



TRABAJO DE FIN DE GRADO. ENFERMERÍA UAM

**PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES
DE ENFERMERÍA ANTE LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL
PACIENTE DIAGNOSTICADO DE
ESQUIZOFRENIA EN RÉGIMEN
HOSPITALARIO**

CURSO ACADÉMICO 2018-2019

Autor: *Diego Donate Osorio*

Tutora: *María Teresa Argüello López*

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.	5
1.1 La esquizofrenia.....	5
1.2 La adherencia terapéutica.....	15
1.3 El rol enfermero.....	19
1.4 Justificación.....	22
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	23
3. OBJETIVOS.	23
3.1 Objetivo general.....	23
3.2 Objetivo específico.....	23
4. METODOLOGÍA.	24
4.1 Tipo de estudio.....	25
4.2 Población y muestra.....	25
4.2.1 Calculo de tamaño muestral.....	26
4.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	27
4.3.1 Criterios de inclusión.....	27
4.3.2 Criterios de exclusión.....	27
4.4 Variables de estudio.....	28
4.5 Herramientas para la recogida de datos.....	29
4.6 Procedimiento para la recogida de datos.....	29
4.7 Aspectos éticos.....	30
5. PROPUESTA DE ANÁLISIS DE DATOS.	30
5.1 Análisis descriptivo.....	30
5.2 Asociación de variables mediante tablas de contingencia.....	33
6. REFLEXIONES FINALES.	34
7. PUNTOS FUERTES Y DÉBILES DEL ESTUDIO.	36

8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	36
9. BIBLIOGRAFÍA.....	37
10. ANEXOS.....	43

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Comparación de Criterios Diagnósticos CIE-10 y DSM 5.....	9
Tabla 2: Efectos secundarios del tratamiento farmacológico en la esquizofrenia.....	14
Tabla 3: Población y muestra.....	25
Tabla 4: Variables de estudio.....	28
Tabla 5: Variables cuantitativas.....	31
Tabla 6: Variables cualitativas.....	31
Tabla 7: Relación entre el hospital y la especialidad en Salud Mental.....	33

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema general del estudio.....	24
--	----

RESUMEN

Introducción: Uno de los factores que más afecta a los pacientes con esquizofrenia en relación a su calidad de vida y a controlar el proceso de enfermedad es la adherencia terapéutica. Los profesionales de enfermería inciden directamente en una mejor adherencia terapéutica, para ello deben poseer las competencias y los recursos necesarios. Por lo tanto, conocer la percepción de los enfermeros y enfermeras sobre este concepto y su influencia sobre él, será un punto sobre el que apoyarse para desarrollar investigaciones futuras.

Objetivo: Describir la percepción de los profesionales de Enfermería en relación a la adherencia terapéutica de pacientes que presentan diagnóstico de esquizofrenia, ingresados en centros de Salud Mental adscritos a la Universidad Autónoma de Madrid.

Metodología: Enfoque cuantitativo, diseño descriptivo de corte transversal, se llevará a cabo en el mes de Junio, en el año 2020. Se utilizarán como herramientas de recolección de datos tres cuestionarios elaborados AD-HOC, que recogerán las variables seleccionadas para el estudio.

Conclusiones: Conocer las competencias y dificultades expresadas por parte de los profesionales de enfermería, respecto a la adherencia terapéutica del paciente con esquizofrenia, facilitará futuras investigaciones más profundas y generará conocimiento sobre este tema.

Palabras clave: Enfermería en Salud Mental; esquizofrenia; comunicación terapéutica; adherencia terapéutica.

ABSTRACT

Introduction: One of the elements that affect the most to the schizophrenia patient's life quality and disease process is the treatment adherence. Nurses affect directly improving treatment adherence, for this purpose they must have the required competences and resources. Therefore, knowing nurse's perception of this subject and their influence in it will be a starting point for future research.

Aim: Describe the nurse's perception in connection with the treatment adherence of patients with schizophrenia diagnosis admitted in mental health hospitals attached to the Universidad Autónoma de Madrid.

Methods: The suggested research will be based in the quantitative approach, through a descriptive and transversal design and will take place in June 2020. The tools used will be three questionnaires AD-HOC which will explore several factors, as well as certain knowledges, skills and attitudes.

Final conclusions: Knowing about competences and difficulties expressed by nurses, in relation with schizophrenia patient's treatment adherence, will provide future research and will develop knowledge about this subject.

Keywords: mental health nursing; schizophrenia; therapeutic communication; adherence

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La esquizofrenia

Aunque no se trate de la enfermedad mental más común, más de 21 millones de personas en el mundo padecen esquizofrenia. Es más prevalente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones), manifestándose además a una edad más temprana en los hombres (los hombres debutarían entre los 18 y los 25 años y las mujeres entre los 25 y los 30 años) (1). Aproximadamente entre 7 y 8 personas de cada 1,000 padecerán esquizofrenia a lo largo de su vida y algunos estudios epidemiológicos estiman que sobre el 1% de la población padecerá esta enfermedad a lo largo de la vida. Los síntomas comienzan generalmente entre los 16 y los 30 años, es decir, raramente se diagnostica en niños, aunque cada vez se describen casos con mayor frecuencia, tampoco suele debutar en personas mayores de 45 años (2). Los familiares de primer grado de una persona diagnosticada de esquizofrenia (padres, hermanos o hijos) tienen un riesgo del 10% aproximadamente, y los gemelos monocigóticos casi un 50% de riesgo (3). El inicio puede ser brusco y rápido, o lento e insidioso, teniendo el segundo un peor pronóstico (4).

Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir precozmente que el resto de la población. Por lo general se debe a enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas. Estas pueden derivar del tratamiento con antipsicóticos, pero puede tener cierta relación con un estilo de vida sedentario (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) la esquizofrenia es una psicosis, un trastorno mental que afecta al pensamiento, a las percepciones, emociones, lenguaje, a la conciencia de uno mismo y de la conducta. Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud Mental (EEUU) (2) también lo define como una enfermedad mental crónica y grave que altera principalmente a la forma de pensar, sentir y actuar de las personas que la padecen. Estas personas, con gran frecuencia pueden escuchar o ver cosas que no existen o pueden percibir que las personas que les rodean tienen la capacidad de leer sus pensamientos, controlar sus acciones e incluso que conspiran contra su propia persona con el fin de dañarles. Esto suele ser motivo de un gran terror por su parte y puede resultar en una conducta retraída o muy agitada. Además, suele ser complicado mantener una conversación con ellos, ya que suelen mantener discursos incoherentes o difícilmente comprensibles.

Las personas con esquizofrenia son vulnerables a la estigmatización de su enfermedad, pudiendo verse afectados sus derechos humanos, además de ser discriminados (1). Al ser el estigma algo tan común, muchos enfermos no hablan sobre ello ni obtienen el tratamiento necesario (2). El estigma es un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos que está configurado como prejuicio y conlleva consecuencias discriminatorias hacia la persona estigmatizada (5). El paciente con esquizofrenia es considerado según los prejuicios sociales una persona agresiva, rara e impredecible y en consecuencia hay un temor hacia ellos, lo que viene dado, en general, por el desconocimiento y la falta de información sobre la enfermedad. Esta situación dificulta la integración social de las personas con esquizofrenia y, por tanto, su rehabilitación psicosocial, lo cual puede derivar en situaciones de depresión, baja autoestima y aumento de la carga familiar. Las personas con esquizofrenia muy frecuentemente tienen miedo al rechazo, a la pérdida de sus roles sociales y a ser culpabilizados sobre su enfermedad por comportamientos indeseados. Además, existe la creencia de que la medicación es un equivalente a las drogas, lo que conlleva que estos pacientes puedan sentirse juzgados debido al tratamiento que siguen y, por ello, lo abandonen (6). Estudios recientes concluyen que “el contacto social realizado en entornos cotidianos puede producir un impacto positivo en la reducción del estigma, esto puede contribuir a favorecer la igualdad de oportunidades.” (7). Por ello, es imprescindible que, junto con el tratamiento farmacológico, se realicen intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas que contribuyan al equilibrio de la persona tanto en su entorno social como familiar. En caso de que la persona esté estudiando, se deben trabajar con los entornos educativos a los que pertenezca, y se debe favorecer la inclusión laboral para evitar en la medida de lo posible el abandono o la marginación de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Por la misma razón, también se deberían introducir intervenciones destinadas a desarrollar habilidades sociales (8).

En las investigaciones realizadas no se ha identificado un factor único causal de la esquizofrenia. Se considera que puede deberse a la combinación de factores genéticos, ambientales y psicosociales (1). Aunque no se sabe con seguridad, se ha observado que en el cerebro de una persona con esquizofrenia hay alteraciones en algunos neurotransmisores, principalmente la dopamina y el glutamato. Se postula que hay una cantidad excesiva de dopamina en la sinapsis neuronal por un aumento de la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos, o bien por una disminución de los

antagonistas colinérgicos (atropina, escopolamina y homatropina), y en esto se están centrando actualmente los estudios y el tratamiento. Además, los ventrículos cerebrales son más grandes en algunas personas con este trastorno, y también tienen menos materia gris (2).

Por estas diferencias estructurales o genéticas, estas personas serían vulnerables a desarrollar esquizofrenia, pero es posible que no se manifieste hasta la pubertad, donde el cerebro experimenta una serie de cambios que podrían originar los primeros síntomas psicóticos (2).

Se pueden diferenciar tres periodos principales en el desarrollo de la enfermedad esquizofrénica (4):

- a) Fase prodrómica: puede durar días, meses o años, aunque en algunos casos no se aprecia la aparición de esta fase. Es la fase previa a que se desencadene la esquizofrenia y en la que pueden aparecer algunos síntomas psicóticos atenuados.
- b) Fase activa o crisis: es la etapa en la que se desencadena la enfermedad, apareciendo principalmente síntomas positivos. Los brotes pueden durar desde semanas hasta meses, y suelen requerir hospitalización, ya que es cuando la familia se alarma y busca ayuda. Una misma persona tendrá varios brotes, y la duración entre ellos puede ser muy diversa, dependiendo de algunos factores como el abandono de la medicación, el consumo de tóxicos, acontecimientos vitales estresantes y el aislamiento social.
- c) Fase residual: tras el tratamiento, los síntomas positivos suelen desaparecer y es cuando se manifiestan más intensamente los síntomas negativos y cognitivos, los cuales son menos sensibles a la medicación que los síntomas positivos. Esta fase no aparece en todos los enfermos de esquizofrenia.

En cuanto a los síntomas, los más frecuentemente son (1):

- a) Alucinaciones: percepciones sensoriales que no son reales.
- b) Delirios: falsas consideraciones o ideas que la persona mantiene de manera persistente, en contra del resto de personas de la misma cultura, aun cuando toda la evidencia indica lo contrario.

- c) Conducta extravagante: comportamientos desorganizados e incoherentes tales como susurros o risas a sí mismo, vagabundear, abandonar el cuidado de la imagen personal, etc.
- d) Alteraciones en el discurso: incongruente o incomprensible en la situación en la que se presenta.
- e) Alteraciones de las emociones: discordancia entre las emociones descritas y las manifestaciones objetivas que pueden observarse en la persona, ya sea por su expresión facial o corporal.

A su vez, los síntomas de la enfermedad se dividen en positivos y negativos, siendo los positivos todos aquellos relacionados con la distorsión de la realidad, tales como alucinaciones e ideas delirantes, y también aquellos síntomas que afectan al pensamiento y causan conductas desorganizadas. Los síntomas negativos, también llamados síntomas deficitarios, serían principalmente: el embotamiento afectivo (“ausencia de reacciones afectivas significativas, incluso ante circunstancias biográficas de trascendencia para el individuo”), la abulia (“falta de voluntad o de energía para hacer algo o para moverse”), la anhedonia (“incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades”) y la alogia (“ausencia o disminución del lenguaje espontáneo, una pobreza de su contenido, bloqueos, aumento de la latencia de la respuesta”). Estos últimos son más complicados de abordar ya que suelen aparecer como consecuencia de la disminución de la funcionalidad de estas personas y pueden aparecer independientemente de que existan o no síntomas positivos. Además, hay que tener en cuenta la aparición de los efectos secundarios negativos, que son aquellos que derivan del tratamiento con fármacos antipsicóticos. También pueden aparecer síntomas afectivos, ya sean depresivos (desesperanza, ideas suicidas, angustia, sentimientos de culpa o minusvalía, etc.) o maníacos (euforia, excitación, etc.). Por último, pueden aparecer síntomas cognitivos, los cuales pueden ser más o menos evidentes, y son principalmente: problemas para concentrarse, problemas con la memoria operativa o la memoria “del trabajo”, y problemas en el funcionamiento ejecutivo, es decir, la persona tiene dificultades para comprender la información que recibe y tomar decisiones en consecuencia (2).

Esta enfermedad conlleva una discapacidad notable y puede afectar a la esfera educativa y laboral de la persona que la padece, lo que puede ocasionar que sean dependientes.

Los síntomas cognitivos se relacionan directamente con peores resultados laborales y sociales (2).

Es importante considerar que la esquizofrenia es la enfermedad mental con mayor tasa de suicidio, se estima que en torno a un 5% de las personas diagnosticadas de esta enfermedad (8).

No existen pruebas diagnósticas específicas de esta enfermedad, así como tampoco pruebas de laboratorio, sino que principalmente el diagnóstico se establece en base a signos y síntomas.

Tabla 1: Comparación de Criterios Diagnósticos CIE-10 y DSM 5: (8)

	CIE-10	DSM-5
Síntomas claves	Eco, robo, inserción o difusión del pensamiento; ideas delirantes de ser controlado; voces alucinatorias que comentan o discuten, o que proceden de otra parte del cuerpo; ideas delirantes persistente de otro tipo que son completamente imposibles; alucinaciones persistentes de cualquier modalidad; lenguaje desorganizado; catatonía (A); síntomas negativos (B) (ej. Apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional); cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal (ej. Pérdida de interés).	Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado. Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico (A), síntomas negativos (B) (ej. Expresión emocional disminuida o abulia).
Número de síntomas	1 síntoma de los síntomas A ó 2 de los síntomas B.	2 ó más, de los cuales 1 tiene que ser síntoma A.
Duración de	1 mes o más.	1 mes (o menos si se ha tratado con

síntomas		éxito) de síntomas A y 6 meses o más de otros síntomas (ej. Síntomas negativos, síntomas A leves)
Otros criterios		Una reducción en nivel de funcionamiento en las áreas de actividad (laboral, interpersonal o autocuidado) claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno, o no alcanza el nivel esperable (en caso de inicio en infancia o adolescencia)
Criterios de exclusión	Síntomas depresivos o maníacos, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno afectivo; una enfermedad cerebral manifiesta; intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas	Trastorno esquizoafectivo, depresivo o bipolar; los síntomas no se deben a uso de sustancias psicoactivas u otra condición médica.

Existen dos clasificaciones principales de las enfermedades mentales en las cuales se define de manera distinta la esquizofrenia: el CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) de creación y uso predominantemente europeo, y el DSM-5 (la versión más actualizada) que se trata de un manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, creado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

Según el CIE-10, la esquizofrenia se divide en 5 subgrupos de la enfermedad: paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada y residual.

- a) El tipo más frecuente de esquizofrenia es la paranoide. Se caracteriza por ideas delirantes acompañadas la mayoría de las veces por alucinaciones, principalmente auditivas. Los trastornos del lenguaje o de la voluntad así como los síntomas motores (catatonia) no son llamativos en este tipo de esquizofrenia.

- b) La esquizofrenia hebefrénica es aquella en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Este tipo de esquizofrenia aparece normalmente entre los 15 y los 25 años y tiene un mal pronóstico por la rápida aparición de síntomas negativos, especialmente el embotamiento afectivo y de abulia.
- c) La esquizofrenia catatónica se caracteriza por la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia (aumento anormal de la actividad muscular) al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas durante largos períodos de tiempo. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.
- d) En cuanto a la esquizofrenia indiferenciada, se trata de un conjunto de trastornos que concuerdan con el diagnóstico de esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los tipos mencionados anteriormente o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular.
- e) Finalmente, la esquizofrenia residual es el estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que ha coincidido con la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas negativos y de deterioro persistente (9).

Por otro lado, el DSM-V de Estados Unidos, en su versión más actual elimina estas diferenciaciones de la enfermedad, al existir evidencia de que en la práctica clínica no se realiza esta diferenciación en la mayoría de los casos, puesto que solo se utilizaban los subtipos paranoide y desorganizado (10).

En cuanto al tratamiento de la esquizofrenia, hay que considerar que esta es una enfermedad crónica, pero que puede evolucionar de múltiples formas. La gran mayoría

de los pacientes responden bien al tratamiento, alcanzando unos resultados favorables que se traducen en síntomas mínimos y en una buena calidad de vida, junto con una alta funcionalidad social. Sin embargo, un porcentaje cercano al 30% nunca llegan a lograr una recuperación total, lo que dificulta su adaptación social, aunque con un soporte necesario se podría lograr una buena calidad de vida. Se ha demostrado que el inicio precoz con tratamiento antipsicótico mejora el resultado terapéutico y disminuye las recaídas. A pesar de ello, el 80% de los pacientes con esquizofrenia en tratamiento con antipsicóticos, sufren una recaída en los cinco primeros años desde el inicio del mismo. La principal causa es el abandono del tratamiento, pero se ha visto que los resultados a largo plazo mejoran si se combinan las medidas farmacológicas con intervenciones sociales y psicológicas.

Para iniciar el tratamiento farmacológico es necesario el consentimiento informado, salvo que exista un riesgo real e inminente para sí mismo o para los demás, en cuyo caso se debería implementar un tratamiento forzado (8).

En primer lugar, los fármacos más utilizados en esta patología son los antipsicóticos, divididos en típicos y atípicos, siendo los segundos los más actuales y con menos efectos secundarios, por tanto, más aceptados por parte del paciente. Dentro de estos fármacos mencionados, los más utilizados son (11):

- a) Típicos: Clorpromazina, flufenazina, haloperidol, proclorperazina.
- b) Atípicos: Quetiapina, olanzapina, aripiprazol, risperidona.

Los antipsicóticos poseen gran variedad de efectos secundarios, siendo estos más graves en el grupo de los típicos. Por ejemplo, la clorpromazina, como efecto secundario puede producir parkinsonismo (bradicinesia, rigidez muscular y temblor). En cuanto a los efectos adversos crónicos, principalmente serían la discinesia, la distonía y el temblor perilingual, además de la sedación, el parkinsonismo cognitivo (dificultad para la concentración) y alteraciones de la memoria. En el aspecto endocrinológico, el efecto adverso a destacar es el aumento de la prolactina. En la esfera cardiovascular producen hipotensión postural, además de un alargamiento en el segmento QT del electrocardiograma. Además de todos estos efectos indeseados, los antipsicóticos producen una serie de efectos anticolinérgicos como la mencionada pérdida de memoria, sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento y retención urinaria (11).

De las complicaciones más graves relacionadas con el tratamiento farmacológico es el síndrome neuroléptico maligno, una emergencia médica rara, grave y potencialmente fatal (20% de los casos), que se asocia al uso de medicamentos antipsicóticos, cuya prevalencia es baja. Se caracteriza por presentar hipertermia, rigidez muscular, alteración de la conciencia y disautonomía, aunque muchas veces no es fácil reconocerlo debido a la variedad de diagnósticos diferenciales. Dentro de su tratamiento se encuentra el uso de agonistas dopaminérgicos tales como la bromocriptina, además del resto de medidas generales. La mortalidad resulta directamente de las complicaciones sistémicas tales como cardiopatías y el fallo renal agudo secundario a rabdomiolisis, si no se trata de manera precoz (13).

Otra de las complicaciones a destacar en los pacientes con esquizofrenia a nivel orgánico a largo plazo debido al tratamiento farmacológico es el síndrome metabólico (SM), definido por un grupo de características clínicas que incluyen una mayor adiposidad abdominal o visceral, dislipidemia aterogénica, hipertensión y desregulación de glucosa o diabetes mellitus (DM). No se conoce totalmente las causas de este síndrome, pero se sabe que la cantidad de tejido adiposo en vísceras, así como la resistencia a la insulina son importantes en su desarrollo. Esta complicación en particular se considera importante ya que tiene una alta prevalencia en pacientes diagnosticados de esquizofrenia con sobrepeso, por lo cual es un factor a tener en cuenta para una correcta adherencia terapéutica (14).

Conocer la importancia y naturaleza de los posibles efectos secundarios de tratamiento farmacológico de esta enfermedad es relevante para los enfermeros y enfermeras, debido a que es uno de los principales factores que afectan de negativamente a la adherencia terapéutica, y por ende inciden en el abandono del tratamiento y en la recaída de la enfermedad. Dada la importancia de un correcto manejo del tratamiento, es importante hacer hincapié en el concepto de la adherencia terapéutica. A continuación, se presenta una tabla en la que aparecen los principales efectos adversos de cada uno de los medicamentos que, como se ha comentado, son utilizados para el tratamiento de la esquizofrenia:

Tabla 2: Efectos secundarios de tratamiento farmacológico en esquizofrenia (11):

ANTIPSICÓTICOS		BENZODIACEPINAS	ANTIDEPRESIVOS
AGUDOS	CRÓNICOS		
Parkinsonismo	Discinesia	Sedación	Hipotensión postural
Acatisia	Distonia	Somnolencia	Aumento peso
	Temblor perilingual	Amnesia anterógrada	Disfunción sexual
	Sedación	Ataxia	Insomnio
	Parkinsonismo cognitivo	Disartria	
	Alteración memoria	Diplopia	
	Aumento prolactina	Vértigo	
	Síndrome metabólico		
	Efectos anticolinérgicos		

Elaboración propia en base a bibliografía (11)

En cuanto al tratamiento no farmacológico, hay múltiples terapias posibles que han ido adquiriendo una mayor importancia en los últimos años, ya que existe evidencia del impacto social y psicológico de la esquizofrenia en las personas que lo padecen (15), y tiene igual importancia para su rehabilitación que el tratamiento farmacológico, por lo que hay que abordarlos de forma conjunta. Algunas de las más importantes son (8):

- a) Terapia cognitivo conductual: Se trata de un conjunto de técnicas y procesos caracterizado por tratar de asociar las alteraciones de la conducta de una persona a los pensamientos y procesos cognitivos que los preceden. En este tipo de terapia es de especial importancia la figura del profesional formado en esta técnica.
- b) Terapia de arte: se utilizan elementos como la música, el teatro o el movimiento para profundizar en el interior de la persona, especialmente en aquellos pacientes con los que otras terapias que impliquen más a nivel verbal estén dificultadas.
- c) Intervención familiar: van dirigidas a las familias de enfermos de esquizofrenia con el objetivo de lograr el desarrollo de unas adecuadas estrategias de

afrentamiento que reduzcan el estrés, mejoren la comunicación y la expresión de sentimientos, disminuyan los conflictos y, por tanto, reduzcan las recaídas en los pacientes con esquizofrenia. La familia es una fuente principal de apoyo y puede ayudar a mejorar la adherencia terapéutica, por lo cual resulta imprescindible incluirlas a la hora de abordar el tratamiento integral de esta patología.

- d) Psicoeducación: dar al paciente y a su familia información de calidad con el objetivo de empoderarles y que sean capaces de tomar decisiones informadas acerca de su proceso, mejorando su autocuidado.
- e) Entrenamiento en habilidades sociales: potenciar el funcionamiento social para reducir la ansiedad ante las situaciones sociales, lo que mejoraría la integración del individuo en su contexto.
- f) Reinserción laboral y educacional: tener un empleo se ha asociado con una mejora en la autoestima, una reducción de las recaídas y de las hospitalizaciones, además de una mejor calidad de vida. Por otra parte, además de mejorar el funcionamiento personal, se logra un intercambio comunitario y se consigue que la persona pueda llegar a alcanzar la independencia económica.

El tratamiento debe ser realizado siempre que sea posible fuera del hospital. Cuando se produce una crisis que no puede ser controlada de manera ambulatoria se precisa de un periodo hospitalario, lo más breve posible, para tratar de controlar los síntomas positivos.

Las intervenciones enfermeras van a tener como finalidad principal conseguir un buen cumplimiento terapéutico y que así la persona pueda llevar una buena calidad de vida y retornar a su capacidad productiva cuando sea posible. Por ello, es importante que profundicemos más en el concepto de adherencia terapéutica.

1.2 La adherencia terapéutica

Este concepto fue definido en el año 2003 por la OMS como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (16).

Recientemente, la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) (16) ha definido cumplimiento terapéutico (sinónimo: adherencia) como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Sin embargo, los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no sólo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuánto tiempo lo hagan. El papel de los profesionales de enfermería en este sentido es de gran importancia.

En cuanto a los factores que inciden en el grado de adherencia terapéutica de un paciente, destacan:

- a) La interacción del paciente con el profesional de la salud. Es importante la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia. De igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo, con la relación establecida con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico.
- b) El régimen terapéutico. La complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento más dificultades tendrá el paciente para seguirlo correctamente. Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, y que esta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados.
- c) Las características de la enfermedad. El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a las prescripciones médicas, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática no dispone de claves internas para la acción y su seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo.
- d) Los aspectos psicosociales del paciente, véase las creencias, las actitudes, las atribuciones, el locus de control (percepción que tiene una persona de las causas

de aquello que sucede en su vida diaria) (17), la representación mental de la enfermedad y el apoyo social. (18)

Centrándonos en el término “cumplimiento”, encontramos que la definición de mayor aceptación es la propuesta por Haynes (19) 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”.

Un correcto cumplimiento, sea cual sea la prescripción, conlleva: conocimiento respecto al qué hacer, al cómo hacerlo y al cuándo hacerlo. Por tanto, el paciente debe presentar una serie de habilidades, conocimientos y actitudes para poder llevar a cabo dichas prescripciones. Por ello, no se puede considerar la adherencia terapéutica una responsabilidad únicamente del paciente, sino que está muy relacionado con la forma en que los profesionales de la salud manejan esta situación, en tanto que se encarga de proporcionar todas las instrucciones necesarias de manera comprensible para el paciente, asegurándose de que han sido entendidas y dedicando el tiempo necesario. Además, hay que resaltar la importancia de que los pacientes mantengan esas actividades a lo largo del tiempo, pues un correcto cumplimiento no se entiende como algo puntual.

Por otra parte, la adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta, sino que hace referencia a un conjunto de comportamientos, que incluye tanto el seguimiento del tratamiento prescrito, como evitar situaciones de riesgo y llevar a cabo estilos de vida saludables.

Algunos autores (20) proponen que para que se produzca la adherencia al tratamiento es necesario que presenten los siguientes elementos:

- a) Aceptación del tratamiento, de manera conjunta entre el paciente y el profesional sanitario, de manera que se base en una colaboración de ambos.
- b) Cumplimiento de todas las prescripciones establecidas por los profesionales sanitarios.
- c) Participación activa en el cumplimiento, es decir, el paciente participa en las acciones necesarias para que se lleve a cabo el proceso terapéutico.

- d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, es decir, que el paciente por iniciativa propia lleve a cabo todas las medidas necesarias para cumplir con cada una de las prescripciones establecidas.

La no adherencia por parte de este tipo de pacientes viene dada en muchos casos por una falta de conciencia de la enfermedad (21). Una buena adherencia terapéutica se traduce en una mejor calidad de vida del paciente y de sus cuidadores principales, una disminución de los síntomas de la enfermedad, de las recaídas, de las hospitalizaciones y, por tanto, de los costes sanitarios. Además, logra una mejora en el pronóstico de la enfermedad y en la reinserción de estas personas en la sociedad, disminuyendo también el riesgo de suicidio.

Identificar los factores de riesgo que pueden poner en peligro una buena adherencia terapéutica es importante para poder establecer estrategias eficaces que modifiquen dichos factores de riesgo. Algunos de los factores que podemos tener en cuenta son (22):

- a) Relacionados con el paciente: negación de la enfermedad, edad (el incumplimiento es mayor en pacientes más jóvenes), analfabetismo o deficiencias sensoriales que dificulten el entendimiento del tratamiento, características personales, voluntariedad hacia el tratamiento, creencias (que les crea resistencias para llevar a cabo el tratamiento), personalidad, mejoría de la patología, desconfianza hacia el equipo asistencial, educación, situación laboral, etc.
- b) Relacionados con el fármaco: efectos secundarios reales o imaginarios, mal sabor del fármaco o dificultades con la ingesta, que interfieran con los hábitos del paciente, etc.
- c) Relacionadas con la patología (23): síntomas, evolución, expectativas de curación, etc.
- d) Relacionadas con el equipo asistencial: accesibilidad, contradicciones entre los distintos profesionales, implicación del equipo de enfermería, etc.

La adherencia terapéutica es muy importante para todo tipo de pacientes, ya que conlleva un tratamiento óptimo para cualquiera que sea la patología de la persona, pero este concepto no se desarrolla por sí solo, por lo que el equipo de profesionales con más contacto con el paciente tendrá un papel importante en su evolución positiva, en este

caso los profesionales de enfermería, de cuyo rol para con la adherencia terapéutica se hablará a continuación.

1.3 El rol enfermero

Dada la relevancia del rol enfermero respecto a toda la estancia hospitalaria del paciente diagnosticado de esquizofrenia, así como su desempeño en desarrollar una buena adherencia terapéutica, se deben recalcar la importancia de los cuidados que se deben organizar y realizar durante dicha estancia. Dichos cuidados están organizados y estandarizados mediante la taxonomía NANDA, NOC y NIC (24), refiriéndose cada uno a los diagnósticos de enfermería, objetivos a conseguir y actividades a realizar respectivamente.

En relación con la adherencia terapéutica, dentro del lenguaje enfermero, encontramos como diagnósticos NANDA principalmente “incumplimiento” y “gestión ineficaz de la salud”, aunque se debe tener claro que cada paciente es único y, por tanto, cada uno de ellos tendrá diagnósticos más ajustados a su proceso y manejo de la enfermedad.

La aportación principal del cuidado enfermero es abordar al paciente desde un punto de vista holístico e integral, con el objetivo común de cuidar y ayudar a la persona. Esta asistencia se debe desarrollar desde una perspectiva multidisciplinar, coordinándose con el resto de los profesionales de la salud y teniendo en cuenta la importancia del trabajo en equipo para un abordaje óptimo del paciente y de su enfermedad. Consecuencia del mencionado trabajo en equipo será el desarrollo de la adherencia terapéutica del paciente.

Entre los diferentes profesionales que intervienen con el paciente con esquizofrenia encontramos: psiquiatra, enfermera de Salud Mental, psicólogo, trabajador social y terapeuta ocupacional (25). En 2011 se definió en el Boletín Oficial del Estado (BOE) (26) a la enfermera de Salud Mental como “profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención especializada en salud mental mediante la prestación de cuidados de enfermería. Estos cuidados especializados se llevan a cabo en los diferentes niveles de atención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental), teniendo en cuenta también los factores extrínsecos que intervienen en la aparición de las alteraciones de la

salud mental”. La importancia de los profesionales de enfermería respecto a la mejoría del paciente y el desarrollo de una buena relación terapéutica radica en la frecuencia alta de contacto directo con el paciente, así como la percepción que dicho paciente puede tener de cercanía física y emocional con el profesional de enfermería (27). La enfermera o enfermero pasa 24 horas al día con el paciente y establece múltiples tipos de relaciones con él: biológica, técnica, espiritual, social y psicológica (28).

La esencia de la enfermería son las relaciones interpersonales. Por ello, un elemento que resulta imprescindible para poder garantizar una buena adherencia terapéutica es la existencia de una buena relación y comunicación enfermera-paciente, la cual se ha visto que es capaz de lograr una mejor actitud por parte del paciente hacia su tratamiento cuando dicha relación resulta óptima para él. Para poder enseñar a un paciente con esquizofrenia todos los conocimientos que necesita para ser autosuficiente con su tratamiento, primero es necesario establecer con él una relación basada en la confianza y la seguridad.

Existen muchas teorías de enfermería basadas en la recuperación del paciente, de las cuales se destaca el Modelo Tidal (29), el cual recalca las vivencias y el bagaje personal del paciente, además de que tiene en cuenta la importancia de que el paciente se exprese por sí mismo. En este modelo es importante que el paciente se exprese con su propio lenguaje personal, expresiones, jerga y metáforas. Es fundamental que la atención al paciente empiece lo antes posible, realizando el profesional de enfermería una valoración exhaustiva y holística, y estableciendo además un plan de cuidados que estará formulado con palabras del propio paciente, estimulando así su autonomía. (30)

Establecer una buena comunicación terapéutica es clave para poder realizar el trabajo enfermero con eficacia, y esta requiere por parte de los profesionales de enfermería una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que se deben adquirir y desarrollar. En la comunicación intervienen elementos verbales y no verbales, por lo que hay que tener precaución con el tono de voz, el lenguaje y postura corporal, la sonrisa, la mirada, etc. Elementos clave que las enfermeras y enfermeros deben controlar para establecer una buena comunicación terapéutica, además de tener presente estos mismos elementos en el paciente para no dejar pasar nada que pueda querer decirnos. La comunicación puede ser utilizada como un instrumento para alcanzar una relación terapéutica basada en el vínculo y la confianza, a partir de donde podremos trabajar con él, proporcionándole

toda la información acerca de su tratamiento y garantizando que pueda entenderla para llevarla a cabo. Facilitar la información verbal y además por escrito es lo más efectivo.

Peplau (28) estableció cuatro fases que se dan en el establecimiento de las relaciones terapéuticas y que destacan debido a la gran influencia que tienen dentro del rol enfermero respecto a mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes:

- a) Fase de encuentro original: es el primer encuentro entre la enfermera y el paciente. Ambos hacen observaciones y forman una idea de la otra persona que va a determinar futuros comportamientos o actitudes que tendrán hacia ella.
- b) Fase de urgencia de identidades: las dos personas establecen un enlace y empiezan a identificarse mutuamente como seres únicos.
- c) Fase de empatía: la enfermería en su deseo de ayudar establece con el paciente una relación basada en la empatía, la que empieza a practicar con él en diferentes ocasiones.
- d) Fase de *rapport*: la enfermera y el paciente se perciben el uno al otro como seres humanos, y establecen una relación cercana en la que se intercambian pensamientos y sentimientos.

Para conseguir llegar a la última de las fases, la cual va a ser la más oportuna para poder trabajar la adherencia terapéutica, es imprescindible tener en cuenta los siguientes elementos dentro de la práctica enfermera (23):

- a) Basar la relación en un apoyo al paciente, no dejando que asuma toda la responsabilidad.
- b) Mantener siempre su individualidad, atendiendo a factores biopsicosociales y entendiendo a cada paciente como un ser único e irrepetible.
- c) Establecer un vínculo basado en la confianza y la empatía que disminuya la probabilidad de abandono del tratamiento.
- d) Buscar estrategias simples para que la realización del tratamiento no tenga grandes dificultades.
- e) Llevar a cabo un abordaje multidisciplinar entre todo el equipo (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.) para aumentar la eficacia y seguridad del tratamiento.

1.4 Justificación

Como se ha comentado anteriormente, no hay una única causa que explique la esquizofrenia y, por tanto, los tratamientos existentes van encaminados a eliminar o paliar los síntomas de la enfermedad. Las investigaciones realizadas hasta el momento muestran que ofrecen resultados óptimos para la recuperación (8).

Se sabe que cerca de un 80% de los pacientes que inicialmente empiezan con un tratamiento antipsicótico recaen en un plazo de 5 años por el abandono de la medicación (8). Dada la dificultad existente en el mantenimiento de un buen grado de adherencia terapéutica que existe en los pacientes con esquizofrenia, y sabiendo que el rol del profesional de enfermería incide de manera directa en este aspecto, considero relevante el desarrollo de herramientas que evalúen los conocimientos, habilidades y actitudes que son relevantes desde el punto de vista de los enfermeros y enfermeras para la realización de unos buenos cuidados, y el mantenimiento de una calidad de vida óptima en las personas con esta enfermedad.

Los profesionales de enfermería deben incidir en la adherencia terapéutica, especialmente en estos pacientes, en los que muchas veces no existe conciencia de enfermedad, procurando desarrollar unas habilidades de autocuidado que mejoren su enfermedad. Para ello, se debe tener en cuenta los factores de riesgo que pueden llevar a una persona al abandono de su tratamiento, para así tratar de evitarlos y reforzar conductas positivas que conciencien al paciente de la importancia de sus acciones, convirtiéndoles en personas activas en su proceso de enfermedad y no en meros espectadores. Previamente, debemos de lograr establecer una buena relación enfermera-paciente, ya que dentro de una relación de confianza se transmiten mejor los conocimientos y habilidades que el paciente necesita poseer. Es imprescindible establecer una relación basada en la cooperación mutua, en la que el rol enfermero sea de apoyo y de educación, ya que no es efectivo imponer lo que debe hacer a un paciente diagnosticado de esquizofrenia.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de los profesionales de enfermería en el contexto hospitalario sobre los factores que afectan a la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de esquizofrenia?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

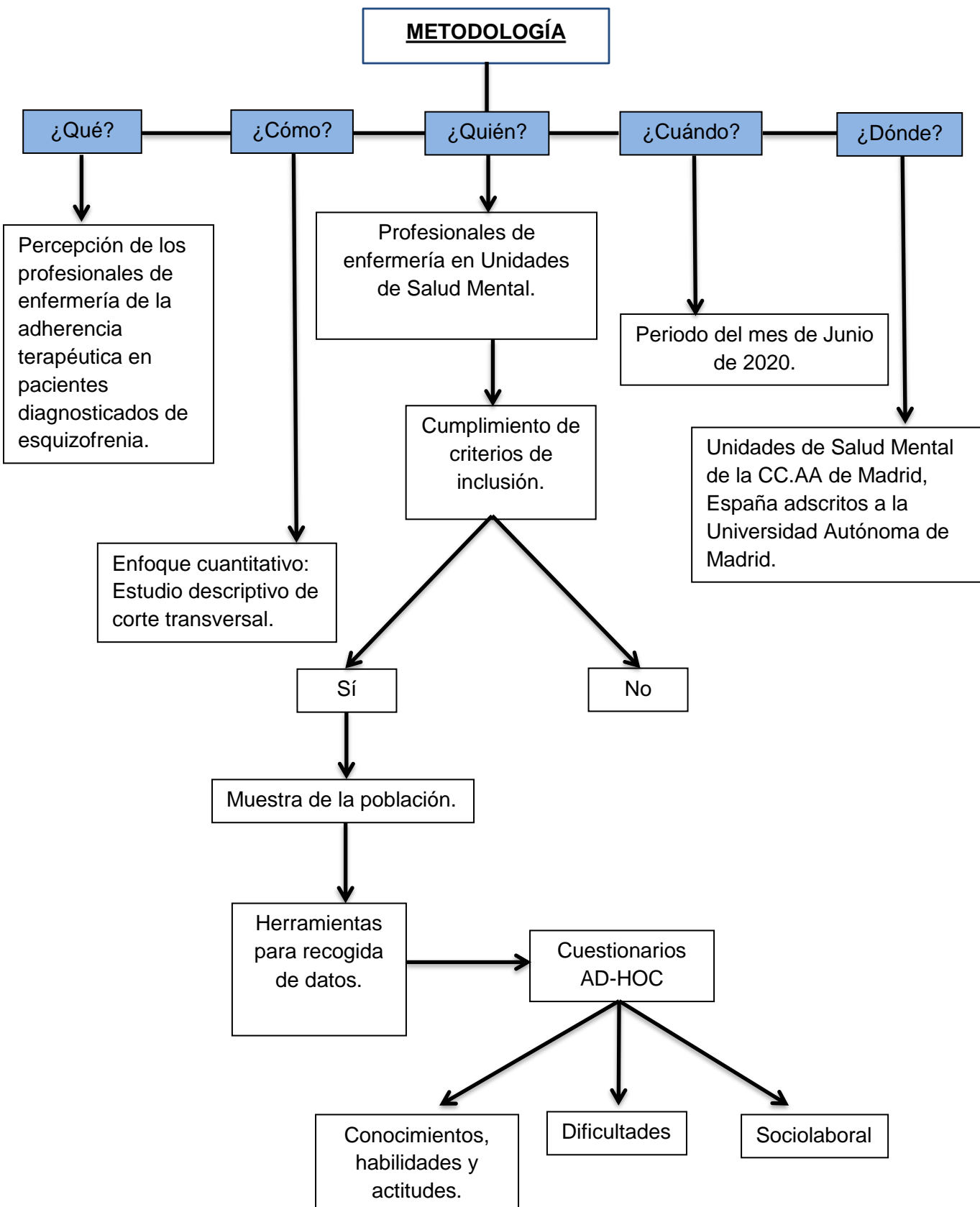
Describir la percepción de los profesionales de Enfermería en relación a la adherencia terapéutica de pacientes que presentan diagnóstico de esquizofrenia.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Describir la visión de los profesionales de enfermería sobre su propio rol en el cumplimiento terapéutico de estos pacientes.
- b) Conocer las principales dificultades con las que se encuentran los profesionales de enfermería a la hora de lograr una correcta adherencia terapéutica en el paciente con esquizofrenia.
- c) Conocer los principales factores externos (apoyo sociofamiliar, nivel socioeconómico) que los profesionales de enfermería consideran que influyen de manera directa en la adherencia al tratamiento del paciente con esquizofrenia.
- d) Identificar las estrategias principales que utiliza el profesional de enfermería para mejorar la adherencia en los pacientes con esquizofrenia.
- e) Determinar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los recursos extrahospitalarios específicos para pacientes psiquiátricos.
- f) Identificar la demanda de una formación específica en Salud Mental por parte de los profesionales de Enfermería.
- g) Conocer el rol de la familia durante el ingreso de los pacientes con esquizofrenia según los profesionales de enfermería.

4. METODOLOGÍA

Figura 1: Esquema general del estudio:



4.1 Tipo de estudio

Dados los objetivos del estudio, la metodología se realizará desde el enfoque cuantitativo, mediante un diseño descriptivo de corte transversal (31,32). El ámbito geográfico se llevará a cabo en el país de España, concretamente en la Comunidad Autónoma de Madrid. En cuanto al marco temporal, se aplicará en el mes de Junio, en el año 2020.

4.2 Población y muestra

La población incluye el conjunto de profesionales de enfermería de las Unidades de Salud Mental, en las cuales existan pacientes diagnosticados de esquizofrenia, de hospitales adscritos a la Universidad Autónoma de Madrid.

La muestra consistirá en una fracción representativa del conjunto de individuos de la población descrita. (33)

El muestreo realizado será del tipo aleatorio simple estratificado, y se asegurará que la muestra que se obtenga sea suficiente y representativa.

Tabla 3: Población y muestra:

HOSPITALES ADSCRITOS A LA U.A.M	NÚMERO DE ENFERMERAS/OS	PORECENTAJE DEL TOTAL	MUESTRA
Hospital U. Puerta de Hierro	11	7%	$9.89 \approx 10$
Hospital U. La Paz	9	5%	$7.06 \approx 7$
Hospital U. Rodriguez Lafora	117	69%	$97.54 \approx 98$
Hospital U. La Princesa	10	6%	$8.48 \approx 9$

Hospital U. Niño Jesús	23	14%	19.79 ≈ 20
TOTAL	170	100%	141.37

Elaborada en base a bibliografía (34-38)

4.2.1 Cálculo de la muestra.

La fórmula que se aplicará para el cálculo del tamaño muestral será la siguiente:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot DE^2}{d^2}$$

El intervalo de confianza (IC) que se aplicará será del 95% ($\alpha=0.05$), lo que implica que $Z_{\alpha}=1.96$ y se establecerá una precisión (d) de 10. La desviación típica (DE) se calculará a partir de la siguiente fórmula:

$$DE = \sqrt{\frac{\sum|x - \mu|^2}{N}}$$

$$N= 5$$

$$\mu = (11+9+117+10+23)/5 = 34$$

$$\sum|x - \mu|^2 = 23^2 + 25^2 + 83^2 + 24^2 + 11^2 = 8740$$

$$DE = \sqrt{\frac{8740}{5}} = 41.81$$

Por lo tanto el tamaño muestral será:

$$n = (1.96^2 \times 41.81^2) / 10^2 = 67.15$$

Tras esto, calcularemos la muestra teniendo en cuenta el porcentaje de pérdidas estimado, en este caso un 5%, basándonos en la siguiente fórmula:

$$n_c = \frac{n}{1 - p_c}$$

$$n_c = 67.15 / (1 - 0.05) = 70.69$$

Además de esto, se debe tener en cuenta el efecto de diseño. Dado que se ha realizado un muestreo estratificado, la muestra estimada ha de multiplicarse por 2:

$$n = 70.69 \times 2 = 141.37$$

4.3 Criterios de inclusión y exclusión

4.3.1 Criterios de inclusión

- a) Ser profesional de enfermería en Unidad de Salud Mental de la CC.AA. de Madrid adscritas a la Universidad Autónoma de Madrid.
- b) Mínimo un año de experiencia laboral en estas Unidades.
- c) Comunicarse perfectamente en lengua española, tanto escrita como hablada.

4.3.2 Criterios de exclusión

- a) No cumplir uno o más criterios de inclusión.
- b) No encontrarse en activo en la fecha prevista de la realización del estudio.

4.4 Variables de estudio

VARIABLES DE ESTUDIO: sexo, edad, nivel de estudios, tipo de contrato, turno de trabajo, hospital, años de experiencia, conocimientos, habilidades, actitudes y dificultades. (Véase tabla 4).

Tabla 4: Variables de estudio:

	NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	VALORES DE VARIABLE
VARIABLES DE ESTUDIO	Sexo	Cualitativa dicotómica	Mujer, hombre.
	Edad	Cuantitativa	Nº de años
	Nivel de estudios	Cualitativa nominal	Diplomatura en Enfermería, Grado en Enfermería, Experto (especificar), Máster (especificar) Doctorado en Enfermería, Especialidad en Enfermería.
	Experiencia en Unidad de Salud Mental	Cuantitativa	Nº de años
	Especialidad en Enfermería	Cualitativa nominal	Matrona, Salud Mental, Pedriatría, Geriatria y Familia, Trabajo, Comunitaria.
	Tipo de contrato	Cualitativa nominal	Estatutario, interino, temporal, baja laboral, baja maternal, eventual.
	Turno de trabajo	Cualitativa nominal	Mañana, tarde, noche, mañana/noche, tarde/noche.
	Hospital en el que trabaja	Cualitativa nominal	H.U. Puerta de Hierro, H.U. La Paz, H.U. Rodríguez Lafora, H.U. Princesa, H.U. Niño Jesús
	Conocimientos, habilidades y actitudes	Cualitativa nominal	Sí, no, No sabe/no contesta (N/C)
	Dificultades	Cuantitativa	[0 (Ninguna dificultad)-15 (Máxima dificultad)]

4.5 Herramientas para la recogida de datos

Se han diseñado tres cuestionarios AD-HOC para la recogida de datos, los cuales se exponen a continuación:

- a) Cuestionario sociolaboral: Se incluirán las variables sociolaborales descritas anteriormente. (Anexo 2)
- b) Cuestionario de conocimientos, habilidades y actitudes: para la elaboración de este cuestionario se han consultado las competencias incluidas en la especialidad de enfermería de Salud Mental (39). Constará de 27+1 ítems con tres opciones de respuesta: sí, no y no sabe no contesta (N/C) y una pregunta abierta. (Anexo 3)
- c) Cuestionario de percepción de dificultades: constará de 7+1 ítems cuya respuesta será medida en una escala de 1 al 15 donde 1 significa “ninguna dificultad” y el 15 “máxima dificultad”. Presentará además una pregunta abierta final. (Anexo 4)

4.6 Procedimiento para la recogida de datos

Antes de comenzar el estudio, se presentará ante el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Madrid. Tras su aprobación, se realizará un estudio piloto, en el que se pasarán los cuestionarios a una muestra de 5 individuos del hospital Gregorio Marañón. El estudio piloto servirá para constatar la idoneidad de la longitud, coherencia, claridad, etc. de las herramientas del estudio.

Tras la realización del estudio piloto, se contactará con los supervisores de las Unidades de los hospitales del estudio, ya sea de forma verbal o mediante correo electrónico. Se informará del objetivo del estudio y la necesidad de aplicar las herramientas del mismo a los enfermeros y enfermeras de sus Unidades, para lo que será necesario concertar una reunión a la que deberán acudir todos ellos, tanto en turno de mañana como de tarde.

En esta primera reunión con los profesionales de enfermería, se explicará la naturaleza y objetivos del estudio, se entregará el consentimiento informado para su firma, dando a conocer que no todos los profesionales de enfermería formarán parte de la muestra del estudio, y que tras decidir los participantes de la muestra, se destruirán los consentimientos informados de los no participantes. Tras la reunión, se recogerán los consentimientos firmados, y se informará de que se contactará con los participantes de

la muestra definitiva para concertar una segunda reunión en la que se aplicarán las herramientas del estudio.

En la segunda reunión, acudirán los participantes del estudio, con los que se habrá contactado vía correo electrónico, y se hará entrega de los cuestionarios en formato físico. Dichos cuestionarios habrán de ser cumplimentados y entregados en un periodo de 10 días desde el momento en que se faciliten, para lo cual se habilitará un buzón en las Unidades en las que se realice el estudio. Tras la reunión, se mostrará agradecimiento a los participantes del estudio por su colaboración, y se recalcará la confidencialidad de sus datos.

4.7 Aspectos éticos.

Las herramientas a aplicar en el estudio tendrán que ser autorizados por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. A los profesionales de enfermería que participen se les proporcionará un consentimiento informado que deberá ser firmado y entregado (Anexo 1), explicando el objetivo de este estudio así como garantizando la confidencialidad y anonimato de los datos recogidos, tal como expone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales (40).

5. PROPUESTA DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1 Análisis descriptivo.

En este apartado se realizará un análisis descriptivo de las variables del estudio: cuantitativas y cualitativas. Las variables cuantitativas se analizarán mediante medidas de tendencia central acompañada de su medida de dispersión (la media (\bar{X}) y la desviación típica (σ)), las variables cualitativas se presentarán en tablas de distribución de frecuencias, en las que se calcularán las frecuencias absolutas y relativas con sus respectivos porcentajes.

Posteriormente a este análisis de variables, se presentarán una serie de tablas de contingencia que mostrarán la posible asociación entre distintas variables.

Tabla 5: Variables cuantitativas:

VARIABLE	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Edad	\bar{X}_1	σ_1
Experiencia en Unidad Psiquiátrica en años.	\bar{X}_2	σ_2
Dificultades	\bar{X}_3	σ_3

Tabla 6: Variables cualitativas:

VARIABLE	VALORES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
Sexo	Masculino	n_1	$F=n_1/N$	$F_1 \times 100$
	Femenino	n_2	$F=n_2/N$	$F_2 \times 100$
Nivel de estudios	Diplomatura en Enfermería	n_3	$F=n_3/N$	$F_3 \times 100$
	Grado en Enfermería	n_4	$F=n_4/N$	$F_4 \times 100$
	Experto	n_5	$F=n_5/N$	$F_5 \times 100$
	Máster	n_6	$F=n_6/N$	$F_6 \times 100$
	Doctorado en Enfermería	n_7	$F=n_7/N$	$F_7 \times 100$
	Especialidad en	n_8	$F=n_8/N$	$F_8 \times 100$

	Enfermería			
Especialidad en Enfermería	Matrona	n_9	$F=n_9/N$	$F_9 \times 100$
	Salud Mental	n_{10}	$F=n_{10}/N$	$F_{10} \times 100$
	Trabajo	n_{11}	$F=n_{11}/N$	$F_{11} \times 100$
	Pediatría	n_{12}	$F=n_{12}/N$	$F_{12} \times 100$
	Geriatría y Familiar	n_{13}	$F=n_{13}/N$	$F_{13} \times 100$
	Comunitaria	n_{14}	$F=n_{14}/N$	$F_{14} \times 100$
Tipo de contrato	Estatutario	n_{15}	$F=n_{15}/N$	$F_{15} \times 100$
	Interino	n_{16}	$F=n_{16}/N$	$F_{16} \times 100$
	Temporal	n_{17}	$F=n_{17}/N$	$F_{17} \times 100$
	Baja laboral	n_{18}	$F=n_{18}/N$	$F_{18} \times 100$
	Baja maternal	n_{19}	$F=n_{19}/N$	$F_{19} \times 100$
	Eventual	n_{20}	$F=n_{20}/N$	$F_{20} \times 100$
Turno de trabajo	Mañana	n_{21}	$F=n_{21}/N$	$F_{21} \times 100$
	Tarde	n_{22}	$F=n_{22}/N$	$F_{22} \times 100$
	Noche	n_{23}	$F=n_{23}/N$	$F_{23} \times 100$
	Mañana/noche	n_{24}	$F=n_{24}/N$	$F_{24} \times 100$
	Tarde/noche	n_{25}	$F=n_{25}/N$	$F_{25} \times 100$
Hospital	H.U. Puerta de Hierro	n_{26}	$F=n_{26}/N$	$F_{26} \times 100$
	H.U. La Paz	n_{27}	$F=n_{27}/N$	$F_{27} \times 100$
	H.U. Rodríguez	n_{28}	$F=n_{28}/N$	$F_{28} \times 100$

	Lafora			
	H.U. La Princesa	n_{29}	$F=n_{29}/N$	$F_{29 \times 100}$
	H.U. Niño Jesús	n_{30}	$F=n_{30}/N$	$F_{30 \times 100}$
Conocimientos, habilidades y actitudes	Sí	n_{31}	$F=n_{31}/N$	$F_{31 \times 100}$
	No	n_{32}	$F=n_{32}/N$	$F_{32 \times 100}$
	No sabe/ no contesta	n_{33}	$F=n_{33}/N$	$F_{33 \times 100}$
TOTAL		$N= 170$	1	100%

5.2 Asociación de variables mediante tablas de contingencia.

En este apartado se mostrarán tablas de contingencia en las que se explorará la asociación o no entre diversas variables que se propongan. Tras la presentación de los datos de las tablas de contingencia se procederá a realizar el test estadístico χ^2 (Chi-cuadrado), cuyo cálculo nos determinará junto, con un intervalo de confianza determinado, si los niveles de una variable cualitativa pueden asociarse con otra variable cualitativa en particular. Se acotará un intervalo de confianza del 95% y se utilizará el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.0.

Tabla 7: Relación entre el hospital y la especialidad en Salud Mental

		Especialidad de Enfermería de Salud Mental		
		Sí	No	Marginal
Hospital de trabajo	H.U. Puerta de Hierro	n_{1i}	n_{1j}	n_1
	H.U. La Paz	n_{2i}	n_{2j}	n_2

	H.U. Rodríguez Lafora	n_{3i}	n_{3j}	n_3
	H.U. La Princesa	n_{4i}	n_{4j}	n_4
	H.U. Niño Jesús	n_{5i}	n_{5j}	n_5
	Marginal	n_i	n_j	N

Esta tabla pretende explorar si existe relación entre el hospital en el que trabaja un profesional de la enfermería y que exista este tipo de personal con la especialidad en Enfermería de Salud Mental.

6. REFLEXIONES FINALES

Este estudio pretende conseguir un aumento del conocimiento en aquellos elementos que tienen que ver con la adherencia terapéutica en pacientes que padecen una patología que según los datos epidemiológicos es prevalente (1,3) y cuyo tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico es fundamental en el pronóstico y evolución de la enfermedad.

Dada la sintomatología que produce y el deterioro en el paciente a lo largo del tiempo, que conlleva un proceso de enfermedad largo (4), la adherencia terapéutica es fundamental para desarrollar calidad de vida y tener la enfermedad controlada, dentro de las diferencias individuales de cada paciente.

Dados los recursos existentes en cuanto a tratamiento farmacológico, el cual actualmente no solo incide en los síntomas positivos de la enfermedad sino también en los negativos, y estando presentes formas de administración de largo efecto (11), el principal obstáculo que se presenta frente a la adherencia terapéutica es los conocimientos, habilidades y actitudes, que los profesionales sanitarios, más

concretamente de los profesionales de enfermería, debe tener para que sus cuidados sean efectivos.

El rol del profesional de enfermería es imprescindible, al ser una de las figuras dentro de las instituciones sanitarias con las que el paciente tiene más contacto a lo largo del día. Por esto mismo, es necesario desarrollar una buena relación paciente-sanitario y ser consciente de aquellas dificultades que pueden aparecer en la creación de esta relación, ya sea por limitaciones personales del enfermero o la enfermera, o por las derivadas de tratar con un paciente con una enfermedad mental. Además, es importante recalcar la importancia de la valoración enfermera y de la metodología enfermera, y que sea en la cual se apoyen los cuidados que se presten al paciente, no estando limitada al ingreso y al alta.

Por otro lado, no solo existe el rol enfermero en el desarrollo de la adherencia terapéutica en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, también está la figura de la familia. La relación del paciente con la misma puede también ser un factor determinante en este aspecto, por lo que es un factor a tener en cuenta desde el punto de vista de los profesionales de enfermería. Estos deben mantener una buena relación con la familia, proporcionando información, apoyo y los recursos que necesiten para asistir y dar cuidados al paciente, proporcionándole un buen ambiente familiar.

Todos estos aspectos mencionados que tienen relación con la adherencia terapéutica, tienen que ser recogidos y analizados para poder paliar los problemas que deriven de la falta de los mismos, por ello es necesario realizar estudios como el presente, en este caso desde el punto de vista de los profesionales de enfermería.

Aquello que los profesionales de enfermería expresen como dificultad, falta de conocimientos, habilidades o actitudes, así como la comparación de diversas variables como la experiencia profesional o la especialidad en Enfermería de Salud Mental, dará pie a futuros análisis más profundos, y al conocimiento de aquellos conceptos imprescindibles a desarrollar en las distintas Unidades de Salud Mental estudiadas.

7. LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones sería en relación a la falta de validación de las herramientas del estudio (41).

En cuanto a los puntos fuertes del estudio, serían que la población de estudio es de fácil acceso y no será difícil concertar las diversas reuniones necesarias para la captación de la muestra y la cumplimentación de los cuestionarios. Además, al ser cuestionarios no muy extensos, se podrán realizar en un espacio de tiempo asequible para los enfermeros y enfermeras participantes, por lo que no interferirá demasiado en su jornada laboral.

Al tratarse de un estudio descriptivo, nos permitirá líneas de investigación de más profundidad y de metodología distinta en el futuro.

8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a las futuras líneas de investigación, este estudio puede darnos información que nos conduzca a realizar unas investigaciones de más profundidad en aquellos aspectos que nos hayan resultado importantes. Se podrían realizar estudios con metodología distinta, por ejemplo, utilizando comunicación verbal mediante entrevistas con los participantes del estudio.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia [Internet]. 9 de Abril de 2018 [Consultado el 20 de Enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2RQa0L7>
2. National Institute of Mental Health. La Esquizofrenia [Internet]. Bethesda, MD: Octubre de 2015 [Consultado el 15 de Enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2FonsF5>
3. Fatjó-Vilas Mestre M. ¿Qué sabemos de las bases genéticas de la esquizofrenia? Rev Enferm Salud Ment. 2019; 12: 21-26.
4. Díaz Molina S. La esquizofrenia: Una enfermedad mental crónica, de las más prevalentes en nuestra sociedad [Internet]. Ciudad Real: Febrero de 2015 [Consultado el 16 de Marzo de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2TLZ9Ym>
5. López-Ibor JJ, Cuenca O. La esquizofrenia abre las puertas. Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia. Madrid: Lilly, 2000.
6. Ochoa S, Martínez F, Ribas M, García-Franco M, López E, Villellas R et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2011 [Consultado el 22 de Febrero de 2019]; 31 (3): 477-489. Disponible en: <https://bit.ly/2F4MISI>
7. Frías V, Fortuny J, Guzmán S, Santamaría P, Martínez M, Pérez V. Estigma: la relevancia del contacto social en el trastorno mental. Enferm Clinic [Internet] 2018 [Consultado el 15 de Febrero de 2019]; 28 (2): 77-148. Disponible en: <https://bit.ly/2UILoX8>

8. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica: Para el tratamiento de personas desde el primer episodio de Esquizofrenia [Internet]. Santiago: MINSAL; 2016 [Consultado el 5 de Febrero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2GTz4z5>
9. PSICOMED. CIE-10: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes [Internet]. Madrid: 2019 [Consultado el 5 de Febrero de 2019]. Disponible en: <http://cort.as/-HDdZ>
10. Silva H, Jeréz S. DSM-5 Nueva clasificación de los trastornos mentales. Rev chilena de neuro-psiquiatría [Internet] 2014 [Consultado el 5 de Febrero de 2019]; 52 (1): 9-16. Disponible en: <https://bit.ly/2zCDSFF>
11. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ª ed. Barcelona, España: Elsevier España; 2006.
12. Singh SP, Singh V, Kar N, Chan K. Efficacy of antidepressants in treating the negative symptoms of chronic schizophrenia: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2010;197(3):174–9.
13. Tajima K, Fernández H, López-Ibor JJ, Carrasco JL, Díaz-Marsá M. Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. Actas Esp Psiquiatr [Internet] 2009 [Consultado el 5 de Febrero de 2019]; 37(6):330-342. Disponible en: <https://bit.ly/2GzdQr1>
14. Gutiérrez-Rojas L, Azanza JR, Bernardo M, Rojo M, Mesa F, Martínez-Ortega JM. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes españoles con esquizofrenia y sobrepeso. El estudio CRESSOB. Actas Esp Psiquiatr [Internet]

- 2014 [Consultado el 5 de Febrero de 2019]; 42(1):9-17. Disponible en:
<http://cort.as/-HDdO>
15. NICE. Psychosis and Schizophrenia in adults. Updated ed. Health NCC for M,
editor. National Collaborating Centre for Mental Health; 2014.
16. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia
terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. At Primaria [Internet]
2009 [Consultado el 15 de Enero de 2019]; 9(6): 295-354. Disponible en:
<https://bit.ly/2s5IVba>
17. Manrique M. Estudio sobre locus de control en pacientes farmacodependientes.
Tesis para optar al grado de Psicólogo, Universidad Inca Garcilazo de la Vega.
Perú: 1999
18. Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr
[Internet] 2001 [Consultado el 5 de Febrero de 2019]; 17(5): 502-505. Disponible
en: <http://cort.as/-HDdI>
19. Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds.
Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p.1-7
20. Libertad Martin A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana
Salud Pública [Internet] 2004 [Consultado el 15 de Enero de 2019]; 30 (4).
Disponible en: <http://cort.as/-HDd6>
21. Giner J, Cañas F, Olivares JM, Rodríguez A, Burón JA, Rodríguez-Morales A,
Roca M. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las
opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. Actas Esp Psiquiatr 2006
[Consultado el 16 de Marzo de 2019]; 34 (6): 386-392.

22. Ferres Carrascosa MT, Bravo Lliñas L, Ortega Justicia EM. Papel de la enfermera en la adherencia al tratamiento. Rev Electrónica de Portales Médicos [Internet] 2016 [Consultado el 16 de Marzo de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2Ht1zot>
23. Domínguez S. El papel de la enfermería en la adherencia terapéutica [Internet]. Elsevier, 2013 [Consultado el 16 de Marzo de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2TKZL0n>
24. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería: NNNConsult [Internet]. Elsevier; 2015 [Consultado el 15 de Enero de 2019]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>
25. Martínez LR, Murrow E, Ortega H, Valencia M, Rascón ML, Ramírez I. El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud Mental [Internet] 1996 [Consultado el 15 de Enero de 2019]; 19 (4): 1-7. Disponible en: <http://cort.as/-HDmp>
26. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia Estatal Boletín Oficial Del Estado [Internet]. Madrid; 2011 [Consultado el 16 de Marzo de 2019.] Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-9081
27. Pérez García C. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. Rev Enferm Salud Ment [Internet] 2015 [Consultado el 15 de Febrero de 2019]; 1: 16-22. Disponible en: <http://cort.as/-HDeJ>
28. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Rev Enferm. Univ [Internet] 2015 [Consultado el 20 de Marzo de 2019]; 12 (3). Disponible en: <https://bit.ly/2gV7uGM>

29. Barker P. The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2001; 8: 233-240.
30. Huizing E. Recuperación y Enfermería de Salud Mental. *Rev Presencia* [Internet] 2012 [Consultado el 15 de Febrero de 2019]; 7 (14). Disponible en: <https://bit.ly/2HAgnAV>
31. Burns N, Grove SK. *Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 5ªed. Madrid: Elsevier; 2012. p 260-471.
32. Serrano Gallardo P. *Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud*. 1ª ed. España: Difusión avances de Enfermería; 2012
33. Hunt N. Stratified Sampling [Internet Tyrrell, Sidney: 2001 [Consultado el 10 de Marzo de 2019] Disponible en: <http://cort.as/-HDcs>
34. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda [Internet]. Madrid Comunidad Digital; 2019 [Consultado el 15 de abril de 2019]. Disponible en: <http://cort.as/-HA5z>
35. Hospital Universitario La Paz [Internet]. Madrid Comunidad Digital; 2019 [Consultado el 15 de abril de 2019]. Disponible en: <http://cort.as/4OVK>
36. Hospital Dr. R. Lafora [Internet]. Madrid Comunidad Digital; 2019 [Consultado el 15 de abril de 2019]. Disponible en: <http://cort.as/-HfOk>
37. Hospital Universitario de La Princesa [Internet]. Madrid Comunidad Digital; 2019 [Consultado el 15 de abril de 2019]. Disponible en: <http://cort.as/-HfOn>

38. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús [Internet]. Madrid Comunidad Digital; 2019 [Consultado el 15 de abril de 2019]. Disponible en: <http://cort.as/O-BB>
39. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales. BOE, 6 de diciembre de 2018, núm. 294, p.119788-119857.
40. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. BOE, 24 de mayo de 2011, num.123, p. 51802-51822.
41. McDowell I. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. 3^a ed. Oxford, NY: Oxford University Press; 2006.

10. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación desarrollado por Diego Donate Osorio, estudiante de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid, y tutelada por M^a Teresa Arguello.

Entiendo que fui elegida/o para el estudio cuantitativo descriptivo transversal para la percepción de los profesionales de Enfermería de la adherencia terapéutica de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia en las Unidades de Salud Mental de hospitales adscritos a la Universidad Autónoma de Madrid.

Además doy fe que estoy participando de manera completamente voluntaria y que la información que apporto es anónima y confidencial, por lo que no se revelará a otras personas, no afectando mi situación personal, ni de salud. Y para que los resultados sean lo más confiable posible al estudio, el acceso será restringido para los investigadores, por lo que es de vital importancia la honestidad en sus respuestas. Este trabajo no presenta riesgos para el/la participante. Por este documento, yo....., en pleno uso de mis facultades mentales, me ofrezco a participar en el estudio.

Fecha: de..... 2019

Firma:

Anexo 2: Cuestionario sociolaboral

Este cuestionario es anónimo, no debe poner su nombre ni firmarlo. A continuación, le presentamos una serie de elementos relacionados con variables sociolaborales. Debe marcar la casilla correspondiente con una X donde proceda. En caso de disponer del grado de Experto o de Master, especificar en el apartado correspondiente.

Sexo	- Mujer	<input type="checkbox"/>
	- Hombre	<input type="checkbox"/>
	- No contesta	<input type="checkbox"/>
Edad	Nº de años:	
Nivel de estudios	- Diplomatura en Enfermería	<input type="checkbox"/>
	- Grado en Enfermería	<input type="checkbox"/>
	- Experto*	<input type="checkbox"/>
	- Máster*	<input type="checkbox"/>
	- Doctorado en Enfermería	<input type="checkbox"/>
	- Especialidad en Enfermería	<input type="checkbox"/>
Especificar Experto o Master*		
Experiencia en Unidad de Salud Mental	Nº de años:	
Especialidad en Enfermería de Salud Mental	SÍ	NO
Tipo de contrato:	- Estatutario	<input type="checkbox"/>
	- Interino	<input type="checkbox"/>
	- Temporal	<input type="checkbox"/>
	- Baja laboral	<input type="checkbox"/>
	- Baja maternal	<input type="checkbox"/>
	- Eventual	<input type="checkbox"/>
Turno de trabajo	- Mañana	<input type="checkbox"/>
	- Tarde	<input type="checkbox"/>
	- Noche	<input type="checkbox"/>
	- Mañana/noche	<input type="checkbox"/>
	- Tarde/noche	<input type="checkbox"/>
Hospital en el que trabaja	- H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	<input type="checkbox"/>
	- H.U. La Paz	<input type="checkbox"/>
	- H. Dr. Rodríguez Lafora	<input type="checkbox"/>
	- H. U. de la Princesa	<input type="checkbox"/>
	- H. Infantil Niño Jesús	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 3: Cuestionario de competencias.

Este cuestionario es anónimo, no debe poner su nombre ni firmarlo. A continuación, le presentamos una serie de elementos relacionados con los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales de enfermería. Debe marcar la casilla correspondiente con una X donde proceda.

	SI	NO	N/C
1. ¿Considera importante el papel de los profesionales de enfermería en la adherencia terapéutica del paciente diagnosticado de esquizofrenia?			
2. ¿Considera importante el manejo de la familia por parte de los enfermeros/as en este tipo de pacientes?			
3. ¿Cree que tiene importancia una formación específica en Salud Mental en los profesionales de enfermería?			
4. ¿Conoce los recursos extrahospitalarios existentes en su CCAA?			
5. ¿Basa en la evidencia las decisiones que toma para mejorar la adherencia terapéutica?			
6. ¿Considera importante la comunicación interprofesional para la mejora de la adherencia terapéutica?			
7. ¿Cree tener conocimientos suficientes en el campo de la Salud Mental para un buen desarrollo de los cuidados en este tipo de pacientes?			
8. ¿Cree necesaria la Especialidad en Salud Mental de Enfermería para un correcto desarrollo de su trabajo?			
9. ¿Considera que el desempeño del trabajo de los enfermeros/as es mejorable en su Unidad?			
10. ¿Considera que existe una buena coordinación entre los diferentes profesionales en su Unidad (médicos, auxiliares, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales)?			
11. ¿Considera que el sexo tanto del paciente como del profesional de enfermería tiene relación con el desarrollo de la adherencia terapéutica?			
12. ¿Utiliza la relación terapéutica como instrumento de relación y comunicación con este tipo de pacientes?			
13. ¿Considera que utiliza el pensamiento crítico cuando realiza juicios profesionales?			

14. ¿Considera que aplica cuidados de enfermería dirigidos a la familia?			
15. ¿Considera que aplica cuidados de enfermería dirigidos a grupos?			
16. ¿Considera que realiza labores de promoción y prevención de la Salud Mental.			
17. ¿Considera tener los conocimientos necesarios para el correcto manejo de la medicación específica en Salud Mental?			
18. ¿Cree que favorece la continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales?			
19. ¿Programa planes de cuidados de enfermería en los pacientes a nivel comunitario?			
20. ¿Utiliza la visita domiciliaria como intervención terapéutica?			
21. ¿Considera que realiza labor educativa con los pacientes y sus familiares?			
22. ¿Realiza labores de formación en Salud Mental a futuros profesionales?			
23. ¿Realiza labores de formación en Salud Mental a otros profesionales?			
24. ¿Ha realizado o participado en investigaciones en el campo de la Salud Mental?			
25. ¿Ha realizado divulgación científica de alguna manera?			
27. ¿Considera que participa en la organización de su Unidad de Salud Mental?			
28. ¿Cuál considera que es la habilidad, conocimiento o actitud fundamental a la hora del relacionarse con el tipo de pacientes que se describe en este estudio?			

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 4: Cuestionario de dificultades.

Este cuestionario es anónimo, no debe poner su nombre ni firmarlo. A continuación, le presentamos una serie de elementos relacionados con la adherencia terapéutica. Debe clasificar su grado de dificultad utilizando una escala de 1 a 15 donde 1 significa “ninguna dificultad” y 15 “máxima dificultad”. Rodee con un círculo el valor que considere.

	NIVEL DE DIFICULTAD														
1. Conseguir que el paciente genere adherencia terapéutica.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2. Comunicación verbal con el paciente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3. Comunicación no verbal con el paciente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4. Comunicación interprofesional (Medicina, Auxiliares Enfermería, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
5. Aplicar cuidados de enfermería en base a unos criterios de calidad en su Unidad.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
6. Dispone de estructura física que permita una comunicación íntima con el paciente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
7. Manejo y relación con familiares del paciente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
8. Si existe alguna dificultad en particular que usted considere que se presenta en su trabajo y que no se ve reflejada en las anteriores preguntas, exprésela a continuación:															

Muchas gracias por su colaboración.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, María Teresa Argüello López por su ayuda inestimable y su paciencia a lo largo de la elaboración de este trabajo.

A la Universidad Autónoma de Madrid por formarme durante estos años.

A los profesionales de enfermería de las unidades en las que he estado en los rotatorios de prácticas, que han contribuido enormemente en mi proceso de aprendizaje.