



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

**Consciencia de enfermedad y adherencia
al tratamiento en enfermos con
esquizofrenia**

Alumno: Ismael Navarro Oreja

Director: Calixto Plumed Moreno

Madrid, 3 mayo de 2023

Índice:

Resumen	4
Abstract	5
Presentación	6
Estado de la cuestión.....	7
1 Fundamentación, antecedentes y actual del tema.....	7
1.1 Metodología de la búsqueda	7
1.2 Epidemiología	7
1.3 Concepto esquizofrenia	8
1.4 Adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia	13
1.5 <i>Insight</i> en la esquizofrenia	17
2 Justificación.....	20
3 Población y captación	21
3.1 Población diana.....	21
3.2 Captación	21
4 Objetivos.....	22
4.1 Objetivo general	22
4.2 Objetivos específicos	22
5 Contenidos	23
6 Sesiones.....	24
7 Evaluación.....	31
7.1 Evaluación de la estructura y el proceso.....	31
Bibliografía.....	32
Anexos.....	35
Anexo 1: Escala 8 ítems Morisky Medication Adherence Scale o MMAS-8.....	36
Anexo 2: Escala Inventario de actitudes hacia la medicación 10 ítems	37
Anexo 3: Escala cuestionario creencias sobre los medicamentos	38
Anexo 4: Escala informativa de cumplimiento de la medicación	39

Anexo 5: Póster.....	40
Anexo 6: Tríptico	41
Anexo 7: Consentimiento Informado	42
Anexo 8: Documento Evaluativo Pre-Taller Educativo	43
Anexo 9: Cuestionario sesión 1	44
Anexo 10: Cuestionario sesión 2	45
Anexo 11: Cuestionario sesión 3	46
Anexo 12: Cuestionario sesión 4	47
Anexo 13: Cuestionario sesión 5	48
Anexo 14: Cuestionario Final Taller Educativo	49
Anexo 15: Cuestionario Post-Taller	50

Resumen

Introducción: Teniendo como partida la salud mental, el paciente con esquizofrenia muestra una dificultad en la percepción de su realidad. Esta diferencia de realidad la catalogamos como pobre *insight*, la cual dificulta la terapia y procesos de la enfermedad con estos pacientes. Desde aquí y con este trabajo, se intenta poner en evidencia la relevancia y correlación que hay entre consciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Estos dos puntos son esenciales y primordiales en la obtención de un resultado adecuado ante una enfermedad degenerativa y crónica.

Objetivo: El principal objetivo motivacional sobre este proyecto es la obtención de percepción individual sobre la enfermedad, haciéndose partícipes de la evolución de la patología, así como la importancia de mantener un tratamiento crónico para poder tener una vida adecuada y no evidenciar ingresos indeseados por incumplimiento terapéutico.

Metodología: Se ha realizado un proyecto educativo con la obtención de información actual mediante una búsqueda sobre artículos, teniendo como estado principal la adherencia al tratamiento, *insight* y el concepto de esquizofrenia.

Implicaciones para la práctica de la Enfermería: Este proyecto plantea en enfermería como una parte esencial de forma directa, mediante educación para la salud, enfocándola en la importancia del cumplimiento terapéutico.

Palabras clave: Salud mental; Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Esquizofrenia; Abandono del tratamiento; Consciencia.

Abstract

Introduction: Taking mental health as a starting point, the patient with schizophrenia shows a difficulty in the perception of his reality. We classify this difference in reality as poor *insight*, which hinders therapy and disease processes with these patients. The aim of this investigation is to highlight, we try to highlight the relevance and correlation between awareness of disease and adherence to treatment. These two points are essential and fundamental in obtaining an adequate result against a degenerative and chronic disease.

Objective: The main motivational objective of this project is to obtain individual perception of the disease, becoming participants in the evolution of the pathology, as well as the importance of maintaining chronic treatment in order to have an adequate life and not show unwanted admissions due to therapeutic non-compliance.

Methodology: It makes an educational project to obtain current information, a search was carried out on articles with adherence to treatment, *insight* and the concept of schizophrenia as the main status.

Implications for nursing practice: This project raises nursing as an essential part directly, through health education, focusing on the importance of therapeutic compliance.

Keywords: Mental health; Compliance and adherence to treatment; Schizophrenia; Treatment-resistant patients; Awareness.

Presentación

Empezando y teniendo como punto de partida la salud mental en el mundo, podemos identificar la falta de comprensión actual y medios materiales para usuarios con problemas y enfermedades mentales. Uno de estos problemas se enfoca en enfermedades crónicas como la esquizofrenia, la cual, aunque ha sido muy estudiada se identifica un alto porcentaje de una pobre consciencia de enfermedad y falta adherencia al tratamiento por usuarios que padecen esta patología. El resultado de la falta de estos dos puntos anteriores produce una repercusión con ingresos innecesarios y recidivas de la enfermedad.

Como cuidados de enfermería y como trabajo desde el ámbito enfermero, se propone dar la importancia en la captación de la enfermedad, en primera persona, y la prevalencia en la consciencia de enfermedad. Consciencia que, una vez conseguida junto con el trabajo sobre la adherencia al tratamiento, dan resultados favorables ante la evolución de su patología.

Estas pautas, tanto consciencia de enfermedad como adherencia al propio tratamiento, es puro trabajo de enfermería, el cual se hace difícil por las diversas fases de la enfermedad mental.

Desde enfermería se propone un trabajo arduo con la progresión de la enfermedad y, partiendo con las mencionando particularidades de la evolución, es aquí donde se pone en conocimiento la importancia en un proceso enfermo con el trabajo de este proyecto, el cual va encaminado a darle valor a que el paciente sea consciente de su propia realidad y de la repercusión de medidas terapéuticas en su proceso de enfermedad.

Como agradecimiento, quiero poner en conocimiento con este trabajo el agradecer a todos mis compañeros en el ámbito laboral, por el cual me han dado un aprendizaje con la salud mental. Aprendizaje que me ha llevado a realizar y evidenciar la importancia a estos dos puntos del trabajo.

Por último, quiero dedicar estas últimas líneas al apoyo incondicional que he tenido por parte de mi familia, la cual ha estado en todo momento dándome fuerzas para conseguir este objetivo y sueño. Muchas gracias por todo y parte de este trabajo también ha sido vuestro.

Estado de la cuestión

1 Fundamentación, antecedentes y actual del tema

1.1 Metodología de la búsqueda

Seguidamente se realiza una explicación de los temas más importante, con la intención de argumentar y esclarecer la relevancia del trabajo escogido.

La búsqueda de artículos bibliográficos se ha realizado mediante las plataformas de base de datos Dialnet, Medline, Google académico, PsycInfo, Elsevier, Psycodoc y Scielo. Utilizando palabras claves: adherencia, salud mental, *insight*, esquizofrenia, adherencia al tratamiento.

Los descriptores para la búsqueda bibliográfica según descriptores de ciencias de la salud MeSH y DeCS han sido según la Tabla 1:

MeSH	DeCS
Mental Health	Salud mental
Treatment Adherence and Compliance	Cumplimiento y adherencia al tratamiento
Schizophrenia	Esquizofrenia
Patient Dropouts	Pacientes desistentes al tratamiento
Conscience	Consciencia

Tabla 1. MeSH y DeCS/ palabras claves. Elaboración propia.

1.2 Epidemiología

Esquizofrenia

La prevalencia de la enfermedad está entre un 0.5% y 1,5% de la población, este porcentaje se ha documentado que puede ser menor en países en vías de desarrollo. En algunos estudios incluso, puede variar la prevalencia de esta enfermedad dentro de un mismo país, siendo así diferente a nivel local y dependiendo de barrios de una misma población.

Una variante significativa es la prematuridad en el debut de la enfermedad para los hombres. Siendo por igual en mujeres y hombres, sí que se puede ver la prematuridad en el debut de la enfermedad en el sexo masculino en comparación con el femenino (1).

Factores desencadenes, según algunos estudios epidemiológicos, establecen una concordancia con el desarrollo temprano cerebral, pudiéndose dar en la adolescencia y en edad adulta, donde se pone el ejemplo del consumo de marihuana, el cual está vinculado a ser un factor desencadenante. Otros factores pueden ser:

- Ambientales: estos son de carácter afectivo en la gestación o alumbramiento. Ejemplo de ellos son virus herpes simple, gripe, rubeola, toxoplasmosis, niveles de

vitamina D, incompatibilidad de Rh, extracción con aspiración del bebe, pre-eclampsia, hipoxia, fallecimiento de familiar cercano en el 1er trimestre (a consecuencia del motivo genera un estrés), falta de hierro en la madre.

- Inmunológico: enfermedades que afectan al sistema inmunológico (hepatitis autoinmune, artritis, síndrome reumatoide, enfermedad de Crohn)
- Traumatismos craneoencefálicos, epilepsia, fiebres con estado de convulsión en la etapa de niñez y deformaciones pronunciadas.
- Historia familiar: se puede denominar el factor individual con más importancia. Teniendo como antecesores y herederos de la esquizofrenia a padres, hermanos o madres, incluso los dos progenitores, son un factor importante para padecer esquizofrenia (2).

La edad donde se inicia la enfermedad predomina en la adolescencia o comienzo de la edad adulta donde, como antes se ha descrito, hay una significación temprana en el sexo masculino. Se puede decir que, entre el 20% y 40% de los síntomas psicóticos primarios debutan anterior a los 20 años, y en mujeres entre los 25-30 años

Con respecto a los factores genéticos, se puede decir que hay una prevalencia de un 10% en las descendencias de primer grado, mientras que de segundo grado el porcentaje decae hasta el 3% (1).

Como conclusión podemos decir que la esquizofrenia, independientemente en la forma de aparición y proceso de la enfermedad, tiene una mayor frecuencia en los hombres (4,5%) que en las mujeres (2,9%).

Se puede hacer una diferencia entre edades, puesto que la frecuencia con un alto predominio por edades es más relevante entre los 20 y 49 años de edad, doblándose en comparación en últimas edades, y donde a partir de 65 años se produce una igualdad. Teniendo en esta última franja un pequeño porcentaje más alto en la mujer (3).

1.3 Concepto esquizofrenia

Realizando una historia cronológica podemos decir que anterior al s.XIX, las enfermedades mentales se consideraban como algo místico, es decir, desgracia divina o posesiones demoniacas. El primer autor que referenció las alteraciones y trastornos de la vida diaria con la realidad fue Morel, el cual por medio de un paciente adolescente basó la observación de su comportamiento y acuñó esta sintomatología como demencia precoz. No fue hasta finales del mención s.XIX cuando psiquiatras como Kraepelin o Bleuler, con la psiquiatría moderna, les dan un nuevo enfoque a las enfermedades mentales.

Según Kraepelin redefinió el termino demencia precoz refiriéndose a un temprano inicio, con una evolución hasta el deterioro y ausencia de psicosis maniaco-depresiva. Con esta terminología de demencia precoz Kraepelin, realizó una clasificación pionera, denominadas

paranoides, catatónica y hebefrénica. Esta clasificación desemboca en los tipos de esquizofrenia actual.

Para llegar al termino esquizofrenia se debe hablar del psiquiatra Bleuler. Él fue el que denomino esquizofrenia a la progresión de la, hasta entonces, demencia precoz. Y esto fue sucedido por el no siempre deterioro de la enfermedad, dado que atajando la patología a tiempo puede curarse.

Tipos de esquizofrenia se especifican en la Tabla 2:

TIPOS	DEFINICIÓN
Paranoide	Tenencia abundante de ideas y/o alucinaciones auditivas.
Catatónica	Numerosa tendencia de síntomas negativos (catalepsia, negativismo, mutismo).
Desorganizada	Actuaciones desorbitadas de sus conductas, teniendo una afección indiferenciada, conllevando a no saber actuar de una manera correcta en el día a día.
Indiferenciada	Tipo de esquizofrenia para cuando no se puede identificar con claridad con alguno de los otros tipos anteriormente descritos.
Residual	Cuando no existe la presencia o hay una leve presencia de síntomas como delirio, alucinaciones, negativismo, mutismo, catalepsia, etc.

Tabla 2. Tipos de esquizofrenia. Elaboración propia basada en Esquizofrenia, cuaderno de Tomás, German Abeleira Padín (4).

Basándonos en la clasificación que realiza la neuropsicología podemos identificar dos etapas:

- Esquizofrenia Tipo I: basada en el predominio existente de síntomas positivos, de los cuales podemos definir como delirios y alucinaciones.
- Esquizofrenia Tipo II: basada en dominio de los denominados síntomas negativos como son: anhedonia, incapacidad de mostrar y expresar emociones o sentimientos, baja actividad física, etc. (4).

La OMS en la actualidad define a la salud mental como un estado de bienestar, el cual permite afrontar situaciones de estrés, desarrollar habilidades propias, aprender y trabajar correctamente, contribuyendo así a la mejora de su comunidad. Concretando que, la salud mental es básica en la salud y bienestar para las decisiones individuales o colectivas (5).

Partiendo de ahí, tomamos una descripción sobre la esquizofrenia, la cual se expone en el CIE 11 la siguiente definición: *“La esquizofrenia como otros trastornos psicóticos primarios tienen en común una distorsión del juicio de la realidad, bien sea por alteraciones del comportamiento, manifestadas por medio de síntomas positivos, como: delirio, alucinaciones continuas, desorganización del pensamiento (con un lenguaje desorganizado), desorganización del comportamiento. Se manifiestan también síntomas negativos como; abulia, alteraciones psicomotoras. La intensidad y frecuencia de estos síntomas se disponen fuera de lo esperado, según las normas culturales o subculturales. La sintomatología que aparece no viene dada por otro trastorno o por una alteración del comportamiento (ánimo, delirium, consumo de sustancias, etc.)”* (6).

Como otro concepto de esquizofrenia podemos destacar la definición del manual diagnóstico y estadístico de la American Psychiatric Association, en el que hace referencia a la esquizofrenia como un trastorno psicótico. Como otro concepto, es donde los facultativos hacen referencia y definen a la esquizofrenia con una alteración en la función de la dopamina, la cual ha sido durante años anteriores prueba objetiva para optar como primera definición.

Cabe destacar que el manejo de los antipsicóticos va enfocados a la regulación de la dopamina y, no solo estos neurotransmisores son los que se ve envueltos en los procesos de psicosis. Con todo ello podemos concretar que, en la patología de la esquizofrenia se sufre un estado de psicosis, pero también en otras patologías como depresión, trastornos de ansiedad y abusos de sustancias, donde pueden también aparecer la psicosis.

Para concretar y ser más precisos procedemos a decir que, la esquizofrenia es un trastorno del desarrollo en funciones cerebrales, pudiendo afectar a otras partes del cuerpo, entre las que pueden aparecer psicosis. Esta vinculación entre la patología de esquizofrenia con la aparición siempre de psicosis puede parecer engañoso (7).

La sintomatología según DSM-5 se expresan en la siguiente Tabla 3:

SÍNTOMAS	DEFINICIÓN
Delirios	Presencia que percibe el individuo de una idea fija, sin que esta sea veraz en la realidad, siendo difícil de revertir mediante pruebas. Los delirios pueden ser: - Persecutorios: referentes a la presencia viva del individuo de malestar y acoso por acción de otra persona, grupo u organización - Referenciales: se identifican con acciones del entorno que nos rodea, conversaciones, acciones meteorológicas,

gestos, etc. Son percibidas por el individuo como actos dirigidos hacia él.

- **Grandeza:** el individuo cree que tiene riqueza, habilidad o es persona de renombre dentro de la sociedad
- **Erotomaniaco:** hace referencia al amor. El individuo percibe de una forma errónea la sensación de que otra persona está enamorada de él.
- **Nihilista:** percepción y creencia por el propio individuo de que surgirá una catástrofe.
- **Somáticos:** encaminados a la inquietud de la salud y órganos.
- **Extravagantes:** referentes a sucesos o actuaciones no acordes a la vida normal.

Los delirios referentes hacia los pensamientos y robo de estos son denominados delirios extravagantes.

La diferencia entre delirio y creencia es la convicción de que, aun teniendo aclaraciones y razones que se oponen a ellas, estas se mantienen.

Alucinaciones	Percepción que un individuo tiene sin que haya un aliciente motivador. Se percibe como una situación real y se muestra con un control involuntario. Las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia. Hay que diferenciarlas por medio del contexto donde se den, puesto que las que se dan durante el sueño se consideran de ámbito normal.
Pensamiento desorganizado	Se identifica mediante el curso del habla del individuo. Este puede ser en modo descarrilamiento, no teniendo nada que ver un tema con el otro, y teniendo una dificultad de comunicarse.
Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo	Es un comportamiento con dificultades para realizar una vida normal, desde comportamientos infantiles hasta la agitación no predecible. Se incluye en esta sintomatología la presencia de comportamiento catatónico, el cual son acciones que se llevan desde la negativa a realizar instrucciones hasta la acción mantenida de la postura, así como acciones exageradas y extravagantes, como mutismo o la negativa ante estímulos verbales o motores.
Síntomas negativos	Es una sintomatología vinculada a la patología, teniendo una presencia mayor en este que en otras enfermedades. Dentro de esta sintomatología están:

- **Expresión emotiva disminuida:** nivel bajo de las emociones de la cara, contacto acular, habla, cabeza, cara y movimientos de la mano.
- **Abulia:** decrecimiento de actividades por iniciativa propia. Puede permanecer periodos largos, teniendo un interés bajo y escasa participación en especto tanto sociales como laborales.
- **Alogia:** evidenciado por la disminución del habla.
- **Anhedonia:** manifestación de la disminución del placer ante acontecimientos o estímulos que antes eran placenteros y ahora no muestran placer.
- **Asociabilidad:** bajo interés por las relaciones o interacciones sociales.

Tabla 3. Sintomatología según DSM-5. Elaboración propia a partir de DSM-5 (8).

Según el DSM V, la clasificación para el diagnóstico es referente a la sintomatología. Este lo define como esencial la presencia y predominio de 2 o más síntomas (delirios, alucinaciones o discurso desorganizado) duraderos en un tiempo estimado de un mes. Estos signos continuos deben persistir mínimo 6 meses (incluyendo la sintomatología anteriormente descrita o menos, si se ha tratado con éxito). También hace referencia sobre el ámbito del paciente, pudiendo ser este el laboral, familiar, relaciones personales, etc. Esta desorganización debe ser evidente y diferenciada antes de darse dicho deterioro.

Como forma excluyente se corrobora los efectos fisiológicos que se puede padecer por consumo de sustancias u otra afectación por medicamentos (8).

La esquizofrenia se hace presente de una forma oculta sobre la conducta habitual y accidentada. Teniendo unas fases antecesoras a episodios con síntomas más clínicos, su desarrollo puede ser lento y de forma gradual. Las situaciones prodrómicas pueden ser, por ejemplo: bajo rendimiento o desinterés escolar, comportamiento de ira ante situaciones anteriormente normales, estado de dejadez en la higiene corporal, etc. Estas situaciones son, normalmente, comprendidas o evidenciadas por las familias o personas de convivencia, las cuales pueden ser difíciles de interpretar (9).

Podemos realizar una clasificación de los síntomas de la patología en:

- Síntomas positivos: son denominados síntomas productivos, ya que marcan la diferencia en el comportamiento con lo que se puede decir que son visibles en la fase aguda de la enfermedad. Estos síntomas son alucinaciones y delirios.
- Síntomas negativos: es la sintomatología derivada de la evolución de la enfermedad, basándose en un deterioro en las áreas de cognición, motivación, aislamiento social, etc. Dentro de estos síntomas podemos hacer una clasificación.

Denominando síntomas negativos primarios son: los ya mencionados y vinculados a la progresión de la enfermedad. Los síntomas negativos secundarios son: depresión, aislamiento social o efectos de la medicación (10).

Antecedentes a los síntomas anteriores son, los síntomas básicos en la esquizofrenia. Basados en síntomas no observables externamente y hacen referencia a molestias subclínicas débiles. Los síntomas básicos son percibidos por el paciente de forma extraña e infrecuentes donde se pueden dar, ya bien sea en una fase primaria de inicio de la enfermedad, así como en la fase prodrómica o episodios psicóticos. Una vez instaurados los síntomas pueden ser reversibles, pero sí que son importantes y esenciales en la observación y antelación de las fases anteriormente señaladas. Estos síntomas básicos pueden ser alteraciones en el lenguaje, percepción, memoria, psicomotricidad, tolerancia al estrés, etc. Estos síntomas son percibidos y reconocidos por el paciente, por lo que se pueden diferenciar de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (11).

El inicio del tratamiento es esencial, sobre todo en los 5 primeros años del debut de la enfermedad. Es primordial, dado que en este tiempo es cuando procede el mayor cambio neurofisiológico del trastorno mental, esto lo hace importante ya que el tratamiento adecuado, en este corto periodo de tiempo, hace que se puedan evitarse mayores problemas (12).

La elevada prevalencia ante enfermedades asociadas a la esquizofrenia es evidente. Podemos incidir en que una amplia mayoría de pacientes tiene asociado un hábito tabáquico de forma habitual. La prevalencia de otras enfermedades como trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico o trastornos de ansiedad son superiores en relación con la población general.

La suma de hábitos poco saludables hace recortar la esperanza de vida, por consiguiente, teniendo la aparición de enfermedades como diabetes, síndrome metabólico, obesidad, enfermedades cardíacas y pulmonares (8).

El tener presente la comorbilidad de la esquizofrenia reduce los costes que produce esta enfermedad en el sistema sanitario. Por ello el tener intervenciones preventivas sobre el consumo de tabaco, tóxicos y depresión, teniendo siempre en cuenta al paciente, reduce el coste sanitario. Siendo necesario desarrollar programas de educación y concienciación, tanto a pacientes como personal sanitario, haciéndoles comprender la relevancia en mejorar la salud física y disminución de factores de riesgos (13).

1.4 Adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia

Para una presentación sobre el tema, podemos empezar sobre las siguientes definiciones. Como definición de tratamiento podemos concluir lo siguiente: *“Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad”* (14).

Sobre la Adherencia al tratamiento se define como, grado por el que una persona cumple la orden pertinente manifestada y prescrita por el facultativo (15).

Así podemos entender que la adherencia es la implicación en las indicaciones, pautas o advertencias que son emitidas por el facultativo para el control de una enfermedad. El no cumplimiento de todas estas indicaciones produce un complejo problema, del cual debemos saber la repercusión de las medidas incumplidas y la repercusión que tendrán, esto es lo que se denomina falta de adherencia (16).

El problema que surge con la no adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia es el resultado de un aumento en las recidivas y con ello, un crecimiento en los ingresos en procesos agudos.

Algunos procesos de la problemática sobre la adherencia al tratamiento, en base a la enfermedad son, la cronicidad de enfermedad, el *insight* y el propio estigma social ante la salud mental. Con todo ello podemos aclarar algunas circunstancias causantes relacionados a la mala adherencia al tratamiento, con respecto a:

El paciente:

- La gravedad de los síntomas.
- Una conciencia de enfermedad escasa.
- Consumo irracional de sustancias tóxicas.

La Enfermedad:

- La progresión de la patología, así como, la morbilidad asociada a ella.

El entorno:

- Un soporte escaso a nivel familiar como social.
- Ambiente social y económico escueto.
- Convivencia familiar inadecuada, basado en un clima poco óptimo.

Medicación:

- El tratamiento produce efectos secundarios incapacitantes (17).

El incumplimiento del tratamiento sigue siendo un problema de primer orden en la esquizofrenia. Las tasas de adherencia en los pacientes tratados por enfermedades crónicas de cualquier especialidad oscilan entre el 43% y el 78%, aunque las tasas de adherencia en esquizofrenia son muy variables según los estudios, en una revisión de 10 estudios publicados se ha estimado una tasa media del 41,2%.

Teniendo en cuenta los avances en la ciencia para la investigación de trastornos o afecciones mentales podemos concluir que, aun así, es insuficientemente conocido.

Con todo ello podemos identificar el gran impacto que hay en relación con el no cumplimiento de ordenes terapéuticas, aumentando la relación de posibles riesgos. Estos riesgos pueden ser: aumentos de ingresos con una mayor frecuencia entre ellos, con lo que conlleva un

aumento de gastos sanitarios, aumento de riesgos de suicidio y con lo que confluye en una baja calidad a nivel personal y entorno familiar difícil (18).

Como concepto de tratamiento podemos observar una evolución hasta llegar al siglo XX con la aparición de los psicofármacos. Con todo ello, para poder determinar la propia dependencia de los usuarios con enfermedad mental, no se puede concluir con el correcto tratamiento farmacológico, si no que se abarcan y se elevan acciones rehabilitadoras psicosociales (17). La falta de adherencia al tratamiento entre los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia dificulta la remisión de los síntomas y la recuperación (19).

Existe cierto acuerdo en considerar que la falta de adherencia al tratamiento en las personas con enfermedad mental tiene importantes implicaciones: peor pronóstico, mayor número de hospitalizaciones, mayores tasas de recaídas o recurrencias, aumento tasas de suicidio y peor calidad de vida.

Como punto fundamental de la enfermería lo obtenemos en el problema, en mayor o menor medida, sobre la adherencia al tratamiento de usuarios afectados con trastornos psicóticos. Estos problemas van vinculados con actuaciones multidisciplinares, por medio de todo el equipo de trabajo. Con ello, el objetivo primordial para enfermería y como objetivo común es el abordaje integral, con una involucración de todos los profesionales de un equipo multidisciplinar (17).

La medición de la adherencia al tratamiento puede ser compleja, ya que presenta una dificultad de tener un sistema de evaluación preciso. Al no ser una evaluación precisa o concreta, presenta la necesidad de disponer varios de estos sistemas con la finalidad de complementarse uno con otros y así tener una valoración más concisa.

La medición mencionada debe ser fácil y que no conlleven un gran esfuerzo para interiorizarlos en la rutina diaria. La metodología para medir la adherencia se basa en métodos objetivos y subjetivos.

- Métodos objetivos: estos los podemos dividir en directos e indirectos.
 - o Directos: consiste en la valoración por medio de métodos analíticos (sangre, saliva, orina) a consecuencia la liberación de metabolitos por medicación prescrita por parte del facultativo, la cual presenta un determinado valor que indica la presencia o toma de medicamento por parte del paciente.
 - o Indirectos: son valoraciones que rodean la situación de la toma de medicación, estos se pueden dividir en:
 - Recuentos de comprimidos: se basa en el conteo de comprimidos. Realizando una comparación entre la dosis pautada con las pastillas que dispone. Esta técnica, a la vez de ser sencilla, presenta contras en la parte del que el paciente debe llevar consigo el medicamento, el paciente puede ser que

tome más de una medicación. Para llevar una supervisión se puede realizar una visita al domicilio, no concertada, para ver insitu el grado de adherencia.

- Técnica de monitorización: consiste en mecanismo electrónicos que identifican la apertura y cierre de, en este caso, pastilleros. Este mecanismo, incluso, pueden identificar la hora y/o fecha en la que se realiza la toma.
 - Base de datos en farmacias: consiste en el seguimiento, por medio de la tarjeta sanitaria, de retirada de medicación por parte del paciente. Esta técnica carece de total veracidad, ya que, solo nos identifica la retirada de medicación, no teniendo la evidencia del seguimiento correcto de la pauta.
- Métodos subjetivos: se basan en la valoración de la conducta del propio paciente. Teniendo un conocimiento de su propia enfermedad y del tratamiento. Se averigua y se intuye la adherencia al tratamiento por medio de la información volcada por el propio paciente, familiar responsable o facultativo de salud. Esta información se basa en la historia clínica, donde se presupone una estimación sobre la adherencia. La valoración sobre la adherencia al tratamiento se puede realizar mediante la metodología que se recoge por medio de cuestionarios (Escala 8 ítems Morisky de adherencia a los medicamentos (anexo 1), inventario de actitudes hacia la medicación de 10 ítems (anexo 2), cuestionarios de creencias sobre los medicamentos (anexo 3), escala informativa de cumplimiento de la medicación (anexo 4)), y estos a su vez proporciona una sencillez en la recogida de datos como una forma económica con respecto evaluar conclusiones (20,21).

Las estrategias para realizar una mejora en la adherencia al tratamiento, encontramos estrategias farmacológicas y no farmacológicas. Teniendo la primera estrategia la función de escoger el medicamento más adecuado en base a la posología, efectos adversos y preferencias del paciente, teniendo de utilidad antipsicóticos en forma de intramuscular con una liberación prolongada y evitando así el polifármaco.

Las estrategias no farmacológicas se basan en la psicoeducación, realizar estrategia en la relación de médico terapeuta con el paciente, en la cual se potencia las decisiones compartidas entre ambos sobre la enfermedad. Estas estrategias se han demostrado como eficaces, efectivas y eficientes (13).

1.5 *Insight* en la esquizofrenia

Para iniciar y comprender el concepto, introducimos la definición de *insight* como: “Conocimiento que tiene el paciente de que sus síntomas no son normales, que corresponden a una enfermedad y que es preciso tratar” (22).

El concepto de *insight* ha ido evolucionando, desde donde nos enfocábamos en lo meramente hecho de la introspección del individuo, hasta englobarlo en la interrelación de los sujetos con su propio entorno.

Sobre el *insight* podemos clasificarlo en dos apartados: el primero es el *insight* clínico, el cual se basa en tener características de introspección donde sí se puede tener autoconciencia para poder modificar actos y creencias que no son funcionales, teniendo esta capacidad para el cambio. El segundo apartado es el *insight* cognitivo, donde se obtiene la habilidad sobre el pensamiento de uno mismo, siendo consciente y teniendo la habilidad de autorreflexión (23). La falta de *insight* se sufre, no solo en la esquizofrenia, si no en todos los trastornos mentales. Enfocándonos a la esquizofrenia, sí que existe correlaciones entre las funciones cognitivas y de percepción, teniendo así facetas psicológicas, sociales y culturales. Las actitudes y comportamiento de los pacientes pueden ser influenciadas por deficiencias cognitivas, con esto podemos identificar que, la posibilidad del déficit de *insight* es a consecuencia de falta de habilidades metacognitivas (24).

También podemos decir o interpretar que el *insight* es una penetración a circunstancias vividas, siendo así crucial para la resolución de problemas. Tanto es así, que el concepto de *insight* se puede asociar al de la intuición, teniendo así la capacidad de comprensión y coherencia para la resolución de problemas. Podemos decir que el *insight* y la intuición están relacionados ya que mejoran la comprensión (25).

Basándonos en la esquizofrenia podemos decir que la variabilidad está en la presencia de psicosis o no. Teniendo esto presente, los pacientes que tiene psicosis es común una alteración del *insight*. Aun así, podemos identificar variables de *insight* en nuestros pacientes. Poniendo el enfoque en las áreas afectadas, podemos encontrarnos con una ausencia completa, sin necesidad de terapia ni tratamiento. Pacientes con ausencia parcial, en la que se puede admitir la enfermedad, pero no sintomatología asociada a la patología existente. Paciente que admiten la patología y sintomatología, pero no las manifestaciones producidas que padece el propio individuo a cambios en el entorno. Pacientes que admite reconocer la manifestaciones expuestas o reconocimiento de la sintomatología en épocas pasadas, pero no en la actualidad.

Un estudio realizado con 22 pacientes evaluó la relación del *insight* cognitivo entendiendo esta como capacidad de corregir interpretaciones y conclusiones inapropiadas. En este estudio el objetivo que pretendían era realizar una relación neuropsicológicas y clínicas del *insight*, con el funcionamiento diario de los pacientes. Los resultados fueron que a un mayor nivel de

inteligencia previa hace reconocer los errores y estar dispuestos a reconocerlas, mientras que el *insight* cognitivo tiene una influencia en las actividades diarias, dependiendo de la predisposición de los pacientes que tiene una mayor flexibilidad ante la adaptación de las exigencias de su entorno. Mientras que también como factor importante ante estas variabilidades está los síntomas negativos (26).

El déficit *insight* se puede considerar como principal problema para la persecución de la terapia. El problema se basa en la consciencia del paciente y que por ello tenga que mantener un tratamiento prolongado basado en el padecimiento de esta patología. Este déficit de *insight* conlleva unas consecuencias como; el incumplimiento de la medicación, acarreando una falta de adherencia al tratamiento. Todas estas consecuencias conllevan el agravamiento de los síntomas positivos de la enfermedad, el ninguneo o minimizar el tratamiento produce unas situaciones que finalizan con el abandono del tratamiento (23).

La falta de *insight* en pacientes con psicosis está determinada y estudiada por los síntomas correlacionados ante estas situaciones. La falta de control de impulsos, el elevado perfil hostil y baja consciencia de enfermedad, está relacionado con procesos psicóticos. Estudios comprueban que la falta del control de impulsos de un paciente está relacionada con la capacidad de introspección del usuario. Dando así una posibilidad ante las estrategias terapéuticas encaminadas a cuanto mayor es el *insight* del propio paciente, menor es el grado de hostilidad y mejor capacidad de gestionar impulsos (27).

Podemos decir que el *insight* es una manifestación multifacética, con lo que se puede ir cambiando con respecto a los diferentes episodios de vida. En la patología de la esquizofrenia tienen una relación sustancial la inconsciencia de enfermedad y los síntomas, donde esto hace que haya una relación bidireccional con el cumplimiento del tratamiento. En un estudio realizado con 248 pacientes con esquizofrenia se pudo sacar la conclusión de que, los síntomas de la esquizofrenia donde se aprecian un mayor desconocimiento para el *insight* eran: delirios, juicio social pobre, contacto visual inusual y malas relaciones sociales. Mientras que para los síntomas con una moderada atribución para el *insight* estaban: los delirios y trastornos del pensamiento. Teniendo de partida estos dos últimos síntomas, los pacientes que son conscientes de estas manifestaciones de la enfermedad tienden correctamente a atribuirlos a la patología, son conscientes de una enfermedad (28).

Como relación con el *insight* clínico se puede confirmar que la sintomatología causa un menor *insight* y que a menor *insight* decrece la adherencia al tratamiento concluyendo y repercutiendo en el aumento de la sintomatología. Por el contrario, al aumentar los niveles de psicopatología, se logran que haya un *insight* predictor sobre el aumento de la sintomatología (29).

La sintomatología mantiene una directa correlación entre los síntomas depresivos y desesperanza, dando así una mayor autoconciencia y donde, por lo contrario, podría

empeorar el ánimo de los pacientes produciéndose así conductas suicidas. En cambio, el aumento de *insight* se relaciona con una tasa menor de actos suicidas. Esto nos hace tener en cuenta la sintomatología depresiva para una prevención. Esta sintomatología hace prevalecer la consciencia de mantener un soporte para su recuperación, produciéndose así una mayor consciencia de enfermedad.

Otra parte de la sintomatología es la parte social y familiar, donde los pacientes con mayor *insight* tiene un entorno social normal, mientras que los pacientes que perciben unos síntomas psicóticos positivos son pacientes que viven solos (30).

El tratamiento del *insight* se puede clasificar en:

- Intervención Psicofarmacológica: la toma de medicación realiza una mejora en la consciencia de enfermedad, aunque se nos plante una repercusión con la adherencia al tratamiento, teniendo como primer problema, que la mejora del *insight* en pacientes tratados solos con la medicación es de un tercio, y el segundo problema está en la mencionada adherencia al tratamiento. Dado esta problemática se hace relevante la alternación de otras intervenciones terapéuticas que son complementarias.
- Intervención Psicoeducativa: son beneficiosas en la adquisición de obtener la aceptación de la patología y visualizar los problemas planteados. Estos problemas que se plantean son útiles para la obtención de mejorar intervenciones y así tener una mejora en su *insight*. El propósito de estas intervenciones es el conocimiento de la patología y tratamientos existentes.
- Intervención Cognitivo Conductual: se basa en la relación entre el terapeuta y paciente, facilitando la adherencia y haciéndose partícipes de la confrontación de la realidad. La terapia tiene como finalidad la ayuda al paciente, teniendo una aceptación de enfermedad y mostrándole las necesidades objetivas de la toma de medicación con seguimiento adecuado.

Identificamos así que, albergar las tres terapias anteriores con un cumplimiento terapéutico se concluye como la más efectiva. Se basa en intervenciones psicoeducativas y técnicas individuales, desarrollándose con ellas una relación de diálogo sobre medicación, promocionar beneficios y acontecimientos adversos.

Las etapas definidas para la terapia se disponen en tres fases: una primera, la cual trabajan las experiencias farmacológicas. Una segunda, basándonos en posiciones favorecedoras o perjudiciales del tratamiento. Como tercera fase, se tiene como objetivo la prevención y obtención de estrategias ante posibles crisis o situaciones comprometidas (31).

2 Justificación

Realizando una recopilación del apartado anterior, podemos ver una clara relación en la que encontramos estos dos aspectos fundamentales en el paciente, en correlación a la cronicidad y deterioro de su patología. Junto a ellos podemos observar el trabajo que, desde enfermería, se plantea con los pacientes con esta enfermedad. Nos planteamos un arduo y largo trabajo para poder recoger resultados aptos y beneficiosos ante la cronicidad de la patología.

Basándonos en el control del paciente, ante la toma de medicación y consciencia de enfermedad, podemos ver que es un aspecto y competencia propio, dado que la educación para la salud y comprobación de ella es un ámbito competente a enfermería.

La evidencia científica otorga importancia a la adherencia al tratamiento, en base a una repercusión, no solo propia en el entorno del paciente, sino a nivel económico, dado que el paciente con una mala adherencia al tratamiento repercute en el sistema sanitario con una multitud de ingresos.

La importancia del paciente con el *insight* ante una enfermedad y, lo que conlleva con síntomas consecuentes secundarios a esta, basa en la importancia de este trabajo para exponer la cronicidad de la esquizofrenia. Cronicidad por la cual es importante entender y hacer ver al paciente que los comportamientos y síntomas que percibe o expone, son fruto de su propia patología.

Por ello se ha escogido la modalidad de proyecto educativo. Dado la complejidad de los aspectos estudiados y prevalencia, de cara al enfoque cronológico de la enfermedad, se hace importante la capacidad de hacer llegar al mayor número de pacientes y, basándonos en los síntomas prevalentes y determinantes en el tiempo, podemos ver esencial el trabajo teniendo un alcance prevalente para ambos aspectos, obteniendo así una mejor calidad de vida.

3 Población y captación

3.1 Población diana

La población diana del presente proyecto educativo va dirigido a los usuarios institucionalizados del centro hospitalario San Juan de Dios de Ciempozuelos, calle Avda. San Juan de Dios N.º 1, 28350 Ciempozuelos (Madrid). Usuarios con patología de esquizofrenia, mayores de edad, pero con un nivel cognitivo conservado.

3.2 Captación

La captación se hará por medio de la unidad correspondiente perteneciente al área de Salud Mental del presente centro.

El método para la captación de usuarios a los que van dirigidos este proyecto para así fomentar la consciencia de la patología y adherencia al tratamiento será de la siguiente manera:

- Carteles: Serán colocados en las unidades del área de salud mental del centro hospitalario San Juan de Dios (Anexo 5)
- Tríptico: Será repartido por el facultativo de la unidad pertinente, perteneciente al área de salud mental del centro. En estas hojas se dará con carácter informativa sobre las sesiones, temario, así como la metodología empleada (Anexo 6).

4 Objetivos

4.1 Objetivo general

- Concienciación sobre el beneficio del conocimiento de la enfermedad y seguimiento del tratamiento.

4.2 Objetivos específicos

Área cognitiva:

- Conocimiento más exhaustivo de la enfermedad.
- Distinguir sintomatología y efectos secundarios.
- Describir problemas sobre la adherencia al tratamiento en el día a día.

Área afectiva:

- Expresar consciencia de la sintomatología.
- Verbalizar dificultades presentadas de la adherencia al tratamiento.

Área Habilidades:

- Demostrar aptitudes para el beneficio del tratamiento.
- Identificar sintomatología negativa.
- Demostrar beneficios del *insight*.

5 Contenidos

En el siguiente apartado se abarcan los contenidos a tratar durante las sesiones:

- **Información sobre la Esquizofrenia:** Identificación y explicación de la enfermedad.
 - Concepto Esquizofrenia y tipos.
 - Sintomatología.
 - Procesos de comorbilidad.

- **Adherencia al tratamiento:** Importancia del tratamiento.
 - Significado del término.
 - Entornos y factores problemáticos.
 - Beneficio adherencia al tratamiento.

- **Consciencia de enfermedad:**
 - Definición de *insight*.
 - Repercusión del pobre *insight*.
 - Beneficios del *insight*.

6 Sesiones

6.1 Planificación general

La realización del presente trabajo se formalizará en el centro San Juan de Dios en la unidad 06 “San Rafael”. Las sesiones tendrán una duración de aproximadamente 50 minutos, donde se escogerá el turno de mañana, por el hecho de encontrarse un mayor número de personal facultativo y así poderles hacer partícipes de la formación. La franja horaria estimada para la formación es de 11:00 a 12:00 horas. Las sesiones se impartirán una vez por semana, empezando el primer miércoles del mes de octubre de 2023.

A continuación, se especifica con más detalles la planificación, sesiones, lugar de celebración y docentes, incluyendo una planificación con las fechas posibles de las sesiones.

Lugar de celebración: El presente trabajo se realizará en la sala de conferencias de la unidad 06 “San Rafael” del centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid). Para la asistencia al taller será necesario que todos los usuarios hayan rellenado Consentimiento Informado (Anexo 7).

Número de usuarios: El grupo de participantes para las sesiones, será encaminado a realizarse sobre un grupo reducido, teniendo así un número no superior de 8 participantes. Con este número se identifica y se potenciará la atención del oyente, realizando una captación y dedicación sobre el paciente más personalizado y partiendo, para el profesional de salud, una mejora en realizar hincapié en factores más vulnerables de los participantes.

Docentes: Las sesiones serán impartidas por profesionales de la salud. Teniendo un mayor peso el personal de enfermería especialista en salud mental, con ayuda en las sesiones correspondientes del personal facultativo como puede ser, médico psiquiatra y psicólogo clínico.

Sesiones: La cantidad de sesiones a realizar será de un número de 5. Encaminadas a realizar dos sesiones para el concepto de esquizofrenia, dos sesiones para el concepto de adherencia al tratamiento y, por último, una sesión para el concepto y beneficios del *insight*.

Tiempo de sesiones: Las sesiones irán encaminadas a realizarse en un tiempo no superior a 50 minutos. Partiendo de las características de los usuarios a tratar será un tiempo aproximado, variando así los descansos en base a la concentración del grupo e identificando la implicación de los oyentes por cada sesión.

Regularidad de sesión: El periodo entre sesiones se estimará de 1 vez en semana, siendo el día elegido de la semana los miércoles. Teniendo en cuenta que la base del grupo sea la mayor afluencia de usuarios, se podrá postponer, si procede, en caso de que la afluencia del grupo se redujera a un número menor del 50%.

Evaluación: Desde la consulta del facultativo o departamento de enfermería, se realizará un requerimiento, por medio de prueba evaluativa, previa al comienzo de las sesiones. Basándonos en el concepto de salud y patología con la que parte el usuario y encaminándola para el máximo aprovechamiento en las próximas sesiones (Anexo 8).

Planificación de sesiones:

OCTUBRE 2023

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

NOVIEMBRE 2023

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

6. 2 Sesiones

1ª Sesión.	
Personal Sanitario: • Enfermero/a y Médico Psiquiatra.	Tiempo: • 50 minutos.
Objetivos que cumplir: - Conocimiento exhaustivo sobre la enfermedad.	
Contenidos.	Técnicas, materiales, tiempos, desarrollo del contenido.
Presentación.	• Tiempo: 15 minutos. • Técnica: “ovillo”. • Desarrollo: Por medio de un ovillo de lana y con la disposición de los participantes en círculo, se dispondrán a realizar la presentación de cada uno de ellos. Una vez presentado el participante pasará el ovillo a otro integrante del grupo, quedándose con parte del hilo y permaneciendo hasta el final de la presentación con ello. • Material: ovillo de lana.
Concepto de esquizofrenia.	• Tiempo: 20 minutos. • Técnica: Expositiva, como lección. • Desarrollo: Los docentes expondrán el concepto de esquizofrenia y sus tipos. Fomentarán que los participantes realicen preguntas para resolver dudas. • Material: Proyector, ordenador y archivo PowerPoint.
Descanso.	5 minutos.
Evaluación.	• Tiempo: 10 minutos. • Técnica: Cuestionario post-sesión (Anexo 9). • Desarrollo: Los participantes responderán al cuestionario correspondiente. Se atenderán dudas. • Material: Cuestionario y bolígrafo.

2ª Sesión.	
Personal Sanitario: Enfermero/a y Médico Psiquiatra.	Tiempo: 50 minutos.
Objetivos que cumplir: - Conocimiento exhaustivo sobre la enfermedad. - Identificar sintomatología negativa. - Distinguir sintomatología y efectos secundarios.	
Contenidos.	Técnicas, materiales, tiempos, desarrollo del contenido.
Sintomatología y proceso de comorbilidad de esquizofrenia.	Tiempo: 15 minutos. Técnica: Expositiva, como lección. Desarrollo: Se expondrán los síntomas de la patología, haciendo referencia a los más comunes. Se fomentará la exposición de experiencias personales de los participantes para así conseguir una realización de dudas. Material: Ordenador, proyector, pantalla para proyector y PowerPoint.
Video.	Tiempo: 20 minutos. Técnica: Visualización de video. Desarrollo: Se visualizará escenas concretas donde se desarrollan los síntomas de la esquizofrenia. Material: Proyector, ordenador, Conexión internet, video en Plataforma YouTube. Enlace: https://www.youtube.com/watch?v=ZPS5WxntqYM
Descanso.	5 minutos.
Evaluación.	Tiempo: 10 minutos. Técnica: Cuestionario post-sesión (Anexo 10). Desarrollo: Los participantes responderán al cuestionario correspondiente. Se atenderán dudas. Material: Cuestionario y bolígrafo.

3ª Sesión.	
Personal Sanitario: • Enfermero/a y Psicólogo Clínico.	Tiempo: • 50 minutos.
Objetivos que cumplir: - Describir problemas sobre la adherencia al tratamiento en el día a día. - Verbalizar dificultades presentadas de la adherencia al tratamiento.	
Contenidos.	Técnicas, materiales, tiempos, desarrollo del contenido.
Significado del término adherencia al tratamiento.	• Tiempo: 15 minutos. • Técnica: Expositiva, como lección. • Desarrollo: Se expondrán significado de adherencia al tratamiento. Se fomentará la exposición de experiencias personales de los participantes para así conseguir una realización de dudas. • Material: Ordenador, proyector, pantalla para proyector y PowerPoint.
Descanso.	10 minutos.
Entorno y factores problemáticos.	• Tiempo: 15 minutos. • Técnica: Expositiva, como lección. • Desarrollo: Explicación de factores y entornos problemáticos para la adherencia al tratamiento. • Material: Proyector, ordenador, archivo PowerPoint y conexión a internet.
Evaluación.	• Tiempo: 10 minutos. • Técnica: Cuestionario post-sesión (Anexo 11). • Desarrollo: Los participantes responderán al cuestionario correspondiente. Se atenderán dudas. • Material: Cuestionario y bolígrafo.

4ª Sesión.	
Personal Sanitario: • Enfermero/a y Psicólogo Clínico.	Tiempo: • 50 minutos
Objetivos que cumplir: - Demostrar aptitudes para el beneficio del tratamiento.	
Contenidos.	Técnicas, materiales, tiempos, desarrollo del contenido.
Beneficios de la adherencia al tratamiento.	• Tiempo: 15 minutos. • Técnica: Expositiva, como lección. • Desarrollo: Se expondrán beneficios de la adherencia al tratamiento. Se fomentará la exposición de experiencias personales de los participantes para así conseguir una realización de dudas. • Material: Ordenador, proyector, pantalla para proyector y PowerPoint.
Descanso	5 minutos
Beneficios de la adherencia al tratamiento.	• Tiempo: 20 minutos. • Técnica: Visualización de video y charla coloquio. • Desarrollo: Se visualizará video y se fomentará charla entre participantes y formadores sobre los beneficios del tratamiento. Teniendo constancia de inculcar aptitudes de beneficio de la adherencia. • Material: Proyector, ordenador, conexión a internet. Video en plataforma YouTube. Enlace: https://www.youtube.com/watch?v=nmXI750VS8o&t=33s
Evaluación.	• Tiempo: 10 minutos. • Técnica: Cuestionario post-sesión (Anexo 12). • Desarrollo: Los participantes responderán al cuestionario correspondiente. Se atenderán dudas. • Material: Cuestionario y bolígrafo.

5ª Sesión.	
Personal Sanitario: • Enfermero/a y Psicólogo Clínico.	Tiempo: • 50 minutos.
Objetivos que cumplir: - Demostrar beneficios del <i>insight</i>.	
Contenidos.	Técnicas, materiales, tiempos, desarrollo del contenido.
Definición de <i>Insight</i>. Repercusión del pobre <i>insight</i>.	• Tiempo: 15 minutos. • Técnica: Expositiva, como lección. • Desarrollo: Se expondrá el concepto de <i>insight</i> y problemática de su alteración. Se fomentará la exposición de experiencias personales de los participantes para conseguir una realización de dudas. • Material: Ordenador, proyector, pantalla para proyector y PowerPoint.
Descanso	5 minutos
Beneficios del <i>Insight</i>.	• Tiempo: 20 minutos. • Técnica: Visualización de video y charla coloquio. • Desarrollo: Se visualizará video y se fomentará charla entre participantes y formadores sobre los beneficios de la consciencia de enfermedad. • Material: Proyector, ordenador, conexión a internet. Video en plataforma YouTube. Enlace: https://www.youtube.com/watch?v=nY2odQhVGL0
Evaluación.	• Tiempo: 10 minutos. • Técnica: Cuestionario post-sesión (Anexo 13). • Desarrollo: Los participantes responderán al cuestionario correspondiente. Se atenderán dudas. • Material: Cuestionario y bolígrafo.

7 Evaluación

7.1 Evaluación de la estructura y el proceso

La evaluación del taller educativo se formalizará por medio de un cuestionario (anexo 14) una vez finalizado las sesiones, el cual será formalizado por parte de los participantes, teniendo unos apartados de:

- Número de sesiones.
- Materia y técnicas de las sesiones.
- Número de participantes.
- Condiciones del lugar escogido.
- Docente idóneo.

Todos los ítems expuestos en el apartado anterior irán especificados con la elección de los participantes en un grado de satisfacción de inadecuado, adecuado y excelente.

7.2 Evaluación de los resultados

Para la evaluación de resultados de los conocimientos concebidos por los integrantes del grupo, se formalizará mediante la evaluación de cuestionarios post-sesión.

- Evaluación mediante cuestionario pre-taller educativo: en este apartado se dispensará, por medio del profesional sanitario, el cuestionario a realizar antes del taller educativo (anexo 8). Con la intencionalidad de adecuar el grado del grupo.
- Evaluación mediante cuestionarios post-sesiones: en este apartado el profesional sanitario aportará el cuestionario correspondiente, una vez acabado la sesión (anexo 9, 10, 11, 12 y 13).
- Evaluación mediante cuestionario post-taller educativo: una vez finalizado el taller y pasado el tiempo de 6 meses, por medio del profesional sanitario, se dispensará un cuestionario (anexo 15), para identificar si los objetivos del taller han sido productivos y alcanzados.

Bibliografía

- (1) Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de, la esquizofrenia. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. Revista Información Científica 2015;93(5):1189-1206.
- (2) Gejman PV, Sanders AR. La etiología de la esquizofrenia. Medicina (Buenos Aires) 2012; 72(3):227-234.
- (3) Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria.
- (4) Abeleira Padín G. Esquizofrenia. Cuadernos del Tomás 2012; (4):151-172.
- (5) Organización Mundial de la Salud [Internet]. Por qué la salud mental debe ser una prioridad Suiza: 2022 [actualizado 17 junio 2022; acceso 17 abril 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- (6) CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. España; 2022 [actualizado enero 2023; acceso 26 de enero 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1683919430>
- (7) Kirkpatrick B. EL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA. Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2009; 2(3):105-107.
- (8) Psychiatric Association A. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed.: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- (9) Schultz SH, North SW, Shields CG. Schizophrenia: a review. Am Fam Physician. 2007; 75(12):1821-1829.
- (10) Queirós T, Coelho F, Linhares L, Telles-Correia D. [Schizophrenia: What Non-Psychiatrist Physicians Need to Know]. Acta Med Port. 2019; 32(1):70-77.
- (11) Miret S, Fatjó-Vilas M, Peralta V, Fañanás L. [Basic symptoms in schizophrenia, their clinical study and relevance in research]. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2016; 9(2):111-122.

- (12) Escamilla-Orozco RI, Becerra-Palars C, Armendáriz-Vázquez Y, Corlay-Noriega IS, Herrera-Estrella MA, Llamas-Núñez RE, et al. Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gac Med Mex*. 2021;157(Supl 4):S1-S12.
- (13) Crespo-Facorro B, Bernardo M, Argimon JM, Arrojo M, Bravo-Ortiz MF, Cabrera-Cifuentes A, et al. Effectiveness, efficiency and efficacy in the multidimensional treatment of schizophrenia: Rethinking project. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10(1):4-20.
- (14) Dicciomed [Internet]. España: Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico; 2004 [actualizado 2019; acceso 25 de febrero de 2023] Disponible en: <https://dicciomed.usal.es/palabra/tratamiento>.
- (15) Manual MSD versión para público general [Internet]. USA: Adherencia al tratamiento farmacológico - Fármacos o sustancias; 2022 [actualizada julio de 2022; acceso 17 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/f%C3%A1rmacos-o-sustancias/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-f%C3%A1rmacos/adherencia-al-tratamiento-farmacol%C3%B3gico>.
- (16) Buitrago F. [Therapeutic adherence. How difficult it is to comply!]. *Aten Primaria* 2011-07;43(7):343-344.
- (17) García MCP. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. *Revista de enfermería y salud mental* 2015; (1):16-22.
- (18) Ubago JG, García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Canut MTL, et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas españolas de psiquiatría* 2010; (Extra 1 (Suplemento)):1-45.
- (19) Díaz-Fernández S, López-Muñoz F, Fernández-Miranda JJ. Psychosocial and Pharmacological Approaches for Improving Treatment Adherence and Outcomes in People With Severe Schizophrenia: A 10-Year Follow-up. *J Psychiatr Pract*. 2021; 27(6):417-426.
- (20) De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* 2016; 7(1):25-30.
- (21) Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica* 2018; 59(3):163-172.

- (22) Psiquiatría [Internet] Insight (ingl); 1996 [acceso 25 de febrero de 2023] Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/insight>
- (23) Sotelo D, Grasso V, Meloni G. [The features of insight in schizophrenia, a bibliographic review]. Vertex. 2021; XXXII(151):71-78.
- (24) Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. Psychiatriki 2019; 30(1):13-16.
- (25) Bertolín Guillén JM. Importancia del insight y la intuición en la psicopatología actual. Norte de Salud Mental 2021; 17(65):72-76.
- (26) Expósito MS, Felipe-Castaño E. Cognitive insight, neurocognition and life skills in patients with schizophrenia. Psicothema 2018; 30(3):251-256.
- (27) Lera Calatayud G, Herrero Sebastián N, Aguilar García-Iturrospe E, González Piqueras JC, Sanjuan Arias J, Leal Cercós C. Relación entre insight, violencia y diagnóstico en pacientes con psicosis. Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2012; 5(1):43-47.
- (28) Pousa E, Ochoa S, Cobo J, Nieto L, Usall J, Gonzalez B, et al. A deeper view of insight in schizophrenia: Insight dimensions, unawareness and misattribution of particular symptoms and its relation with psychopathological factors. Schizophrenia Research 2017; 189:61-68.
- (29) Vergara S, Hernández D, Manríquez Salles C. Metacognición e Insight en Esquizofrenia 2020; XXXVII:83-90.
- (30) Andreu Pascual M, Vilaplana Pérez A, Pedrós Roselló A, Martínez Mollá P, Andreu Pascual M, Vilaplana Pérez A, et al. Insight, sintomatología y funcionamiento neurocognitivo en pacientes con psicosis. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2018; 38(134):491-508.
- (31) Martinez-Leal R, Peña M^a, Moreno-Küstner B. Falta de insight en la esquizofrenia. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria, ISSN 1578-9594, Vol 4, N° 2, 2004, pags 146-158 2004 -01-01.

Anexos

Anexo 1: Escala 8 ítems Morisky Medication Adherence Scale o MMAS-8

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	SÍ	NO
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	SÍ	NO
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	SÍ	NO
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	SÍ	NO
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	SÍ	NO
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	SÍ	NO
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	SÍ	NO
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?	Nunca / Raramente ... De vez en cuando ... A veces ... Normalmente ... Siempre ...	

Anexo 1. Escala 8 ítems Morisky Medication Adherence Scale o MMAS-8. Elaboración propia a partir de Métodos para medir la adherencia terapéutica (21).

Anexo 2: Escala Inventario de actitudes hacia la medicación 10 ítems

1. Para mí, lo bueno de la medicación supero lo malo.	V	F
2. Me siento raro/a (como un zombi) con la medicación.	V	F
3. Tomo la medicación por decisión propia.	V	F
4. La medicación hace que me sienta más relajado/a.	V	F
5. La medicación hace que me sienta más cansado/a.	V	F
6. Tomo la medicación solo cuando estoy enfermo/a.	V	F
7. Me siento más normal con medicación.	V	F
8. Es antinatural para mi cuerpo y mente estar controlado/a por medicación.	V	F
9. Mis pensamientos son más claros con la medicación.	V	F
10. Por estar con medicación, puedo prevenir estar enfermo	V	F
<i>Las frases únicamente se refieren a la medicación psiquiátrica que toma el paciente en el momento de contestar el test.</i>		

Anexo 2. Escala Inventario de actitudes hacia la medicación 10 ítems. Elaboración propia a partir de Métodos para medir la adherencia terapéutica (21).

Anexo 3: Escala cuestionario creencias sobre los medicamentos

BMQ- General	
Abuso	- Los médicos utilizan demasiados medicamentos. - Los médicos confían demasiado en los medicamentos. - Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos.
Daño	- La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando. - La mayoría de los medicamentos crean adicción. - Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos. - Los medicamentos hacen más mal que bien. - Todos los medicamentos son venenosos (tóxicos).
BMQ-Específico	
Necesidad	- Actualmente mi salud depende de (medicación). - Mi vida sería imposible sin (medicación). - Sin (medicación) estaría muy enfermo/a. - En el futuro mi salud dependerá de (medicación). - (medicación) impide que mi (enfermedad) empeore.
Preocupación	- Me preocupa tener que tomar (medicación). - A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de (medicación). - (medicación) es / son un misterio para mí. - (medicación) trastorna/n mi vida. - A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de (medicación).

Anexo 3. Escala cuestionario creencias sobre los medicamentos. Elaboración propia a partir de Métodos para medir la adherencia terapéutica (21).

Anexo 4: Escala informativa de cumplimiento de la medicación

1. ¿Olvida alguna vez tomar la medicación?	SÍ	NO
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	SÍ	NO
3. Cuando se encuentra bien. ¿deja de tomar la medicación?	SÍ	NO
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	SÍ	NO
5. Tomo la medicación solo cuando me encuentro mal.	SÍ	NO
6. No es natural para mi mente y cuerpo estar controlado por la medicación.	SÍ	NO
7. Mi pensamiento esta más claro si tomo la medicación.	SÍ	NO
8. Tomando la medicación, prevengo ponerme enfermo.	SÍ	NO
9. Me noto raro, como zombi, con la medicación.	SÍ	NO
10. La medicación hace que me note cansado y lento.	SÍ	NO

Anexo 4. Escala informativa de cumplimiento de la medicación. Elaboración propia a partir de Métodos para medir la adherencia terapéutica (21).



Anexo 5 Póster. Elaboración propia.

Anexo 6: Tríptico



Anexo 6 Tríptico. Elaboración propia.

Anexo 7: Consentimiento Informado

Consentimiento para asistencia a Taller educativo Consciencia enfermedad y adherencia al tratamiento para enfermos con esquizofrenia.

- Nombre:
- Apellidos:
- DNI:

Certifico que he sido informado con claridad y veracidad para la participación del taller educativo de salud, actuando consecuentemente libre y voluntariamente como participante.

Y para que así conste se firma el presente documento.

Firma:

Anexo 7 Consentimiento informado. Elaboración propia.

Anexo 8: Documento Evaluativo Pre-Taller Educativo

DOCUMENTO EVALUATIVO Formulario Pre-Taller Educativo
Nombre:
Apellidos:

Seleccione la respuesta correcta:

- 1. ¿Qué entiendes por Esquizofrenia?**
 - A. Una enfermedad.
 - B. Una conducta.
 - C. Una forma de vida.

- 2. Cuando tienes una enfermedad ¿es aconsejable la toma de medicación?**
 - A. No
 - B. Si
 - C. No se.

- 3. ¿Usted tiene una enfermedad?**
 - A. No.
 - B. Si.
 - C. No se.

- 4. Indíquenos brevemente por qué está ingresado en este centro.**

Anexo 8.Documento evaluativo Pre-Taller Educativo. Elaboración propia.

Anexo 9: Cuestionario sesión 1

CUESTIONARIO

Sesión N.º 1

Nombre:

Apellidos:

Seleccione la respuesta correcta:

1. La esquizofrenia se padece de forma ...

- A. Temporal.
- B. Pasajera.
- C. Para toda la vida.

2. ¿La esquizofrenia es una enfermedad nueva?

- A. No
- B. Si
- C. No se.

3. En la esquizofrenia ¿hay una alteración de neurotransmisores?

- A. No.
- B. Si.
- C. No se.

4. Indíquenos dos tipos de esquizofrenia

Anexo 9. Cuestionario sesión 1. Elaboración propia.

Anexo 10: Cuestionario sesión 2

CUESTIONARIO

Sesión Nº 2.

Nombre:

Apellidos:

Seleccione la respuesta correcta:

1. ¿Cuál de estos síntomas aparecen en la esquizofrenia?

- A. Sed.
- B. Delirios.
- C. Fiebre.

2. Con respecto a los síntomas ¿solo aparecen en el debut de la enfermedad?

- A. No
- B. Si
- C. Durante todo el proceso de enfermedad.

3. ¿Los síntomas negativos son derivados de la evolución de la enfermedad?

- A. No.
- B. Si.
- C. No se.

4. Indíquenos enfermedades que aparecen por hábitos poco saludables.

Anexo 10. Cuestionario sesión 2. Elaboración propia.

Anexo 11: Cuestionario sesión 3

CUESTIONARIO	
Sesión N.º 3.	
Nombre:	
Apellidos:	

Seleccione la respuesta correcta:

- 1. El tratamiento farmacológico nos lo tomamos porque ...**
 - A. No sé, nadie nos lo ha explicado nunca.
 - B. Padecemos una enfermedad y la toma de medicación nos hace estar estables.
 - C. Nos lo imponen desde la unidad.

- 2. Si me encuentro bien, ¿puedo dejar de tomar la medicación?**
 - A. No.
 - B. Si.
 - C. No se.

- 3. ¿La adherencia al tratamiento es?**
 - A. Cumplimiento de las indicaciones o pautas de los facultativos.
 - B. La toma de medicación cuando me acuerdo.
 - C. El cumplir las pautas e indicaciones de los facultativos solo cuando estoy en el centro.

- 4. Indíquenos brevemente dos factores que influyen con la medicación.**

Anexo 11. Cuestionario sesión 3. Elaboración propia.

Anexo 12: Cuestionario sesión 4

CUESTIONARIO

Sesión N.º 4

Nombre:

Apellidos:

Seleccione la respuesta correcta:

1. Si tomo la medicación según la pauta, tendré ...

- A. Menos recaídas
- B. Menos ingresos para estabilización
- C. Remisión de síntomas
- D. Todas son correctas

2. Si tengo una adherencia al tratamiento podré ...

- A. Aumentar pronóstico de vida
- B. Disminuir síntomas de la enfermedad
- C. No conseguiré nada, no sirve para mucho

3. Para tener una buena adherencia al tratamiento se debe tener ...

- A. Consciencia de enfermedad
- B. Tomar la medicación cuando me encuentro mal
- C. Tener alguna otra enfermedad diagnosticada

4. Define con tus palabras ¿Qué es la adherencia al tratamiento?

Anexo 12. Cuestionario sesión 4. Elaboración propia.

Anexo 13: Cuestionario sesión 5

CUESTIONARIO

Sesión N.º 5

Nombre:

Apellidos:

Seleccione la respuesta correcta:

1. ¿Qué entiendes por Insight?

- A. Conocer mi cuerpo.
- B. Tener autoconocimiento de padecer una enfermedad y sus problemas.
- C. Saber que debo mantener el tratamiento porque lo dice el facultativo.

2. La falta de insight conlleva ...

- A. Abandono de la medicación.
- B. Ingresos hospitalarios.
- C. Aparición de síntomas de la enfermedad.
- D. Todas son correctas.

3. Para realizar un buen insight, debemos de tener ...

- A. Ayuda en los facultativos con intervenciones psicoeducativas, psicofarmacológicas. terapias de cumplimiento terapéutico.
- B. No expresar las dudas que se tengan ante sucesos de la enfermedad.
- C. Dejar pasar el proceso de enfermedad sin pedir ayuda.

4. Expón dos ideas para identificar beneficios del Insight.

Anexo 14: Cuestionario Final Taller Educativo

DOCUMENTO EVALUATIVO Formulario Final sobre Taller Educativo	
Nombre:	
Apellidos:	

Seleccione la respuesta según su conformidad global sobre el Taller Educativo

- 1. El taller Educativo sobre adherencia al tratamiento y consciencia de enfermedad ¿ha conseguido saber que estos dos conceptos son importantes sobre la enfermedad?**
 - A. Inadecuado.
 - B. Adecuado.
 - C. Excelente.

- 2. Sobre el número de sesiones y material empleado en el taller educativo ha sido...**
 - A. Inadecuado.
 - B. Adecuado.
 - C. Excelente.

- 3. Sobre el número de participantes y la sala escogida para la formación ha sido ...**
 - A. Inadecuado.
 - B. Adecuado.
 - C. Excelente.

- 4. El personal docente en el taller educativo ha sido ...**
 - A. Inadecuado.
 - B. Adecuado
 - C. Excelente.

Anexo 14. Cuestionario final taller educativo. Elaboración propia.

Anexo 15: Cuestionario Post-Taller

DOCUMENTO EVALUATIVO

Formulario post-taller (6 meses)

Nombre:

Apellidos:

Seleccione la respuesta correcta:

- 1. Según su formación en el taller educativo, si ha padecido algún síntoma de la enfermedad ¿ha sabido identificarlo y asimilarlo como proceso de la enfermedad?**

 - A. Si.
 - B. No.
 - C. No se.

- 2. Sobre la medicación pautada por el facultativo, ¿ha sabido la importancia de seguir las pautas de medicación marcadas por el facultativo?**

 - A. No
 - B. Si
 - C. No se.

- 3. Sobre el insight de su enfermedad, ¿le ha beneficiado el saber el proceso de su enfermedad y que repercusión tiene en su día a día?**

 - A. No.
 - B. Si.
 - C. No se.

- 4. En ámbitos generales, el haber participado en el taller educativo ¿le ha servido de ayuda en su día a día?**

 - A. Si.
 - B. No.
 - C. No se.