



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Mera Domínguez. Silvia; García Suárez, Dolores Cristina. Efectividad de una intervención psicoeducativa de las habilidades de la vida diaria en personas con Trastorno Mental Grave para aumentar la adherencia al tratamiento y disminuir los riesgos. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0749.php>

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN EL ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DISMINUIR LOS INGRESOS

AUTORAS: Silvia Mera Domínguez, Dolores Cristina García Suárez

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Salud Mental. Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz (España)

RESUMEN:

El Trastorno Mental Grave supone un problema de gran magnitud en nuestra sociedad, ya que origina una elevada incapacitación en muchas esferas de la vida de las personas que lo padecen, como son la laboral, las relaciones sociales, los autocuidados, etc. La falta de conciencia de enfermedad y el abandono de la medicación agravan estos problemas. La investigación se plantea para abordar esta problemática, mediante un programa psicoeducativo basado en el entrenamiento de las habilidades de la vida diaria cuyos objetivos son mejorar la calidad de vida y la capacidad resolutive de estas personas, aumentar la adherencia al tratamiento y disminuir los reingresos. Se aplicará un diseño quasi-experimental, longitudinal y prospectivo, formado por un Grupo Experimental y un Grupo Control y mediciones pre-post intervención.

Palabras clave: trastorno mental grave, tratamiento, reingresos, vida diaria

ABSTRACT (Effectiveness of one psychoeducational intervention on the training of daily living skills in persons with severe mental disorder to increase adherence treatment and decrease the admittance in the hospital)

Severe Mental Disorder is a big problem in our society today due to the behavioral or mental condition or psychological pattern that occurs in an individual and has the significant increase of risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom. The lack of awareness's of the disease and medicine aggravates these problems. A research report has proposed in ways to approach this problem through a psych-educational programs based on training of daily living skills where the purposes are to improve quality of life and the response capacity of these individuals, increase adherence treatment and decrease the admittance in the hospital. It will apply a quasi-experimental design, longitudinal and prospective, consisting with one group experimenting and another group controlling and measuring pre-post intervention.

Keywords: Severe Mental Disorder, treatment, admittance, daily living

INTRODUCCIÓN:

El concepto Trastorno Mental Grave (TMG) se refiere a un conjunto de personas que sufren entidades clínicas diferentes. Según la definición del proceso asistencial integrado del trastorno mental grave publicado por la Junta de Andalucía, se entiende por TMG aquella persona que:¹

-Presenta una sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas que:

- Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
- Distorsiona la relación con los otros.
- Supone o puede suponer riesgo para su vida.
- Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales).

-Necesita un abordaje complejo, incluyendo:

- Atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
- Intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia.
- Atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial.

-Presenta una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.

Los criterios citados hacen referencia a las siguientes categorías diagnósticas de la CIE-10:¹

- F20 Trastorno esquizofrénico
- F21 Trastorno esquizotípico
- F22 Trastornos delirantes persistentes
- F24 Trastorno delirante inducido
- F25 Trastornos esquizoafectivos
- F28 Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico
- F29 Psicosis de origen no orgánico, no especificada
- F31 Trastorno afectivo bipolar
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos
- F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad
- F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad
- F60.3 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable

Las personas con TMG presentan una serie de características comunes, derivadas de la discapacidad producida por la enfermedad que genera un

enorme impacto en la calidad de vida de los pacientes.^{2,3} Algunas de estas características son:

- Mayor vulnerabilidad al stress, que generará dificultades para crear respuestas adaptativas.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para la interacción social, con pérdida de las redes sociales de apoyo, que pueden llegar a limitarse sólo a la familia y generar situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de cuidadores y servicios socio-sanitarios.

Todos estos factores van a generar una situación de disfunción familiar, social y laboral, además de presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales y tiempo libre, lo cual repercuten en un aumento de recaídas y por consecuente el aumento de reingresos. Más de una cuarta parte de los ingresos múltiples, se deben al abandono o toma inadecuada del tratamiento. Los pacientes que se descompensan generalmente por abandono de la medicación y consumo de tóxicos comienzan a abandonar sus autocuidados de higiene, se altera la convivencia con el resto de familiares o usuarios del hogar y no cumple el plan de tratamiento acordado con su terapeuta.^{3,4}

Actualmente son evidentes los beneficios de un tratamiento con neurolépticos en episodios agudos y profilaxis de las recaídas. Sin embargo, para un abordaje integral del paciente se requieren tratamientos complementarios que ayuden a elaborar la comprensión de sus problemas, a mejorar la percepción de sí mismo y a conectar con la realidad cotidiana. Los neurolépticos por sí solos no capacitan al paciente para adquirir formas de conducta adaptadas a la interacción social o para afrontar adecuadamente las situaciones de la vida diaria.⁵

Dentro de estos tratamientos complementarios se incluye la intervención psicoeducativa, que puede ser tanto grupal como individual.⁵

Estas intervenciones están encaminadas a ofrecer asistencia a los pacientes en sus actividades cotidianas y a informar y educar al paciente sobre la enfermedad.

Las intervenciones rehabilitadoras que puede realizar el equipo de Enfermería son:

A nivel individual están dirigidas a:

-Fomentar una relación terapéutica de confianza, basada en la actitud de escucha, la empatía y el respeto, utilizando un lenguaje claro y comprensible.

-Organizar y planificar las AVD: los episodios agudos de la enfermedad producen generalmente una desorganización o incapacidad en la realización de las AVD. Con el fin de fomentar unos hábitos higiénicos saludables y potenciar la autonomía de los pacientes, el equipo de Enfermería debe incidir en los siguientes aspectos: higiene y cuidado personal, orden del entorno, orientación a la realidad, hábitos alimenticios, actividades ocupacionales, relaciones sociales, descanso nocturno.

-Realizar psicoeducación sobre la enfermedad: síntomas positivos y negativos, curso y tratamiento.⁶

-Facilitar la resolución de problemas y mejorar la capacidad de adaptación a la enfermedad y del entorno.

-Mejorar la participación en la comunidad.

-Realizar educación sanitaria sobre el automanejo de la medicación: utilización, cumplimiento e identificación de efectos secundarios leves y graves.

-Enseñar a detectar signos precoces de recaída.

A nivel grupal

El grupo proporciona oportunidades de aprendizaje sustitutorios mediante la observación de la conducta de los demás pacientes, por lo que estas intervenciones son particularmente apropiadas para enseñar habilidades en las relaciones interpersonales, técnicas de afrontamiento, y también para aquellos pacientes que tienden a estar socialmente aislados. Por este motivo, a nivel grupal, las intervenciones enfermeras más habituales son el entrenamiento en habilidades sociales, las actividades ocupacionales y psicoeducación en el automanejo farmacológico.⁵

-Los programas de habilidades sociales están destinados a incrementar la aptitud de los individuos en la toma de decisiones que afectan a su bienestar. Constituyen un bagaje de experiencias que predisponen a los sujetos a comportarse de modo semejante en situaciones de la vida real y les dotan de los recursos necesarios para desarrollar su autonomía y mejorar su capacidad de resolver con éxito los múltiples requerimientos de la vida social.⁷ Según el modelo de Liberman,¹⁰ el entrenamiento en habilidades sociales permite trabajar:

-Las habilidades sociales básicas, verbales y no verbales, como el contacto visual, la distancia, el tono y volumen de voz, mediante el juego de roles.

-La resolución de problemas donde se entrenan estrategias y mecanismos para afrontar situaciones sociales no ensayadas y generar respuestas alternativas eficaces.

-La focalización de la atención, modelo que está orientado a enseñar actitudes de conversación.

-Las actividades ocupacionales están orientadas a desarrollar la motricidad, estimular las funciones cognitivas, fomentar las relaciones sociales y aumentar

la autoestima. Algunas de ellas son la lectura de prensa, el paseo, la gimnasia, el taller de manualidades, de música, de expresión corporal, los juegos lúdicos, etc.⁹

-El automanejo farmacológico: son sesiones que tienen como objetivo enseñar la utilización de la medicación e identificar los efectos secundarios para fomentar la adhesión al tratamiento, ya que un índice elevado de las recaídas está producido por un abandono de la medicación.⁵

Según la OMS, la adherencia terapéutica, es el seguimiento y la aceptación por parte del paciente, del consejo terapéutico ofrecido por un prestador de asistencia sanitaria.

Esta adherencia puede referirse a la toma de un fármaco, al seguimiento de un régimen alimentario, al cambio de un hábito de vida e incluso a la participación activa en un tratamiento psicológico.¹³

El incumplimiento de las medicaciones psicotrópicas es la razón primaria de las recaídas, que contribuye en gran medida al “Síndrome de la puerta giratoria” de los pacientes que sufren trastornos esquizofrénicos.

Gaebel y Pietzcker, encuentran en su estudio alemán con pacientes de primer brote psicótico, que las tasas de incumplimiento terapéutico son del 75%. Igualmente hay estudios que demuestran que la tasa de recaídas en un año, en pacientes con placebo, es del 75%, en comparación con el 15% de los pacientes tratados con neurolepticos.

Por otra parte, los terapeutas cognitivos Williams y Beese, señalan que las causas de incumplimiento incluyen dos factores que tienen que ver con el propio proceso enfermizo: a) la desorganización y b) la falta de *insight* (conciencia de enfermedad).⁸

Para evitar la desorganización de estas personas, muchos profesionales utilizan las intervenciones sociales, que en la esquizofrenia, son de mucha utilidad ya que desarrollan las habilidades de los pacientes para integrarse en su entorno social. El prof. R.P. Liberman y su equipo de la UCLA, llevan a cabo estudios sobre la rehabilitación de la esquizofrenia. Han diseñado un extenso programa de módulos de entrenamiento en habilidades sociales para la vida independiente (SILS) que incide directamente en la adherencia al tratamiento.^{8,10}

Asimismo R. Zarate y A. Kopelowicz desarrollaron un estudio con pacientes esquizofrénicos ambulatorios, donde la mitad de ellos siguieron un tratamiento exclusivamente farmacológico y la otra mitad, además de la medicación, se implicaron en un programa de tratamiento de psicoterapia grupal. Los pacientes del grupo AHS (Adiestramiento en Habilidades Sociales) superaron al de control en: la disminución de síntomas psicóticos, el aumento de los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento y, por consiguiente, requirieron menos hospitalizaciones.¹¹

En último lugar, cabe resaltar, el estudio realizado por Bäuml, y col. en el que se demuestra, un incremento del 30% de la tasa de adherencia en pacientes con esquizofrenia con tan sólo 8 sesiones psicoeducativas. Y como resultado del aumento de la adherencia, los reingresos hospitalarios se redujeron un 20%.¹²

De todo este razonamiento radica la importancia de la intervención psicoeducativa para personas con TMG en el entrenamiento de las habilidades de la vida diaria, donde la enfermera especialista en salud mental, será capaz mediante la psicoeducación, de capacitar y reforzar a estas personas, para que aborden las dificultades que presentan tanto en su cuidado como en su rol social, y a su vez dotarlas de las habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para hacer frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar a integrarse con éxito en la comunidad.

HIPÓTESIS:

Hipótesis general

Se espera que una intervención psicoeducativa en entrenamiento de las habilidades de la vida diaria en personas con TMG aumente la adherencia al tratamiento y disminuya los reingresos.

Hipótesis específicas

- La intervención psicoeducativa mejora las habilidades de la vida diaria en personas con TMG.
- La intervención psicoeducativa en entrenamiento de las habilidades de la vida diaria aumenta la calidad de vida de personas con TMG.
- La intervención psicoeducativa en entrenamiento de las habilidades de la vida diaria, influye positivamente en un aumento de la conciencia de enfermedad.
- La mejora en las habilidades de la vida diaria en personas con TMG, aumenta la adherencia al tratamiento.
- La intervención psicoeducativa basada en entrenamiento de las habilidades de la vida diaria, proporcionadas a personas con TMG, influye positiva y significativamente en un aumento de la autonomía.
- La intervención psicoeducativa basada en entrenamiento de las habilidades de la vida diaria, proporcionadas a personas con TMG, influye positiva y significativamente en la disminución de episodios recurrentes de la enfermedad.
- La intervención psicoeducativa en entrenamiento de las habilidades de la vida diaria disminuye los reingresos en personas con TMG.

OBJETIVOS:

Objetivo general

Verificar que la intervención psicoeducativa basada en entrenamiento de las habilidades de la vida diaria, aumenta la autonomía, la adherencia al tratamiento y disminuye los reingresos.

Objetivos específicos

- Demostrar que la intervención psicoeducativa basada en entrenamiento de las habilidades de la vida diaria, aumenta la adherencia al tratamiento en personas con TMG.

- Evaluar que la intervención psicoeducativa, mejora la calidad de vida de las personas con TMG.
- Determinar que la intervención psicoeducativa, aumenta la autonomía de las personas con TMG.
- Valorar que la mejora en habilidades de la vida diaria, aumenta la conciencia de enfermedad en personas con TMG.
- Identificar que la intervención psicoeducativa, disminuye el número de episodios recurrentes de la enfermedad en personas con TMG.
- Medir si la intervención psicoeducativa basada en entrenamiento de las habilidades de la vida diaria, disminuye la tasa de hospitalización de pacientes con TMG.

METODOLOGÍA:

Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en dos Unidades de salud mental comunitaria (USMC), en la Comunidad autónoma de Andalucía, en el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Diseño metodológico

Se tratará de un estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo.

Población

Pacientes atendidos en las Unidades de Salud Mental Comunitaria anteriormente nombradas, que se encuentren incluidos en el proceso TMG que cumplan los siguientes criterios.

Criterios de inclusión

- Aceptar participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento informado.
- Edad comprendida entre 35-65 años.
- Estar diagnosticado de Trastorno Mental Grave.
- Personas sin ningún apoyo familiar o social.
- Personas con poca adherencia al tratamiento.
- Haber realizado 2 o más hospitalizaciones en el transcurso del último año.

Criterios de exclusión

- No aceptar participar en el estudio
- Aquellas personas que no cumplan los criterios de inclusión
- Personas con TMG que estén participando en otros talleres psicoeducativos durante el tiempo que dura el proyecto.

Muestra

La muestra estará formada por las personas seleccionados según los criterios de inclusión/exclusión, de la cartera de clientes de cada uno de los dos centros contemplados en el estudio, descritos anteriormente.

La muestra estará formada por 60 pacientes seleccionados según los criterios de inclusión/exclusión, de la cartera de clientes de cada uno de los dos centros

contemplados en el estudio, de los cuales 30 pertenecerán a cada Unidad de salud mental comunitaria. La selección de sujetos entre estas carteras de clientes se realizará, mediante un muestreo aleatorio simple a partir de los listados, mediante un generador de números disponible en www.biometria.com. Posteriormente de los 60 sujetos seleccionados por este método, se procederá a dividir en 2 grupos (control y experimental) mediante aleatorización simple nuevamente. Las personas que forman parte al grupo experimental (GE) además de recibir el tto común perteneciente a ese centro, seguirán el programa de psicoeducación en habilidades de la vida diaria. Mientras que las personas incluidas en el grupo control (GC) solo recibirá el tto común perteneciente al centro de salud mental sin estar incluidas en el programa psicoeducativo. En ambos grupos se realizarán sus correspondientes mediciones pre y post intervención.

Variables

Variable independiente

La variable independiente se corresponde con el programa psicoeducativo para el entrenamiento en la habilidades de la vida diaria aplicado por la enfermera especialista en salud mental con la finalidad de mejorar la tasa número de reingresos, la baja adherencia al tratamiento y el bajo nivel de afrontamiento ante aspectos de la vida diaria.

Previo al comienzo del programa se realizará una entrevista, donde se les explicara en que consiste el programa, el horario y donde se le realizarán los cuestionarios. Además firmarán el consentimiento informado, en el cual aceptarán participar voluntariamente en el estudio.

A todos los sujetos que participen se les exigirá confidencialidad, asistencia, puntualidad y participación.

El programa constará de 10 sesiones. Se desarrollarán durante cinco meses, con una frecuencia quincenal. Cada sesión durará 2 hora, de las cuales se dedicaran los primeros 20 minutos a resolver dudas de días anteriores y para un breve recordatorio de lo ya hablado en anteriores sesiones, el resto del tiempo se empleará, para el tema a desarrollar ese día.

La metodología será teórico-práctica con el fin de lograr la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades. Estará dirigida por la enfermera especialista en Salud Mental y un coterapeuta (que será un miembro del equipo que apoyará al terapeuta principal, observando a los participantes y tomando nota de las reacciones emocionales y expresiones no verbales de los sujetos).

La temática de cada sesión será la siguiente:

SESION 1: ¿Quiénes somos?

- Definición y niveles de atención a las personas con trastorno mental grave.
- Presentación y objetivos del programa.

SESION 2: ¿Que es la esquizofrenia? ¿Cuáles son sus causas?

- Concepto de esquizofrenia. Tipos. Frecuencia. Prevalencia.
- Síntomas: síntomas positivos y síntomas negativos. Otros síntomas psicóticos.
- Modelo vulnerabilidad-estrés.

SESION 3: Habilidades en el autocuidado

- Autocuidados. Organización del día.
- Higiene personal y vestido adecuado
- Limpieza de la vivienda
- Manejo del dinero transporte
- Cuidados de salud en enfermedades comunes
- Consumo de hábitos tóxicos.

SESION 4: Hábitos saludables:

- Alimentación equilibrada
- Importancia y beneficios de una dieta adecuada.
- Importancia y beneficios de la realización de ejercicio físico.
- Higiene del sueño adecuada
- Evitar conductas de riesgo sexual

SESION 5: Adherencia al tratamiento

-La medicación antipsicótica: tipos, dosis, acción, efectos terapéuticos y efectos secundarios.

-Importancia del cumplimiento del tratamiento.

-Control de síntomas.

-La hospitalización.

SESION 6: Habilidades sociales.

-Desarrollo de habilidades sociales de comunicación.

-Identificación de problemas en las relaciones sociales y solución de los mismos mediante estrategias.

-Relación en grupo

-Normas de convivencia

SESION 7: Rehabilitación psicosocial

-Problemas y necesidades de las personas con esquizofrenia.

-Concepto de rehabilitación psicosocial.

-Objetivos de la rehabilitación psicosocial.

-Uso del transporte publico

-Áreas de intervención.

SESION 8: Prevención de recaídas:

-Concepto de recaída.

-Factores asociados a la recaída.

-Síntomas previos a la recaída.

-Precauciones y factores protectores frente a la recaída.

-Pautas de actuación ante una recaída.

SESION 9: Recursos terapéuticos y sociales.

-Área ocupacional-laboral. Terapia ocupacional.

-Los recursos sociales:

-Aspectos económicos: Prestaciones económicas, PC y PNC.

-Aspectos jurídicos: Incapacitación.

-Fundaciones tutelares.

-FAISEM: programa residencial, programa ocupacional-laboral.

-Ley de la Dependencia.

SESION 10: Cierre del programa:

-Resumen.

-Resolución de problemas.

-Opiniones y sugerencias.

-Test de evaluación.

Variables dependientes

-Conciencia de enfermedad (insight)

La conciencia de enfermedad hace referencia a la conciencia de tener un trastorno mental, de necesitar un tratamiento y de las consecuencias sociales del trastorno, así como a la capacidad para reconceptualizar los síntomas como patológicos o realizar una atribución adecuada de los mismos.

Para su valoración utilizaremos una adaptación al español de la escala de valoración de no conciencia de Trastorno Mental. (SUMD).

La escala se compone de 3 ítems generales: conciencia de trastorno mental, conciencia de los efectos de la medicación y conciencia de las consecuencias sociales del trastorno, y de 17 ítems destinados a síntomas específicos que conforman dos subescalas: conciencia y atribución.

Dicha medición será llevada a cabo en ambos grupos (GE) y (GC) al inicio del programa psicoeducativo, a los 6 meses de finalizar el

programa y al año de su finalización para así conocer su impronta temporal.

-Habilidades en las actividades de la vida diaria

Son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana. que permiten a la persona la capacidad adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad; incluyen actividades como: telefonar, comprar, cocinar, cuidar la casa, utilizar transportes, manejar la medicación, manejar el dinero, etc.

Para medir el grado de autonomía para las actividades instrumentales de utilizaremos la Escala Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en la cual se Valoran 8 ítems y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia), <4 (dependencia severa), 4-7 (dependencia moderada) y 8 (independencia total).

Dicha medición será llevada a cabo en ambos grupos (GE) y (GC) al inicio del programa psicoeducativo, a los 6 meses de finalizar el programa y al año de su finalización para así conocer su impronta temporal.

-Adherencia al tratamiento

Se define como la aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento siguiendo las prescripciones médicas mediante la participación activa del paciente y con la aceptación voluntaria del tratamiento.

Para medir la adherencia al tratamiento se utilizará la Escala DAI (Drug Attitude Inventory) de Hogan (1998) en su versión de 10 ítems (DAI-10).La escala consta de 10 ítems en los cuales el paciente responderá entre verdadero (al que le corresponde 2 puntos) y falso (al que le corresponde 1 punto). La puntuación total oscila entre 10 y 20, pero no existen puntos de corte definidos. A mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más potente y, por tanto, mayor adherencia al tratamiento. La cumplimentación de esta escala, la realizará la enfermera especialista en salud mental de manera individual y en un ambiente tranquilo.

Dicha medición será llevada a cabo en ambos grupos (GE) y (GC) al inicio del programa psicoeducativo, a los 6 meses de finalizar el programa y al año de su finalización para así conocer su impronta temporal.

-Calidad de vida

Según la OMS, la calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, y con respecto a sus metas, normas, expectativas y preocupaciones. Es un concepto complejo y extenso que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Para medir la calidad de vida se utilizará la escala QLS (Quality of Life

Satisfaction) de Heinrichs, Hanlon y Carpenter (1984) en su versión española. La QLS posee 21 ítems distribuidos en 4 factores: Relaciones interpersonales (F1), Rol instrumental (F2), Fundamentos intrapsíquicos (F3), Objetos comunes y actividades cotidianas (F4). Los rangos de los factores son: F1 de 0 a 48; F2 de 0 a 24; F3 de 0 a 42; y F4 de 0 a 12. A mayor puntuación mayor calidad de vida.

La calidad de vida, será medida por la enfermera especialista. Dicha medición será llevada a cabo en ambos grupos (GE) y (GC) al inicio del programa psicoeducativo, a los 6 meses de finalizar el programa y al año de su finalización para así conocer su impronta temporal.

-Reingresos y recaídas

Las recaídas se operativizarán a partir de dos valores: el número de días del reingreso y el número de reingresos en el hospital. Para medir el número de reingresos, se utilizará los datos estadísticos proporcionados por la unidad de hospitalización. Dicha medición la realizará la enfermera, antes de aplicar el programa, a los 6 meses de finalizar el programa y al año, realizándose estas medidas en ambos grupos (GE) y (GC).

-Tabla de variables

VARIABLE	TIPO	VALOR
Edad	Cuantitativa continua	Años
Sexo	Cualitativa dicotómica	Hombre / Mujer
Conciencia de enfermedad	Cuantitativa discreta	SUMD
Nivel autonomía en AVD	Cuantitativa discreta	Escala Lawton y Brody
Adherencia al tratamiento	Cuantitativa discreta	Escala DAI-10
Nº Ingresos	Cuantitativa discreta	1,2,3,4,5,6,7...
Calidad de vida	Cualitativa polidicotómica	Escala QLD

RECOGIDA DE DATOS:

A los integrantes del grupo experimental y grupo control, se les citará en la consulta de enfermería proporcionando un ambiente adecuado y se les explicará de forma clara en que consiste el proyecto, finalmente a todos aquellos que acepten participar se les pedirá que firmen el consentimiento informado y se procederá a recoger datos.

Se realizará al inicio del programa y de forma individual, para obtener la información a través de métodos observacionales, la entrevista y a través de la aplicación de diversos cuestionarios. Los datos se plasmarán en un cuaderno junto con las hojas de registros, cuestionarios, valoraciones, etc. que será individualizado para cada paciente.

Una vez hecha la valoración inicial, se procederá a realizar la intervención psicoeducativa de 5 meses de duración.

A los 6 meses y al año de finalizar la intervención, se procederá de nuevo a citar en la consulta de enfermería a los componentes de cada grupo y se evaluarán una vez más los cuestionarios y valoraciones aplicadas la primera vez.

ANALISIS DE DATOS:

-Análisis descriptivo:

Primero se realizará una supervisión de las bases de datos para detectar observaciones anómalas. Se realizará una exploración de los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos.

Posteriormente se realizará el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas, con los correspondientes intervalos de confianza si precisan, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes.

Asimismo, este análisis se representará gráficamente (pictogramas) según el tipo de información (cuantitativa/cualitativa). Para las variables cuantitativas discretas y continuas utilizando el diagrama de barras e histograma respectivamente y para las variables cualitativas el diagrama de sectores.

-Análisis inferencial:

Para contrastar los datos de tipo numérico- cuantitativo entre los grupos control y experimental, se utilizará la T de Student para muestras independientes o en caso de no normalidad de la distribución de las variables no paramétrica U de Mann- Whitney. Para estudiar las relaciones entre dos variables cuantitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar y se cuantificará el cambio detectado, si existiera, a través de un intervalo de confianza al 95%. El nivel de significación estadística se fijará en $p < 0.05$. El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Las limitaciones de este estudio pueden ser las siguientes:

-Abandono del programa por parte de los participantes una vez iniciado este. Este hecho se solventará con la estimación de pérdidas establecidas en el cálculo de tamaño muestral.

-Efecto Hawthorne: ya que los pacientes conocerán la hipótesis del proyecto, y puede ocurrir que los del grupo de intervención pongan mayor entusiasmo en el estudio.

PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN:

La formulación de éste proyecto de investigación radica en la necesidad que tienen los pacientes con TMG, del conocimiento de su enfermedad, de la medicación prescrita y sus características, así como el afrontamiento de situaciones que van a ir ocurriendo en el transcurso de la patología, etc.

El pacientes con TMG, se caracteriza por presentar muchas dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración social. Esta problemática forma parte de “el fenómeno de la puerta giratoria” que hace referencia a la continua utilización de los recursos sanitarios y a las frecuentes hospitalizaciones que sufren estos pacientes.

Con la intervención psicoeducativa, los profesionales sanitarios apoyaremos e intentaremos dotar a estas personas, de todas las medidas terapéuticas y de las capacidades necesarias para entender y manejar su enfermedad de tal forma que sean capaces de afrontar las situaciones estresantes de la vida cotidiana con total normalidad y de mejorar el cumplimiento terapéutico. De esta manera podríamos obtener una disminución de las numerosas demandas sanitarias que presentan estas personas y a su vez conseguiríamos un descenso en el número de ingresos.

Finalmente, cabe decir, que el programa psicoeducativo, es un complemento perfecto a las intervenciones de todos los profesionales de la salud mental cuya impartición generaría de nuevas competencias a éstas personas tan singulares.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES:

El proyecto se desarrollara en todo momento siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes que se incluirán en el mismo.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada paciente se encontraran debidamente custodiados por el investigador principal, estando identificados únicamente por el número asignado de caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Antes de la presentación de este protocolo se ha solicitado y obtenido la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Centro.

PLAN DE DIFUSIÓN:

Se prevé poder presentar el programa, en el congreso nacional de Enfermería de Salud Mental, como comunicación oral o en su caso como comunicación en formato póster si procede. Asimismo se intentará la publicación de resultados en alguna revista científica de enfermería.

DURACIÓN DEL ESTUDIO / CRONOGRAMA:

El desarrollo del proyecto se llevará a cabo en 28 meses. El investigador principal se ocuparía de la coordinación del equipo y de la custodia de todos los datos que se vayan produciendo. Controlaría que se vayan cumpliendo los plazos del cronograma y que se lleven a cabo todas las reuniones previstas. Las actividades a realizar son las siguientes:

Actividad 1: duración 2 meses: Sesiones conjuntas del equipo de puesta en común sobre:

- Información general sobre el proyecto.
- Presentación del cronograma.
- Exposición detallada de la metodología a seguir.
- Adjudicación de tareas.
- Calendario de reuniones.
- Aclaración de dudas.

Actividad 2: duración 4 meses.

- Elaboración estandarización de los contenidos de las diversas actividades.
- Elaboración de los medios de apoyo gráficos.
- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro.
- Diseño de la base de datos.
- Impresión del material gráfico (tríptico, hojas de registro, cuestionarios, test, etc).
- Puesta en común para homogeneizar la información.
- Captación de la muestra.

2º AÑO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
MES												
Actividad 1												
Actividad 2												
Actividad 3												
Actividad 4												
Actividad 5												

3º AÑO	1	2	3	4
MES				
Actividad 1				
Actividad 2				
Actividad 3				
Actividad 4				
Actividad 5				

RECURSOS NECESARIOS Y PRESUPUESTO SOLICITADO:

Recursos humanos:

-Enfermera Especialista en Salud Mental.

-Un coterapeuta (miembro del equipo o enfermero/a residente de la especialidad de salud mental).

-Miembro del equipo con conocimientos en estadística o un Bioestadístico.

Recursos materiales:

-Un aula para llevar a cabo las reuniones, que deberá presentar las condiciones físicas adecuadas en cuanto a iluminación, capacidad, audición y ventilación.

-Un ordenador y un cañón, o en su defecto un proyector de transparencias.

-Una pizarra.

-Material de oficina como: folios, bolígrafos, grapas...

-Material bibliográfico utilizado en el desarrollo del proyecto, así como los cuestionarios necesarios.

-Gastos de comunicación, línea telefónica e Internet para mantener el contacto con los participantes del estudio.

-Material para entregar a los participantes (resumen de cada sesión, hojas de registro, material para mejora de la comprensión de las sesiones).

CONCEPTOS	PRESUPUESTO		
	PRIMER AÑO	SEGUNDO	TERCERO
Equipo informático (ordenador portátil impresora)	1500 €		
Cañón de proyección	1000 €		
Material fungible	600 €	500 €	400 €
Línea telefónica e Internet	600 €	600 €	600 €
Personal	2000 €	1000 €	1000 €
Presupuesto para viajes dietas	300 €	300 €	
Formación	500 €		
Gastos de contratación de servicios externos	500 €	500 €	500 €
Material Bibliográfico	600 €		
TOTAL	6600	+ 2900	+ 2500 = 12000

BIBLIOGRAFÍA:

1. Del Río Noriega F, Aguilera Prieto D, Caballos Gutiérrez C, Carmona Calvo J, Chinchilla Marín A, Eudoxia Gay P, et al. Trastorno mental grave:

- proceso asistencial integrado. Sevilla: Junta de Andalucía. Conserjería de salud; 2006.
2. Ruiz Gómez E, Suárez Ramírez N, Pascual Tosina R, Serrano Rodríguez E. Intervención de la enfermera especialista en salud mental en padres con trastorno mental grave a través de un programa de apoyo y seguimiento. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(3). Disponible en </lascasas/documentos/lc0554.php>
 3. Alonso Villar P, Puime Miguez M. Modelos de intervención comunitaria: El equipo de continuidad de cuidados de Vigo. Rev Presencia 2009 jul-dic, 5(10).
 4. Pedreño Aznar MA, Almela Bernal J, Pernas Barahona A. Intervenciones enfermeras en el reingresador psiquiátrico. Metas de Enferm dic 2005/ene 2006; 8(10): 64-67.
 5. Bleda García F et al. Intervención de Enfermería en la rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico. Metas de Enfermería. abr 2005; 8(3): 28-3.
 6. González MC, Sumalla EC, Cardó G, Armengol J. Esquizofrenia. Abordaje de Enfermería. Perspectivas actuales. Rev ROL Enf 2001; 24(6): 423-430.
 7. Gil F, García M. Entrenamiento en habilidades sociales. En: Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Ediciones Pirámide; 1999. P.796-825.
 8. Cirici Roser. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2002; 29(4):232-238
 9. Durante P. Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica. Barcelona: Masson; 1998.
 10. Liberman BP, Massel HK, Mask MD et al. Social skills training for chronic mental patients. Hospital Community 1985; 36: 396-403.
 11. Zarate R, Kopelowicz A. Módulos para el adiestramiento en habilidades sociales y para vivir de forma independiente (UCLA). Conferencia. Círculo Equestre, Barcelona, 3 de Mayo de 1999.
 12. Bäuml J, Kissling W, Buttner P, y col. Informationszentrierte Patienten und Angehörigengruppen zur Complianceverbesserung bei schizophrenen Psychosen. *Vernhaltenstherapie* 1993;3(suppl 1):1-96.
 13. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Geneva: OMS; 2004.

