relajación.	<p>Las personas con esquizofrenia a veces no procesan muy bien cómo reciben las emociones, por ello, es importante que las emociones estén lo más bajas posibles, ya que tener emociones demasiado cercanas o expresivas puede hacer que se descompensen rápidamente.</p> <p>Como no se puede trabajar la expresividad emocional con el círculo habitual del PUC, en esta actividad se enseñarán técnicas de relajación ante situaciones estresantes, como el control de la respiración o la relajación muscular progresiva de Edmund Jacobson.</p> <p>Para que resulte eficaz, es importante entrenar las técnicas.</p>
12:45-13:15 H	Resolución de dudas y finalización de la sesión.	Momento dedicado a formular preguntas o comentarios que se deseen.
13:20-13:30 H	Cuestionario de evaluación de conocimientos posteriores al proyecto y cuestionario de satisfacción.	<p>Se entregará un cuestionario para evaluar los conocimientos posteriores a la participación en las sesiones (Ver Anexo 3).</p> <p>Para finalizar también llenarán un cuestionario de satisfacción para evaluar el proyecto (Ver Anexo 6).</p>

Fuente: Elaboración propia.



5.3. Evaluar

5.3.1. Indicadores de estructura

Tabla nº19: Indicadores de estructura.

PARÁMETROS	INDICADOR DE ESTRUCTURA I	INDICADOR DE ESTRUCTURA II
INDICADOR	Disponibilidad de sala con proyector y ordenador con acceso a internet en el Centro Cívico Río Ebro, Edificio José Martí.	Disponibilidad de sillas con brazo en la sala reservada del Centro Cívico Río Ebro, Edificio José Martí.
DIMENSIÓN	Disponibilidad.	Disponibilidad.
DESCRIPCIÓN	<u>Numerador</u> : Nº de salas con proyector y ordenador con acceso a internet. <u>Denominador</u> : Nº de salas en total. <u>Periodo de tiempo</u> : Durante el transcurso de las sesiones.	<u>Numerador</u> : Nº de sillas con brazo ocupadas por los usuarios. <u>Denominador</u> : Nº de sillas con brazo en total de la sala. <u>Periodo de tiempo</u> : Durante el transcurso de las sesiones.
ACLARACIÓN TÉRMINOS	Se pondrá en contacto con el Centro Cívico para reservar la sala en las fechas indicadas para el desarrollo de las sesiones.	Cuando se haya asignado la sala, se procederá al conteo del número de sillas con brazo disponibles.
JUSTIFICACIÓN	Es fundamental que la sala disponga de los recursos mencionados para la realización de la sesiones.	Es necesario saber el número de sillas con brazo con las que cuenta la sala para poder ajustar al máximo posible el número de personas que pueden acudir a las sesiones.
RESPONSABLE DE ACOGIDA	Las enfermeras encargadas de realizar las sesiones.	Las enfermeras encargadas de realizar las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al principio de la organización del plan de mejora.	Al principio de la organización del plan de mejora.
FUENTE	Las enfermeras que organizan el plan de mejora, serán las que se encarguen de reservar la sala y de comprobar que cumple con los requisitos requeridos.	Las enfermeras que organizan el plan de mejora, serán las que se encarguen de comprobar la correcta proporción entre número de sillas con brazo y asistentes.
ESTÁNDAR	Se espera una disponibilidad del 50% de las salas con proyector, ordenador e internet.	Se espera una ocupación del 90% de las sillas con brazo.

Fuente: Elaboración propia.



5.3.2. Indicadores de proceso

Tabla nº20: Indicadores de proceso.

PARÁMETROS	INDICADOR DE PROCESO
INDICADOR	Tiempo dedicado a las sesiones psicoeducativas para el PUC.
DIMENSIÓN	Actividades.
DESCRIPCIÓN	<p><u>Numerador</u>: Nº de horas dedicadas a las sesiones.</p> <p><u>Denominador</u>: Nº de horas en total dedicadas a la organización del plan de mejora.</p> <p><u>Periodo de tiempo</u>: Comprendido por la duración total de las sesiones.</p>
ACLARACIÓN TÉRMINOS	Hace visible las horas que se dedican a las sesiones destinadas a aumentar los conocimientos y mejorar el manejo de la enfermedad.
JUSTIFICACIÓN	Es importante conocer si se necesita ampliar las horas dedicadas a las sesiones para alcanzar el objetivo.
RENSPONSABLE DE ACOGIDA	Las enfermeras encargadas de realizar las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al finalizar todas las sesiones.
FUENTE	Las enfermeras que imparten las sesiones.
ESTÁNDAR	Se indicará tras la primera ejecución del proyecto.

Fuente: Elaboración propia.



5.3.3. Indicadores de resultado

Tabla nº21: Indicadores de resultado.

PARÁMETROS	INDICADOR DE RESULTADO I	INDICADOR DE RESULTADO II
INDICADOR	Nivel de conocimientos adquiridos del PUC.	Grado de satisfacción del PUC tras finalizar el total de las sesiones.
DIMENSIÓN	Eficacia	Satisfacción
DESCRIPCIÓN	<p><u>Numerador</u>: Nivel de conocimientos de los asistentes al inicio del plan de mejora.</p> <p><u>Denominador</u>: Nivel de conocimientos de los asistentes al final del plan.</p> <p><u>Periodo de tiempo</u>: Antes y después de la realización de las sesiones.</p>	<p><u>Numerador</u>: Nº de personas contentas con el plan de mejora.</p> <p><u>Denominador</u>: Nº total de personas que han intervenido en el plan de mejora.</p> <p><u>Periodo de tiempo</u>: Tras la última sesión.</p>
ACLARACIÓN TÉRMINOS	Se valorarán los conocimientos previos y posteriores al desarrollo de las sesiones para comprobar la efectividad del plan.	Tras la última sesión, se repartirá una encuesta de satisfacción a los asistentes para evaluar la calidad del plan de mejora.
JUSTIFICACIÓN	Se realizará el plan de mejora para que los participantes adquieran un mayor conocimiento sobre la esquizofrenia.	El grado de satisfacción de los usuarios ayuda a saber si el plan de mejora ha resultado eficaz y si hay que hacer modificaciones para reforzarlo.
RENSPONSABLE DE ACOGIDA	Las enfermeras encargadas de realizar las sesiones.	Las enfermeras encargadas de realizar las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio y al final del plan de mejora.	Al finalizar el plan de mejora.
FUENTE	Las enfermeras que imparten las sesiones, repartirán el cuestionario de evaluación de conocimientos a los asistentes.	Las enfermeras que imparten la última sesión, repartirán el cuestionario de satisfacción a los asistentes.
ESTÁNDAR	Se espera que aumente el número de aciertos hasta un 50%, lo que indicaría una adquisición de conocimientos de las personas respecto al inicio del plan.	Se espera un alto grado de satisfacción de los usuarios.

Fuente: Elaboración propia.



5.4. Actuar

Una vez efectuada la evaluación, nos ayudará a identificar los puntos débiles de la organización del plan de mejora y la ejecución de los cambios oportunos para garantizar el mejoramiento continuo.

De esta forma, si conseguimos los objetivos planteados, se continuará con las mismas actividades descritas realizando evaluaciones periódicas.

En el caso de que no se cumplan los objetivos, se analizarán las causas y se establecerá un plan de mejora con sus respectivas correcciones para lograr una eficacia mayor, realizando una nueva evaluación.



6. DISCUSIÓN

Se han comparado distintos artículos en donde se valora la aportación de la psicoeducación enfermera en el tratamiento de la esquizofrenia. Hay que resaltar que dada la heterogeneidad de la misma, la población de estudio difiere entre las distintas investigaciones, ya que esta no afecta a todas las personas por igual, siendo imposible hablar de una sola enfermedad.

En un estudio realizado por Mitsunobu Matsuda y Ayumi Kohno en dos hospitales psiquiátricos japoneses, tras la participación de los pacientes en un plan psicoeducativo enfermero se halló un aumento de la adherencia al tratamiento debido a los conocimientos de cuidados que habían adquirido en este.²³ Luego también, en una investigación realizada por Nobuhiko Yanagida, Toshiro Uchino y Naohisa Uchimura en otro hospital psiquiátrico de Japón, los participantes desarrollaron sus habilidades reduciendo los ingresos hospitalarios.²⁴

Otro estudio realizado por Stephan Doering, entre otros, en Alemania, determinó que los conocimientos adquiridos eran menores en aquellos usuarios que vivían en un contexto de alta expresión emocional teniendo la intervención psicoeducativa enfermera un efecto positivo menor en estas personas.²⁸

Sin embargo, otros autores como Rory O'Moore, al evaluar los efectos de la psicoeducación enfermera individual, han encontrado una mayor desesperanza repercutiendo en el cumplimiento del tratamiento con aumento de recaídas y aislamiento de las personas diagnosticadas de esquizofrenia al reducirse la ignorancia del trastorno psicótico y conocerse los factores negativos y las creencias que son asociadas a la enfermedad por parte del resto de la comunidad.¹⁷

Tras la comparativa realizada, se puede decir que la intervención enfermera psicoeducativa ayuda en el curso de la enfermedad de diferentes formas, teniendo un efecto mayor en las personas que tienen una sobreimplicación emocional menor. En raras ocasiones, dificulta el afrontamiento de esta.

7. CONCLUSIONES

- La finalidad de la psicoeducación enfermera, es aumentar los conocimientos del PUC sobre su enfermedad, mejorando el control de esta y a su vez, la calidad de vida.
- A partir de la concienciación de la enfermedad, se pretende disminuir el incumplimiento del tratamiento farmacológico.
- Tras la participación en el proyecto, se espera que los usuarios se sientan más atraídos por mantener conductas más beneficiosas para su salud.
- Con este plan de mejora, se busca que los usuarios adquieran mayor capacidad para abordar más fácilmente el estrés.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Por un tratamiento completo de la esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares (2019) [Internet]. Casenrecordati.com. 2019 [citado el de febrero de 2021]. Disponible en: <https://casenrecordati.com/por-un-tratamiento-completo-de-la-esquizofrenia-guia-para-pacientes-y-familiares-2019/>
2. INE Base. Tasa de población con discapacidad que tiene diagnosticadas determinadas enfermedades crónicas según la enfermedad por CCAA y sexo [Internet]. INE; 2008 [citado el 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p02/modulo1/I0/&file=04028.px>
3. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Adolesc Forensic Psychiatry*. 2016; 388(10039):86-97.
4. Campos JL. Curso evolutivo y tratamientos de la esquizofrenia. Repositorio Uji. 2018; 1-31. [Citado el 7 de febrero 2021]. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/186216/TFM_2019_LopezCampos_Jessica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [Citado el 10 de febrero 2021]. Esquizofrenia. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
6. Zapata Ospina JP, Rangel Martínez-Villalba AM, García Valencia J. Psicoeducación en esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2015; 44(3):143-149. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80643082004.pdf>
7. Guiasalud.es. *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009.

- [Citado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en:
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf
8. Cabrera SAS, Michel C, Cruzado L. Estados clínicos de alto riesgo para esquizofrenia y otras formas de psicosis: una breve revisión. *Rev Neuropsiquiatr.* 2017; 80(1):42.
 9. Miret S, Fatjó-Vilas M, Peralta V, Fañanás L. Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016; 9(2):111-122.
 10. Stagnaro JC. Síntomas tempranos y prodromicos de la esquizofrenia. *VERTEX Rev Argentina Psiquiatr.* 2003; 14(53): 193-198.
 11. Valle R. La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020; 13(2):95-104.
 12. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento [monografía en Internet]. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000 [citado el 23 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
 13. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5^a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
 14. Valencia M, Quiroga H, Gasca MLR. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Ment.* 2003; 26(5):1-18.
 15. Touriño R, Acosta FJ, Giráldez A, Álvarez J, González JM, Abelleira C, et al. Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2018;46(2):33-41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29616711>

16. Guiasalud.es. *Convivir con la esquizofrenia. Guía dirigida a personas afectadas por la esquizofrenia.* Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. [citado el 1 de marzo de 2021]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2019/01/GPC_495_Esquizofr_pacient_2009.pdf
17. Moore O, Cassidy E, Carr A, O’Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 1999; 14(5):264–269.
18. Giner J, García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr [Internet].* 2010; 38(1):1–45. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3294349&info=resumen&idioma=SPA>
19. Bernardo M, Cañas F, Herrera B, García Dorado M. Adherence predicts symptomatic and psychosocial remission in schizophrenia: Naturalistic study of patient integration in the community. *Rev Psiquiatr y Salud Mental.* 2017; 10(3):149–159.
20. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Treatment adherence and persistence: Causes, consequences and improvement strategies. *Aten Primaria.* 2009; 41(6):342–348.
21. Cirici R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Rev Psiquiatr la Fac Med Barcelona.* 2002; 29(4):232–238.
22. Guiasalud.es. Servicio Murciano de Salud. *Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental.* 2009. [citado el 27 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-para-el-tratamiento-de-la-esquizofrenia-en-centros-de-salud-mental/>

23. Matsuda M, Kohno A. Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* [Internet]. 2016;30(5):581-586. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.008>
24. Yanagida N, Uchino T, Uchimura N. The effects of psychoeducation on long-term inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Kurume Med J*. 2017; 63(3-4):61-67.
25. García Ramos PR, Moreno Pérez A, Freund Llovera N, Lahera Forteza G. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2012; 32(116):739-756.
26. Cuevas-Cancino JJ, Moreno-Pérez NE. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Univ*. 2017; 14(3):207-218.
27. Alanen Y. La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente [Internet]. Madrid: Fundación ONCE; 2003; [citado el 3 de abril de 2021]. Disponible en: <https://biblioteca.fundaciononce.es/publicaciones/otras-editoriales/la-esquizofrenia-sus-origenes-y-su-tratamiento-adaptado-las>
28. Doering S, Müller E, Köpeke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, et al. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatr Danub*. 1998; 24(1):87-98.
29. García de Eulate Martín-Moro C, Angeles Durán Los Arcos M, Ruesga Calderón J. Grupo psicoeducativo sobre hábitos de vida saludables para personas con esquizofrenia en una hospital de día psiquiátrico. *Cuad del Marqués San Adrián Rev humanidades*. 2008; 1:119-142.
30. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [citado el 26 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

9. ANEXOS

Anexo 1.

Comparación del CIE-10, DSM-5 y CIE-11

ASPECTOS	CIE-10	DSM-5	CIE-11
Nombre del capítulo	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	Esquizofrenia u otros trastornos psiquiátricos primarios.
Duración de síntomas	Mínimo un mes.	Mínimo seis meses.	Mínimo un mes.
Funcionalidad	No se tiene en cuenta.	Deterioro a nivel laboral, social o autocuidado.	No se tiene en cuenta.
Subtipos de esquizofrenia	Paranoide, Hebefrénica, Catatónica, Indiferencia, Postesquizofrénica, Residual, Simple.	No se hace clasificación.	No se hace clasificación.
Sintomatología	No especifica.	Alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal, síntomas negativos, alteración cognitiva, depresión, manía.	Síntomas positivos, negativos, depresivos, maniacos, psicomotores, alteraciones cognitivas.

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.¹¹



Díptico divulgativo

**PLAN DE PSICOEDUCACIÓN ENFERMERA
PARA EL AFRONTAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA**

ESQUIZOFRENIA Y PSICOEDUCACIÓN ENFERMERA

La dificultad en el afrontamiento de la esquizofrenia se ve incrementada al principio del diagnóstico de la enfermedad por ser la afección más desconocida para la persona, siendo necesario proporcionar información adicional para mejorar su proceso de tratamiento.



Con la psicoeducación queremos informarle sobre la enfermedad mental para ayudarle a entender mejor la situación a la que se enfrenta, desarrollando un cambio de actitud y fortaleciendo las habilidades que posee para mejorar su calidad de vida e integración social.

CONTENIDO TEMÁTICO DEL PLAN DE MEJORA

SESIONES



1

- I: Introducción a la esquizofrenia
- II: Estigmatización de las enfermedades mentales

6/Nov/2021

2

- I: Características clínicas de la esquizofrenia
- II: Tratamiento de la esquizofrenia

13/Nov/2021

3

- I: Estilo de vida saludable
- II: Afrontamiento del estrés

20/Nov/2021



Centro Cívico Rio Ebro, Edificio José Martí

10:00-13:30 HRS

Centro Cívico Rio Ebro, Edificio José Martí

Dirección: C/Alberto Duce, 2, 50018 Zaragoza
Tfno.: 976726019
Email: civicorioebro1@zaragoza.es

Unidad de Salud Mental Actur Sur

Dirección: C/Gertrudis Gómez de Avellanea, 3, 50018 Zaragoza
Tfno.: 976524845

Asociación Aragonesa Pro Salud Mental

Dirección: C/Duquesa Villahermosa, 663, 50017 Zaragoza
Tfno.: 976532499
Email: asapme@asapme.org

En colaboración con:



Fuente: Elaboración propia a partir de Adobe Photoshop CS6 ©.



Universidad
Zaragoza

1542

Cuestionario de Evaluación de Conocimientos

- 1. ¿Qué es la esquizofrenia?**
 - A. Trastorno mental leve de curso crónico.
 - B. Trastorno mental grave de curso agudo.
 - C. Trastorno mental grave de curso crónico.
 - D. Trastorno físico grave de curso crónico.

- 2. ¿De qué fases consta la esquizofrenia?**
 - A. Premórbida, psicótica, prodrómica, remisión y recaída.
 - B. Premórbida, recaída, psicótica, remisión y prodrómica.
 - C. Premórbida, prodrómica, psicótica, remisión y recaída.
 - D. Ninguna de las anteriores.

- 3. ¿Cuál de los siguientes es un síntoma de alarma o síntoma prodrómico?**
 - A. Aumento de las reuniones sociales.
 - B. Dejar de ducharse.
 - C. Aumento de la actividad física.
 - D. Ninguno de los anteriores es un signo de alarma.

- 4. ¿Cuál de las siguientes opciones no se considera un síntoma negativo de la esquizofrenia?**
 - A. Abulia.
 - B. Alogia.
 - C. Aplanamiento afectivo.
 - D. Todos los anteriores se consideran síntomas negativos.

- 5. ¿Cuál es el tratamiento de la esquizofrenia?**
 - A. Tratamiento psicosocial (psicoeducación).
 - B. Tratamiento psicoterapéutico.
 - C. Tratamiento farmacológico.

D. Todos los anteriores forman parte del tratamiento.

6. ¿Qué efectos adversos pueden aparecer con la medicación?

A. Mayor riesgo de diabetes.

B. Pérdida de peso.

C. Tendencia a desarrollar cáncer.

D. Aumento de la libido.

7. ¿Qué complicaciones puede conllevar no seguir el tratamiento?

A. Pensamiento suicida.

B. Dormir más de 8 horas.

C. Aumento de las relaciones sexuales.

D. Todos los anteriores son complicaciones.

8. ¿Qué hábitos de vida perjudican al paciente con esquizofrenia?

A. Sedentarismo.

B. Dormir no más de 6 horas.

C. Exposición a situaciones estresantes.

D. Todas las afirmaciones anteriores son perjudiciales.

9. ¿Tiene cura?

A. Sí.

B. No.

Respuestas correctas: 1-C 2-C 3-B 4-D 5-D 6-A 7-A 8-C 9-B

Fuente: Elaboración propia.



Anexo 4.

¿Qué es y qué no es la esquizofrenia?

Enfermedad del reino animal. Enfermedad humana. Enfermedad mental. Retraso mental. Trastorno neurótico simple. Trastorno psicótico grave. Trastorno que tiende a ser crónico pero que tiene tratamiento. Solamente un brote psicótico que tiene cura. Conjunto de trastornos que difieren en cada persona. Una sola enfermedad. Motivo de vergüenza. Enfermedad compleja, heterogénea. Del grupo de las enfermedades psicóticas. Estado de doble personalidad. Enfermedad exclusivamente cerebral. Afecta a los circuitos cerebrales. Origen multifactorial, tanto genéticos como ambientales. Resultado de baja escolarización, trauma infantil, familia disfuncional.

¿QUÉ ES?	¿QUÉ NO ES?

Respuestas correctas:

¿QUÉ ES?	¿QUÉ NO ES?
Enfermedad humana.	Enfermedad del reino animal.
Enfermedad mental.	Retraso mental.
Trastorno psicótico grave.	Trastorno neurótico simple.
Trastorno que tiende a ser crónico pero que tiene tratamiento.	Solamente un brote psicótico que tiene cura.
Conjunto de trastornos que difieren en cada persona.	Una sola enfermedad.
Enfermedad compleja, heterogénea.	Motivo de vergüenza.
Del grupo de las enfermedades psicóticas.	Estado de doble personalidad.
Afecta a los circuitos cerebrales.	Enfermedad exclusivamente cerebral.
Origen multifactorial, tanto genéticos como ambientales.	Resultado de baja escolarización, trauma infantil, familia disfuncional.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5.

Análisis de hábitos de vida a partir de un caso

Ana, es una chica de 27 años diagnosticada de esquizofrenia. Actualmente no trabaja y vive con su novio, Juan, con quien pasa la mayor parte del tiempo. Ambos comparten aficiones y les gusta salir a tomar algo o disfrutar de la música juntos. También realizan ejercicio y salen a correr o van a nadar. Por otra parte, Ana apenas sale con sus amigos, lo que la hace sentirse en ocasiones triste y discriminada. Su familia se preocupa por ella y le realizan visitas frecuentes. Ana no sabe cocinar y depende de Juan para comer, quien tiene pasión por la cocina y le gusta cuidar su alimentación, de esta forma ayuda a que Ana mantenga una dieta sana y equilibrada. La pasión de Ana se encuentra en el baile, tiene intención de apuntarse a una academia aunque tiene miedo de ser rechazada por su círculo social, esto le produce estrés y malestar, dificultándola dormir y llegándose a sentir cansada.

Aspectos a valorar	¿Hay alteración?
Ámbito de pareja. Ámbito social. Ámbito laboral. Ámbito familiar. Dieta. Ejercicio físico. Descanso. Estrés. Actividad o hobby. Alcohol y drogas.	Sí/No

Respuestas correctas:

Aspectos a valorar	¿Hay alteración?
Ámbito de pareja	No
Ámbito social	Sí
Ámbito laboral	Sí
Ámbito familiar	No
Dieta	No
Ejercicio físico	No
Descanso	Sí
Estrés	Sí
Actividad o hobby	No
Alcohol y drogas	No

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 6.

Cuestionario de Satisfacción

Evalué del 1 al 5, siendo:

1	2	3	4	5
Excelente	Bueno	Normal	Miserable	Terrible

¿Cómo evaluarías el plan de mejora?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Por favor, evalúa los siguientes aspectos:

SALA

Disponibilidad del espacio

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Condiciones ambientales (iluminación, temperatura, ruido...)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SESIONES

Horario de las sesiones

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Duración de las actividades

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Contenido y estructura de las sesiones

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Actividades de enseñanza-aprendizaje

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Recursos materiales empleados

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

ENFERMERAS

Actitud y motivación de las enfermeras

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Transmisión de información clara

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Puntualidad

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Respeto y escucha activa

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Resolución de preguntas/dudas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



GRUPO

Acceso al plan de mejora	1	2	3	4	5
Número de integrantes	1	2	3	4	5
Ambiente cómodo y de confianza	1	2	3	4	5
Participación en las actividades	1	2	3	4	5

¿Te sientes más capacitado para manejar la enfermedad con la información recibida?

¿Cuál fue el momento que más/menos te gustó?

¿Tienes alguna sugerencia para cómo mejorar futuros proyectos?

¡Gracias por completar esta encuesta!

Fuente: Elaboración propia.

