

Esquizofrenia: Psicoeducacion como herramienta de Enfermería

**Grado en Enfermería. 2010-2014
Universidad Pública de Navarra
Facultad Ciencias de la Salud**



Autora: Amaia Goicoa Izquierdo

Tutora: Victoria Beaumont Guembe

RESUMEN

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave y crónica, que se caracteriza por la falta de capacidad de introspección y un cumplimiento deficiente del tratamiento. Las personas con esquizofrenia y enfermedades mentales graves pueden requerir de apoyo de los profesionales sanitarios durante periodos prolongados en el tiempo.

En el tratamiento del paciente con esquizofrenia ha existido una evolución, con numerosos avances en los últimos 50 años. Ya no es un tratamiento centrado únicamente en el enfoque biológico, sino que se incluyen factores psicosociales, dando lugar a una visión integral del tratamiento del paciente con esquizofrenia.

Las intervenciones psicoeducativas están orientadas a aumentar el conocimiento y la comprensión de los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento. Sin embargo, los efectos de la psicoeducación en el tratamiento de la esquizofrenia no están claramente definidos. El tratamiento farmacológico continúa siendo el tratamiento de elección, pero cada vez es más visible la educación al paciente y la implicación del mismo en su tratamiento.

Se realiza una revisión bibliográfica sobre los estudios y ensayos clínicos que examinan la efectividad de las intervenciones psicoeducativas sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Los resultados demuestran que la psicoeducación puede mejorar el cumplimiento del tratamiento, teniendo un efecto positivo en el bienestar de las personas que padecen esquizofrenia.

Palabras clave: Esquizofrenia, Psicoeducación, Psicofármacos, Adherencia, Familia

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	Pág.1
2. HIPOTESIS.....	Pág.3
3. OBJETIVOS.....	Pág.3
4. METODOLOGÍA	Pág.4
5. RESULTADOS	Pág.6
6. DISCUSIÓN	Pág.21
7. CONCLUSIONES	Pág.23
8. ANEXOS.....	Pág.25
9. BIBLIOGRAFIA.....	Pág.29

INTRODUCCION

Las personas con esquizofrenia sufren una importante alteración del Yo y de sus funciones como son: distorsión del pensamiento, pérdida del contacto con la realidad, ausencia de conciencia de enfermedad y dificultad para la introspección. (1) Todas estas características de la enfermedad intervienen directamente en el cumplimiento deficiente del tratamiento. 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. (2)

El abandono del tratamiento farmacológico hace que el proceso de mejora se estanque o lo que es peor, que involucre con las consiguientes descompensaciones y nuevos ingresos, apareciendo el fenómeno de “puerta giratoria” tan frecuente en este colectivo. (2)

Con frecuencia muchas personas con enfermedad mental grave son ingresadas reiteradamente, debido al cumplimiento deficiente del tratamiento. Muchos pacientes se sienten estigmatizados por su enfermedad, llegando incluso a negar que la padecen, aumentando así el incumplimiento del tratamiento. Otros factores de incumplimiento pueden ser los efectos adversos de la medicación o una falta de conocimiento adecuado.

La terapia farmacológica es un método eficaz para tratar los síntomas agudos (ejemplo: alucinaciones, ideas delirantes...) y reducir la frecuencia de las recaídas. Sin embargo, habilidades cognitivas y sociales del paciente van mermando a lo largo del proceso de enfermedad. Es por ello que la terapia farmacológica es un paso necesario que se ve complementado por otro tipo de terapias, conocidas como “Psi coeducación”. (3)

Se puede definir la Psicoeducación como la educación de una persona con trastornos psiquiátricos en los temas que sirven a los objetivos del tratamiento y la rehabilitación.

Según la Declaración de Derechos del paciente adoptada por la American hospital association (AHA 1975), los pacientes tienen derecho al conocimiento preciso y completo respecto de su enfermedad y tratamiento. La finalidad de la educación de los pacientes es que éste, adquiera conocimientos, comprensión, herramientas y habilidades para afrontar su enfermedad. Este aprendizaje que obtiene el paciente va a permitir que sea el protagonista del cambio en su conducta. La educación de los pacientes puede adoptar una variedad de formas, en función de las capacidades e implicación de los propios pacientes y familiares.

Este trabajo pretende conocer la efectividad de las terapias de psicoeducación en la mejor adherencia al tratamiento farmacológico del paciente esquizofrénico.

Conociendo más sobre las terapias de psi coeducación, los profesionales de enfermería podrán poner en marcha líneas de trabajo, orientadas a que el paciente adquiera conocimientos y habilidades que le posibiliten para manejar la enfermedad que presenta.

MARCO CONCEPTUAL

Antes de comenzar con la hipótesis y desarrollo de este trabajo, se contextualiza el tema a tratar.

ESQUIZOFRENIA

Datos Epidemiológicos:

La prevalencia de la esquizofrenia es de entre 0.5 y el 1% de la población. La edad de inicio se encuentra entre los 15 y los 35 años, y no suele aparecer antes de los 10 ni después de los 50. Afecta por igual a ambos sexos, aunque la edad de comienzo es más prematura en los varones. Estadísticamente, la proporción de hombres jóvenes solteros con esquizofrenia es superior a la de otro tipo de enfermos. (1)

Según el estudio ACEE (Abordaje clínico de la esquizofrenia en España), muestra que los pacientes esquizofrénicos que asisten a los centros Psiquiátricos españoles son principalmente hombres solteros, no laborables que viven en su entorno familiar. El tratamiento consiste básicamente en antipsicóticos combinados con otros fármacos, y unos exámenes complementarios se realizan (4)

Etiología: Existen diferentes teorías.

Teorías Biológicas: Los científicos sostienen que un desequilibrio en las reacciones químicas complejas e interrelacionadas del cerebro, pueden jugar un papel decisivo en el desarrollo de la esquizofrenia. Los científicos siguen estudiando la química del cerebro y su relación con la esquizofrenia. (5)

Teorías genéticas: La enfermedad ocurre en un 1 por ciento de la población general y en un 10 por ciento de las personas que tienen un parentesco de primer grado con alguien que padece del trastorno, como un padre o un hermano. Las personas que tienen un parentesco de segundo grado con alguien que padece la enfermedad (tíos, abuelos o primos) también tienen más probabilidades de desarrollar esquizofrenia que la población general. (5)

Investigaciones recientes descubrieron que las personas con esquizofrenia tienden a tener índices más altos de mutaciones genéticas raras. Estas diferencias genéticas implican cientos de genes distintos y es probable que afecten el desarrollo del cerebro. (5)

Teorías psicosociales: se refieren a la variación según la clase social y los cambios culturales. (1)

Teorías psicoanalíticas: Freud postuló que estaba presente un yo defectuoso que contribuía a la sintomatología de la enfermedad. De este modo, el conflicto intrapsíquico es la base de la sintomatología psicótica, afectando a la interpretación de la realidad y al control de los impulsos internos. (1)

Síntomas (1)

Los pacientes con esquizofrenia experimentan una distorsión de los pensamientos y sentimientos. Lo que caracteriza a la esquizofrenia es que afecta a la persona de una forma total, por lo que quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes. Además, puede empezar a estar extraña, más aislada, puede evitar salir con amigos, dormir poco o demasiado, hablar solo o reírse sin motivo aparente (aunque estos síntomas no tienen porque aparecer en todos los pacientes.)

Los síntomas de la esquizofrenia se dividen en dos categorías: los positivos y los negativos.

Síntomas positivos: que reflejan una distorsión o un exceso de las funciones normales. Estos síntomas incluyen:

- Alteración de la conducta: movimientos repetidos, comportamiento desorganizado, tendencia a la imitación...
- Alteración del pensamiento: pensamiento incoherente, creencias falsas, alucinaciones, delirios.
- Alteración de la afectividad: afecto inapropiado los estímulos, risas inmotivadas.
- Alteración del lenguaje: repetición de palabras, verborrea.
- Alteración de la percepción sensorial: ruidos o voces que le insultan, imágenes de contexto terrorífico, místico...

Síntomas negativos: que indican una disminución o pérdida de dichas funciones. Estos síntomas incluyen:

- Alteración de la conducta: déficit del cuidado personal, desinterés en las relaciones sociales.
- Alteración de la afectividad: apatía, indiferencia por lo que le rodea, aplanamiento afectivo.
- Alteración del pensamiento: embotamiento cognitivo, pobreza de discurso, con pensamiento concreto y pobre, pensamiento enlentecido o inhibido.
- Alteración del lenguaje: lenguaje redundante, dificultad para articular palabras, enlentecimiento.

Curso de la enfermedad (1)

Fase prodrómica: la sintomatología es poco clara. Los síntomas característicos son: comportamiento autista, ansioso, abandono o descuido de actividades habituales, alteraciones pre mórbidas de la personalidad.

Fase aguda: brote esquizofrénico con presencia de síntomas psicóticos claros

Fase residual: persistencia de algunos síntomas

Pronostico (1)

El 20% se recupera totalmente

Del 20 al 30 % se recuperan parcialmente

Entre el 50-60% la enfermedad se cronifica.

Tratamiento Antipsicótico

También se conocen como «neurolépticos». Alivian los síntomas psicóticos floridos como los trastornos del pensamiento, las alucinaciones y los delirios e impiden las recaídas. En general, los pacientes con esquizofrenia aguda responden mejor que aquéllos con síntomas crónicos. El tratamiento prolongado de un paciente, diagnosticado definitivamente de esquizofrenia, puede estar justificado incluso después del primer episodio de la enfermedad, al objeto de evitar que se cronifique el proceso. La retirada del tratamiento farmacológico exige una cuidadosa vigilancia porque un paciente que aparenta encontrarse bien con la medicación puede sufrir una recaída catastrófica si el tratamiento se suspende de forma inadecuada (6)

Efectos secundarios

Algunas personas padecen efectos secundarios cuando comienzan a tomar estos medicamentos, pero en su mayoría desaparecen después de unos días y a menudo pueden ser tratados con éxito.

Los efectos secundarios de varios antipsicóticos incluyen:

- Somnolencia
- Mareos al cambiar de posición
- Visión borrosa
- Taquicardia
- Sensibilidad al sol
- Sarpullido
- Problemas menstruales en las mujeres

ADHERENCIA

Concepto

Grado en el cual la “conducta” de una persona coincide con las recomendaciones médicos/sanitarias, en relación a los fármacos o tratamiento prescrito, incluyendo además toda una serie de hábitos higiénico-sanitarios, como pueden ser no tomar café, alcohol u otros tóxicos, no fumar o hacerlo con moderación, entre otros. Existe una diferencia significativa entre “adherencia” y “cumplimiento”.

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. También deja claro que implicar al paciente como colaborador es tan importante como lo es la

necesidad de que los profesionales de la salud los traten como colaboradores, cada uno utilizando sus habilidades individuales para mejorar la participación del paciente.
(2)

Es posible creer que es obligación del paciente seguir al pie de la letra las pautas farmacológicas después de la prescripción del psiquiatra. Sin embargo, la realidad a través de las estadísticas se ha demostrado que muchos pacientes, con el paso del tiempo abandonan el tratamiento. Este abandono se puede deber a múltiples factores, entre ellos la falta de conocimiento. Es aquí donde entra el juego el papel de enfermería, que desde su conocimiento y sus habilidades adquiridas en la formación académica y /o experiencia profesional, debe dotar al paciente de las herramientas necesarias para combatir y poder hacer frente a su enfermedad.

Epidemiología

El grado de adherencia al tratamiento antipsicótico no es fácil de determinar, y las cifras que se indican en los estudios consultados suelen ser poco fiables. Según datos del Ministerio de Sanidad, únicamente de un 4 a 12% de los pacientes diagnosticados de Trastornos Mentales, siguen de forma rigurosa el tratamiento farmacológico.

Otros datos mencionan que entre un 25-50% de pacientes con trastorno esquizofrénico incumplen con el tratamiento farmacológico, y que aproximadamente entre un 30 y un 60% de los pacientes diagnosticados e inicialmente medicados, abandonan el tratamiento en el primer año, produciéndose la mayoría de estos abandonos antes de las cuatro primeras visitas en los CSM de zona

Factores relacionados con el incumplimiento:

Existen diferentes causas y factores relacionados con el incumplimiento de la prescripción, las más frecuentes están relacionadas con el paciente y el fármaco.

Relacionadas con el paciente

- Negación de la enfermedad: es difícil que alguien que piense que no está enfermo acepte medicación.
- La edad es un factor de incumplimiento, observándose un mayor riesgo o negativa a tomar el fármaco en los pacientes más jóvenes.
- Cuando existe una dificultad para comprender el tratamiento por analfabetismo, deficiencias sensoriales.
- Cuando se desconfía del tratamiento y de los profesionales implicados en el mismo (equipo asistencial)
- Creencias: a veces refieren motivos personales para no seguir las indicaciones, resistiéndose a pensar que el tratamiento como factor externo les va a ayudar
- Repercuten en el mismo, tanto la personalidad del paciente, su necesidad de dependencia, como su capacidad de soportar la ansiedad que genera el propio tratamiento.
- Características personales
- Mejoría de su patología: Otro factor relevante a tener en cuenta es la situación de mejoría que da lugar al incumplimiento, puesto que es posible que la recaída no aparezca sino meses después de interrumpir el tratamiento.
- Voluntariedad hacia el tratamiento.

Relacionados con el fármaco

- Efectos secundarios reales o imaginarios
- Medicamentos de mal sabor, incómodos de ingerir
- Si interfieren en los hábitos del paciente (no poder tomar alcohol).

PSICOEDUCACION

Concepto

Es la educación o información que se ofrece a las personas que sufren un trastorno psicológico. Brinda apoyo emocional, resolución de problemas y otras técnicas. Es una herramienta mediante la cual se quiere controlar la ansiedad generada a partir del desconocimiento o desinformación de la patología que presenta.

También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad. La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición. (8)

Es una modalidad de tratamiento que integra la psicoterapia y la educación como intervenciones. En esta modalidad de tratamiento, el paciente y la familia son considerados como elemento fundamental y protagonistas en la consecución de objetivos en el tratamiento de la enfermedad. Parte de la premisa de que cuanto mayor conocimiento tenga el paciente y la familia sobre la enfermedad, mejores resultados se obtendrán, resultados favorables para todos los miembros implicados. (9)

Antecedentes

El concepto de la psicoeducación fue comentado por primera vez en la literatura médica, en un artículo de John E. Donley "Psychotherapy and reeducation", in the Journal of abnormal Psychology, publicado en 1911.

No fue sino hasta 30 años después que el primer uso de la palabra psicoeducación apareció en el título de un libro de literatura médica "The psychoeducational clinic" por Brian E. Tomlinson. New York, NY, US: MacMillan Co. Este libro fue publicado en 1941.

La divulgación y el desarrollo del término psicoeducación en su forma actual se le atribuye ampliamente a la investigadora americana Carol M. Anderson en 1980 en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Su investigación se concentró en educar a sus familiares con respecto a los síntomas y al proceso de la esquizofrenia, lo que se tradujo en disminuir las recaídas y los re-ingresos. También, su investigación se enfocó en la consolidación de la autoridad social y en el mejoramiento del manejo que los miembros de la familia le dan a la enfermedad. En los últimos años se han desarrollado cada vez más programas de grupo sistemáticos, con el fin de hacer que el conocimiento sea más entendible para los pacientes y sus familiares.(10)

Objetivos

- Fomentar la conciencia de enfermedad: orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología.
- Mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico
- Facilitar la detección precoz de nuevos episodios (ya que ello conducirá a una intervención temprana evitando la intensificación de la sintomatología).
- Evitar el uso y abuso de drogas, potenciar el que se lleven a cabo unos hábitos sanos y regulares
- Controlar, en la medida de lo posible, el estrés.

Todos estos factores pueden actuar como desencadenantes de nuevos episodios por tanto el controlarlos reducirá el riesgo de recaídas. A todo ello podemos añadir la importancia de afrontar las consecuencias psicosociales de los episodios. El control de los distintos aspectos comentados puede contribuir a mejorar el curso de la enfermedad incidiendo a su vez en un mejor funcionamiento sociolaboral entre episodios así como en un mayor bienestar y calidad de vida de los pacientes y las personas de su entorno. (11)

La psicoeducación en Salud Mental no es una intervención exclusiva de enfermería. Entran en juego la labor y conocimientos de otros profesionales (psicólogos, psiquiatras, trabajador social...), dentro de un equipo de trabajo multidisciplinar.

Las labores y objetivos que persigue enfermería con las intervenciones psicoeducativas para aumentar la adherencia al tratamiento, son: (2)

- Informar y educar al paciente
- Participación del paciente en grupos de apoyo
- 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
- Evitar la jerga médica.

Elementos importantes en la psicoeducación

- Transferencia de información: se trata de definir conceptos sobre la enfermedad, sintomatología, causas, información sobre el tratamiento, que ocurre cuando no se sigue el cumplimiento adecuadamente...
- Descarga emocional: se pretende conocer los sentimientos del paciente y /o familiares, de esta forma entender lo que necesitan y poder actuar. En estos casos compartir experiencias con otras personas en situación similar puede ser beneficioso.
- Adherencia al tratamiento: apoyo con medicina o tratamiento antipsicótico.
- Apoyo para la autoayuda: un ejemplo sería realizar un entrenamiento sobre que situaciones de crisis se presentan y analizarlas, de forma que si se repite de

nuevo esa situación hayan adquirido habilidades y herramientas para saber cómo actuar, dándole otro enfoque.

Tipos de psicoeducación

Puede ser: individual, familiar, mixta o comunitaria; realizarse en un entorno clínico o en el hogar; tener una duración de días hasta años.

Implica una gran variedad de enfoques, desde aquellos que enfatizan la entrega de información a aquellas que privilegian el apoyo mutuo o la resolución de problemas. (12)

Los objetivos según la modalidad de intervenciones son los siguientes:

- Psicoeducación individual: Intervenciones dirigidas al paciente de manera individual. Tiene como objetivo la intervención desde un punto de vista teórico y práctico, se ocupa de que las personas que la reciben comprendan la enfermedad, su curso y pronóstico, enfatizando en aquellas variables que afectan a la misma, dando estrategias para hacer frente desde una perspectiva cognitiva, conductual y emocional. (39)
- Psicoeducación familiar: se ocupa de que las personas que la reciben comprendan la enfermedad, su curso y su pronóstico, enfatizando en aquellas variables que afectan a la misma, dando estrategias para hacer frente desde una perspectiva cognitiva, conductual y emocional. Se basa en la hipótesis de que la mejora de la información y de sus actitudes y conductas influirá favorablemente no solo en la reducción de sus propios síntomas de carga familiar, sino en la evolución favorable de la esquizofrenia. (39)
- Psicoeducación mixta: intervención con el paciente aplicando estrategias enfocadas en diferentes áreas que conforman la vida de la persona. Trabaja de manera conjunta la parte individual con la psicoeducación centrada en el paciente, y la familiar con la psicoeducación centrada en las personas que conviven con el afectado o que tienen una relación muy estrecha con el mismo. (39)

Se distinguen dos modelos básicos: (12)

1. Los modelos de psicoeducación centrados en la información: suelen ser breves o muy breves (alrededor de cinco a seis sesiones); priorizan la transmisión de información acerca de la enfermedad y tienen una eficacia limitada (repercusión clínica escasa si no modifican actitudes y conductas respecto a la detección precoz de episodios, toma de medicación, hábitos de salud, etc.).
2. Los modelos de psicoeducación centrados en la conducta: se suele caracterizar por programas largos en los que se priorizan aspectos como:
El trabajo práctico en la detección e intervención precoces ante un nuevo episodio

Manejo de síntomas
Regularidad de hábitos
Reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad
Identificación de desencadenantes

La psicoeducación es llevada a cabo por profesionales de la salud mental. Debe adecuarse al nivel sociocultural del paciente, a su personalidad, su patología y su información previa.

HIPOTESIS PLANTEADA

Los programas de psicoeducación que se proporcionan a pacientes con esquizofrenia influyen positivamente en el aumento de conciencia y aceptación de la enfermedad, y en consecuencia en la mayor adherencia al tratamiento.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Evaluar la eficacia de los programas psicoeducativos dirigidos a pacientes con esquizofrenia en el aumento de la adherencia al tratamiento.

Objetivos secundarios

- Profundizar en el concepto de adherencia: Diferencias entre adherencia y cumplimiento, factores relacionados con la no adherencia al tratamiento.
- Determinar los factores más influyentes para que el paciente con esquizofrenia abandone los tratamientos.
- Valorar la influencia de la familia en la adherencia al tratamiento

METODOLOGIA

Se realiza una revisión bibliográfica sobre los estudios y ensayos clínicos que examinan la efectividad de las intervenciones psicoeducativas sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia.

Criterios para la valoración de los estudios de esta revisión:

La revisión bibliográfica consiste en estudios y ensayos clínicos que examinan cómo las intervenciones psicoeducativas interfieren de manera positiva en una mejor adherencia al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia.

En un primer momento, estos fueron los criterios de selección:

-Diseño de asignación: Aleatoria simple. Esto significa que los grupos del estudio fueron distribuidos al azar. En la asignación se determinan mínimo 2 grupos diferentes, siendo indispensable que en uno de los grupos los pacientes reciban tratamiento psicosocial. Es lo que se conoce como grupo experimental. Los resultados obtenidos en este grupo se comparan con el grupo control, que en la mayoría de los estudios revisados se caracteriza por un grupo de pacientes que reciben exclusivamente tratamiento farmacológico.

- Tamaño del grupo de estudio: Mayor de 30 sujetos.

- Tipos de pacientes: personas con trastorno esquizofrénico.

-Tipos de intervención: intervenciones psicoeducativas centradas en ofrecer conocimientos sobre la esquizofrenia, el tratamiento y la medicación, como mecanismo de mejora de la adherencia farmacológica.

A lo largo de la revisión bibliográfica, han aparecido estudios interesantes que no necesariamente entraban dentro de los criterios inicialmente planteados. Es por ello, que se decide ampliar los criterios de la siguiente manera:

-Se añaden diagnósticos de enfermedad mental grave. Serán de especial relevancia los estudios exclusivos de esquizofrenia, pero no se excluirán trastornos del tipo Trastorno Bipolar o Psicosis, pudiendo establecer conclusiones similares de los resultados.

- Tipos de intervención: Se añaden modalidades de tratamiento. La revisión no se centrará exclusivamente en psicoeducación al paciente, sino que se analizará la influencia de la psicoeducación familiar y comunitaria en el paciente, así como la intervención mixta (individual y familiar).

Fuentes de datos para la identificación de resultados

Para la búsqueda de información necesaria para la contextualización del proyecto, se han utilizado diferentes libros, revistas de enfermería (SCIELO, Revista de fundamentos de psicología, E-Rol...), así como diferentes páginas web (OMS, National Institute of Mental Health...)

Con respecto a la búsqueda necesaria para la revisión de ensayos clínicos y estudios sobre la psicoeducación como tratamiento en la esquizofrenia, se han utilizado diferentes bases de datos.

1. Se realizan búsquedas en PUBMED. Se utilizan palabras como esquizofrenia. Puesto que la mayoría de artículos están en inglés, se utiliza la siguiente terminología "Schizophrenia, treatment, antipsychotics, cognition...". Se utilizan los siguientes operadores booleanos, "and" (para localizar registros que contengan todos los términos de búsqueda especificados), y "or" (para localizar registros que contengan cualquiera o todos los términos especificados).
2. Se realizan búsquedas en MEDLINE. Se utilizan términos como psicoeducación, o esquizofrenia.
3. Se realizan búsquedas en COCHRANE. Se realizan búsquedas mediante las siguientes frases:
Schizophrenia and psychoeducation
Psychoeducation and family
Psychoeducation and intervention
4. Se realizan búsquedas en EMBASE: Dentro de esta base de datos han sido de especial relevancia para la búsqueda:
Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos
Reec o registro español de ensayos clínicos.

Métodos de la revisión

1. Selección de los ensayos: Se busca de forma independiente los ensayos considerados pertinentes. Quedarán descartados aquellos que no se adecuen a los criterios inicialmente mencionados.

Cronograma

ACTIVIDAD	FECHA									
	Semana1	Semana 2	Semana3	Semana4	Semana5	semana6	Semana7	Semana8		
Planteamiento del proyecto										
Recolección de la información										
Análisis de resultados										
Redacción del artículo de investigación										
Planteamiento de Propuesta de Mejora										
Recolección de información										
Redacción de la Propuesta										

RESULTADOS

Se han obtenido un total de 55 artículos, de los cuales 23 han sido descartados durante el proceso de revisión debido a los siguientes motivos: se identifican 4 estudios que cumplen todos los criterios de inclusión, pero los procedimientos estaban en curso por lo que no existen actualmente los resultados de dichos ensayos; 7 de los artículos descartados son estadísticas descriptivas basadas en revisión de artículos, no son ensayos clínicos como tal; en 5 de ellos las conclusiones no se plasman de manera clara, se centran en la descripción exhaustiva de las características del proceso pero no detallan los resultados; 7 de los artículos no incluyen un grupo de comparación o no comparan los resultados entre los grupos de intervención.

Por lo tanto, se revisan finalmente 32 ensayos clínicos.

A partir de los 32 ensayos clínicos considerados relevantes para la investigación, se resumen los datos sobre la modalidad de tratamiento, si existen diferencias entre el diagnóstico y la efectividad según diagnóstico, la duración de la intervención, escalas de medición de resultados y orientación terapéutica de la mayoría de las intervenciones (aspectos más relevantes en los que se centraron las intervenciones psicoeducativas).

Resultados según modalidades de tratamiento

Los estudios se clasificaron en 4 modalidades de tratamiento según las características de sus participantes. Estas modalidades son: individual, familiar y mixta (haciendo referencia a la modalidad en la cual la intervención se hace conjuntamente con familiares y pacientes).

Se presenta una gráfica con el número de artículos pertenecientes a cada modalidad.

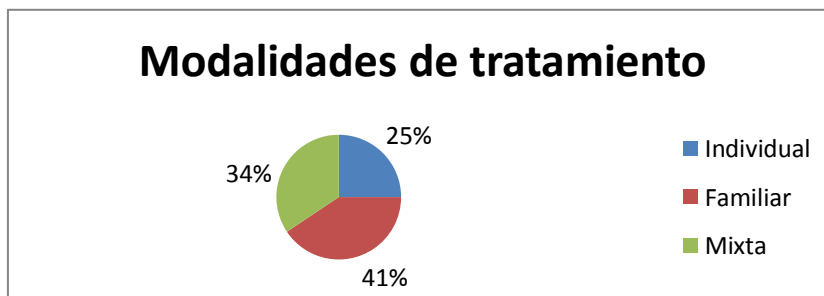


Figura 1: Modalidades de tratamiento Piscoeducacion. Elaboración propia.

Individual: 8 artículos

Familiar: 13 artículos

Mixta: 11 artículos

Una vez presentado el número de artículos pertenecientes a cada modalidad, se ha querido conocer la efectividad de las intervenciones psicoeducativas en función del

tipo de intervención. Para ello se han analizado los resultados de todos los ensayos y se ha distinguido entre aquellos en los cuales los resultados son significativos en la adherencia al tratamiento, y en cuales los resultados determinan que la relación entre psicoeducación y aumento de la adherencia al tratamiento es dudosa.

Para medir la adherencia al tratamiento se utilizaron diferentes técnicas que más tarde serán analizadas (diferentes escalas y entrevistas personales).

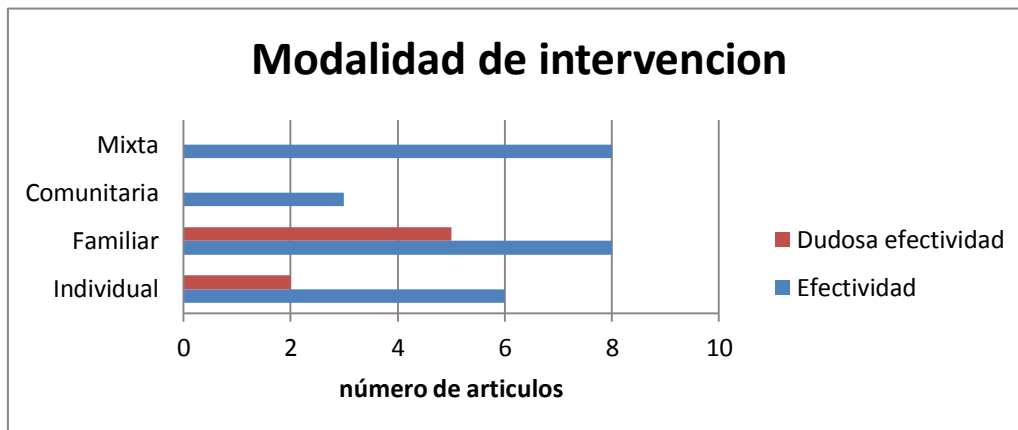


Figura 2: Efectividad según el tipo de intervención. Elaboración propia.

Se observa como tanto en la modalidad de intervención mixta (paciente + familia) y en la comunitaria, todos los resultados de los ensayos determinan que en este tipo de intervenciones, la psicoeducación favorece a mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia. Sharif F et al. 2012 (27), realizaron un estudio con 70 pacientes ambulatorios más sus cuidadores, fueron asignados al azar. El grupo experimental (n=35) recibieron tratamiento antipsicótico y un programa psicoeducativo. Además cada cuidador asistió a 10 sesiones psicoeducativas. El grupo control (n=35) no recibieron tratamiento psicoeducativo. El estudio concluyó con una reducción significativa de los síntomas y gravedad de la carga del cuidador, además de mejores resultados en la sintomatología y control de la esquizofrenia (incluyendo la adherencia a los antipsicóticos).

En cuanto a las intervenciones familiares de manera aislada, sin la presencia de la psicoeducación al paciente, los resultados determinan con un 61% la efectividad en los resultados y un 38 % de estudios con resultados de dudosa efectividad.

Por último, los datos de la intervención individual señalan con un 75% la efectividad en los resultados. Solo un 25 % es de dudosa efectividad. Valencia et al. 2004 (14) realizaron un estudio aleatorizado en el que comparan diferentes modalidades de tratamiento en un programa de rehabilitación integral de pacientes esquizofrénicos. Compara dos modalidades de intervención: en una combina el tratamiento farmacológico con la psicoeducación y en la otra la intervención es exclusiva de tipo farmacológico. Concluye que el grupo experimental que recibe sesiones psicoeducativas mejoraron estadísticamente en los siguientes aspectos:

- Funcionamiento psicosocial
- Numero de recaídas (11,3%, frente al 32,8% del grupo control)

- Mayor cumplimiento del tratamiento antipsicótico (88,3%, frente al 80% del grupo control)
- Mayor adherencia a las sesiones terapéuticas (83,3% frente al 70% del grupo control)

Corroborar que la forma más conveniente de tratamiento al paciente esquizofrénico es la combinación de la farmacoterapia con la psicoeducación.

Resultados según diagnóstico clínico

Como se ha indicado en la descripción metodológica del proyecto, en primera instancia los criterios de selección de ensayos fueron exclusivos de diagnóstico de esquizofrenia. Al avanzar en la revisión aparecieron estudios interesantes que no necesariamente cumplían este criterio, pero que si se encontraban dentro de las enfermedades mentales graves y si relacionaban la influencia de la psicoeducación en la adherencia terapéutica y en la mejora de resultados de enfermedad. Se quiere dejar constancia del número de artículos pertenecientes a cada tipo de patología, además de analizar la efectividad de la psicoeducación en los resultados de este modo:

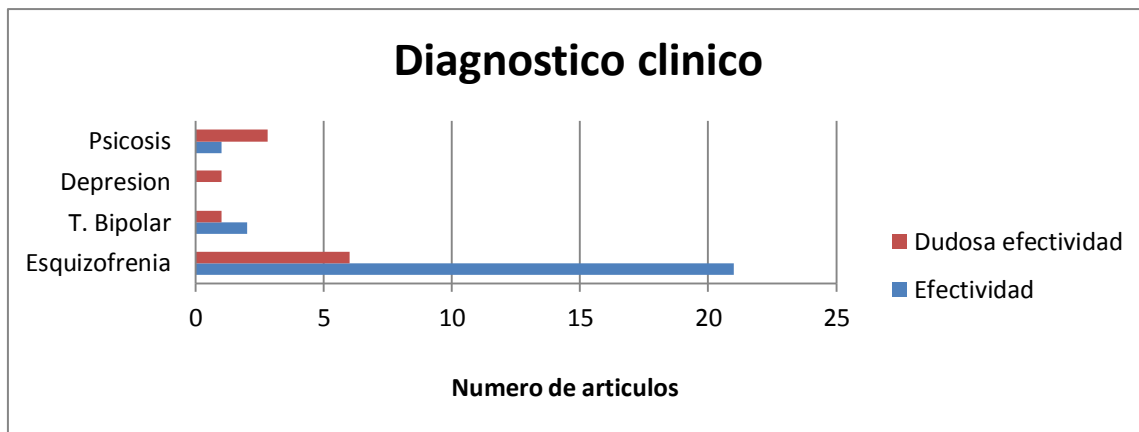


Figura 3: Efectividad psicoeducación según diagnóstico. Elaboración propia.

Se observa que la mayoría de los ensayos analizados utilizan el diagnóstico de esquizofrenia, esto hace que en el proyecto se plasmen todas las conclusiones en referencia a pacientes con esquizofrenia. Los resultados determinan que un 77,7% de los ensayos realizados con pacientes con esquizofrenia como grupo experimental a los cuales se les realizó un tratamiento con farmacoterapia más psicoeducación, mejoraron sustancialmente los resultados en cuanto a la mejor adherencia al tratamiento y mayor conciencia de enfermedad.

Resultados según duración de la intervención

No todos los ensayos revisados tuvieron las mismas características en cuanto a la duración o al número de participantes. Se quiere analizar cuál es la efectividad de la psicoeducación en función de la duración de la intervención, de manera que nos pueda ofrecer alguna pista de cuál es la duración más adecuada para una intervención con mejores resultados.

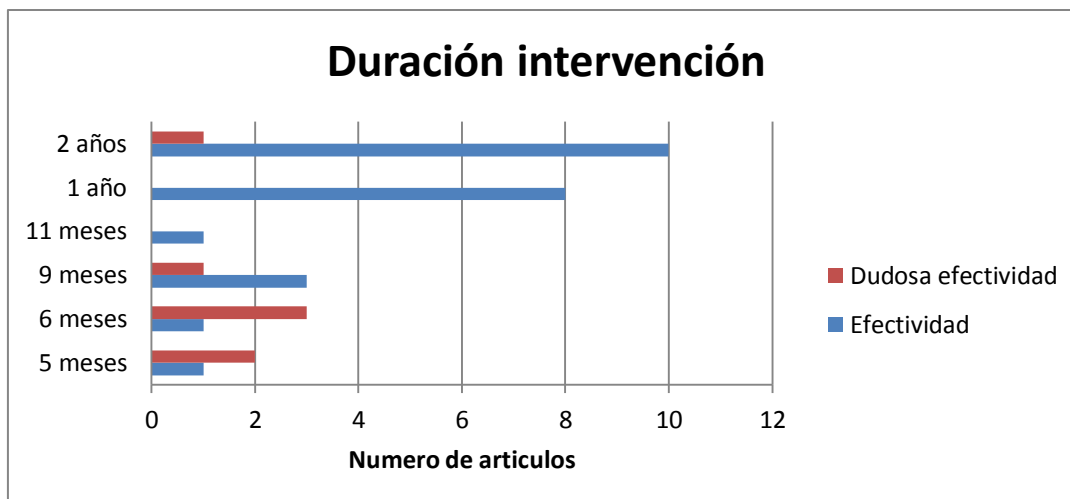


Figura 4: Efectividad psicoeducación según duración de tratamiento. Elaboración propia.

La grafica se ha organizado de menor a mayor duración.

Resultados según escalas de medición de resultados:

En muchos de los ensayos no se especifica el tipo de escala utilizada para la medición de resultados, o señalan la dificultad de interpretación de las mismas y no quedan registradas. Las escalas registradas y más utilizadas de medición de resultados son las siguientes:

- Escala de Funcionamiento psicosocial: La Escala de Funcionamiento Social -SFS- es un instrumento fiable, diseñado específicamente para la evaluación del funcionamiento social de las personas con esquizofrenia -si bien es aplicable igualmente para la evaluación de otros trastornos psicóticos-. Es de utilidad para los investigadores/as y clínicos/as interesados/as en las variables implicadas en el funcionamiento social y, particularmente, para aquellos/as que trabajan en intervenciones familiares u otros programas de intervención psicosocial para la esquizofrenia. (ANEXO 1)
- Escala de evaluación de actividad Global: Permite evaluar la gravedad del paciente y su evolución dentro del programa. (ANEXO 2)
- Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell: Evalúa las necesidades de salud y psicosociales de las personas con una enfermedad mental. (ANEXO 3)
- Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANNS): Evaluar el síndrome esquizofrénico desde el punto de vista dimensional (evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y la psicopatología general de dicho trastorno) y desde el categorial (clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto, pudiendo así servir como indicador de pronóstico ya que en aquellos casos donde predomina síntomas negativos supone tener una peor evolución). También sirve para evaluar cómo va actuando la medicación en cada paciente; mejora, empeora o se mantienen los síntomas. Analiza os síntomas a lo largo del proceso. (ANEXO 4)

- Escala de Zarit: Diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con trastorno mental. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.
(ANEXO 5)

Además de la valoración mediante escalas, también se realizaron entrevistas personales con los pacientes y/o familiares a lo largo del proceso. En cada ensayo y en función de la duración del mismo, varían las características en cuanto al número de entrevistas realizadas, duración, número de sesiones...

El resultado de estas escalas y las entrevistas personales será el que determine la efectividad de la psicoeducación en la adherencia al tratamiento. No se ha podido realizar gráfico debido a la variedad de posibilidades que en cada ensayo se creaban. No todos utilizaron las mismas escalas, algunos solo utilizaron una, otros ensayos utilizaron más de una, otros ensayos utilizaron únicamente entrevistas personales. Es por ello la dificultad de establecer puntos comunes y concluyentes al respecto. Sin embargo, se ha querido señalar qué tipo de escalas han sido las más utilizadas, identificando los puntos que pretenden evaluar en el paciente y/o familiares.

Contenidos de la intervención psicoeducativa

Han sido posibles algunas clasificaciones generales sobre los contenidos que se han trabajado en la mayoría de las intervenciones psicoeducativas de los ensayos clínicos estudiados. Estos son los puntos más relevantes en los que se centraron las intervenciones psicoeducativas con los grupos experimentales:

- Adquisición de conocimientos (síntomas de enfermedad, aspectos relacionados con la medicación, consecuencias de no tomarla...).
- Estado mental y apoyo psicosocial.
- Nivel global de funcionamiento y cognición social.
- Emoción de los miembros de la familia: técnicas para regular emociones.
- Aceptación de enfermedad y estrategias de afrontamiento.
- Planteamiento de futuro. Intervenciones en crisis.
- Entrenamiento en comunicación.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Compartir experiencias (en modalidad grupal).

Estos contenidos varían en función del tipo de psicoeducación realizada. Se establecen las siguientes diferencias:

- Psicoeducación centrada en la información: suelen ser breves o muy breves (alrededor de cinco a seis sesiones); priorizan la transmisión de información acerca de la enfermedad. Los contenidos utilizados en este tipo de intervenciones son:
 - Adquisición de conocimientos (síntomas de enfermedad, aspectos relacionados con la medicación, consecuencias de no tomarla...).
 - Estado mental y apoyo psicosocial.
 - Nivel global de funcionamiento y cognición social.

- Psicoeducación centrada en la conducta: se suele caracterizar por programas largos. Los contenidos utilizados en este tipo de intervenciones son:
 - Adquisición de conocimientos (síntomas de enfermedad, aspectos relacionados con la medicación, consecuencias de no tomarla...).
 - Estado mental y apoyo psicosocial.
 - Nivel global de funcionamiento y cognición social.
 - Emoción de los miembros de la familia: técnicas para regular emociones.
 - Aceptación de enfermedad y estrategias de afrontamiento.
 - Planteamiento de futuro. Intervenciones en crisis.
 - Entrenamiento en comunicación.
 - Entrenamiento en habilidades sociales.
 - Compartir experiencias (en modalidad grupal).

PROPUESTA DE MEJORA

Independientemente de modelos y teorías, son funciones enfermeras y base de sus intervenciones prestar cuidados en materia de salud al individuo, la familia y a la comunidad.

El colectivo de enfermería ha tenido que adaptarse continuamente para poder administrar unos cuidados adecuados y de calidad. Con el objetivo de mejorar ha sido necesaria la elaboración de métodos y procesos para poder medir y controlar la calidad de la asistencia administrada por el personal de enfermería.

Con esta revisión bibliográfica se pretende sacar conclusiones sobre la efectividad de las terapias psicoeducativas en la adherencia al tratamiento de pacientes con esquizofrenia. No obstante, en los ensayos clínicos revisados no se habla de intervenciones psicoeducativas exclusivas de enfermería, sino que se habla en la mayoría de los casos de un trabajo multidisciplinar, en el que intervienen psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermería. Resulta interesante conocer si se puede hablar de intervenciones enfermeras psicoeducativas, si podemos conocer cuáles son los NICs que se incluirían en un programa psicoeducativo para el paciente y la familia.

Es por ello que se revisan los NICs (intervenciones) propios de enfermería, con el objetivo de unificar cuidados de enfermería en materia de psicoeducación en la red asistencial, dentro de un trabajo interprofesional, dada la variabilidad de prácticas existentes entre los diferentes profesionales de enfermería (según formación, experiencia, recursos, etc.).

Cuidados de enfermería en pacientes con esquizofrenia y familiares. Intervenciones psicoeducativas.

Es conocida la forma de actuación de enfermería ante un paciente con esquizofrenia mediante un Plan de Cuidados Estandarizados. Para la elaboración de planes de cuidados de enfermería, existen las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing

Outcomes Classification). Facilitan a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado. La intervención de enfermería se centra en las alteraciones físicas o psicológicas que tenga el paciente. Para ver qué aspectos están alterados, se realiza una valoración de enfermería. Existen dos opciones: Mediante los Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, o las Necesidades humanas de Virginia Henderson.

En este apartado se quiere hacer hincapié en el papel del personal de enfermería en la mejora del cumplimiento terapéutico y para ello en intervenciones psicoeducativas. Tras una revisión de los NICs propios de enfermería, se observa que no hay NICs específicos de psicoeducación. Cuando se realiza una búsqueda de cuáles son las intervenciones psicoeducativas de enfermería, aparecen objetivos no estandarizados. Estos objetivos, aunque son parecidos y buscan los mismos resultados en el paciente, difieren de una búsqueda a otra. Es por ello, que se busca definir cuáles son los objetivos principales que debe tener la figura de enfermería en cuanto a la mejora del cumplimiento terapéutico del paciente con esquizofrenia. Una vez revisados estos objetivos, se buscarán NICs compatibles con cada uno de ellos, de manera que nos ofrezcan actividades e intervenciones enfermeras estandarizadas.

Para la recopilación de estos objetivos se han revisado varias guías clínicas. (41)(42)(43) De especial relevancia ha resultado una de ellas en las que se determina los objetivos que debe tener la figura de enfermería en el control y seguimiento del paciente con esquizofrenia, centrándose en la mejora del cumplimiento terapéutico mediante intervenciones psicoeducativas. (43)

Estos serían los objetivos:

OBJETIVOS:

1. Mejoría de la sintomatología y minimizar los efectos secundarios del tratamiento. Simplificar el régimen terapéutico.
2. Adecuada conciencia de enfermedad.
3. Mejorar por parte del paciente y la familia el conocimiento de la enfermedad, su evolución, factores de riesgo de recaídas, alternativas terapéuticas y características del tratamiento.
4. Abordaje del problema del estigma asociado con la enfermedad mental.
5. Desarrollo de habilidades sociales y conductuales.
6. Identificación y control del abuso comórbido de sustancias.
7. Integrar e implicar a las familias en el tratamiento del paciente y su adherencia.

Habiendo determinado objetivos en psicoeducación que ayudan a una mayor adherencia terapéutica, se buscan aquellos NICs que cubran todas estas expectativas.

1. Mejoría de la sintomatología y minimizar los efectos secundarios del tratamiento

Los NICs elegidos para la consecución de este objetivo son:

- (5820) Disminución de la ansiedad.
- (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos
- (2300) Administración de medicación

- (6450) Manejo de ideas ilusorias

2. Adecuada conciencia de enfermedad.

Los NICs elegidos para la consecución de este objetivo son:

- (4820) Orientación de la realidad
- (5240) Asesoramiento
- (5390) Potenciación de la conciencia de sí mismo
- (5230) Aumentar el afrontamiento

3. Mejorar el conocimiento de enfermedad

Los NICs elegidos para la consecución de este objetivo son:

- (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad
- (5520) Facilitar el aprendizaje
- (4480) Facilitar la autorresponsabilidad

4. Abordaje del problema del estigma asociado con la enfermedad mental.

Los NICs elegidos para la consecución de este objetivo son:

- (5400) Potenciación del autoestima
- (5270) Apoyo emocional
- (5380) Potenciación de la seguridad

5. Desarrollo de habilidades sociales y conductuales.

Los NICs elegidos para la consecución de este objetivo son:

- (4350) Manejo de la conducta
- (4360) Modificación de la conducta: habilidades sociales
- (4470) Ayuda en la modificación de sí mismo

6. Identificación y control del abuso comórbido de sustancias.

Los NICs elegidos para la consecución de este objetivo son:

- (4500) Prevención consumo de sustancias nocivas
- (4510) Tratamiento consumo de sustancias nocivas

7. Integrar e implicar a las familias en el tratamiento del paciente y su adherencia.

Los NICs elegidos para la consecución de este objetivo son:

- (5300) Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
- (7170) Facilitar la implicación familiar
- (7140) Apoyo a la familia
- (7150) Terapia familiar
- (7110) Enseñanza a la familia sobre el proceso de enfermedad

Una vez determinadas las intervenciones de forma estandarizada que dese enfermería deberían plantearse en una intervención psicoeducativa, sería interesante establecer

un “perfil” o directrices basadas en los resultados obtenidos sobre las características de una intervención psicoeducativa efectiva. Estos serían los rasgos a tener en cuenta:

- MODALIDAD: La intervención más adecuada sería la mixta. Trabajando de manera conjunta la parte individual con la psicoeducación centrada en el paciente, y la familiar con la psicoeducación centrada en las personas que conviven con el afectado o que tienen una relación muy estrecha con el mismo.
- TIPO DE INTERVENCIÓN: Psicoeducación centrada en la conducta. Además de transmitir información acerca de la enfermedad, son intervenciones más efectivas a la hora de modificar actitudes y conductas respecto a la detección precoz de sintomatología, toma de medicación, hábitos de salud...
- DURACIÓN: Una duración de 9 meses- 1 año, implicaría un mayor seguimiento del paciente, favoreciendo cambios conductuales que se prolonguen en el tiempo, de manera que la efectividad de la intervención sea mayor.

DISCUSION

En cuanto a los ensayos revisados, existen diferencias (en cuanto a la duración, al número de participantes, al lugar de realización del estudio...), que hace que existan limitaciones a la hora de establecer conclusiones firmes. Por lo tanto, se establecerán conclusiones provisionales.

Esta revisión sugiere que la psicoeducación para el paciente y su familia es en gran medida eficaz para mejorar la adherencia a tratamientos antipsicóticos. Dentro de esta idea, hay conceptos que se pueden analizar de manera más concreta.

La experiencia clínica sugiere que los problemas de adherencia a los fármacos antipsicóticos son recurrentes, por lo que sería interesante analizar cuál es el mejor momento para actuar como profesionales sanitarios. Cuando se debe realizar la psicoeducación, cuál es la duración idónea para que los resultados no se pierdan por el camino, serían cuestiones que deberían ser resueltas para un abordaje adecuado de la enfermedad. En esta revisión se ha encontrado una relación importante entre la duración de las intervenciones y su eficacia. Aquellas intervenciones superiores a 9 meses han demostrado mayor efectividad que las que duraban escasos meses, incluso semanas (25). La psicoeducación en el paciente implica un cambio de conducta, un cambio de comportamiento. Los cambios no son fáciles de conseguir, y son más difíciles si se añaden dificultades de tipo social y cognitivo como ocurre con estos pacientes. Es por ello que los cambios serán más sólidos si la psicoeducación se prolonga en el tiempo.

A pesar de que esta relación queda demostrada, sería interesante conocer más sobre la evolución de estos pacientes. Se desconoce si la efectividad tiene efecto exclusivo a corto plazo, o si por el contrario estos pacientes pueden mejorar la adherencia a largo plazo, incluso de por vida.

Otro concepto a analizar es la relación existente entre la modalidad de intervención y la efectividad de la psicoeducación. Los resultados señalan que la forma de intervención más efectiva es la mixta. Trabajar simultáneamente con el paciente y con los familiares. Las personas que rodean al paciente pueden sentirse inseguras y dudar de cuál es la mejor forma de actuación cuando éste hace comentarios extraños o

irreales. Al igual que otras personas, los pacientes con trastorno esquizofrénico necesitan saber cuándo están haciendo bien las cosas. La familia/amigos son un sustento necesario para el paciente esquizofrénico. Un tratamiento integral que implique la participación de la esfera social del paciente como herramienta de ayuda siempre será el más efectivo.

Sería interesante analizar quien debe realizar las actividades psicoeducativas. En los ensayos clínicos revisados no se ha podido evaluar ningún resultado sobre este punto, debido a que en la mayoría de ellos no se especificaba quién era el profesional que impartía las actividades, hablando en términos generales del equipo sanitario.

Es por este motivo que se ha querido plantear la psicoeducación con intervenciones propias de enfermería. Se destacan que NICs se podrían incluir en un programa psicoeducativo para el paciente y para la familia.

Esta es una revisión que establece conclusiones generales sobre el tema. Existen otros aspectos que hubieran sido relevantes como por ejemplo si ha habido abandonos voluntarios del estudio y los motivos, o recaídas o incluso la muerte. Se encontraron muy pocos datos para poder establecer conclusiones respecto de estos resultados.

CONCLUSION

Implicaciones que aporta el estudio:

Las intervenciones psicoeducativas en un primer momento pueden parecer no demasiado útiles para la persona con esquizofrenia, pero queda demostrado que tiene una relación directa con un mejor funcionamiento psicosocial en personas con esquizofrenia y la mejor adherencia al tratamiento antipsicótico.

Las familias se establecen como elemento fundamental en los beneficios de las personas con esquizofrenia. Su participación e implicación genera buenos resultados en el curso de la esquizofrenia y también genera beneficios en los propios miembros de la familia (40). Se ha demostrado la eficacia de la psicoeducación en la disminución de la sobrecarga del cuidador. Ensayos reflejan como las familias cuando tienen conocimientos de la enfermedad son un pilar importante en la adherencia al tratamiento del paciente, así como en la resolución de conflictos. (25) (27).

En cuanto al papel del personal sanitario, este estudio demuestra que el paciente es el protagonista en el cambio de conducta. No basta con proporcionar fármacos, sino que la alianza terapéutica promueve el cambio de actitud en el paciente. Es importante implicar al paciente como colaborador en su programa de tratamiento. (2)

La enfermera especialista en Salud mental como miembro de los equipos multidisciplinares tiene un papel fundamental en la orientación e implicación del paciente en el tratamiento. La alianza terapéutica y la relación que establezcan enfermera y paciente serán fundamentales para crear una buena base de trabajo (2). La psicoeducación realizada por las enfermeras especialistas está en proceso de asentamiento, es por ello que se plantea la necesidad de evaluar la eficacia de dichas intervenciones, abriendo la puerta a futuras investigaciones.

Escasean estudios diseñados, realizados e informados de la eficacia de la psicoeducación en nuestro país. Los ensayos futuros deberían estar bien planificados,

con definiciones claras del contenido de las intervenciones, de manera que sirvan a los profesionales sanitarios para planificar intervenciones psicoeducativas basadas en pruebas. Sería útil registrar el cumplimiento, la recaída y el reingreso hospitalario, así como registrar el seguimiento del paciente para comprobar la eficacia a largo plazo de este tipo de intervenciones. No existen datos en los artículos revisados sobre los resultados económicos sanitarios. Deberían ser medidas para ofertar una opción atractiva para los gestores y elaboradores de políticas.

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL

Orientaciones para su utilización

La Escala de Funcionamiento Social -SFS- es un instrumento fiable, diseñado específicamente para la evaluación del funcionamiento social de las personas con esquizofrenia -si bien es aplicable igualmente para la evaluación de otros trastornos psicóticos-. Es de utilidad para los investigadores/as y clínicos/as interesados/as en las variables implicadas en el funcionamiento social y, particularmente, para aquellos/as que trabajan en intervenciones familiares u otros programas de intervención psicosocial para la esquizofrenia.

Está compuesta por siete subescalas:

1. Aislamiento/Integración social AIS: Integrada por cinco items, que se evalúan en un rango de 0-3, lo que supone una puntuación de 0-15.

2. Comunicación interpersonal COM: Esta subescala está integrada por cuatro items. En primer lugar se suman los items 1 y 2. Si la suma de ambos items es mayor que tres, se puntúa 3. Los dos items restantes se puntúan de 0 a 3. La puntuación para esta subescala oscila, por tanto, en un rango de 0-9.

3. Independencia- Ejecución Ae: Está compuesta por 13 items, puntuándose cada uno en un rango de 0 (Ninguna vez) a 3 (Frecuentemente). La puntuación para la subescala oscila en un rango de 0-39.

4. Independencia -Competencia Ac: Al igual que la subescala anterior está integrada por 13 items, que se evalúan en un rango de 1 (Es incapaz) a 3 (Adecuadamente, sin problemas). La puntuación para la subescala oscila en un rango de 13-39.

5. Tiempo Libre O: Integrada por 15 items que se puntúan en un rango de 0 (Ninguna vez) a 3 (Frecuentemente). Incluye la posibilidad de completar dos items mas, relativos a otras actividades de ocio no incluidas en el listado. Estas actividades, no obstante, no se puntúan. Sirven para completar la información y detectar posibles actividades de relevancia para esta población que podrían incluirse en revisiones posteriores de la escala. La puntuación global para la subescala oscila en un rango de 0-45.

6. Actividades Prosociales P: Constituida por 22 items que se puntúan en un rango de 0 (Ninguna vez) a 3 (Frecuentemente). El rango para la puntuación global de la sección es de 0-66.

7. Empleo/Ocupación E/O: Si en la sección 1 o 2 se obtiene alguna puntuación, deben ignorarse los dos items marcados con asterisco. En caso de no obtener ninguna puntuación en la primera parte (por ejemplo si no trabaja a tiempo parcial o completo,

no es un estudiante/, amo/a de casa, o no ha estado recientemente empleado/a -en los últimos seis meses-, en taller de formación laboral o en terapia ocupacional), se debe pasar a los dos items marcados con asteriscos, donde es posible puntuar hasta 6 puntos, si el/la paciente se siente capaz de realizar algún tipo de trabajo y está haciendo frecuentes intentos de encontrar trabajo.

ESCALA DE EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)*	
100... ...91	<i>Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.</i>
90... ...81	<i>Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).</i>
80... ...71	<i>Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).</i>
70... ...61	<i>Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.</i>
60... ...51	<i>Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).</i>
50... ...41	<i>Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).</i>
40... ...31	<i>Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).</i>
30... ...21	<i>La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).</i>
20... ...11	<i>Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).</i>
10... ...1	<i>Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.</i>
0	<i>Información inadecuada</i>

* **Nota:** asignar un único valor (entre 0 y 100), teniendo en cuenta la gravedad de los síntomas y el nivel de actividad. Reflejar el periodo de tiempo al que se refiere la evaluación (por ej., "actual" o "en el ingreso").

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CAMBERWELL

Descripción

Tipo de instrumento: cuestionario

Objetivos: Evalúa las necesidades de salud y psicosociales de las personas con una enfermedad mental

Población: adultos

Descripción: Consta de 88 ítems divididos en 22 áreas: alojamiento, alimentación, cuidado del hogar, cuidado personal, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información acerca del estado y tratamiento, angustia, seguridad hacia sí mismo, seguridad de los otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de los hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero y ayudas sociales.

Aplicación

Tiempo de administración: aproximadamente 25 minutos.

Normas de aplicación: Para cada área se pregunta a la persona acerca de la existencia de un problema actual, la cantidad de ayuda que recibe por parte de amigos y familiares, la cantidad de ayuda que recibe de servicios sociales y la cantidad de ayuda que necesita. Además, se incluyen dos preguntas abiertas sobre la opinión del usuario acerca de los servicios requeridos y el plan de acción propuesto por el entrevistador.

Corrección e interpretación: Los ítems se puntúan mediante escalas tipo Likert de tres puntos (de 0 = sin problemas a 2 = problema grave) y de cuatro puntos (de 0 = ninguna ayuda a 3 = mucha ayuda). La puntuación media de necesidades identificadas en pacientes oscila entre 7.55 y 8.64. Momento de aplicación: evaluación pretratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento

ESCALA DE SINDROMES POSITIVO Y NEGATIVO

Descripción

Tipo de instrumento: Entrevista y Escala de observación.

Objetivos: Evaluar el síndrome esquizofrénico desde el punto de vista dimensional (evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y la psicopatología general de dicho trastorno) y desde el categorial (clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto, pudiendo así servir como indicador de pronóstico ya que en aquellos casos donde predomina síntomas negativos supone tener una peor evolución). También sirve para evaluar cómo va actuando la medicación en cada paciente; mejora, empeora o se mantienen los síntomas.

Población: Personas con trastorno esquizofrénico

Número de ítems: consta de 30 ítem; 7 para la escala positiva (PANSS-P), 7 para la escala negativa (PANSS-N) y 16 para la escala de psicopatología general (PANSS-PG).

Se evalúan cuatro escalas:

- Escala positiva (PANSS-P): evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal; estos son delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia/perjuicio y hostilidad.
- Escala negativa (PANSS-N): evalúa los déficits respecto a un estado mental normal; estos son embotamiento afectivo, retracción emocional, pobre relación, retracción social/apatía pasiva, dificultad de pensamiento abstracto, falta de espontaneidad/fluidez de la conversación y pensamiento estereotipado.
- Escala de psicopatología general (PANSS-PG): evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico; estos son preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos y posturas, depresión, retardo motor, falta de colaboración, inusuales contenidos del pensamiento, desorientación, atención deficiente, ausencia de juicio e introspección, trastorno de la volición, control deficiente de impulsos, preocupación y evitación social activa.
- Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de la escala positiva sobre la negativa o viceversa.

Aplicación

Tiempo de administración: 30-40 minutos

Normas de aplicación: La escala debe ser aplicada por un clínico mediante una entrevista semiestructurada (ver anexo: “prototipos de preguntas para la entrevista de la PANNS de Peralte V, Cuesta MJ” y “Organización de la entrevista de la PANSS”). En la primera parte de la entrevista se anima al paciente a hablar de su enfermedad y sus

circunstancias vitales generales. Es el primer establecimiento de contacto y en este se observa la conducta espontánea. Aquí habrá que conseguir identificar las áreas de interés. Posteriormente se explora sistemáticamente los síntomas y su severidad, evaluando también seguidamente el humor, ansiedad, orientación y razonamiento abstracto. Finalmente se clarifica la información obtenida. Se testan los límites y la respuesta al estrés del paciente. El tiempo explorado debe ser la semana anterior a la entrevista aunque en el estudio de validación de Peralte y cols. fue de un mes, introducido así para equiparar el período de evaluación a otros instrumentos psicopatológicos ya que querían, entre otros objetivos, compararlos.

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Granada JM. Manual de Enfermería Psiquiátrica
- (2) Gonzalez J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: Actuación de enfermería. Enfermería Global. Vol 4 (2005)
- (3) Penn.D, Mueses K. Tratamiento cognitivoconductual de la esquizofrenia. Psicología conductual. Vol 3, Nº1, 1995, pp5-34.
- (4) Baldomero E, Cercós C, Varela C, Riesgo Y, Roca M. Diagnóstico y manejo de la esquizofrenia en España: el proyecto ACEE. Actas españolas de psiquiatría. Julio 2006, Vol.34. Num 4, p.224-230.7p
- (5) National Institute of mental health. Esquizofrenia. Institutos nacionales de salud. Publicacion de NIH Num. SP.11-3517. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/index.shtml>
- (6) Guía de Prescripción terapéutica. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios. (2008) Disponible en: <http://www.imedicinas.com/GPTage/Open.php?Y2EwNHNIMDJzYjAx>
- (7) Ceruelo J, Garcia S. Antipsicóticos típicos y antipsicóticos atípicos. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/45/45v14n10a13113800pdf001.pdf>
- (8) Herramienta de psicoeducacion. Disponible en: <http://www.slideshare.net/Geovanni3/herramientas-de-la-psicoeducacion>
- (9) Ellen P. Lukens, William R. Macralane. Psychoeducation as Evidence- Base Practice: Considerations for practice, Research ando Policy. Brief treatment and crisis intervention. Vol 4. No 3. 2004
- (10) Wikipedia
- (11) Instituto Clínico de Neurociencias. Programa de trastornos Bipolares. Disponible en: <http://www.bipolarweb.com/expertos/expertos.htm>
- (12) Universidad de Oviedo. Ciencias y psicoeducacion. Psicoeducacion. (2012). Disponible en: <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2011-12/15PC-PSICOEDUCACION.pdf>
- (13) Pekkale E, Merinder L. psicoeducacion para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software LTD. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- (14) Valencia M, Ortega-Soto H, Rodrigez S, Gomez L. Estudio comparativo de consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento Biopsicosocial de la esquizofrenia. Salud Mental. Vol 27. No 3. Junio 2004. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2004/sam043g.pdf

- (15) Salomon P, Draine J. La eficacia de un equipo de gestión de casos de consumo: los resultados de 2 años de un ensayo aleatorio. *J Salud Mental Adm* 1995; 22: 135-146
- (16) Seltzer A, Ronceri J, Garfinkel P: Efecto de la educación del paciente sobre el cumplimiento de la medicación. *Can J Psychiatry* 1980; 25:638-645
- (17) Dixon L, Weiden P, M Torres, Lehman A. Tratamiento asertivo en la comunidad y el cumplimiento de la medicación en personas sin hogar con enfermedades mentales. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1302-1304 (PUBMED)
- (18) Olfson M, Mechanic D, Hamsell S, Bayer CA, Warkup J, Weiden PJ. *Psychiatric Serv.* 200; 51: 216-222 (PUBMED)
- (19) William R, McFarlane MD, Lukens H, Link B, Dushay R, Deakins S, Newmark M, Dunne E, Horen B, Toran J. Múltiple-Grupos de familia y psicoeducación en el tratamiento de la Esquizofrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995; 52 (8): 679-687
- (20) G. Buchkremer, S.Klingberg, R. Holle, H. Schulze. Psicoterapia psicoeducativa para pacientes esquizofrénicos y sus familiares clave o cuidadores: resultados de 2 años de seguimiento. (2007)
- (21) Pstschel-Walz G, Baulm J, Bender W, Engel R, Wagner M, Kissling W. Psicoeducación y cumplimiento en el tratamiento de la esquizofrenia. Resultados del Estudio del Proyecto de Información Psicosis Munich. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol.67 (3), marzo 2006, 443-452
- (22) Miklowitz D, George E, Richards J, Simoneau T, Suddath R. Un estudio aleatorio de psicoeducación centrada en la familia y la farmacoterapia en el tratamiento ambulatorio de Trastorno Bipolar. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60(9): 904-912.
- (23) Harder S, A Koester, Valbak K, B Rosebaum. Five- Year Follow-Up of supportive Psychodynamic Psychotherapy in first- episode psychosis: Long-Term Outcome in social functioning. *Psiquiatria*. Summer 2014; 77 (2): 155-68
- (24) Miklowitz DJ, Scheneck CD, George EL, Taylor DO, Azucar CA, Birmaher B, Kowatch RA, Delbello MP, Axelson DA. Farmacoterapia y tratamiento de pacientes con trastorno bipolar centrados en la familia. *Am J Psychiatry* 2014.
- (25) Vallina O, Lemos S. Dos décadas de intervenciones familiares e la esquizofrenia.
- (26) Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. revisión sistemática de ensayos aleatorizados para ayudar a los pacientes a seguir las prescripciones de medicamentos. *Lancet* 1996, 348 (9024): 383-6
- (27) Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*. 2012 May 25; 12: 48.
- (28) Chatterjee S, Pillai A, Cohen A, Patel V. Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India. *Br J Psychiatry*. 2009 Nov; 195(5):433-9.
- (29) Sin J, Norman I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2013 Dec;74(12):e1145-62.

- (30) Marvin SE1, Miklowitz DJ, O'Brien MP, Cannon TD. Family-focused therapy for individuals at clinical high risk for psychosis: treatment fidelity within a multisite randomized trial. *Early Interv Psychiatry*. 2014
- (31) Chien WT1, Thompson DR. Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 2014
- (32) Petretto DR1, Preti A, Zuddas C, Veltro F, Rocchi MB, Sisti D, Martinelli V, Carta MG, Masala C; SPERA-S group. Study on psychoeducation enhancing results of adherence in patients with schizophrenia (SPERA-S): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013 Oct 7;14: 323
- (33) Sin J1, Norman I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2013 Dec;74(12):e1145-62
- (34) Hamann J, Lipp ML, Christ-Zapp S, Spellmann I, Kissling W. Psychiatrist and Patient Responses to Suspected Medication Nonadherence in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatr Serv*. 2014
- (35) Ozkan B1, Erdem E2, Demirel Ozsoy S3, Zararsiz G4. Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. *Pak J Med Sci*. 2013 Sep; 29 (5):1122-7.
- (36) Valencia M1, Fresan A, Juárez F, Escamilla R, Saracco R. The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 2013 Dec; 47 (12):1886-92
- (37) Navidian A1, Kermansaravi F, Rigi SN. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Res Notes*. 2012 Aug 1; 5:399
- (38) Soto F. Hacia una aplicación mediante nuevas tecnologías del tratamiento psicoeducativo familiar en Esquizofrenia. Universidad de Salamanca. Tesina (2008)
- (39) Gonzalez-Pinto A, barbeitos S, Vega P. Abordaje integral del trastorno bipolar. 11º Congreso virtual de psiquiatría. Disponible en: <http://www.bipolars.org/wp-content/uploads/2011/11/1-Abordaje-integral-TB.pdf>
- (40) Espinosa a, Villalobos MH, Ojeda N, Ruiz S. Family Therapy in Schizophrenia.
- (41) Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Disponible en:
<http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/resumida/apartado03/intervenciones01.html>
- (42) Guía de práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Disponible en:
<http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/completa/apartado07/tratamiento.html>
- (43) Guía practica Clínica para el trastorno de Esquizofrenia. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf

