



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

Cómo mejorar la adherencia terapéutica en personas con patologías mentales no institucionalizadas

Alumno: Yamila Gómez Merino

Director: Calixto Plumed Moreno

Madrid, 4 de Mayo de 2021

Contenido

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Presentación	6
Estado de la cuestión	7
1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.....	7
1.1. Epidemiología.....	10
1.2. Tipos de trastornos	12
1.2.1 Trastorno obsesivo-compulsivo	12
1.2.2 Trastorno disociativo.....	12
1.2.3 Trastornos de personalidad	13
1.2.4 Esquizofrenia	14
1.2.5 Trastorno Bipolar	16
1.3. Tratamientos.....	18
1.3.1 Antipsicóticos.....	18
1.3.2 Antidepresivos	19
1.3.3 Benzodiacepinas	20
1.3.4 Hipnóticos.....	21
1.4. Adherencia al tratamiento	23
1.4.1 Significado	23
1.4.2 Factores relacionados con la no-adherencia al tratamiento	23
1.4.3 Métodos para mejorar la adherencia al tratamiento	24
1.4.4 Consecuencias de la falta de adherencia	25
1.4.5 Causas de la falta de adherencia al tratamiento	26
1.4.6 Factores que disminuyen la adherencia al tratamiento	27
1.4.7 Beneficios de la adherencia al tratamiento.....	28
1.4.8 Tipos de falta de adherencia al tratamiento	28
2 Justificación	30
3 Población y captación.....	31
3.1 Población diana.....	31
3.2 Captación	31
4 Objetivos.....	34
4.1 Objetivos generales	34
4.2 Objetivos específicos.....	34
5 Contenidos	35

6	Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	37
6.1	Planificación general.....	37
6.2	Sesiones.....	39
7	Evaluación.....	44
7.1	Evaluación de la estructura y el proceso.....	44
7.2	Evaluación de los resultados	44
	Bibliografía	46
	ANEXOS	50
	Anexo 1: Carta de petición de consentimiento para realización de reuniones.	51
	Anexo 2: Póster.....	52
	Anexo 3: Tríptico	53
	Anexo 4: Cuestionario de conocimientos primera sesión.....	54
	Anexo 5: Cuestionario de conocimientos segunda sesión.	55
	Anexo 6: Cuestionario de conocimientos tercera sesión.	56
	Anexo 7: Cuestionario de conocimientos cuarta sesión.	57
	Anexo 8: Cuestionario de satisfacción.....	58

Resumen

En pacientes con patología psiquiátrica es común el abandono del tratamiento y como consecuencia, los recurrentes ingresos hospitalarios en unidades de agudos y la desestabilidad de su patología.

Este proyecto educativo se basa en la adherencia terapéutica o falta de la misma en personas que sufren patología mental crónica y que no se encuentran institucionalizados. Para ello se realiza la búsqueda de artículos que hablen sobre las patologías psiquiátricas más comunes, así como tratamientos. Se recopilará información encontrada en diversos artículos sobre las claves y beneficios de la adherencia al tratamiento, así como consecuencias y causas de la falta de esta. El objetivo de este proyecto es mejorar el manejo del paciente sobre su propia enfermedad y tratamiento y fomentar un cambio de comportamiento que implique una mayor adherencia que le suponga una mejor calidad de vida a medio y largo plazo. Desde el punto de vista de la enfermería el proyecto consiste en abordar la educación para la salud y la prevención de conductas que perjudiquen la misma.

Palabras clave: Cumplimiento y adherencia al tratamiento, Pacientes Desistentes del Tratamiento, Trastornos mentales, Cooperación del paciente, Abandono, Tratamiento, educación compensatoria, Cumplimiento, Cumplimiento de la medicación, Cooperación del paciente.

Abstract

In patients with psychiatric pathology, the abandonment of the treatment is common and as a consequence, the recurrent hospital admissions in acute units and the instability of their pathology.

This educational project is based on therapeutic adherence or lack thereof in patients who suffer from chronic mental illness and who are not institutionalized. For this, a search is made for articles that talk about the most common psychiatric pathologies, as well as treatments. Information found in various articles will be collected on the keys and benefits of adherence to treatment, as well as consequences and causes of the lack of it. The objective of this project is to improve patient management of their own disease and treatment and to promote a change in behaviour that implies greater adherence that implies a better quality of life in the medium and long term. From the nursing point of view, the project consists of addressing health education and the prevention of behaviours that harm it.

Key words: Treatment Adherence and compliance, Patient Dropouts, Mental disorders, Patient Compliance, Abandonment, Treatment, Remedial Teaching, Compliance, Medication Adherence, Patient compliance.

Presentación

La salud mental en la vida personal de la autora de este trabajo es algo que la acompaña desde hace casi un año, trabaja en la unidad de psiquiatría de un hospital de la comunidad de Madrid con pacientes agudos, en este tiempo ha podido observar la evolución de los pacientes desde que llegan a la unidad, sin tomar el tratamiento desde hace tiempo, hasta el alta, el momento en el que se van felices porque vuelven a “ser ellos” y “controlan sus vidas”. No se ha podido evitar observar que la mayoría de ellos reingresan en esta unidad al poco tiempo, semanas o meses después del alta, de nuevo por el mismo motivo, no estaba tomando la medicación. Al hablar con ellos fue realmente cuando decidió a tratar este tema, ya que todos contestaban que saben que deben tomar el tratamiento y que se sienten mejor cuando lo hacen pero que por diversas razones acaban dejando de tomarlo.

El motivo por el que se ha querido realizar este trabajo de fin de grado sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con patologías psiquiátricas es porque se busca profundizar sobre lo que lleva a los pacientes a dejar la medicación que tan beneficiosa es para ellos, y encontrar la forma de que estos se mantengan adheridos a su tratamiento y así puedan tener la mayor calidad de vida posible, que es al fin y al cabo lo que todas las personas quieren.

Con este trabajo se quieren plantear y desarrollar actividades que sirvan de apoyo a estos pacientes para reforzar la conducta de adherencia al tratamiento, para que, aquellos que no tengan buenos apoyos puedan lograrlo de forma independiente.

Una vez preguntó a una paciente: “¿por qué no tomas la medicación cuando estás en casa?” Y ella contestó: “cuando llego me la tomo durante un tiempo, pero después nadie mira por mí y empiezo a dejarla, y después todo vuelve a empezar y estoy en el hospital de nuevo”.

Lo que realmente se busca conseguir con este trabajo es que estos pacientes no tengan el pensamiento ni la necesidad de que miren por ellos, sino que tengan los motivos necesarios y suficientes para hacerlo solos y que puedan mantener esa constancia en sus tratamientos por sí mismos. Una de las principales motivaciones para trabajar con este tema ha sido ver en estas personas el sufrimiento que supone para ellos no tener controlada su patología con medicación. En los momentos de lucidez que tienen son capaces de expresar su malestar, su dolor y su cansancio en la lucha diaria de su vida contra estas patologías.

Estado de la cuestión

1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

A continuación, se presenta la información más relevante encontrada sobre patologías psiquiátricas y adherencia terapéutica.

Para la realización de la búsqueda bibliográfica de la información necesaria para desarrollar el trabajo se han utilizado términos concretos relacionados con el tema que faciliten el hallazgo de artículos o información lo más específica posible sobre el tema, estos han sido los descritos en la siguiente tabla 1:

TERMINOS MESH	TERMINOS DECS
Treatment Adherence and compliance	Cumplimiento y Adherencia al tratamiento
Patient Dropouts	Pacientes Desistentes del Tratamiento
Mental disorders	Trastornos mentales
Patient Compliance	Cooperación del paciente
Abandonment	Abandono
Treatment	Tratamiento
Compliance	Cumplimiento
Medication Adherence	Cumplimiento de la medicación
Patient Compliance	Cooperación del paciente

Tabla 1. DeCs y Mesh / palabras claves / key words. Elaboración propia.

Para comprender mejor los términos mencionados anteriormente se realizará una breve exposición básica de definiciones y conceptos sobre algunos de ellos:

- **Adherencia:** Conformidad en el seguimiento del tratamiento con el correcto cumplimiento de requisitos, directrices, recomendaciones o protocolos institucionales.
- **Tratamiento:** Se refiere al conjunto de medios utilizados y cuyo propósito es la curación y/o alivio de los síntomas.
- **Adherencia al tratamiento:** Toma la medicación de acuerdo con la dosis e indicaciones prescritas. Además, se tiene en cuenta la persistencia, que hace referencia a la toma de medicación constante mantenida en el tiempo indicado.
- **Trastorno mental:** Alteración del comportamiento, área emocional o cognitiva en la que los procesos psicológicos básicos sufren afectación y/o alteración. Estos procesos pueden ser: el lenguaje, la conducta, la conciencia, el aprendizaje, la percepción, etc.
- **No-adherencia a la terapia:** Se define como “no-adherencia” el fallo en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o por descuido o dejadez.

- Cumplimiento de la medicación: Este término hace referencia al grado de cooperación voluntaria y compromiso del paciente en la toma de medicamentos pactada con los profesionales de la salud. Esta definición incluye tiempo, dosis y frecuencia.
- Cooperación del paciente: Libre colaboración del paciente en el seguimiento y toma del tratamiento pautado.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado a través de las siguientes bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo, Medline, Google académico y Medscape utilizando los términos incluidos en la tabla 1, añadiendo y combinando operadores booleanos (AND y OR).

En primer lugar, se realizó una búsqueda sistemática en internet a través de la base de datos Medline, al no existir el término “non adherence” en el Medical Subject Heading (MESH). Se desarrollaron parámetros de inclusión y exclusión y se utilizaron los términos “non adherence AND noncompliance AND psychiatry” en la base de datos Pubmed obteniéndose esta vez 684 resultados. Se realizó una búsqueda posterior utilizando los términos “non adherence AND psychiatry” y se obtuvo 1461 resultados de los cuales 1459 estaban redactados en inglés.

A continuación, se realizó la búsqueda a través del título del documento, suprimiendo la última parte del mismo. Es decir, para la búsqueda se utilizó el termino: “adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos” en la base de datos Dialnet. Se obtuvo un total de 84 documentos en español, 8 de ellos en inglés.

Para la obtención de los datos epidemiológicos se han realizado búsquedas en la página web de la Sociedad Española de Epidemiología, el Instituto Nacional de Estadística (INE) que también cuenta con datos epidemiológicos y en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tras ello, se inició la lectura de los resúmenes de los artículos seleccionados y sus conclusiones, Finalmente se realizó la lectura de 48 artículos y 11 artículos en inglés.

En este proyecto, centrado en mejorar la adherencia terapéutica de la población con patología mental crónica que no se encuentran institucionalizados, se tratarán otros temas antes de entrar en el grueso de la información sobre el tema principal, con el objetivo de facilitar a los lectores conceptos e información básica que facilite la lectura del documento.

En este documento se hablará de la epidemiología de las personas con patologías mentales y como se relacionan con la adherencia al tratamiento por sexo y edades, se tratarán los trastornos más comunes y sus tipos, se facilitará información sobre los tratamientos

farmacológicos más comunes en patologías psiquiátricas y sus efectos secundarios y se tratará la adherencia al tratamiento propiamente dicha, aportando información sobre sus beneficios, las consecuencias de la no adherencia y las causas de la falta de esta.

Después de toda la información arriba mencionada, se encuentra desarrollado el proyecto educativo en el que se explica cuál es la población diana y la forma de captación, los objetivos generales y específicos de este proyecto, el desarrollo y organización de las sesiones grupales que se van a realizar, así como la forma y criterio de evaluación de las mismas.

Por último, al final del documento se incluirán un apartado de anexos donde se adjuntarán todas las documentaciones mencionadas durante el desarrollo del documento.

1.1. Epidemiología

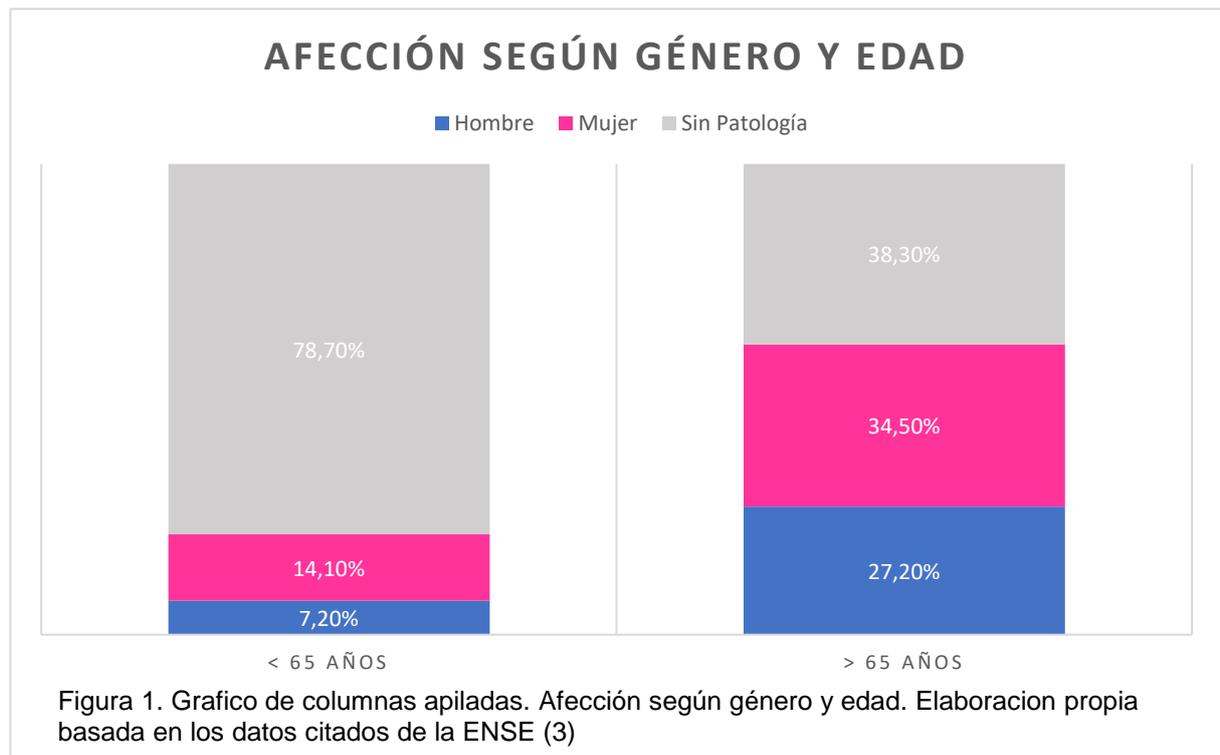
Se estima que entre el 20 y el 25% de los españoles padecerán a lo largo de su vida algún tipo de trastorno psiquiátrico (1) además un 18,5% de la población presenta un trastorno psiquiátrico de una intensidad suficiente como para requerir atención sanitaria.

Un 40% de las enfermedades crónicas a nivel mundial son afecciones mentales, siendo la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar los más frecuentes (2).

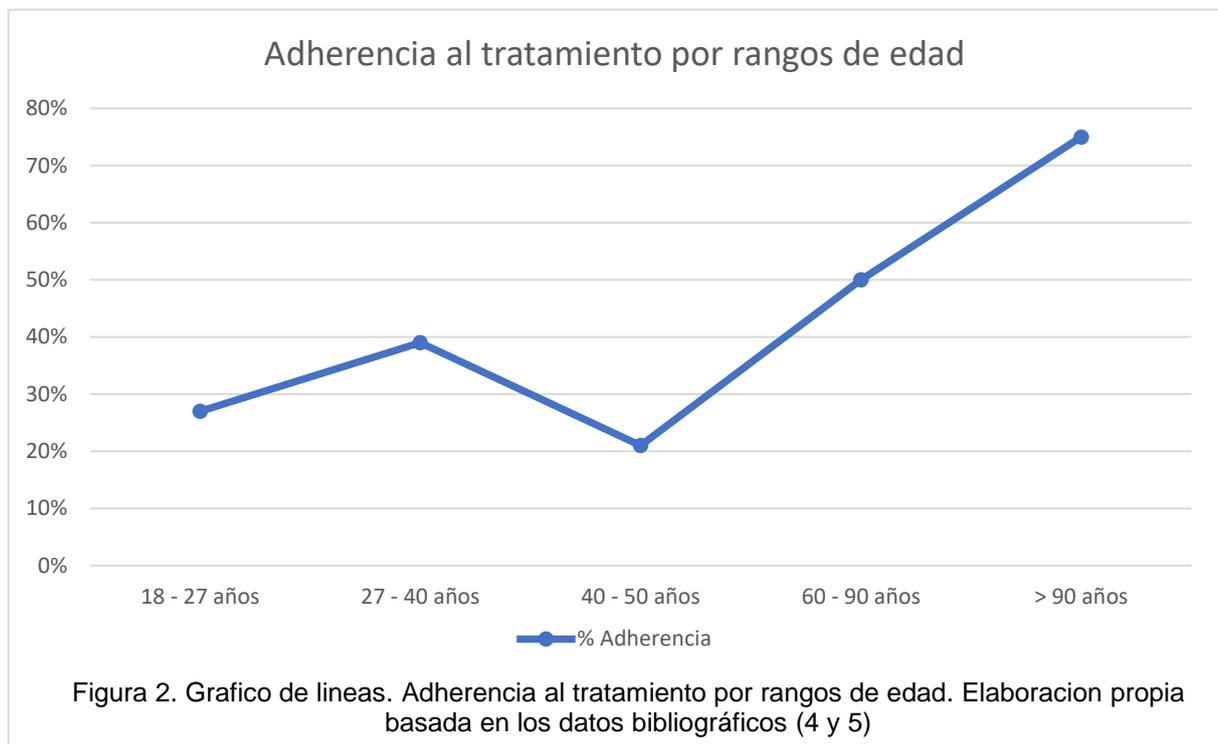
La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), realizada sobre una muestra representativa de la población no institucionalizada (29.195 entrevistados) residente en España entre octubre de 2016 y octubre de 2017 afirma que: las mujeres (un 14,1%) refieren problemas de salud con mayor frecuencia que los hombres (un 7,2%) y la frecuencia aumenta con la edad y continúa siendo más acentuado en mujeres en todos los rangos de edad.

Un 31,1% personas de más de 65 años que no están institucionalizadas refirieron cierto grado de deterioro cognitivo relacionado con su patología siendo un 34,5% en mujeres y un 27,2% en hombres tal como se muestra en la Figura 1.

El 3,8% de la población refiere tener limitaciones para las actividades de la vida cotidiana no existiendo una diferencia significativa entre sexos (3).



Según un estudio de la Sociedad Española de Psiquiatría, el 50% de los pacientes crónicos no tienen buena adherencia al tratamiento (4), esta se asocia a la disminución de la calidad y de la esperanza de vida (5). Los pacientes de más de 60 años cuentan con más del 50% de adherencia al tratamiento, llegando hasta el 75% de adherencia en pacientes a partir de 90 años mientras que en pacientes menores de 50 años la adherencia al tratamiento es del 39%, llegando a su porcentaje de adherencia mínimo en el rango de edad comprendido entre los 40-50 años que es de un 21% , seguido del rango de edad comprendido entre 18-27 años que cuenta con un 27% de adherencia al tratamiento tal y como queda representado a continuación en la Figura 2.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el Banco Mundial realizaron un estudio sobre la carga de la enfermedad en el mundo, reiterando la importancia de los trastornos mentales. Este estudio manifiesta la necesidad de confrontar el impacto de las enfermedades mentales en función de la mortalidad prematura y la discapacidad que generan. Para conseguir relacionar ambos conceptos se confeccionó un índice al que se ha denominado “Años de vida ajustados por discapacidad” (AVAD, en español) o Disability Adjusted Life Years (DALY, en inglés) que permite realizar la clasificación de las enfermedades en función del total de AVAD asociados a ésta. Podemos entender un AVAD como un año de “vida sana” perdido. Las patologías mentales cuentan con un elevado AVAD, esto se atribuye al inicio precoz de las mismas (50% en niños y 75% en jóvenes adultos) y a al elevado predominio y duración de los trastornos mentales en adultos (6,7).

1.2. Tipos de trastornos

1.2.1 Trastorno obsesivo-compulsivo

- *Definición*

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) consiste en presentar pensamientos (obsesiones) que provocan comportamientos reiterativos y rituales (compulsiones) que interfieren con la vida de la persona causando gran sufrimiento emocional y sin poder controlarlos ni detenerlos. No se conoce la causa que origina este trastorno, pero se relaciona con factores como la genética, la biología cerebral, la química del mismo y el entorno de la persona (8).

- *Sintomatología (9)*

Las personas con TOC pueden presentar obsesiones, compulsiones o una combinación de ambos:

- Obsesiones: Pensamientos, impulsos o imágenes mentales que se repiten y causan ansiedad. Algunos de los pensamientos más comunes son: miedo a los gérmenes, pensamientos relacionados con el sexo o la religión, pensamientos agresivos (hacia si mismo o hacia los demás), etc.
- Compulsiones: Comportamientos que sienten que deben realizar de forma reiterada para tratar de reducir su ansiedad o detener los pensamientos obsesivos.

1.2.2 Trastorno disociativo

- *Definición*

Los trastornos disociativos son trastornos mentales que provocan desconexión y falta de continuidad entre pensamientos, recuerdos, entornos, acciones e identidad, lo que origina dificultades en el desarrollo de la vida diaria de la persona.

Por lo general los trastornos disociativos aparecen como respuesta a una experiencia traumática.

- *Sintomatología*

Los síntomas varían dependiendo del tipo de trastorno disociativo que se sufra (10):

- Pérdida de memoria (amnesia) de ciertos períodos, sucesos, personas e información personal
- Sensación de estar separado de ti mismo y de tus emociones
- Percepción de que las personas y cosas que te rodean están distorsionadas o son irreales
- Sentido confuso de la identidad

- Estrés significativo o problemas en tus relaciones personales, trabajo y otros ámbitos importantes de la vida
- Incapacidad para afrontar bien el estrés emocional o profesional
- Depresión, ansiedad, y pensamientos y comportamientos suicidas.

- *Tipos*

Existen tres trastornos disociativos descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 [DSM-5] (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, en inglés*):

- Amnesia disociativa: El síntoma principal es la pérdida de memoria más grave que un olvido normal que no se relaciona con la presencia de una enfermedad. La persona no consigue recordar información sobre sí misma ni sobre ciertos acontecimientos o personas, en especial los que se relacionan con un momento traumático.
- Trastorno de identidad disociativo: Se caracteriza por alternar diferentes identidades. Sienten la presencia de dos o más personas que hablan o viven en su cabeza y sienten que estas identidades les han poseído. Cada identidad puede tener una historia personal y características únicas diferentes.
- Trastorno de despersonalización-desrealización: Implica una sensación continua o momentánea de desconexión de sí mismo (despersonalización) y sensación de que las cosas que les rodean se perciben distantes, borrosas e irreales (desrealización). La persona puede presentar despersonalización, desrealización o una combinación ambas. Los síntomas pueden ser puntuales y de corta duración o episodios recurrentes e intermitentes durante toda su vida.

1.2.3 Trastornos de personalidad

- *Definición*

Se definen como trastornos de la personalidad aquellos que engloban comportamientos, percepciones, sentimientos y pensamientos del entorno y de uno mismo diferentes a los establecidos como normales y que se mantienen estables en el tiempo. Este tipo de trastorno se manifiesta por primera vez durante la infancia y la adolescencia, Se desconoce el origen, pero su aparición se relaciona con la genética y las experiencias de la niñez (11).

- *Sintomatología*

Los síntomas varían según cada tipo o grupo de trastorno de personalidad, pueden ser leves

o severos. A las personas con estos trastornos les cuesta percibir o aceptar su problema ya que, para ellos, sus pensamientos son normales y tienden a culpar a otra persona por sus problemas (12).

- *Tipos*

Existen varios tipos de trastorno de la personalidad clasificados en tres grupos (13):

- Grupo A: Trastornos raros o excéntricos, incluyen:
 - Trastorno paranoide: Desconfiados y con conductas de sospecha.
 - Trastorno esquizoide: Falta de interés en aspectos externos.
 - Trastorno esquizotípico de la personalidad: Comportamiento e ideación excéntrica.
- Grupo B: Trastornos dramáticos, emocionales o erráticos, incluyen:
 - Trastorno antisocial: Irresponsabilidad social, comportamientos de engaño, desprecio y manipulación.
 - Trastorno límite: Mala tolerancia a la soledad y falta de regulación emocional.
 - Trastorno histriónico: Búsqueda continua de protagonismo y atención.
 - Trastorno narcisista: Autoestima frágil, sentimientos, pensamientos e ideas de grandeza.
- Grupo C: Trastornos ansiosos o temerosos, incluyen:
 - Trastorno de evitación: Susceptibilidad al rechazo y evitación del contacto social.
 - Trastorno dependiente: Requieren atención continua y presentan comportamiento sumiso.
 - Trastorno obsesivo- compulsivo: Actitud Terca e inflexible, rasgos perfeccionistas.

1.2.4 Esquizofrenia

- *Definición*

Trastorno mental grave que consiste en la disminución de la percepción y desconexión con la realidad con presencia de alucinaciones (visuales y auditivas), delirios, comportamientos disruptivos, etc.

No se conoce la causa de la esquizofrenia, pero existen factores que favorecen la aparición y el aumento de la prevalencia e incidencia de la enfermedad: factores genéticos, medioambientales y la alteración de la neurotransmisión (13).

- *Tipos*

Existen varios tipos de clasificaciones:

Clasificación según DSM-IV

- Paranoide: Presencia de multitud de alucinaciones auditivas e ideas delirantes.
- Catatónica: Prevalencia de síntomas negativos (Catalepsia, mutismo) también hay presencia de ecolalia o ecopraxia.
- Desorganizada: Abundan las conductas caóticas y la afectividad plana. Las personas que padecen este tipo de esquizofrenia tienen un comportamiento social inadecuado.
- Indiferenciada: En este concepto se incluyen las esquizofrenias que no cumplen los criterios para ser clasificada en los tipos mencionados anteriormente.
- Residual: Se caracteriza por una falta de sintomatología de las esquizofrenias descritas anteriormente. Tiene una aparición lenta.

Clasificación dual procedente de la neuropsicología

- Esquizofrenia tipo I: Presencia mayoritaria de síntomas positivos (delirio y alucinaciones). La causa principal de este tipo de esquizofrenia se atribuye a una hiperactividad dopaminérgica en las regiones subcorticales.
- Esquizofrenia tipo II: Predominio de sintomatología negativa (aplanamiento afectivo, baja actividad y anhedonia). La causa se establece en un descenso de la actividad dopaminérgica en las regiones prefrontales, que son las encargadas de la regulación del comportamiento del sujeto en el entorno en el que se encuentra (14).

- *Sintomatología*

Los síntomas de la esquizofrenia suelen debutar entre los 16 y 30 años. Los hombres suelen desarrollar síntomas a una edad más temprana que las mujeres. Hay tres tipos de síntomas:

- Síntomas positivos o psicóticos: Distorsionan el pensamiento del individuo. Estos síntomas incluyen alucinaciones, delirios, dificultad para organizar pensamientos y movimientos extraños.
- Síntomas negativos: Dificultan mostrar emociones y tener una conducta normal.
- Síntomas cognitivos: Afectan el proceso de pensamiento. Estos incluyen la toma de decisiones y alteraciones en la atención.

La esquizofrenia puede distinguirse según sus síntomas predominantes. Así, podemos clasificar la enfermedad según exista mayoría de síntomas positivos o negativos (15).

Tabla 2:

SINTOMAS POSITIVOS	SINTOMAS NEGATIVOS
Alucinaciones auditivas	Afecto embotado/empobrecido
Ideas delirantes	Alogia
Alteraciones motoras	Abulia
Alteraciones del lenguaje	Anhedonia y retraimiento en las relaciones sociales
Comportamiento extravagante	Apatía

Tabla 2. síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia de elaboración propia basada en: MSD, 1899; Guía de enfermedades mentales. (DSM) (2)

1.2.5 Trastorno Bipolar

- *Definición*

Trastorno crónico y recurrente, aunque puede presentarse de forma ocasional con intervalos irregulares, se caracteriza por fluctuaciones del estado del ánimo con características patológicas, las fases de la enfermedad presentan episodios hipomaniacos, maniacos y depresivos, estos episodios repercuten notablemente en la salud y calidad de vida de la persona.

- *Tipos*

Existen diferentes tipos de trastorno bipolar según los síntomas predominantes que existan (16).

- Ciclotimia: Presencia de síntomas más leves que el resto de variantes. Existen fases leves de síntomas depresivos e hipomanía que no cumplen con los criterios diagnósticos completos de hipomanía o manía. Se diagnostica este tipo de trastorno bipolar cuando los síntomas persisten durante al menos dos años.
- Trastorno bipolar tipo I: Presencia de episodios maniacos o mixtos. La persona no tiene por qué haber sufrido una fase depresiva, aunque casi la totalidad de los pacientes que sufren este tipo de trastorno bipolar cursa con manía y depresión. Para ser diagnosticado de este tipo de trastorno se debe haber sufrido al menos un episodio durante la vida de la persona.
- Trastorno bipolar tipo II: En este tipo de trastorno existe presencia de episodios hipomaniacos y los síntomas maniacos duran al menos cuatro días y no se acompañan de rasgos psicóticos. Puede confundirse con la depresión mayor, para realizar un correcto diagnóstico el sujeto debe haber sufrido uno o más episodios de depresión mayor y al menos uno de hipomanía.

- Trastorno bipolar no especificado: Este tipo de trastorno bipolar no puede ser clasificado dentro de los grupos anteriores (ciclotimia, tipo I y tipo II) por falta de criterios de diagnóstico.

Además de los tipos de trastornos mencionados anteriormente, existen subtipos de trastorno bipolar, los más frecuentes son (17):

- Alternancia muy rápida de síntomas: Rápida variación entre síntomas maníacos y depresivos medida en días que no cumplen el criterio de duración mínima para ser clasificado en los tipos mencionados anteriormente. Estos individuos con trastorno bipolar de ciclo rápido experimentan cuatro o más episodios durante un año.
- Episodios hipomaniacos recidivantes: Sin síntomas depresivos que sobrevengan durante el curso de los síntomas hipomaniacos y modifiquen el curso de la patología en mayor o menor grado.
- Episodio maniaco o mixto superpuesto a un trastorno delirante.

- *Sintomatología*

El trastorno bipolar se basa en cambios en el estado de ánimo, hay que diferenciar los siguientes síntomas según la fase en la que se encuentren, los más representativos son los mostrados en la siguiente tabla 3:

Síntomas hipomaniacos/depresivos	Síntomas maníacos
Ideas autolíticas	Ideas fugaces o pensamiento acelerado (taquipsiquia)
Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.	Hostilidad
Sentimientos de desesperanza o minusvalía.	Delirios de grandeza
Dificultad para tomar decisiones y confusión general enfermiza	Exaltación del estado de ánimo
Somnolencia diurna persistente	Alucinaciones
Problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin transcendencia	Incremento de la actividad involuntaria

Tabla 3. Sintomatología principal del trastorno bipolar MSD, 1899; Guía de enfermedades mentales.

1.3. Tratamientos

1.3.1 Antipsicóticos

- *Definición*

Los antipsicóticos o neurolépticos bloquean los receptores dopaminérgicos (receptores postsinápticos D2) del sistema nervioso central, especialmente en el sistema frontal-mesolímbico.

Normalmente su indicación predomina en casos de esquizofrenia para controlar la aparición y erradicar las alucinaciones y en trastornos bipolares para tratar los episodios maníacos (18).

- *Tipos (19)*

Se han desarrollado dos generaciones de neurolépticos:

- Antipsicóticos típicos, descubiertos en 1950.
- Antipsicóticos de segunda generación o atípicos, de descubrimiento más reciente y más utilizados en la actualidad.

- *Formas de administración*

- Antipsicóticos típicos: La vía de administración preferente es la vía oral.
 - Existen Antipsicóticos de alta potencia de los que necesitaremos administrar dosis más bajas y Antipsicóticos de baja potencia que requieren dosis más altas para hacer el mismo efecto.
- Antipsicóticos atípicos: La vía de administración preferente es la oral, también es común utilizarlos por vía intramuscular tanto en formulaciones de liberación rápida como prolongada.

- *Efectos secundarios*

Los efectos secundarios más comunes de los antipsicóticos/neurolépticos son:

- Somnolencia (principal efecto secundario de los antipsicóticos)
- Movimientos incontrolables, como tics y temblores (el riesgo es mayor con los antipsicóticos típicos)
- Sueño excesivo.
- Mareos.
- Inquietud.
- Aumento de peso (el riesgo es mayor con los antipsicóticos nuevos)
- Sequedad de la boca.
- Estreñimiento.

1.3.2 Antidepresivos

- *Definición*

Tratamiento más habitual para los trastornos depresivos. Tienen un amplio margen de seguridad con pocas contraindicaciones y efectos secundarios fácilmente reversibles (20).

- *Tipos*

- Antidepresivos tricíclicos: Inhiben la recaptación de serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina e histamina de forma inespecífica, provocan varios efectos secundarios y pueden crear dependencia.
- Antidepresivos heterocíclicos o atípicos: Son un grupo de fármacos de segunda generación, similares a los tricíclicos, pero con menos efectos secundarios. Son menos utilizados que los ISRS.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS): Son el tipo de antidepresivo más utilizado hoy en día, actúan de manera específica sobre la serotonina y no producen tantos efectos secundarios como los antidepresivos tricíclicos. Su efecto estabilizador del ánimo suele producirse a las 2-4 semanas de tratamiento.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (ISRN): Son similares a los ISRS, pero actúan sobre la serotonina y la noradrenalina. Su efecto es más rápido que el de los ISRS.
- Inhibidores no selectivos e irreversibles de la monoaminoxidasa (IMAO): Buena respuesta por parte de pacientes que padecen depresión atípica o que ansiedad intensa y fobias, así como trastornos depresivos resistentes a otros tratamientos.
- Inhibidores selectivos y reversibles de la monoaminoxidasa (RIMA): Menor porcentaje de efectos secundarios cardiovasculares, pero su efecto es menor que el de los IMAO.

- *Vía de administración*

Los antidepresivos se administran por vía oral, pudiendo presentarse en diferentes formas farmacéuticas como comprimidos, cápsulas, líquidos, grajeas...

- *Efectos secundarios*

Como efecto secundario común de los antidepresivos podemos mencionar la disfunción eréctil y problemas de disfunción sexual.

- Antidepresivos tricíclicos: Sequedad de boca, taquicardia, hipotensión postural,

somnolencia y descenso de la libido.

- Antidepresivos heterocíclicos: Poseen pocos efectos secundarios y no se han encontrado referencias sobre estos.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina: Náuseas, mareos, ansiedad o somnolencia ligera
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (ISRN): Similares a los ISRS, además de alteraciones de la libido, disfunción eréctil, trastornos de la eyaculación o anorgasmia.
- Inhibidores no selectivos e irreversibles de la monoaminoxidasa (IMAO): Mareo, somnolencia, debilidad, sequedad de boca, náuseas y alteraciones sexuales. Uno de los peligros de los IMAO es que pueden desencadenar una crisis hipertensiva si se toman ciertos fármacos o algunos alimentos ricos en tiramina. Entre ellos encontramos el queso, las conservas de pescado, el vino, el chocolate, el café o las habas.
- Inhibidores selectivos y reversibles de la monoaminoxidasa (RIMA): Insomnio, vértigo, náuseas, cefalea y confusión.

1.3.3 Benzodiacepinas

- *Definición*

Medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central proporcionando efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorelajantes (21).

- *Usos terapéuticos (22)*

- Anticonvulsivos: Las benzodiazepinas tienen un potente efecto anticonvulsivante. El Diazepam y el Lorazepam son los más utilizados para el control de los estatus epilépticos.
- Ansiolíticos: Poseen propiedades ansiolíticas y pueden ser usados para el manejo temporal de la ansiedad severa.
- Insomnio: Son útiles para el tratamiento a corto plazo del insomnio. Su uso se recomienda para periodos de dos a cuatro semanas por el riesgo de generar dependencia.
- Uso en cuidados intensivos: Resultan muy útiles en pacientes en la unidad de cuidados intensivos que estén recibiendo respiración artificial, con dolor o tensos.
- Abstinencia alcohólica: Efectivas para el tratamiento de los síntomas del

síndrome de abstinencia alcohólica.

- Trastorno muscular: Poseen un fuerte efecto como relajante muscular y son útiles en el control de espasmos.

- *Vía de administración*

Los benzodiazepinas generalmente se administran por vía oral. Aunque también es posible administrarlas por vía intramuscular como en el caso del midazolam.

- *Efectos secundarios*

Los efectos adversos más comunes que pueden aparecer con el uso de benzodiazepinas son:

- Somnolencia
- Vértigo
- Cefalea
- Visión borrosa
- Confusión
- Trastornos del ritmo cardíaco
- Reacciones paradójicas: irritabilidad, tendencia a la hostilidad, excitación paradójica.

1.3.4 Hipnóticos

- *Definición*

Los fármacos hipnóticos, también denominados fármacos somníferos son fármacos psicotrópicos psicoactivos que inducen al sueño. Pueden dividirse en dos grupos principales según su uso y vías de administración (23).

- *Tipos (24)*

- Hipnóticos orales: Normalmente se combinan con formas de terapia no farmacológica como pueden ser: hábitos de sueño correctos, medidas de relajación, patrones de preparación del sueño, ejercicios, terapia psicológica, etc.
- Hipnóticos intravenosos: Son los principales fármacos para la sedación y mantenimiento de la anestesia en el ámbito hospitalario

- *Vía de administración*

La vía de administración de los hipnóticos dependerá del fin y el efecto que se desea conseguir en el paciente. Dependiendo de estos, su uso puede ser oral en forma de comprimidos e

intravenoso.

- *Efectos secundarios*

Los efectos más comunes que se pueden presentar con el uso de los fármacos hipnóticos son:

- Incoordinación motora (ataxia).
- Disminución del tono muscular (en grandes dosis).
- Disminución de habilidades para la conducción (psicomotrices).
- Disminución respiratoria.
- Disminución en presión arterial.
- Fluctuación de frecuencia cardíaca (alta y baja dependiendo el medicamento).
- Dificultad para concentrarse y para ejecutar tareas cognitivas.
- Sedación diurna
- Debilidad, cefalea, visión borrosa, vértigo, náuseas, vómitos, malestar gástrico y diarrea.

1.4. Adherencia al tratamiento

1.4.1 Significado

La adherencia al tratamiento significa: correcto cumplimiento del tratamiento médico, que incluye la adecuada toma de las dosis pautadas y el seguimiento de los horarios establecidos. Por el contrario, la **No-adherencia al tratamiento** se definirá como la falta de seguimiento, intencionada o involuntaria, de las pautas y recomendaciones médicas realizadas al paciente respecto a su patología. Esta falta de seguimiento del tratamiento es de origen multifactorial, en ocasiones se origina involuntariamente, pero en su mayoría es una decisión voluntaria del paciente (25).

La falta continuada de adherencia al tratamiento provocará la desestabilidad de la patología con exacerbación de los síntomas además de elevados costes para el sistema sanitario y suponen un problema de salud pública (26,27), por el contrario, una correcta adherencia al tratamiento mejorará la estabilidad de la patología que se traducirá en una mejor calidad de vida del paciente y reducción de los costes sanitarios (28).

En el presente documento se habla de dos términos de los que debemos distinguir las principales diferencias:

- Cumplimiento del tratamiento: Está enfocado principalmente a objetivos a corto plazo. El paciente solo sigue las indicaciones médicas, no hay una colaboración activa por parte del paciente.
- Adherencia al tratamiento: Existe participación voluntaria y activa por parte del paciente y el objetivo principal es conseguir un estilo de vida saludable a largo plazo.

1.4.2 Factores relacionados con la no-adherencia al tratamiento

- Los factores que se mencionan a continuación pueden verse reflejados de forma individual o intercalados, que será como se encuentren normalmente. Se deben abordar de forma integral a través de estrategias que relacionen todos los factores para reducir la no-adherencia al tratamiento (29):
 - **Factores relacionados con el paciente**: Se dividen en dos razones principales:
 - Deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo: Alteraciones y procesos que provocan que el paciente no asimile la información correctamente. Estas alteraciones pueden ocasionar una variación importante en el aprendizaje (30,31).

- **Deterioro sensorial:** Principalmente relacionado con las alteraciones visuales o auditivas, que puede ocasionar que el paciente obtenga la información de forma adulterada. (32)
- **Factores relacionados con la enfermedad:** Existe un porcentaje de pacientes que se aclimatan a los síntomas de sus enfermedades y escogen convivir con estos antes de seguir el tratamiento que se les pauta. Se tiene la certeza de que la adherencia es menor cuando el tratamiento es con fines preventivos o cuando los efectos no son inmediatos (33).
- **Factores relacionados con la medicación:** El principal condicionante en estos factores es el tiempo de acción. La adherencia del paciente es menor cuando los efectos del tratamiento son a medio o largo plazo y por el contrario existe un notable aumento de la adherencia terapéutica cuando los efectos del tratamiento son inmediatos.
- **Factores ambientales y socioeconómicos:** Son aquellos factores que actúan directamente sobre el paciente y que se relacionan con su entorno. Los factores ambientales con mayor influencia son el aislamiento social y las creencias sociales.
- **Factor de relación médico-paciente:** Es de gran importancia la relación existente entre el médico y el paciente, que debe estar basada en la confianza recíproca de ambos, también posee gran importancia la información facilitada por el profesional, principalmente la claridad y la calidad de la misma.

1.4.3 Métodos para mejorar la adherencia al tratamiento

- **Información efectiva:** El personal sanitario debe estar correctamente formado para dar directrices claras y adaptadas a las capacidades de cada persona, evitando el lenguaje técnico, pero ofreciendo al paciente información adecuada, específica y técnica sobre su patología y/o problema. Se debe procurar que el paciente entienda cual es el propósito del tratamiento, la duración del mismo y la dosis que debe tomar. Para conseguir el éxito en cuanto a la adherencia al tratamiento es de vital importancia realizar una adecuada educación al paciente.
- **Comunicación asertiva:** Médico y paciente deben construir en común un acuerdo que haga referencia al esquema terapéutico que se quiere llevar, ambos deben ser capaces de estructurar este esquema de forma conjunta, existiendo acuerdo entre ellos. Debe dejarse de lado la conducta sanitaria impositiva hacia el paciente, que generará en este una actitud de falta de participación en el proceso de toma de decisiones.
- **Educación sólida:** Se debe priorizar de manera absoluta la educación de pacientes

con patología crónica mediante un proceso interactivo entre personal sanitario y paciente, el resultado de este proceso será una mayor adherencia al cumplimiento terapéutico, reduciendo el número de hospitalizaciones el paciente (34).

- **Ayudas directas para mejorar la adherencia:** Se trata de herramientas que facilitan la adherencia terapéutica y que se adaptan a las necesidades de cada paciente. Serán los profesionales sanitarios los encargados de determinar la opción adecuada para cada paciente. Estas herramientas pueden ser: indicadores luminosos, reglas nemotécnicas, fichas recordatorias, etc. (35).

1.4.4 Consecuencias de la falta de adherencia

Los efectos de la falta de adherencia al tratamiento no es inmediato, los primeros síntomas de la enfermedad suelen tardar en aparecer aproximadamente entre 7 y 15 días dependiendo del fármaco, cuando los niveles del mismo comienzan a disminuir en el organismo del paciente vuelven a aparecer los síntomas de su patología de forma brusca.

En los pacientes que sufren descompensaciones de su trastorno mental con frecuencia por abandono del tratamiento es habitual que exista:

- **Dificultad económica:** Derivada de una ausencia de ocupación laboral. Es frecuente que no encuentren puestos de trabajo que se puedan adaptar a sus limitaciones, aun así, no es imposible encontrarlo, pero si les supone una gran dificultad y casi una imposibilidad mantener su puesto de trabajo cuando no se mantienen bajo tratamiento farmacológico. Este problema normalmente deriva en la familia, ya que, el paciente no cuenta con ingresos e independencia económica y suelen vivir en la casa familiar y por tanto son estos los que asumen la carga económica y manutención del paciente.
- **Dificultad social:** Procedente de la problemática que engloba su patología. Cuando sufren descompensaciones y los síntomas no se están tratando farmacológicamente, las capacidades sociales de la persona se ven alteradas y si, además, se añade la problemática del estigma que engloban las patologías o trastornos mentales, las relaciones sociales les suponen una dificultad o barrera aún más complicada de superar.
- **Dificultad familiar:** Derivada del tabú social y la complejidad de ser cuidador. Los familiares de los pacientes con trastornos mentales conocen los cuidados que estos necesitan y conocen su trastorno, aun así, los problemas o dificultades familiares radican en dos núcleos principales: el primero es la aceptación de la patología por

parte de los familiares, no es ningún secreto que la psiquiatría a día de hoy continúa siendo un tabú en nuestra sociedad y tanto los propios pacientes como las familias de estos no quieren o pueden aceptar el problema; el segundo es un problema directo derivado del rol de cuidador (*Síndrome del cansancio del cuidador*) que puede derivar en sentimientos de rechazo hacia el propio paciente, dificultando en gran medida una relación familiar correcta.

1.4.5 Causas de la falta de adherencia al tratamiento

- **Conocimiento deficiente de la enfermedad:** Puede ser una de las principales causas de la no adherencia parcial o total, ya que una alta proporción de pacientes con patologías mentales graves desconocen parcial o completamente su trastorno mental.
- **Falta o ausencia de consciencia de enfermedad:** Es importante no confundir este punto con el anterior ya que son totalmente diferentes. En el conocimiento deficiente se hace referencia a la falta de información sobre su trastorno mental, es decir, no saben que significa tener esa patología ni las consecuencias que conlleva, mientras que, la falta o ausencia de consciencia hace referencia a no tener percepción real de la patología, es decir, el paciente cree no estar enfermo y por ello no toma medicación ya que, a sus ojos, no la necesita porque no le pasa nada.
- **Apoyo Familiar:** Un buen apoyo familiar es fundamental para estos pacientes, sobre todo si como se menciona anteriormente no tienen consciencia de enfermedad. Es importante que la familia se involucre en su proceso de enfermedad y los acompañe en el mismo. La falta de este apoyo o la existencia de malos apoyos familiares que no comprenden la enfermedad, que no son conscientes de la misma o que la rechazan, es un importante factor predisponente al abandono del tratamiento.
- **Efectos secundarios de la medicación:** La medicación psiquiátrica puede provocar numerosos efectos secundarios que incomodan al paciente e incluso dificultan el desarrollo normal de la vida del mismo, los más frecuentes son (36):
 - Disfunción sexual: Es un efecto secundario que les incomoda de forma extrema y la principal causa de abandono del tratamiento, sobre todo en pacientes jóvenes, por lo que esta disfunción significa en su vida sexual.
 - Movimientos incontrolables o temblores: Este efecto secundario puede dificultar en gran medida las actividades de la vida diaria del paciente, en concreto las que requieren una mayor precisión como pueden ser: coger los cubiertos durante la

comida, beber agua, realizar manualidades, dibujar o pintar, escribir, etc.

- Sueño excesivo: Es un efecto secundario de los antipsicóticos que incomoda al paciente ya que este provoca que duerman durante todo el día largos periodos de tiempo por lo que disminuyen sus relaciones sociales y sus actividades diurnas y como consecuencia al llegar la noche sufren insomnio debido a la cantidad de horas dormidas en el día, por lo que a lo largo de la noche suelen dormir poco (normalmente de 2-4 horas), lo que provoca que por el día se encuentren más cansados y adormilados aún. Esto provoca una mala higiene del sueño y altera los ciclos sueño-vigilia.
- Náuseas: Este efecto secundario no suele ser un motivo frecuente de abandono del tratamiento, aunque hay pacientes que refieren haber dejado el mismo por lo que describen como una mala sensación tras tomar la medicación, a través de manifestaciones como “estar revueltos” o “no encontrarse bien”. Tras estas referencias se cree que son las náuseas las que originan estas sensaciones en el paciente.
- Coste de la medicación: El coste de algunas medicaciones puede ser elevado, teniendo en cuenta que el tratamiento de estos pacientes es crónico y deberán consumir esa medicación de por vida, es necesario contar con una economía que permita tener acceso a la medicación de forma continua. Es precisamente este aspecto el culpable de la falta de adherencia al tratamiento, el elevado coste de los fármacos necesarios y el nivel económico del paciente que como se menciona anteriormente en este documento, son personas que habitualmente sufren una situación de pobreza por no tener un puesto de trabajo y por ende una estabilidad económica que les permita disponer de su tratamiento sin dificultades.

1.4.6 Factores que disminuyen la adherencia al tratamiento

Existen factores que disminuyen la adherencia terapéutica y que dificultan el proceso (37):

- Relación paciente-profesional: Relación y comunicación existente entre paciente y profesional sanitario, que debe ser clara y con una relación abierta que fomente la comunicación y participación activa de ambas partes ya que la colaboración entre paciente y profesional de la salud es clave en la adherencia al tratamiento (38).
- Falta de confianza en el profesional
- Hábitos y costumbres del paciente
- Síntomas de la enfermedad o ausencia de los mismos: En pacientes con ausencia de síntomas o con síntomas leves será más difícil conseguir una correcta adherencia, la

cronicidad de la enfermedad es uno de los mayores factores de falta de adherencia al tratamiento

- Incumplimiento de citas y visitas programadas con su médico: La atención primaria es un pilar fundamental para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos
- Cambios frecuentes de medicación
- Polimedicación (39)
- Falta de confianza en el tratamiento
- Complejidad del tratamiento pautado
- Aceptación de la enfermedad.

1.4.7 Beneficios de la adherencia al tratamiento

Existen beneficios en tres ámbitos principales: el paciente, familia y sistema sanitario:

- **Beneficios en el paciente:**
 - Disminución de efectos secundarios
 - Alivio de síntomas
 - Reducción del estigma social
 - Mayor capacidad de autonomía personal
 - Mayor estabilidad en los síntomas de la patología
 - Aumento de la calidad de vida
- **Beneficios en la familia:**
 - Mejora en las relaciones interfamiliares
 - Disminución de riesgo de aparición del síndrome del cuidador
 - Aumento de la calidad de las relaciones familiares
- **Beneficios en el sistema sanitario:**
 - Reducción de costes económicos
 - Disminución del número de ingresos hospitalarios

1.4.8 Tipos de falta de adherencia al tratamiento

- **Primaria:** El médico receta la medicación al paciente, pero este no acude a la farmacia a retirarla. El motivo principal de la falta de adherencia primaria suele ser: falta de confianza en el personal sanitario y miedo a los efectos secundarios que pueda producir la medicación en la persona.
- **Secundaria:** El paciente retira la medicación de la farmacia, pero realiza una toma no continuada, toma una dosis incorrecta en cantidad u horarios, abandona el tratamiento

antes de lo indicado por el médico.

2 Justificación

El papel de la enfermería en la patología mental crónica es clave debido al gran impacto que tiene en el curso de su enfermedad la educación para la salud y la prevención de nuevos problemas relacionados con su patología o su estado de salud, a medio y largo plazo.

En este aspecto, la gran parte de la responsabilidad recae sobre los profesionales de enfermería ya que son estos los encargados de realizar una correcta educación para la salud y así disminuir el impacto de las patologías crónicas en la vida de las personas, así como mejorar el manejo de síntomas y la convivencia, aceptación y manejo de la propia enfermedad.

La adherencia al tratamiento en pacientes crónicos es de gran importancia puesto que el grado de la misma va a determinar el desarrollo, curso y estabilidad de su enfermedad. Se considera de gran importancia trabajar de forma conjunta con el paciente el correcto manejo y adherencia a su tratamiento para garantizar la estabilidad de su patología, así como reducir el número de ingresos hospitalarios y mejorar la calidad de vida del paciente.

Se ha optado por un proyecto educativo como modalidad para este trabajo de fin de grado porque como ya se ha mencionado, la adherencia al tratamiento se encuadra dentro de la educación para la salud, competencia de los profesionales de la enfermería. Por tanto, se ha desarrollado, adaptado a la docencia con pacientes, para mejorar su adherencia al tratamiento, proporcionarles conocimientos, ayudarles a modificar conductas y mejorar su calidad de vida.

3 Población y captación

3.1 Población diana

La población diana a la que se va a dirigir el proyecto educativo basándose en los datos obtenidos de la búsqueda de información realizada para la obtención de los datos epidemiológicos será la población comprendida entre 40 y 50 años ya que en un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) por edades se llegó a la conclusión de que las personas en el rango de edad mencionado anteriormente son las que mantienen una menor adherencia terapéutica siendo esta de un 21%, a este le sigue el grupo de edad comprendido entre 18 y 27 años con un 27% de adherencia terapéutica. El resto de grupos de edad expuestos en el estudio epidemiológico cuentan con porcentajes de adherencia más elevados, es por eso que se descarta enfocar el proyecto educativo hacia estos grupos y se decide dirigir al grupo de personas que muestra el porcentaje más bajo de adherencia terapéutica siendo este el grupo con edades comprendidas entre 40 y 50 años.

3.2 Captación

Los lugares de captación para la población a la que se va a dirigir este proyecto educativo van a ser dos:

- Unidad de psiquiatría del Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés): Esta unidad, situada en la tercera planta del Hospital Universitario Severo Ochoa sito en Avda. de Orellana s/n (28914) Leganés - Madrid, es una unidad cerrada donde se trata a personas con trastornos mentales que pueden ser crónicos o agudos, el mayor número de pacientes que ingresan en esta unidad son personas con patología crónica que sufren una agudización de la misma que precisa tratamiento (farmacológico y no farmacológico) e ingreso hospitalario. La media de tiempo que suelen pasar estas personas ingresadas en la unidad de psiquiatría suele ser entre una semana y veinte días dependiendo de la gravedad de la descompensación que han sufrido en su patología, la consciencia de enfermedad que tenga cada paciente y la colaboración e implicación de estos en el tratamiento de su patología.

Una vez que estas personas reciben el alta hospitalaria por parte del médico psiquiatra responsable de su atención durante el ingreso, pueden darse dos situaciones: reciben el alta hospitalaria a domicilio y el paciente vuelve al mismo o reciben el alta hospitalaria pero son derivados a la Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR-II) (40) donde se desarrollan un conjunto de intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras con los usuarios de este servicio, su familia y su entorno

social, cuyo objetivo es que estas personas recuperen el mayor grado de autonomía, integración social y calidad de vida posibles. Esta unidad se encuentra situada en el Hospital Universitario José Germain.

- Centro de salud mental (CSM) José Germain: Situado en C/ Paseo de Colón N.º 3, (28911) Leganés – Madrid. Se trata de un centro de atención especializada del servicio madrileño de salud. Este centro presta atención ambulatoria a personas con trastornos mentales y cuenta con dos programas principales: programa de atención a la infancia y adolescencia que atiende a personas hasta los 17 años y el programa de atención de adultos que atiende a personas a partir de los 18 años.

Este centro de salud mental constituye el eje de la coordinación de recursos de salud mental, recursos sanitarios, sociales, sociosanitarios y educativos.

La atención de este centro se realiza a través equipos de profesionales multidisciplinares compuestos por médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y personal administrativo y está acreditado como centro docente que cuenta con profesionales con formación en la especialidad: psiquiatría (MIR), psicología (PIR) y enfermeros especialistas en salud mental (EIR).

Para poder recibir atención en el centro de salud mental es necesario haber sido derivado al mismo por su médico de atención primaria (MAP) o tras haber recibido atención sanitaria urgente en el hospital.

El horario de atención del centro es de lunes a viernes de 8:00h a 15:00h y los martes y jueves alternos de 16:00h a 20:00h. Durante las primeras citas el facultativo realizará una primera evaluación en la que diagnostica a cada paciente valorando si precisa o no tratamiento especializado, así en los casos en los que la persona requiera dicho tratamiento especializado el facultativo elaborará un plan individualizado de intervención, en los que se pueden incluir diversos tipos de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, entre los que se puede encontrar incluso intervenciones de enfermería como apoyo individual y grupal, psicoeducación y administración de medicación (41).

Los métodos empleados para la captación de la población a la que va a ir dirigida este proyecto educativo para fomentar y favorecer en las personas con patología psiquiátrica que tengan una mayor adherencia al tratamiento van a ser:

- Carteles: Estos se colocarán en la unidad de psiquiatría del Hospital Universitario Severo Ochoa y en la UHTR-II del Hospital Universitario José Germain, previa autorización de ambos centros, mediante la pertinente solicitud (Anexo 1). El motivo

de colocar carteles en estos dos centros es que son un método de captación muy visual y puesto que son pacientes con los síntomas aún agudizados y sin estabilizar, creo que es más probable captar la atención de esta parte de la población con métodos visuales y una vez captada ya aportarles el resto de información por ejemplo a través de trípticos. También se colocarán en el centro de salud mental (CSM) para que los pacientes puedan conocer el proyecto de manera visual y posteriormente puedan informarse de manera más detallada (Anexo 2).

- Trípticos: Serán repartidos en el centro de salud mental (CSM) donde previamente se habrán colocado carteles para llamar la atención de la población, en la unidad de psiquiatría del Hospital Universitario Severo Ochoa y en la UHTR-II del Hospital Universitario José Germain donde se entregarán cuando el paciente reciba el alta hospitalaria o durante el ingreso si el paciente tras ver los carteles informativos colgados en estas unidades nos pide más información. En ellos se detallará de forma sintética, concreta y precisa el tema que queremos tratar, en ellos se elaborará una introducción que utilizaremos para orientar y motivar a la persona, un desarrollo en el que se explicarán los contenidos de forma ordenada y progresiva y un resumen o conclusión donde se reiterará lo fundamental del mensaje. Estos folletos serán entregados en mano a todo el que esté interesado en el tema de la adherencia al tratamiento y se va a sugerir su lectura en casa, también se preguntará posteriormente por su comprensión para ofrecer nuestra ayuda en la resolución de dudas o aclaración sobre la utilidad de la implicación en este tema (Anexo 3).

4 Objetivos

4.1 Objetivos generales

- Identificar iniciativas y acciones a potenciar por parte de los pacientes con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento.
- Promover una mayor concienciación entre la población diana sobre el problema que representa la falta de cumplimiento o adherencia al tratamiento.

4.2 Objetivos específicos

Área cognitiva:

- Incrementar el conocimiento y la capacidad de autogestión de los pacientes respecto al manejo del tratamiento y de la propia enfermedad.
- Identificar y conocer las principales causas de la falta de adherencia al tratamiento
- Conocer las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento a corto, medio y largo plazo.

Área emocional:

- Valorar el efecto negativo que produce la no adherencia o abandono del tratamiento en su patología y en su vida personal y social.
- Verbalizar los motivos propios y concretos de cada persona para el abandono y la falta de adherencia al tratamiento.

Área de habilidades:

- Demostrar los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos en cada sesión a corto y medio plazo.
- Llevar a la práctica todo lo expuesto en las sesiones.
- Evaluar las técnicas y rutinas adquiridas para aumentar la adherencia al tratamiento.

5 Contenidos

Los contenidos a tratar durante las sesiones serán los siguientes:

- **Tipos de trastornos:** De todos ellos se tratará significado y síntomas.
 - Obsesivo-compulsivo
 - Disociativo
 - Trastorno de personalidad
 - Esquizofrenia

- **Tratamientos:** De todos ellos se tratará: Definición, vía de administración, tipos y efectos secundarios.
 - Antipsicóticos
 - Antidepresivos
 - Benzodiazepinas
 - Hipnóticos
 - Sedantes.

- **Adherencia al tratamiento:**
 - Definición y significado
 - Factores relacionados con la no-adherencia al tratamiento
 - Métodos para mejorar la adherencia al tratamiento
 - Consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento
 - Causas de la falta de adherencia al tratamiento
 - Beneficios de la adherencia al tratamiento
 - Tipos de falta de adherencia al tratamiento

- **Evaluación:**
 - *Cuantitativa:* Cuestionarios pre y post sesión y cuestionario final tras la finalización de todas las sesiones.
 - *Cualitativa:* Contenidos elaborados por los participantes.

En cuanto a las áreas de aprendizaje abordadas y los contenidos impartidos en las sesiones se relacionarán de la siguiente manera:

- *Área cognitiva:* Para alcanzar los objetivos mencionados en el punto anterior se impartirán los contenidos que hacen referencia a los tipos de trastorno, los tratamientos y la adherencia al tratamiento. Con el objetivo de aumentar los conocimientos generales y específicos de los participantes.
- *Área emocional:* Para trabajar este aspecto se impartirán los contenidos que se encuentran en el apartado de adherencia al tratamiento, así se podrá trabajar no solo el conocimiento de los participantes sobre la materia sino la autoevaluación de lo aprendido aplicado a los propios participantes y la reflexión.
- *Área de habilidades:* El contenido que trabajará esta área será el que se engloba dentro del punto llamado adherencia al tratamiento a través de los métodos mencionados en el apartado evaluación utilizando métodos cuantitativos como cuestionarios pre y post sesión y métodos cualitativos a través de la evaluación de contenidos elaborados por los participantes.

6 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

6.1 Planificación general

- **Lugar de celebración:** El taller “*Mental Health Matters*” tendrá lugar en el Centro de salud mental José Germain (CSM) de Leganés, en un aula de docencia habilitada para desarrollar actividades grupales como la que se propone en este proyecto. Como se menciona en el texto anteriormente, se solicita autorización previa para la realización de las sesiones al director/responsable de este centro (*Anexo 1*).
- **Número de participantes:** Los grupos serán reducidos y estarán formados por diez personas como mínimo y quince como máximo para facilitar la interacción entre los miembros y los profesionales, así como la dedicación individual por asistente gracias a un mayor feedback participante-profesional.
- **Docentes:** Las sesiones serán realizadas por dos profesionales de enfermería.
- **Numero de sesiones:** El número de sesiones que se van a realizar es de cuatro sesiones y se realizará una sesión extra que consistirá en una charla motivacional, en la que acudirán dos personas con patología mental que estuvieron afectadas por esta situación y que en la actualidad tienen una conducta de adherencia y calidad de vida adecuadas.
- **Duración de las sesiones:** Las sesiones tendrán una duración de 90 minutos cada una.
- **Horario de las sesiones:** Para facilitar la asistencia a los participantes, las sesiones se impartirán en diferentes horarios que cada persona elegirá según sus necesidades. Los participantes podrán elegir asistir los días: lunes, miércoles o viernes de 10:00h a 11:30h y martes o jueves de 16:30h a 18:00h.
- **Periodicidad:** La periodicidad de las sesiones será semanal, se realizará una sesión por semana con una duración total de cuatro semanas. La charla motivacional, en la que acudirán dos personas con patología mental, se realizará durante la cuarta semana en la que, por tanto, se realizaran dos sesiones no consecutivas.
- **Disposición del aula:** Las sesiones se realizarán con las sillas colocadas formando

un semicírculo para que la comunicación entre los participantes sea fluida y facilite la supervisión del profesional de enfermería.

- **Recursos materiales:** Un proyector, un ordenador, diapositivas, sillas, mesas, folios, bolígrafos, una pelota, una pizarra y tizas o rotuladores.

6.2 Sesiones

Primera sesión	
Recursos humanos empleados: <ul style="list-style-type: none"> Dos enfermeras. 	Duración: <ul style="list-style-type: none"> 90 minutos
Objetivos a cumplir: <ul style="list-style-type: none"> Incrementar los conocimientos y la capacidad de autogestión del paciente respecto al manejo de su enfermedad Demostrar los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos en cada sesión a corto y medio plazo. 	
Contenidos	Técnicas, materiales, tiempos, desarrollo del contenido.
Presentación de los componentes del grupo y del profesional de la salud	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 15 minutos Material: Pelota Técnica: Dinámica grupal llamada “La pelota” (42). Sirve para fomentar la integración grupal y presentarse de una forma más entretenida. Desarrollo: Los participantes se dispondrán en círculo y los docentes (las enfermeras) explicarán la técnica; La pelota se lanzará de forma aleatoria a una persona de las que forman el círculo y deberá cogerla, presentarse diciendo su nombre y edad y responder a dos preguntas que realizará quien le haya lanzado la pelota, cuando termine lanzará la pelota de nuevo a otra persona y continuará con la dinámica.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 10 minutos Material: Cuestionario, papel y bolígrafo. Técnica: Cuestionario de conocimientos pre-sesión Desarrollo: Se realizará un cuestionario (Anexo 4) en el que se evaluarán cuáles son los conocimientos sobre los temas a tratar en la sesión antes de recibir la información.
Tipos de trastornos	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 40 minutos y 5 minutos para resolución de dudas Material: Ordenador, pantalla de proyector y archivo PowerPoint (diapositivas) preparado con anterioridad. Técnica: Se usarán técnicas expositivas como la lección con discusión. Desarrollo: Los docentes expondrán los tipos de trastornos mentales más habituales, su definición y la sintomatología más común de los mismos y fomentarán que los participantes realicen preguntas para poder resolver dudas sobre el tema.
Descanso	10 minutos.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 10 minutos. Material: cuestionario, papel y bolígrafo. Técnica: Cuestionario de conocimientos post-sesión Desarrollo: Los participantes realizarán de nuevo el cuestionario (Anexo 4), que compararemos con el que realizaron al comienzo de la sesión antes de recibir la información para evaluar los conocimientos adquiridos.

Segunda sesión

Recursos humanos empleados:

Dos enfermeras.

Duración:

90 minutos

Objetivos a cumplir:

- Incrementar los conocimientos y la capacidad de autogestión del paciente en relación al tratamiento.
- Demostrar los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos en cada sesión a corto y medio plazo.

Contenidos	Técnicas, materiales, tiempos, desarrollo del contenido.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo: 10 minutos • Material: Cuestionario, papel y bolígrafo. • Técnica: Cuestionario de conocimientos pre-sesión • Desarrollo: Se realizará un cuestionario (Anexo 5) en el que se evaluarán cuáles son los conocimientos sobre los temas a tratar en la sesión antes de recibir la información.
Tratamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo: 30 minutos y 5 minutos para resolución de dudas • Material: Ordenador, pantalla de proyector y archivo PowerPoint (diapositivas). • Técnica: Se usarán técnicas expositivas como la lección con discusión. • Desarrollo: Los docentes expondrán los tratamientos más habituales en patologías mentales especificando vía de administración, tipos y efectos secundarios más habituales y fomentarán que los participantes realicen preguntas para resolver dudas.
Descanso	10 minutos.
Video fórum	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo: 20 minutos y 5 minutos para resolución de dudas. • Material: Ordenador, proyector y video. • Técnica: Se usarán técnicas expositivas como el video con discusión • Desarrollo: Los docentes expondrán videos que combinen los tratamientos con los tipos de trastornos (impartidos en la primera parte de la sesión) comentándolo con los participantes posteriormente
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo: 10 minutos. • Material: Cuestionario, papel y bolígrafo. • Técnica: Cuestionario de conocimientos post-sesión • Desarrollo: Los participantes realizarán de nuevo el cuestionario (Anexo 5), que compararemos con el que realizaron al comienzo de la sesión antes de recibir la información para evaluar los conocimientos adquiridos.

Tercera sesión

Recursos humanos empleados:		Duración:	
<ul style="list-style-type: none"> Dos enfermeras. 		<ul style="list-style-type: none"> 90 minutos 	
Objetivos a cumplir:			
<ul style="list-style-type: none"> Identificar y conocer los principales motivos de la falta de adherencia al tratamiento Verbalizar los motivos propios y concretos de cada persona para el abandono y la falta de adherencia al tratamiento Valorar el efecto negativo que produce la no adherencia o abandono del tratamiento en su patología y en su vida personal y social. Demostrar los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos en cada sesión a corto y medio plazo. 			
Contenidos		Técnicas, materiales, tiempos, desarrollo del contenido.	
Evaluación		<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 10 minutos Material: Cuestionario, papel y bolígrafo. Técnica: Cuestionario de conocimientos pre-sesión Desarrollo: Se realizará un cuestionario (Anexo 6) en el que se evaluarán cuáles son los conocimientos sobre los temas a tratar en la sesión antes de recibir la información. 	
Definición y significado de adherencia al tratamiento		<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 10 minutos Material: Pizarra y tizas Técnica: Se usarán de investigación de aula como la tormenta de ideas. Desarrollo: Los docentes pondrán en común el pensamiento y conocimiento de cada participante sobre el significado real de adherencia al tratamiento y comprobarán si el análisis de la situación es correcto y sino, replantearlo. 	
Factores relacionados con la no-adherencia al tratamiento y métodos para mejorar la adherencia		<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 20 minutos y 5 minutos para resolución de dudas. Material: Proyector, ordenador y archivo PowerPoint (diapositivas) Técnica: Se utilizarán técnicas expositivas como la lección con discusión. Desarrollo: Los docentes expondrán cuales son las principales claves para conseguir una buena adherencia al tratamiento y fomentarán que los participantes realicen preguntas para resolver dudas. 	
Descanso		10 minutos.	
Causas de la falta de adherencia al tratamiento		<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 20 minutos y 5 minutos para resolución de dudas. Material: Ordenador, proyector y archivo PowerPoint Técnica: Se usarán técnicas expositivas como la charla participativa Desarrollo: Los docentes expondrán las principales causas de la falta de adherencia al tratamiento permitiendo a los participantes aportar sus opiniones y reflexiones, facilitando la interacción entre los componentes del grupo con naturalidad 	
Evaluación		<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 10 minutos. Material: Cuestionario, papel y bolígrafo. Técnica: Cuestionario de conocimientos post sesión Desarrollo: Los participantes realizarán de nuevo el cuestionario (Anexo 6), que compararemos con el que realizaron la sesión antes de recibir la información para evaluar los conocimientos adquiridos. Actividad individual domiciliaria: Se pedirá a los participantes que durante la semana que va a transcurrir entre ambas sesiones analicen su comportamiento y escriban en un folio cinco razones por las que no siguen su tratamiento de forma constante y cinco razones por las que les gustaría tener una mayor adherencia al tratamiento, por último, deberán escribir tres cosas que les motiven a tener una mayor adherencia. Esta actividad se realizará de forma individual en casa en el tiempo transcurrido entre la tercera y la cuarta sesión y será evaluado en esta última. 	

Cuarta sesión	
Recursos humanos empleados:	Duración:
<ul style="list-style-type: none"> Dos enfermeras. 	<ul style="list-style-type: none"> 90 minutos
Objetivos a cumplir:	
<ul style="list-style-type: none"> Conocer las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento a corto, medio y largo plazo Demostrar los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos en cada sesión a corto y medio plazo Identificar iniciativas y acciones a potenciar por parte de los pacientes con el fin de mejorar la adherencia 	
Contenidos	Técnicas, materiales, tiempos, desarrollo del contenido.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 20 minutos Material: Cuestionario, papel y bolígrafo. Técnica: Cuestionario de conocimientos pre-sesión y exposición en común del ejercicio individual Desarrollo: Se realizará un cuestionario (Anexo 7) en el que se evaluarán cuáles son los conocimientos sobre los temas a tratar en la sesión antes de recibir la información. Evaluación Actividad individual: Los docentes preguntarán a los participantes de forma aleatoria que digan uno o varios ítems de los requeridos en el ejercicio, cuando la persona acabe podrá elegir al siguiente participante que le gustaría saber la resolución de su ejercicio.
Consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento y factores que disminuyen la adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 25 minutos y 5 para resolución de dudas. Material: Proyector, ordenador y archivo PowerPoint. Técnica: Se usarán de investigación de aula como la tormenta de ideas. Desarrollo: Los docentes expondrán las consecuencias más habituales de la falta de adherencia al tratamiento y los factores que disminuyen la adherencia y fomentarán que los participantes realicen preguntas para resolver dudas.
Descanso	10 minutos.
Beneficios de la adherencia al tratamiento y tipos de falta de adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 40 minutos (20 para cada una de las técnicas) Material: Ordenador, proyector, archivo PowerPoint, papel y bolígrafo. Técnica: Para la primera parte se utilizarán técnicas expositivas como el video con discusión y para la segunda parte se realizarán técnicas de análisis como el caso. Desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> <u>Primera técnica:</u> Los docentes expondrán un video en el que se muestran los principales beneficios de la adherencia al tratamiento y los tipos de esta y al finalizar el mismo se realizará una discusión en la que deberán participar todos los componentes del grupo. <u>Segunda técnica:</u> Se les facilitará a los participantes un documento escrito de un caso real respecto al cual se solicitará a los discentes que analicen los elementos más destacados y posteriormente expresen su opinión sobre ellos. Esta actividad se realizará en parejas para fomentar el trabajo en equipo.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo: 10 minutos Material: Cuestionario, papel y bolígrafo. Técnica: Cuestionario de conocimientos post sesión Desarrollo: Los participantes realizarán de nuevo el cuestionario (Anexo 7), que compararemos con el que realizaron la sesión antes de recibir la información para evaluar los conocimientos adquiridos. Corrección del caso: Se pondrán en común con el resto de participantes las respuestas del caso realizado por cada pareja y el docente realizará las correcciones pertinentes.

Quinta sesión	
Recursos humanos empleados: <ul style="list-style-type: none"> • Una enfermera, un médico psiquiatra y dos personas que has sufrido las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento y acudieron a las sesiones que se imparten en este centro. 	Duración: <ul style="list-style-type: none"> • 60 minutos
Objetivos a cumplir: <ul style="list-style-type: none"> • Promover una mayor concienciación entre la población diana sobre el problema que representa la falta de cumplimiento o adherencia al tratamiento • Motivar a llevar a la práctica todo lo expuesto en las sesiones • Evaluar las técnicas y rutinas adquiridas para aumentar la adherencia al tratamiento 	
Contenidos	Técnicas, materiales, tiempos, desarrollo del contenido.
Charla impartida por las personas invitadas	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo: 40 minutos, 20 minutos por cada invitado. • Material: sillas • Técnica: Se utilizará • Desarrollo: Los invitados expondrán su experiencia vivida acerca de la falta de adherencia al tratamiento, la influencia que tuvieron estas sesiones en su comportamiento y que aspectos de su vida han modificado el cambio. Darán detalles sobre lo que hicieron para conseguirlo y el tiempo que tardaron y motivarán a los participantes de la sesión. Al finalizar la charla, responderán las preguntas que le realicen los participantes.
Descanso	10 minutos.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo: 10 minutos • Material: Cuestionario, papel y bolígrafo. • Técnica: Cuestionario de satisfacción del taller. • Desarrollo: Los participantes realizarán un cuestionario de satisfacción (Anexo 8), que evaluará los aspectos técnicos relacionados con el taller "Mental Health Matters", indicando además el grado de satisfacción personal, los conocimientos adquiridos y realizarán una evaluación de los docentes.

7 Evaluación

7.1 Evaluación de la estructura y el proceso

Esta parte de la evaluación será realizada por los participantes de las sesiones a través de un cuestionario de satisfacción (Anexo 7) que evaluarán los siguientes aspectos en relación a 5 ítems que clasifican las respuestas de la persona en deficiente, medio, satisfactorio, muy bueno y excelente:

- Conocimientos adquiridos
- Habilidades y dedicación de los docentes
- Contenido del curso
- Aspectos que le han resultado más útiles
- Aspectos a mejorar del curso
- Recomendación a otras personas

7.2 Evaluación de los resultados

La evaluación de los resultados de los talleres para evaluar los conocimientos adquiridos por los participantes se realizará según lo descrito en la programación individual de cada sesión, como forma general de evaluación se plantea:

- ***Evaluación cuantitativa a través de cuestionarios pre sesión:*** Los docentes realizarán estos cuestionarios antes de comenzar la sesión con el objetivo de ver los conocimientos que poseen los asistentes sobre la materia y así poder adaptar el contenido a las necesidades y capacidades del grupo. Se realizan al comienzo de la sesión para poder evaluar los conocimientos de forma objetiva, sin impartir ningún conocimiento previo sobre la materia (Anexos 4, 5, 6 y 7).
- ***Evaluación cuantitativa a través de cuestionarios post sesión:*** Los docentes realizarán estos cuestionarios tras haber impartido todo el contenido previsto para la sesión. El modelo de cuestionario será igual que el realizado antes de comenzar la sesión y se evaluarán los mismos ítems con la diferencia de que al realizarlo después de la sesión los participantes deberán haber adquirido los nuevos conocimientos impartidos por el docente (Anexos 4, 5, 6 y 7).

- ***Evaluación cualitativa a través del análisis de contenidos elaborados por los participantes (actividad individual domiciliaria):*** Al finalizar la sesión número tres se plantea a los participantes un ejercicio para realizar durante la semana que transcurre entre la sesión que finaliza y la siguiente. Como se menciona en la programación individual de la sesión esta actividad consiste en que cada participante analice su comportamiento y escriba en un folio cinco razones por las que no siguen su tratamiento de forma constante, cinco razones por las que les gustaría tener una mayor adherencia al tratamiento y tres cosas que les motiven a tener una mayor adherencia.

Esta evaluación no solo ayudará a los docentes a saber el nivel de conocimientos de cada participante, también ayudará a estos a valorar su propio nivel de conocimientos, dándoles la posibilidad de evaluar si necesitan o quieren seguir formándose y adquiriendo conocimientos sobre el tema impartido.

Bibliografía

- (1) Las enfermedades mentales más frecuentes en España | IFIS Educación. Ifiseducacion.com. (2021). Retrieved 5 September 2020.
- (2) Diagnóstico M, Estadístico Y, Mentales DT. ACTUALIZACIÓN Suplemento del DSM-5 ® octubre 2018.
- (3) López N, Calvo A. Salud mental: un tema tabú que precisa de una visión integral [Internet]. Heraldo de Aragón. 2019 [citado el 17 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.heraldo.es/noticias/salud/2019/09/30/salud-mental-un-tema-tabu-que-precisa-de-una-vision-integral-1335912.htm>
- (4) L. Informe #1 SALUD MENTAL ENSE 2017 Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017 Serie informes monográficos #1 -SALUD MENTAL
- (5) Gabinete Sociología y Comunicación. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. España; 2016.
- (6) Rafii F, Fatemi NS, Danielson E, Johansson CM, Modanloo M. Cumplimiento del tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas: una exploración de concepto. Irán J Nurs Midwifery Res. 2014; 19 (2): 159–67.
- (7) de Economía M, de Sanidad I, Sociales S. SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA [Internet]. Iscii.es. [citado el 17 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://gesdoc.iscii.es/gesdoccontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>
- (8) José A. Yaryura Tobías, Fugen Neziroglu. Teorema del trastorno obsesivo-compulsivo. Salud mental (México) 2001;24(2)
- (9) Colomer, Carmen Albert D José, María V, Blanco, Profesor, Rogelio LD, Luque, et al. UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA FACULTAD DE MEDICINA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Tesis Doctoral
- (10) Trastorno de identidad disociativo [Internet]. Msdmanuals.com. [citado el 9 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-disociativos/trastorno-de-identidad-disociativo>
- (11) Trastornos de la personalidad. Mental Health and Behavior [Internet]. 2009 [citado el 8 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/personalitydisorders.html>
- (12) Gunderson J. Trastorno Limite de La Personalidad. Ars Medica; 2006
- (13) Generalidades sobre los trastornos de la personalidad - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales [Internet] 2021 [citado el 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/generalidades-sobre-los-trastornos->

[de-la-personalidad](#)

- (14) Abeleira G, P. Esquizofrenia, 2012, CT 2012;4:157
- (15) Lozano, J., nd Etiopatogenia, síntomas y tratamiento de la esquizofrenia . Vol. 21, Nº. 9 (OCT), 2002, págs. 104-114.
- (16) Principal P, salud T. Trastorno bipolar: MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus.gov. 2021 [cited 10 October 2020]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/bipolardisorder.html>
- (17) Molero Santos P. Trastorno bipolar. Ejemplar dedicado a: Enfermedades psiquiátricas (III). 12a ed. ISSN 0304-5412, Serie 12, Nº. 86, 2019
- (18) Bados López A, García Grau E. Habilidades terapéuticas. Año 2011 Jun 17,;19:184.
- (19) María García Anaya, Rogelio Apiquian, Ana Fresán. Los antipsicóticos atípicos: Una revisión. Salud mental (México) 2001;24(5)
- (20) Tratamiento farmacológico de la depresión - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Versión manual MSD para profesionales. 2021 [citado el 2 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-de-la-depresi%C3%B3n?query=Antidepressivos>
- (21) Domínguez DV, Collares M, Ormaechea DG, Tamosiunas G. Benzodiazepinas
- (22) Minaya O, Ugalde O, Fresán A. Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. Salud Mental 2009;32:405-411 ;32(5)
- (23) Ansiolíticos y sedantes - Temas especiales - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Versión manual MSD para profesionales. 2021 [citado el 5 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/temas-especiales/drogas-recreativas-yt%C3%B3xicas/ansiol%C3%ADticos-y-sedantes?query=benzodiazepinas>
- (24) TRIVIÑO • SEP Farmacéutica. M. Hipnóticos y Sedantes. Descanso ... ¡Por fin !. [Internet]. 2021 [citado 8 de diciembre de 2020]; (VOL 18 NÚM 3). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13059597>
- (25) Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. Acta Med Colomb. 2005;30(4):268–73
- (26) Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. BMJ Open. 2018 Jan 21;8(1):e016982.
- (27) Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and associated factors among adult patients with major

- psychiatric disorders: a protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2018 Jan 22;7(1):10.
- (28) Smith D, Lovell J, Weller C, Kennedy B, Winbolt M, Young C, Ibrahim J. A systematic review of medication non-adherence in persons with dementia or cognitive impairment. *PLoS One*. 2017 Feb 6;12(2):e0170651.
- (29) Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2020 Jan 16;9(1):17.
- (30) Palop L, Martínez M. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano; *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 113-120
- (31) Cáceres FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB* 2004; 7:172-180
- (32) Compliance or Concordance: Is There a Difference?. *Drug Ther Perspect* 1999; 13(1): 11-12
- (33) Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA*. 2002;288:2880-2883
- (34) Ara J. Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas [Internet]. *Sefh.es*. 2009 [cited 14 February 2021]. Available from: <https://www.sefh.es/54congresolInfo/documentos/ponencias/1030.pdf>
- (35) Darbshire PL, Mashrah D. Comparison of Student and Patient Perceptions for Medication Non-adherence. *Am J Pharm Educ*. 2018 Nov;82(9):6444.
- (36) Cheen MHH, Tan YZ, Oh LF, Wee HL, Thumboo J. Prevalence of and factors associated with primary medication non-adherence in chronic disease: A systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract*. 2019 Jun;73(6):e13350.
- (37) Schäfer-Keller P, Garzoni D, Dickenmann M, De Geest S. Medikamentöse Nicht-Adhärenz - Prädiktive Faktoren und Diagnostik [Medication non adherence - predictive factors and diagnostics]. *Ther Umsch*. 2010 Jun;67(6):283-8. German.
- (38) Fernandez-Lazaro CI, Adams DP, Fernandez-Lazaro D, Garcia-González JM, Caballero-Garcia A, Miron-Canelo JA. Medication adherence and barriers among low-income, uninsured patients with multiple chronic conditions. *Res Social Adm Pharm*. 2019 Jun;15(6):744-753.
- (39) Patton DE, Hughes CM, Cadogan CA, Ryan CA. Theory-Based Interventions to Improve Medication Adherence in Older Adults Prescribed Polypharmacy: A Systematic Review. *Drugs Aging*. 2017 Feb;34(2):97-113.
- (40) Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación II [Internet]. *Comunidad.madrid*. 2019 [citado el 8 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/josegermain/profesionales/unidades->

asistenciales-ipjg/unidad-hospitalaria-tratamiento-rehabilitacion-ii

- (41) Centro de Salud Mental de Leganés [Internet]. Comunidad.madrid. 2018 [citado el 8 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/josegermain/profesionales/unidades-asistenciales-ipjg/centro-salud-mental-leganes>
- (42) Burgos MCL, editor. La orientación y el uso de dinámicas de grupo para la personalización de la enseñanza [Internet]. Vol 27. 2010. Disponible en: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_27/MARIA_CONCEPCION_LEIVA_BURGOS_01.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Carta de petición de consentimiento para realización de reuniones.

A la atención del Sr. director gerente del Centro de salud mental José Germain.

Estimado Sr:

Por medio de la presente se solicita al Centro de Salud Mental José Germain que Ud. dirige situado en la C/ Paseo de Colón N.º 3, (28911) Leganés – Madrid, que conceda el permiso pertinente para utilizar el aula habilitada para docencia del centro, con el objetivo de impartir El taller “Mental Health Matters” consistente en cuatro sesiones y una charla motivacional que tendrán una duración de cuatro semanas, en las que se tratará el tema de la adherencia al tratamiento y la falta de esta en personas con patologías psiquiátricas que no están institucionalizadas.

Se realizará una sesión semanal durante las cuatro primeras semanas de mayo siendo la primera sesión el día 03 de mayo de 2021 y la última sesión el 28 de mayo de 2021 en los siguientes horarios (los cuales podrá elegir el paciente según su disponibilidad para asistir): lunes, miércoles o viernes de 10:00h a 11:30h y martes o jueves de 16:30h a 18:00h.

Se ruega contestación, por este mismo medio y a la misma dirección.

Muchas gracias, a la espera de su aprobación.

Atentamente.



Yamila Gómez Merino.

**“ AFRONTA
TU PRESENTE
PARA
MEJORAR
TU FUTURO ”**

**TALLERES PARA MEJORAR TU
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
CONTÁCTANOS: 915 86 65 30**



ACABA CON EL ESTIGMA, BUSCA AYUDA

Anexo 3: Tríptico

Te ayudamos a mejorar la adherencia al tratamiento a través de talleres grupales

M, E, N, T, A, L,

H, E, A, L, T, H,

M, A, T, T, E, R, S,

CONTACTANOS

91 915 86 65 30
yamilamerinog@gmail.com

Centro de salud mental José Germain
Calle Paseo de Colón nº 3,
28911 Leganés – Madrid



AFRONTA TU PRESENTE PARA MEJORAR TU FUTURO

CENTRO DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN

¿De que se trata?

Impartimos un taller de 4 sesiones y una charla motivacional la ultima semana.

Horarios y fechas flexibles para facilitarte la asistencia.

Del 3 al 28 de Mayo de 2021

Adquiere conocimientos, modifica conductas y mejora tu calidad de vida

Acaba con el estigma, busca ayuda

PRIMERA SESIÓN

Realizaremos una primera toma de contacto mediante una divertida dinámica de grupo, evaluaremos el nivel de conocimiento y hablaremos sobre los tipos de trastornos mentales.

SEGUNDA SESIÓN

Hablaremos sobre los tratamientos farmacológicos para los trastornos mentales, tipos, vías de administración y efectos secundarios y además realizaremos un video forum.

TERCERA SESIÓN

Realizaremos una dinamica de grupo para hablar de la definición y significado de adherencia al tratamiento, trataremos tambien los temas de las claves y causas de la adherencia al tratamiento y se propondrá una sencilla actividad para realizar en casa.

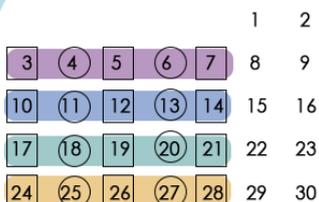
CUARTA SESIÓN

Se realizará una evaluación comun de la actividad propuesta en la tercera sesión y se tratarán los temas de consecuencias y beneficios de la adherencia al tratamiento.

CHARLA MOTIVACIONAL

Se invitará a dos personas que han pasado por la misma situación que viven actualmente los participantes de las sesiones y contarán sus experiencias y como mejoraron su situación

Mayo



Sesiones

- 1
- 2
- 3
- 4

Turnos

- 10:00h a 11:30h
- 16:30h a 18:00h

Anexo 4: Cuestionario de conocimientos primera sesión.

Cuestionario de conocimientos	
Sesión n°1	
*Obligatorio	
1. Nombre y Apellidos *	
2. ¿Cuántos tipos de trastorno de personalidad conoces? *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Tipo 1, 2 y 3	
<input type="radio"/> Tipo A, B y C	
<input type="radio"/> Ninguna es correcta	
<input type="radio"/> Solo hay un tipo de trastorno de personalidad.	
3. ¿Cuál de estos síntomas NO es un tipo de síntoma de la esquizofrenia? *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Psicóticos	
<input type="radio"/> Cognitivos	
<input type="radio"/> Negativos	
<input type="radio"/> Positivos	
4. ¿Cuáles son las fases de la bipolaridad? *	1 punto
5. ¿Qué tipos de trastornos mentales conoces? *	1 punto
6. ¿Cuál es un síntoma del trastorno obsesivo compulsivo (TOC)? *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Obsesiones	
<input type="radio"/> Compulsiones	
<input type="radio"/> Ambas opciones son correctas	
<input type="radio"/> Ninguna es correcta	
7. NO es un tipo de trastorno disociativo: *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Amnesia disociativa	
<input type="radio"/> Trastorno de identidad disociativo	
<input type="radio"/> Trastorno de despersonalización	
<input type="radio"/> Trastorno disociativo ambiguo	
8. ¿Cuál de los siguientes síntomas NO forma parte de los síntomas de hipomanía en el trastorno bipolar? *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Somnolencia diurna persistente	
<input type="radio"/> Trastorno de despersonalización	
<input type="radio"/> Delirios de grandeza	
<input type="radio"/> Sentimientos de culpabilidad excesiva	
9. ¿Cuál de las siguientes opciones NO es un tipo de esquizofrenia? *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Paranoide	
<input type="radio"/> Hebefrénica	
<input type="radio"/> Residual	
<input type="radio"/> Eritroide	
10. Señala la FALSA acerca de los tipos de trastorno bipolar *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Tipo 1: se sufre al menos un episodio maniaco que puede estar precedido o seguido de un episodio hipomaniaco o un episodio depresivo mayor	
<input type="radio"/> Tipo 2: se sufre, al menos, un episodio depresivo mayor y, como mínimo, un episodio hipomaniaco, pero nunca tuviste un episodio maniaco.	
<input type="radio"/> Ciclotímico: se sufren durante al menos 3 años muchos períodos con síntomas de hipomanía y períodos con síntomas depresivos	
<input type="radio"/> El trastorno bipolar tipo 1 no es una forma menos grave del trastorno bipolar tipo 2	
11. Señala la respuesta CORRECTA sobre los trastornos de personalidad *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Grupo A: incluye trastornos raros o esotéricos	
<input type="radio"/> Grupo B: incluye el trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista	
<input type="radio"/> Grupo C: Son trastornos temerarios y ansiolíticos	
<input type="radio"/> Ninguna de las anteriores es correcta	

Enlace de acceso al formulario online: <https://forms.gle/smfngpSXfZFdfGRn8>

Anexo 4: Cuestionario de conocimientos primera sesión. Elaboración propia.

Anexo 5: Cuestionario de conocimientos segunda sesión.

Cuestionario de conocimientos

Sesión nº2

***Obligatorio**

1. Nombre y Apellidos * 1 punto

2. ¿Qué tipos de tratamientos conoces? * 1 punto

3. ¿Cuáles son las vías de administración más comunes en patología mental? * 1 punto

Selecciona todos los que correspondan.

Intramuscular

Oral

Sublingual

Transdérmica

4. ¿Qué vías de administración de fármacos conoces? * 1 punto

5. ¿Cuál de las siguientes opciones NO es un uso común de las benzodiacepinas? * 1 punto

Marca solo un óvalo.

Anticonvulsivos

Ansiolíticos

Antiepilépticos

Abstinencia alcohólica

6. Señale la FALSA sobre los antidepresivos * 1 punto

Marca solo un óvalo.

Los tricíclicos provocan sequedad de boca

Los IMAO hacen mayor efecto al combinarlos con chocolate

Los ISNR causan alteraciones de la libido y disfunción eréctil

No se tienen referencias sobre los efectos secundarios de los antidepresivos heterocíclicos

7. Señala la verdadera sobre los antipsicóticos: * 1 punto

Marca solo un óvalo.

Los atípicos se descubrieron antes que los típicos

Los típicos se administran normalmente por vía intramuscular

Uno de sus efectos secundarios es la dificultad para conciliar el sueño

Pueden provocar movimientos incontrolables como tics y temblores

8. Nombra los efectos secundarios de los que conozcas de los antidepresivos * 1 punto

9. Entre los efectos secundarios más comunes de las benzodiacepinas NO se encuentra: * 1 punto

Marca solo un óvalo.

Somnolencia

Vértigo

Reacciones paradójicas: irritabilidad y tendencia a la hostilidad

Aumento de la tensión arterial y del ritmo cardíaco

10. Señale la opción verdadera sobre los hipnóticos * 1 punto

Marca solo un óvalo.

La vía de administración preferente es la intramuscular

Se utilizan frecuentemente en crisis de ansiedad

La vía de administración depende del fin y el efecto que se quiera conseguir

Su efecto secundario más común es el aumento del tono muscular

11. Los efectos secundarios que más se repiten en la medicación psiquiátrica son * 1 punto

Marca solo un óvalo.

Somnolencia

Sequedad de boca

Mareos

Todas las anteriores son correctas

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Enlace de acceso al formulario online: <https://forms.gle/ER9tkzNH1pzJtewW6>

Anexo 5: Cuestionario de conocimientos segunda sesión. Elaboración propia.

Anexo 7: Cuestionario de conocimientos cuarta sesión.

Cuestionario de conocimientos	
Sesión n°4	
*Obligatorio	
1. Nombre y Apellidos *	
2. La falta de adherencia al tratamiento ocasiona: *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Reingresos hospitalarios	
<input type="radio"/> Falta de estabilidad en la patología	
<input type="radio"/> Dificultades para tener una vida social, laboral y familiar normal	
<input type="radio"/> Todas son correctas	
3. Menciona la causa de falta de adherencia al tratamiento que más se repita en tu caso y enumera tres razones por las que crees que te ocurre: *	1 punto
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
4. Entre los factores que disminuyen la adherencia al tratamiento NO se encuentra: *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Falta de confianza en el tratamiento	
<input type="radio"/> Aceptación de la enfermedad	
<input type="radio"/> Hábitos y costumbres del paciente	
<input type="radio"/> Familiares que te controlan la medicación	
5. En cuanto a los beneficios de la adherencia al tratamiento señala la CORRECTA: *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Existen beneficios para el paciente, la familia y el sistema sanitario	
<input type="radio"/> Hay evidente alivio de los síntomas	
<input type="radio"/> Mejora las relaciones interfamiliares	
<input type="radio"/> Todas son correctas	
6. Menciona los tipos de adherencia al tratamiento *	1 punto
<hr/>	
7. Acerca de los tipos de falta de adherencia al tratamiento señala la CORRECTA: *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Existen tres tipos de falta de adherencia al tratamiento	
<input type="radio"/> La falta de adherencia primaria es en la que existe falta de confianza por parte del paciente en el personal sanitario	
<input type="radio"/> La falta de adherencia secundaria es aquella en la que el paciente tiene la receta médica pero no acude a la farmacia a retirar la medicación	
<input type="radio"/> Ninguna es correcta	
8. Enumera tres beneficios de la adherencia al tratamiento en el paciente *	1 punto
<hr/> <hr/> <hr/>	
9. Enumera los cuatro factores de disminución de adherencia al tratamiento que más te influyen y explica por qué *	1 punto
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
10. Respecto a la falta o ausencia de consciencia de enfermedad como causa de la falta de adherencia al tratamiento señala la FALSA: *	1 punto
Marca solo un óvalo.	
<input type="radio"/> Es lo mismo que el conocimiento deficiente de la enfermedad	
<input type="radio"/> No se tiene percepción real de la patología.	
<input type="radio"/> La persona piensa que no necesita la medicación.	
<input type="radio"/> Falta de consciencia de enfermedad y conocimiento deficiente son términos	
11. Menciona las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento *	1 punto
<hr/> <hr/>	
Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.	
Google Formularios	

Enlace de acceso al formulario online: <https://forms.gle/Bsxuy3YPyQDaStHP7>

Anexo 7: Cuestionario de conocimientos cuarta sesión. Elaboración propia.

Anexo 8: Cuestionario de satisfacción.

Valoración del curso

1. Conocimientos adquiridos

Marca solo un óvalo por fila.

	Deficiente	Medio	Satisfactorio	Muy bueno	Excelente
Nivel de habilidades o conocimientos al principio del curso	<input type="radio"/>				
Nivel de habilidades o conocimientos al final del curso	<input type="radio"/>				
¿En qué medida ha contribuido el curso a mejorar tus habilidades o conocimientos?	<input type="radio"/>				
¿Recomendaría el curso a otras personas?	<input type="radio"/>				

2. Habilidades y dedicación del profesor

Marca solo un óvalo por fila.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El docente era un formador eficaz	<input type="radio"/>				
Las explicaciones eran claras y estaban bien estructuradas	<input type="radio"/>				
El docente estimuló el interés de los alumnos	<input type="radio"/>				
El docente aprovechó bien el tiempo lectivo	<input type="radio"/>				
El docente se mostraba atento y dispuesto a ayudar	<input type="radio"/>				
El docente tenía los conocimientos necesarios sobre el tema	<input type="radio"/>				

3. Contenido del curso

Marca solo un óvalo por fila.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Los objetivos del curso estaban claros	<input type="radio"/>				
El contenido del curso estaba bien organizado y planificado	<input type="radio"/>				
La duración del curso era adecuada	<input type="radio"/>				
Los alumnos pudieron participar activamente en el curso	<input type="radio"/>				
El horario y fechas del curso eran flexibles y adecuados	<input type="radio"/>				
El lugar donde se imparte el taller es adecuado	<input type="radio"/>				
Los materiales utilizados en el taller ayudan a entender los contenidos	<input type="radio"/>				

4. ¿Qué aspectos de este curso te resultaron más útiles?

5. ¿Cómo mejorarías este curso?

6. ¿Recomendarías este curso a otras personas?

Marca solo un óvalo.

Sí

Me ha gustado pero no lo recomendaría

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Enlace de acceso al formulario online: <https://forms.gle/kT5fX6Ngsb6dA3SS6>

Anexo 8: Cuestionario de satisfacción. Elaboración propia.

