

# Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria



## **ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCION ENFERMERA EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).**

**Autora: Cristina López Monsalve**

**Director: Josep Pena Garijo**

Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria

**ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCION ENFERMERA  
EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TMG**

El presente trabajo investiga el grado de adherencia al tratamiento tras una intervención enfermera mediante la aplicación del cuestionario de Morrisky-Green en personas con TMG (Trastorno Mental Grave) ingresados en la planta de agudos del Hospital Santa Lucía de Cartagena perteneciente al área de salud II de la Región de Murcia.

**Autor/a: Cristina López Monsalve**

**Director/a: Josep Pena**

**Data de lectura / Fecha de lectura:**



## **Resumen**

*Introducción.* A pesar de los cada vez más novedosos tratamientos aparecidos en las últimas décadas, las tasas de incumplimiento alcanzan el 64% para pacientes con TMG, siendo el mal cumplimiento una de las más frecuentes causas de recaída. La observación por parte de Enfermería de esta realidad hace que nos replanteemos cuestiones como cuál es el motivo para el abandono/inclumplimiento del tratamiento y cómo son nuestras relaciones con los pacientes no adherentes a los tratamientos.

*Objetivo.* Conocer el grado de adherencia al tratamiento tras una intervención enfermera evaluada mediante la cumplimentación del cuestionario de Morrisky-Green en un grupo de pacientes diagnosticados de TMG ingresados en la planta de agudos del Hospital Santa Lucía de Cartagena, perteneciente al área de salud II de la Región de Murcia. La presunción teórica se basa en que con el desarrollo de esta intervención mejorará la adherencia al tratamiento en este tipo de pacientes y, por tanto, la prevención de recaídas.

*Método.* Estudio cuasi-experimental transversal con un grupo de pacientes diagnosticados de TMG (N=35) que se encontraban ingresados en el momento del estudio en la unidad de Agudos del Hospital Santa Lucía de Cartagena. Se utilizó el test de Morrisky-Green de adherencia al tratamiento para evaluar la intervención.

*Resultados.* No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el grado de adherencia al tratamiento antes y después de una intervención enfermera ( $p=0,668$ ). Sin embargo, al calcular la  $d$  de Cohen, encontramos un tamaño del efecto de la intervención de 0,12.

*Discusión.* Los resultados demuestran un pequeño efecto en la mejoría de la adherencia al tratamiento tras la implementación del programa de enfermería, lo que coincide con estudios previos. Los resultados obtenidos podrían mejorar aumentando el trabajo previo sobre el concepto de adherencia y cumplimiento de tratamiento con el grupo de pacientes.

*Conclusión.* Considerando las limitaciones del estudio encontramos que la psicoeducación, desde el punto de la Enfermería, en materia de adherencia al tratamiento puede ser moderadamente efectiva.

## **Paraules clau/ Palabras clave**

Adherencia, cumplimiento, salud mental, TMG, intervención de Enfermería.

## Contenido

### 1 Introducción

### 2 Objetivos

2.1 Objetivo general.....

2.2 Objetivos específicos .....

### 3 Metodología y diseño .....

3.1 Aspectos éticos .....

3.2 Diseño del estudio.....

3.3 Instrumento de medida: descripción y aplicación.....

### 4 Resultados .....

4.1 Análisis de datos .....

### 5 Discusión.....

5.1 Limitaciones e implicaciones del estudio .....

### 6 Conclusiones .....

### 7 Anexos.....

## 1. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (1948) define la salud como "*un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de una dolencia o enfermedad*". Recientemente, los aspectos de la salud mental y el bienestar comprendidos en esta definición se han discutido en el contexto del sistema de salud pública y de atención médica en los EE. UU. Estos conceptos pueden ser integrados en las iniciativas de la reforma del sistema nacional de salud y de la reforma del sistema de atención médica que están actualmente en discusión. Estos términos se refieren a diferentes fenómenos. La *reforma del sistema de salud* hace referencia a los esfuerzos concentrados en la salud: la promoción de la salud y el desarrollo de un bienestar positivo. La *reforma del sistema de atención médica* se refiere a los esfuerzos concentrados en la enfermedad: el tratamiento de una enfermedad y las actividades de rehabilitación.

Tal y como referenciaba Desjarlais (1997) en sus trabajos, la enfermedad mental es considerada como una patología con causas tanto orgánicas como del entorno. Sin embargo, la OMS definió la salud mental como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera y hacer una contribución significativa a sus comunidades.

Encontramos varias definiciones de TMG, a continuación se expone una de ellas por ser la más utilizada y que incluye tres dimensiones (Conejo Cerón y cols, 2014).

- Diagnóstico: incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de personalidad.
- Duración de la enfermedad y del tratamiento: tiempo superior a dos años.
- Presencia de Discapacidad: existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global que indica una afectación moderada o severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Para la definición del trastorno bipolar, Sheri L. Johnson nombra a Kraepelin (1921) como el clínico que observó las características clínicas y el curso de la enfermedad. Cita en su artículo que él en su momento ya describió la heterogeneidad de los diferentes tipos de síntomas, el patrón evolutivo de los episodios, y el nivel de

funcionamiento de los pacientes y que la descripción que hace Kraepelin de los síntomas coincide con los términos que actualmente se incluyen como criterios diagnósticos de trastorno bipolar según el DSM-IV-TR

Actualmente, el trastorno bipolar se considera como uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la población, donde las actuales dificultades sociales, socioeconómicas y socio laborales, justifican la necesidad de ampliar el abordaje terapéutico desde el campo de la Enfermería de la salud mental.

El término anglosajón de adherencia es definido por Mion Junios (1994) como la medida del grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y la prescripción del profesional de salud, que incluye medidas farmacológicas o no. Este mismo autor hace referencia a la importancia del conocimiento del tratamiento por parte de quien padece la enfermedad.

Sin embargo, si nos referimos primeramente al término “cumplimiento”, encontramos que la definición de mayor aceptación es la propuesta por Haynes (1979) como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”

Según Colom y Vieta (2004) la psicoeducación influye positivamente en la alianza terapéutica, en la adherencia al tratamiento y en la solicitud de ayuda en situaciones de ayuda en situaciones complejas.

Actualmente, cerca de 450 millones de personas en todo el mundo están afectadas por un trastorno mental o de conducta. En los países de la UE (Unión Europea), uno de cada cuatro ciudadanos padece alguna enfermedad mental. Por otro lado, la sociedad actual fomenta la participación activa de las personas en su propio cuidado y trabaja bajo un enfoque comunitario en la atención a la salud mental.

Uno de los principales problemas que se da entre la población con trastornos mentales es el abandono del tratamiento, por lo que cada vez cobra más importancia este hecho directamente relacionado con la prevención de recaídas, haciéndose patente centrar la atención asistencial en la psicoeducación farmacológica de este colectivo.

El incumplimiento o la adhesión subóptima al tratamiento afectan hasta al 80 % de las personas con psicosis (Corrigan y cols., 1990).

Se hace necesaria la inclusión de terapias psicológicas para el tratamiento de las psicosis con la finalidad de mejorar:

- a) El cumplimiento terapéutico
- b) El funcionamiento social y la calidad de vida
- c) Promover en el paciente una vida independiente (Vallina, Lemos y Fernández, 2010).

Siguiendo la revisión que realiza Garcia Cabeza (2008) podemos atender a la siguiente distinción entre enfoques o modelos de abordaje psicológico de la psicosis:

1. Psicodinámico
2. Cognitivo Conductual
3. Familiar
4. Terapias de grupo
5. Intervenciones integradoras y combinadas

Según datos del Ministerio de Sanidad, aproximadamente de un 4 a 12% de los pacientes con Trastornos Mentales, siguen de forma rigurosa su tratamiento farmacológico; el resto prefiere no ingerir fármaco alguno, ya sea porque cree no necesitarlos o porque dejan de tomarlos después de sufrir síntomas indeseables a causa de los efectos colaterales, por lo que creemos que el principal factor de contribución para el control efectivo de este tipo de enfermedades es la adherencia del paciente al tratamiento y la concienciación de la necesidad del mismo. De ahí que la puesta en marcha por equipos profesionales de Enfermería de programas, de aceptación, conocimiento y manejo de fármacos antipsicóticos, ya sean desde las unidades de agudos, subagudos, o cualesquiera de los diferentes dispositivos extrahospitalarios, son vitales para asegurar un mínimo de cumplimiento terapéutico.

Acerca de la psicoeducación, su origen, devenir y los retos que se le plantean se constituyen en el objeto del estudio actual. Este objetivo posee algunos dilemas que marcan su quehacer y su impacto sobre la comprensión e intervención de la enfermedad

mental. La posmodernidad ha planteado algunas dudas sobre la manera de concebir al hombre hoy. La psicoeducación ha sido también sometida a algunos interrogantes.

Penn y Mueser (1996) demostraron en sus estudios que las familias que recibieron este abordaje tuvieron mayor efectividad en la reducción de la alta emoción expresada y que disminuyó la frecuencia de recaídas de los pacientes

Según Liberman, DeRisi y Mueser (1989) los objetivos fundamentales de cualquier intervención a este tipo de pacientes es disminuir las recaídas (reagudizaciones de los síntomas) y mejorar la calidad de vida, facilitando al paciente la conciencia de su enfermedad, así como conocer las dificultades a las que se puede encontrar y reconocer los síntomas propios de la enfermedad.

Haynes (1976) definió la adherencia terapéutica como el grado de conciencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden. Por otro lado, también definió cumplimiento terapéutico como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario. Existe una diferencia significativa entre “adherencia” y “cumplimiento”. El segundo término implica conseguir que el paciente siga las instrucciones del médico.

El Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2003 aclara que la diferencia principal es que la adherencia requiere del consentimiento del paciente en cuanto a las recomendaciones, por lo que es necesario que los pacientes colaboren activamente con los profesionales de la salud en sus propios cuidados.

Una publicación del Reino Unido ("From compliance to concordance": "Del cumplimiento a la concordancia") deja claro que implicar al paciente es tan importante como lo es la necesidad del tratamiento.

En un trabajo titulado “Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico” (Sarró y Pomarol, 1994) se hace referencia a que para poder conocer y solucionar un problema

hay que determinar primero su existencia y/o extensión, la conclusión del mismo es que intentar medir o comprobar el cumplimiento no es tarea fácil.

En nuestro caso, desde una unidad de agudos y durante el ingreso del paciente, bajo la atenta observación de Enfermería se les administra el tratamiento farmacológico combinado con la psicoeducación diaria que se realiza por parte del mismo personal sanitario cualificado, y se realiza un control directo de la toma de medicación.

Este control sobre la medicación y la observación de la actitud del paciente a la hora de tomar los fármacos, indica en cierta medida el grado de “aceptación” sobre el tratamiento, que creemos influirá en su adherencia al tratamiento una vez el paciente sea dado de alta.

## **2. OBJETIVOS**

### **A) Objetivo general**

Conocer el grado de adherencia al tratamiento tras una intervención enfermera mediante la cumplimentación del cuestionario de Morrisky-Green en personas con TMG ingresados en la planta de agudos del Hospital Santa Lucía de Cartagena perteneciente al área de salud II de la Región de Murcia.

### **B) Objetivos específicos**

1. Desarrollar una intervención grupal basada en la intervención enfermera al paciente con TMG.
2. Conocer la efectividad de esa intervención enfermera.
3. Determinar la conciencia de enfermedad y grado de cumplimiento terapéutico con el test de Morrisky-Green, como instrumento de evaluación en personas con trastorno mental grave.

## **3. HIPOTESIS**

Qué relación existe entre la intervención de enfermería en psicofármacos y la adherencia al tratamiento en el paciente.

Ho (hipótesis nula) = existe correlación estadísticamente significativa entre la intervención enfermera y la adherencia al tratamiento.

H1 (hipótesis alterna) = no existe relación estadísticamente significativa entre los resultados.

#### **4. METODOLOGIA Y DISEÑO**

##### **a. Aspectos éticos**

Se ha tenido en cuenta la protección de datos del paciente según la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se han respetado los principios enunciados de la Declaración de Helsinki adoptada en junio de 1964 y enmendada siete veces, la última en la Asamblea General de octubre 2013 (Asociación Médica Mundial, 1964).

Se ha realizado la autorización del paciente por medio del consentimiento informado; se adjunta como Anexo I.

##### **b. Participantes**

La muestra estuvo integrada por 35 sujetos hombres y mujeres que voluntariamente decidieron participar; que estaban diagnosticados de **TMG** y que en el momento del estudio estaban ingresados en la planta de agudos del hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena perteneciente al área II de la Región de Murcia y que accedieron a formar parte del programa psicoeducativo para fomentar la adherencia al tratamiento impartido por el personal de Enfermería.

#### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Edad entre 24 y 60 años.
- Pacientes que acepten voluntariamente la cumplimentación del cuestionario.
- Usuarios que cumplen los criterios diagnósticos de TMG.
- Pacientes diagnosticados de TMG (trastorno bipolar mayormente) de más de dos años de evolución.
- Pacientes que al sufrido más de dos recaídas en el trascurso de su enfermedad.
- Aceptar la participación por medio del consentimiento informado.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes que en el momento de la realización del estudio presentan cualquier impedimento físico (contención mecánica) que impida la cumplimentación del cuestionario.
- Pacientes con alteración de conciencia o deterioro cognitivo.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

### **c. Diseño**

En concordancia de objetivos descritos y coherencia a la filosofía del concepto de adherencia, se estableció diseño de investigación experimental (Arigmón Pallás y Jiménez Villa (2004).

En cuanto a las variables escogidas fueron por un lado socio demográficas: edad, sexo, estado civil, número de recaídas en los últimos dos años. Por otro lado, la variable independiente: intervención enfermera que fue medida antes y después de la cumplimentación del cuestionario.

### **d. Instrumentos**

Conforme al diseño y objetivos establecidos anteriormente se determinó la utilización de instrumentos de medida validados y estandarizados, que se hallaron presentes en la literatura científica con especificidad y adecuación al concepto de adherencia al tratamiento y de aplicación abordable por los investigadores.

Para ello, se escogió el cuestionario de Morrisky-Green y cols (1998) el cuál consta de 4 variables cualitativas dicotómicas (si/no) (*anexo III*). Consiste en la realización al paciente de estas 4 preguntas:

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?,
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?,
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?,
- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

En todos los casos se debe responder “SI” o “NO”. Se consideran pacientes que cumplen el tratamiento a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no cumplidores a quienes contestan SI a una o más.

### **e. Procedimiento**

El cuestionario se pasó a cada paciente escogido al azar cumpliendo las premisas de inclusión antes y después de la intervención enfermera en psicoeducación/adherencia al tratamiento.

#### *PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (Anexo IV)*

El presente programa psicoeducativo va dirigido a personas diagnosticadas de TMG que se encuentran puntualmente ingresadas en la planta de agudos de dicho hospital por un episodio de recaída en su trastorno.

Ha sido impartido por personal cualificado, en este caso: una enfermera titulada y una residente de la especialidad de Enfermería mental.

Uno de los principales fines, ha sido de dotar diferentes herramientas comportamentales a la persona con este tipo de trastorno para poder reducir el estrés que puede implicar la reagudización de una nueva recaída así como el olvido de la toma de medicación y la importancia de la toma de la misma.

El perfil del grupo escogido ha sido cumpliendo los criterios de inclusión por sesión requiriendo su compromiso de asistencia regular, confidencialidad y realización de las tareas impuestas.

El programa ha constado de 2 sesiones (una por grupo) de 60 minutos de duración cada una, dividida en 4 actividades: la primera sesión, enfermedad mental no excluye y conocer la enfermedad. La segunda sesión, la prevención por qué es importante y la última la importancia de la toma de medicación.

#### Recursos necesarios empleados

- a. Recursos humanos: enfermera generalista en periodo de prácticas del master, enfermera especialista en salud mental, residente de primer año de la especialidad en salud mental.

- b. Recursos materiales: sala de reuniones de la planta de hospitalización, material

## 5. RESULTADOS

### **Análisis descriptivo de la muestra del estudio.**

Se detalla a continuación los principales datos estadísticos de la muestra.

Análisis estadístico: los datos se tabularon en una base de datos elaborada a tal efecto y se analizaron con el programa informático SPSS PASW 18. Se ha empleado los siguientes estadísticos: indicadores de tendencia central (media y error típico), indicadores de dispersión (varianza, desviación típica, rango, mínimo y máximo) y representaciones gráficas y tablas Resultados (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

### *Variables sociodemográficas*

#### **GRAFICO I : EDAD Y GÉNERO**



Edad

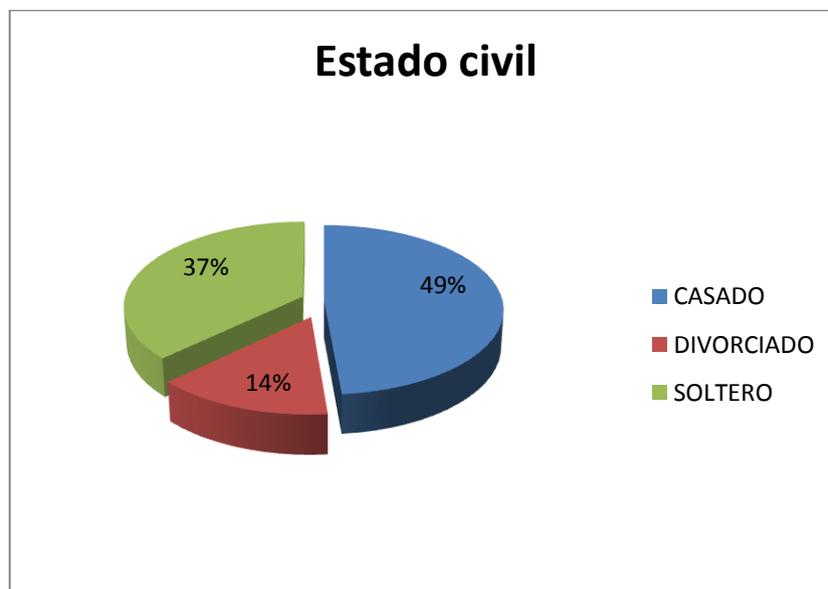
	Válidos	
		35
Media		43,14
Mínimo		24
Máximo		60

De la distribución por sexos, presentada en la Gráfica 1 y 2, se observó un número elevado de mujeres (51%) en la muestra en relación a los hombres (49%) que participaron en el estudio.

Se da por hecho que no hay apenas diferencia a la hora de haber escogido la muestra aleatoriamente. En cuanto a la edad media, se puede observar que es 43 años.

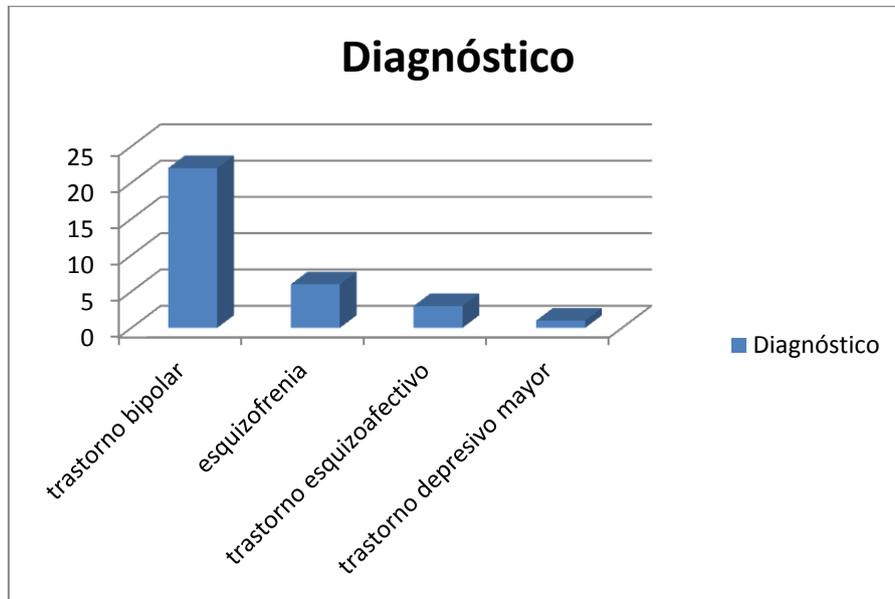
### **GRAFICO III: ESTADO CIVIL**

En cuanto al estado civil, se observó en el gráfico 3 que el 49 % está casado, el 37 % soltero y el 14 % restante divorciado.



*Variable datos clínicos*

**GRAFICO IV: Diagnóstico** En el gráfico IV se observó que de un total de 35 pacientes, 22 están diagnosticados de Trastorno Bipolar, 6 Esquizofrenia, 4 Trastorno Esquizoafectivo y los 3 restantes Trastorno depresivo mayor.



**GRAFICO V: Número de recaídas en los últimos dos años**

Un dato importante y curioso es que el 42,9% de la población ha recaído 3 veces o más.



**ANÁLISIS VARIABLE INDEPENDIENTE: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

En el total de la muestra se destacó; por una parte, una media de los que cumplen con el tratamiento antes de la intervención de 2,17; y por otra, de los que lo cumplen tras la intervención de 2,26.

Análisis antes de la Intervención			Análisis de la intervención		
N	Validos	35	35	Validos	N
	Media	2,17	2,26	Media	
	Desviación estándar	1,17	1,19	Desviación estándar	
	Varianza de la muestra	1,382	1,432	Varianza de la muestra	

El siguiente paso fue calcular la **T de Student** para dos muestras independientes para evaluar si el antes y después de la intervención diferían de manera significativa respecto a sus medias.

Tomándose para el intervalo de confianza del 95%, como el valor de la Significación  $p=0,668$ , no podemos concluir que las diferencias sean estadísticamente significativas.

**Estadísticos de muestras relacionadas**

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
SUMAPRE	2,17	35	1,175	,199
SUMAPOST	2,26	35	1,197	,202

Sin embargo se ha calculó el parámetro **d de Coen** que es una medida del **tamaño del efecto** como diferencia de medias estandarizada. Es decir, nos informa de cuántas desviaciones típicas de diferencia hay entre los resultados de los dos grupos que se comparan el mismo grupo antes y después de la intervención.

$$d = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{(s_1^2 + s_2^2)/2}}$$

Como el **tamaño de efecto es del 12% (0,12)** se consideró que hubo una mínima diferencia de medias, es decir, nuestra intervención de Enfermería en el grado de adherencia al tratamiento es mínimamente efectiva aunque no se considere significativa estadísticamente.

## 6. DISCUSION

Nuestra intervención ha mostrado un efecto relativamente pequeño. Aunque hubo un incremento en las puntuaciones de adherencia tras la intervención, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En este sentido, la duración de las sesiones, más o menos 60 minutos, es un dato relevante dado que es dificultoso conseguir el *rapport* con el paciente y la adecuada comprensión de la mayoría de los conceptos. El *setting* en el que se desarrolló la intervención (una sala de agudos) también pudo condicionar el resultado. No obstante, a tenor de lo observado, la intervención tuvo un mínimo impacto sobre la variable considerada.

En cualquier caso, cuando revisamos la literatura existente sobre el tópico, se observa que las razones para la no-adherencia son numerosas y variadas. Entre las más frecuentes figuran los efectos adversos producidos por los fármacos y la sensación de “sentirse peor” con el mismo. Sin embargo, algunos estudios, como el de Hasford (1992), han demostrado que la causa principal de abandono de la medicación fue exactamente la contraria: el “sentirse bien”. También los efectos adversos, el costo del tratamiento, el número de dosis y la cantidad diaria de las mismas y el estilo irregular de vida han sido mencionados entre las causas más comunes de no-adherencia. Por otro lado, la pobre adherencia puede ser resultado de un escaso conocimiento y entendimiento del régimen prescrito, tal como concluyeron Dunbar y colaboradores (1980) en un estudio que demostró que dos tercios de los pacientes incluidos olvidaron

su diagnóstico y las explicaciones del tratamiento inmediatamente después de la consulta con el médico.

En referencia a ello, Gerlach (1993) afirma que para mejorar la adherencia a la terapia, el clínico debe informar ampliamente al paciente e involucrarlo activamente en la negociación y decisión de las medidas terapéuticas; así, logrará que se apropie de dichas medidas. Adicionalmente, el equipo de salud deberá asesorar al paciente para que implemente herramientas de utilidad para disminuir la no-adherencia, cuando las circunstancias están fuera de control del paciente.

En modo semejante, la amplia revisión sistemática y síntesis narrativa de Swank y Dixon (2004) pone de manifiesto que la psicoeducación ha promovido la mejoría clínica en pacientes bipolares sin comorbilidad y con comorbilidad con trastorno personalidad. Aunque algunos de los estudios citados carecen de muestras representativas, coinciden en plantear que la psicoeducación promueve la mayor adherencia al tratamiento farmacológico y disminuye la frecuencia de recaídas, al mejorar el desempeño social.

En cuanto al instrumento utilizado, el cuestionario de Morrisky-Green, Prado Aguilar y cols, (2009) señalaron que éste fue diseñado para detectar pacientes adherentes, y al tener una baja sensibilidad, implica que no detecta casi la mitad de los pacientes no adherentes y que la interpretación que se ha realizado en las validaciones en España podrían tener algunas imprecisiones. Sin embargo, tal y como se expone en el estudio realizado, se ve efectiva la psicoeducación por parte de Enfermería en materia de adherencia al tratamiento aunque sea en un mínimo porcentaje.

En referencias que hace McFarlane. WR, Dixon.L, y Luckens E. 2003, la psicoeducación resulta ser un coadyuvante en el tratamiento de los trastornos mentales. Diversos estudios han mostrado su eficacia en el tratamiento de la enfermedad mental, en cuanto a la disminución de recaídas en pacientes esquizofrénicos.

## **7. LIMITACIONES**

La selección de los pacientes se realizó a partir de los usuarios que se encuentran en la unidad de agudos, normalmente por un periodo de tiempo no extenso. Por tanto, el nivel de adherencia puede resultar falsamente positivo.

La relación entre el paciente y enfermera que interviene en la psicoeducación es muy importante para determinar el éxito o el fracaso de la intervención.

Realizar este tipo de estudios con otros instrumentos de evaluación o con más espacio de tiempo proveería de la validez externa los resultados obtenidos pudiendo a su vez generalizar las recomendaciones.

## **8. CONCLUSIONES**

Considerando las limitaciones presentes en nuestro estudio y en respuesta a los objetivos específicos se concluye que:

- **Se acepta la H1 como verdadera ya que con un nivel de confianza del 95 % no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.**
- Sin embargo, encontramos que el tamaño de efecto, aunque pequeño, sugiere que la intervención tuvo cierto impacto positivo.
- Los datos obtenidos permiten conocer el grado de efectividad de dicha intervención para poder seguir en el futuro investigando en esta línea.
- La aplicación cuestionario de Morrisky-Green se ha mostrado adecuada para su aplicación en personas con trastornos mental grave, aunque la brevedad de sus items podría no aprehender la totalidad de los factores implicados en la adherencia terapéutica.

## 9. REFERENCIAS

- Arigmón Pallás JM, Jiménez Villa J.** Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- Colom F, Vieta E.** Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Barcelona: ARS Médica; 2004
- Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde.** Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas: 14.10.2005. Documento disponible en: <http://www.oepm.es/internet/infgral/pirateria/libro-verde.pdf>. Consultado el 25.01. 2006.
- Conejo Cerón, S., Moreno Peral, P., Morales Asencio, J., Alot Montes, A García-Herrera, J., González López, M., Moreno Küstne, B.** (mayo-ago de 2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(2). doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200005>
- Desjarlais R.** Salud mental en el mundo. Washington: Paltex-OPS; 1997.
- Dunbar JM, Agras WS:** Compliance with medical instructions. En : Ferguson JM, Taylor CB (eds): The Comprehensive Handbook of Behavioural Medicine. New York, Spectrum Publications 1980.
- Faulkner DL, Young C, Hutchins D, McCollam JS.** Patient noncompliance with hormone replacement therapy: A nationwide estimate using a large prescription claims database. *Menopause* 1998; 5: 226-9
- Francesc Colom; Carla Torrent; Eduard Vieta.** Aspectos clave en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Programa de Trastornos Bipolares. IDIBAPS. Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia. Stanley Foundation Research Center. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.
- Gerlach J.** Motivos de incumplimiento del tratamiento en pacientes esquizofrénicos. Copenhague: Actas del simposio Lundbeck. 1993. Protocolo e educación a grupos: Pacientes con trastornos esquizofrénicos. Atención Primaria de Mallorca. INSALUD. Baleares
- González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., Armengol, J., Azcon, MA.** La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería.

- Gil V, Merino J.** Cumplimiento terapéutico. En: Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid; Du Pont Pharma: 1995. p.299-313
- Haynes RB. Introduction.** En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7
- Hasford J:** Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. J Cardiovasc Pharmacol 1992; 20 (Suppl 6): S30-S34. **Gallup G, Cotugno HE:** Preferences and practices of Americans and their physicians in antihypertensive therapy. Am J Med 1986; 81: 20-24.
- Liberman, R.P., DeRisi, W.J. y Mueser, K.T. (1989).** Social skills. Training for Psychiatric Patients. Nueva York: Pergamon Press.
- Morrison, M.** Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Madrid: Harcourt Brace.1999.
- McFarlane WR, Dixon L, Luckens E.** Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. J. Marital Fam Ther. 2003 Apr;29(2):223-45.
- Murray Swank AB, Dixon L.** Family psychoeducation as an evidence based practice. CNS Spectr. 2004 Dec ;9(12):905-12
- Pekkala E, Merinder L.** Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst. Rev. 2002.
- Prado-Aguilar CA, Martínez YV, Segovia-Bernal Y, Reyes-Martínez R, Arias-Ulloa R.** Performance of two questionnaires to measure treatment adherence in patients with Type-2 diabetes. BMC Public Health 2009; 9: 38.
- Penn D, Mueser K.** Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. Am J Psychiatry. 1996;153(5):607-17.
- Ruggieri, M; Leese, M; Thornicroft, G. y cols.** Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. British Journal of Psychiatry, 2000, 177: 149-15
- Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Hackett BC, Taylor PW, Roberts RS.** Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. The Lancet 1975;1:1205-7.
- Sabate E.** Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- World Health Organization.** Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 19-

22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

**Desjarlais R.** Salud mental en el mundo. Washington: Paltex-OPS; 1997.

## ANEXOS

### *Anexo I: Declaración de consentimiento informado*

#### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

D./Dña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad y con DNI:

Manifiestan que haber recibido y comprender toda la información recibida acerca del estudio en el que han sido seleccionados. Así mismo manifiestan haber sido informados/as sobre los beneficios que podría suponer la participación en el Proyecto de Investigación “ **ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCION ENFERMERA EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TMG** ” con el fin de mejorar el tratamiento de de dicho problema de salud.

Acepto participar en este proyecto, consistente en unos cuestionarios y que no implica la realización de ningún tipo de analítica ni la prescripción de ningún tipo de medicación nueva. Se me ha explicado y he comprendido el propósito y los procedimientos del estudio. Se me han aclarado las dudas acerca del mismo.

Autorizo al investigador principal y a sus colaboradores a que se usen los datos obtenidos de las escalas para la finalidad explicada, así como el acceso a mi historial clínico para completar la información que fuera necesaria.

La participación en el estudio tiene un carácter libre y voluntario, pudiendo abandonar el mismo en cualquier momento, sin que ello repercuta en la prestación sanitaria que venimos recibiendo.

Hemos sido también informados/as de que nuestros datos personales, serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre y serán tratados en su conjunto, nunca de manera individual.

Tomando ello en consideración, OTORGAMOS nuestro CONSENTIMIENTO a participar en este estudio para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

Firma del investigador

Firma del participante

Firma del padre/madre/tutor

*Anexo II: Datos sociodemográficos*

Código de disociación de datos del Usuario:

Nombre del Investigador:

Fecha de la evaluación:

Fecha de Nacimiento (DD-MM-AA):

Género: 1- Hombre

2- Mujer

Estado Civil: 1- Soltero

2- Casado

3- Divorciado

*Datos clínicos*

Año de inicio del tratamiento de la enfermedad mental

Diagnóstico DSM-IV

1- Esquizofrenia

2- Trastorno esquizoafectivo

3- Trastorno Bipolar

4- Trastorno depresivo mayor

Número de Recaídas en los últimos 2 años:

*Anexo III: Cuestionario de valoración de cumplimiento terapéutico de Morisky-Green*

Esta prueba permite identificar el grado del paciente de adherencia y discriminan si de vez en cuando no adherencia se debe al comportamiento intencional. Se considera un nivel adecuado de cumplimiento 4 respuestas correctas (no, sí, no, no) e inadecuado menos de 4.

**Tabla 1. Cuestionario de Morisky-Green**

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

*Anexo IV. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (ATENCIÓN DE ENFERMERÍA)*

Objetivos que se pretende:

- Informar y educar al paciente
- Participación del paciente en el grupo
- Mejorar la comunicación enfermera-paciente
- Reforzar el buen cumplimiento
- Determinar el papel que desea interpretar el paciente en su tratamiento
- Trabajar las preocupaciones reales del paciente,
- Averiguar cuáles son las expectativas del paciente
- Adoptar una actitud amistosa, no burocrática

## ***1ª SESION: LA ENFERMEDAD NO EXCLUYE***

INTRODUCCION: vídeo proyección Cesar di-capacitados

**<http://www.esquizofrenia24x7.com/di-capacitados>**

ACTIVIDAD 1:“LA ENFERMEDAD MENTAL NO EXCLUYE”-

(PROFESIONES) <https://www.youtube.com/watch?v=jbaPhmXOUJs>

ACTIVIDAD 2: CONOCER LA ENFERMEDAD MENTAL

[https://youtu.be/9eUpvL\\_4wyU](https://youtu.be/9eUpvL_4wyU)

Objetivo: visualizar los fragmentos seleccionados del video de web “1 de cada 4”

Nº de participantes: mínimo 4-sin máximo

Duración: 40-60minutos

Materiales necesarios: proyector, altavoces, ordenador.

Descripción

-Parte1. VIDEO: [https://www.youtube.com/watch?v=8ygfV\\_3WdPI](https://www.youtube.com/watch?v=8ygfV_3WdPI)

- La **enfermedad mental** es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo

-Se ve afectada el afecto, la conducta y la comunicación con otras personas.

-El denominador común en toda enfermedad mental es el sufrimiento psicológico.

- Hay ocasiones en las que la forma peculiar en la que una persona reacciona ante las tensiones y problemas no debe ser considerada enfermedad mental. Son las consecuencias para la persona y el entorno lo que hace valorar sus reacciones como no adecuadas. La enfermedad aparece cuando el pensamiento o la conducta se inadaptan a su entorno o a la sociedad.

- Si hemos definido la enfermedad mental, ¿Qué es la salud mental?:

**“Sacarle provecho a la vida como persona y como parte de un grupo familiar o social, independientemente de las limitaciones que uno pueda tener”**

-¿Cómo se entiende la enfermedad mental en la sociedad?. Injustamente se hace una valoración de las personas con enfermedad mental como “débiles” o “malas” (los medios de comunicación refuerzan esta idea relacionando la enfermedad mental con casos de violencia. Esto no es real, la mayoría de estos casos suelen ser responsables personas antisociales.).

-Nadie está libre de padecer una enfermedad mental, el 20% de la población la padece.

-Su aparición depende de (tenemos poca capacidad de cambio a este nivel):

- El desarrollo del sistema nervioso: TCE, alt.tiroidea...
- La biografía personal.
- Herencia: se hereda la predisposición a un tipo u otro de enfermedad mental.

-Factores que influyen en su gravedad y pronóstico (sobre esto podemos actuar):

- Forma de afrontar conflictos.
- Apoyos interpersonales.
- Salud física y mental.

## TRASTORNOS PSICÓTICOS

-Todo este grupo comparte estas características en fase aguda (entre ellas relacionadas):

- Alteración o distorsión del pensamiento.
- Pérdida de contacto con la realidad.
- Ausencia de sensación d enfermedad.
- Dificultad para reflexionar sobre la propia enfermedad.

-Diagnósticos:

- Esquizofrenia.
- Trastorno esquizoafectivo.
- Trastorno delirante.
- Trastorno psicótico por tóxicos.

-Síntomas:

## **POSITIVOS:**

- Alteración del pensamiento: delirios (persecución, celotipia, perjuicio...) o pensamiento desorganizado.
- Alteración de la percepción: alucinaciones (auditivas, visuales, olfativas...).

## **NEGATIVOS:**

- Déficit del cuidado personal.
- Inhibición motora.
- Aplanamiento afectivo.
- Sensación de vacío.
- Anhedonia y apatía.

## ***2ª SESION: IMPORTANCIA DE LA TOMA DE MEDICACION***

### **ACTIVIDAD 3: LA PREVENCIÓN, POR QUÉ ES IMPORTANTE?**

**Las primeras señales de cambios en el comportamiento habitual pueden alertar de que alguna cosa no va bien y se puede pedir ayuda a los profesionales de la salud. En estos momentos, es importante que se realice un **diagnóstico precoz del trastorno.****

- Potenciar los recursos personales, aumentar la tolerancia al estrés.
- Disminuir los factores de tensión psicosocial.
- Mejorar las habilidades para relacionarse...
- Tener un buen vínculo terapéutico que permita implementar el tratamiento oportuno.
- Evitar otros que podrían indicar un mayor riesgo de desestabilización (situaciones de estrés, abandono de la medicación, consumo de drogas, etc.).

### **ACTIVIDAD 4: ¿QUE NOS AYUDA LA TOMA DE MEDICACION?**

Vídeo: ANA DI-CAPACITADOS: [https://youtu.be/9eUpvL\\_4wyU](https://youtu.be/9eUpvL_4wyU)

DEFINICIÓN PSICOFARMACO: sustancias que estimulan, deprimen o alteran la conducta y/o las respuestas emocionales de las personas.

TIPOS DE FARMACOS:

1. NEUROLÉPTICOS-ANTIPSIKÓTICOS.
2. TRANQUILIZANTES-ANSIOLITICOS.
3. HIPNÓTICOS.
4. ANTIDEPRESIVOS.
5. REGULADORES DEL HUMOR: LITIO Y ANTIEPILÉPTICOS.

BASE FISIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

- En los trastornos psicóticos: la dopamina se encuentra aumentada o se tiene mucha sensibilidad a ella (produce los síntomas positivos en la psicosis). Los antipsicóticos disminuyen el efecto de la dopamina en el cerebro. También esta disminuida la serotonina, lo que produce los síntomas negativos. Los nuevos antipsicóticos actúan a los dos niveles.
- En la depresión: la adrenalina, noradrenalina y la serotonina están disminuidas. Los antidepresivos actúan en una o varias de estas sustancias aumentándolas. El TEC es capaz de producir una descarga masiva de catecolaminas.
- En la ansiedad: hay un aumento de la noradrenalina y la serotonina. Los ansiolíticos la disminuyen.

LOS ANTIPSIKÓTICOS

1. LOS CLÁSICOS: haloperidol, sinogan...etc. Son eficaces frente a los síntomas positivos.  
Efectos 2º: sedación, sequedad de boca, estreñimiento, rigidez, distonía, alteración sexuales, alteraciones menstruales, galactarrea...etc.
2. LOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN: risperdal, zyprexa, seroquel, solian..etc.  
Son eficaces frente los síntomas positivos y negativos. Tienen efectos indeseables: hipotensión, inquietud, aumento de apetito...etc.
3. INDICACIONES: T.psicóticos, fases maniacas, privación alcoholica, paranoia, T.de conducta en T. de personalidad y depresión con síntomas psicóticos.

## ANTIDEPRESIVOS

1. Se clasifican según su mecanismo de acción; IMO, tricíclicos...
2. INDICACIONES: dolor crónico, depresión, TOC, ansiedad fóbica, T. de alimentación, crisis de angustia y crisis de pánico.
3. Efectos secundarios: sequedad de boca, estreñimiento, HTA, alteraciones visuales, alteraciones digestivas...etc.

## ESTABILIZADORES DE ÁNIMO

1. PLENUR (LITIO): indicado en la manía, profilaxis del T.Bipolar y depresión refractaria.  
EFECTOS 2º: alteraciones digestivas y temblor distal.  
PRECAUCIONES: son necesarios hacer analíticas periódicas para comprobar niveles en sangre. Se debe tomar última dosis 12 horas antes de la extracción. Niveles altos pueden ser peligrosos, ante la aparición de visión borrosa, sabor metálico, diarrea, poliuria y polidipsia, consultar con el médico.
2. ANTICONVULSIONANTES: se utilizan como estabilizadores del ánimo.
  - ACIDO VALPROICO (DEPAKINE): Tiene las mismas indicaciones que el plenur, algunas veces se asocia a el. El efecto 2º más frecuente son las molestias gastrointestinales, disminuyendo administrándolo con alimentos.
  - CARBAMAZEPINA (TEGRETOL): como indicaciones esta el T.Bipolar y el T. de control de impulsos. El efecto 2º más frecuente son las alteraciones dermatológicas.
  - TRILEPTAL: es la alternativa al anterior teniendo menos interacciones farmacológicas.