



Grau

**Infermeria**

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT

**U**MANRESA | UVIC·UCC

**Efectivitat d'una intervenció infermera per a la adherència al tractament farmacològic en pacients amb trastorn mental greu ingressats en unitats de rehabilitació psiquiàtrica penitenciària.**

---

TREBALL FINAL DE GRAU

**Nom estudiant:** Marina Domènech Serra.

**Tutor/a:** Ester Colillas Malet

**Curs:** 2020/2021

# Índex

---

**Resum**

**Abstrac**

<b>1. Introducció .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Marc teòric .....</b>	<b>7</b>
2.1. Trastorns mentals .....	7
2.2.1. Prevalença dels trastorns mentals en centres penitenciaris .....	8
2.2. Adherència terapèutica o al tractament .....	9
2.2.1. Factors influents a la no adherència al tractament farmacològic en l'àmbit penitenciarí.....	11
2.3. Mètodes d'avaluació i mesura de l'adherència al tractament .....	13
2.4. Antecedents d'intervencions per a l'adherència al tractament.....	15
<b>3. Objectius de l'estudi.....</b>	<b>17</b>
<b>4. Metodologia.....</b>	<b>17</b>
4.1. Tipus de disseny .....	17
4.2. Àmbit de l'estudi.....	18
4.3. Població i mostreig.....	18
4.4. Criteris d'inclusió i exclusió .....	19
4.5. Descripció de variables.....	19
4.6. Instruments de recollida de dades .....	20
4.7. Anàlisi de les dades .....	21
4.8. Consideracions ètiques i legals .....	21
4.9. Procediment de l'estudi.....	22
<b>5. Recursos.....</b>	<b>23</b>
<b>6. Limitacions de l'estudi .....</b>	<b>24</b>
<b>7. Cronograma.....</b>	<b>25</b>
<b>8. Aplicabilitat i utilitat dels resultats.....</b>	<b>26</b>
<b>9. Pla de difusió.....</b>	<b>26</b>
<b>10. Conclusions .....</b>	<b>27</b>
<b>11. Bibliografia .....</b>	<b>28</b>
<b>12. Annexes .....</b>	<b>34</b>

## Resum

Els trastorns mentals suposen un problema d'elevada magnitud a nivell mundial. En els centres penitenciaris espanyols existeix una prevalença estimada del 46% de la població reclusa amb problemes de salut mental.

En aquestes persones una adherència al tractament farmacològic deficitària és un dels principals problemes que s'observen. A més, si afegeix la complexitat del medi de la vida diària dins del centre i conseqüències que resulten secundàries a l'incorrecte presa de la medicació.

L'objectiu principal del estudi és avaluar el grau d'adherència al tractament farmacològic abans i després d'una intervenció infermera en persones amb Trastorn mental greu ingressats en la Unitat de Rehabilitació i Hospitalització psiquiàtrica penitenciària de Brians 2 durant el 2021.

L'estudi es realitzarà amb metodologia quantitativa, de tipus quasi-experimental, fent mesuraments previs i posteriors a la intervenció, mitjançant una prova pilot. La tècnica de recollida de dades serà a través d'un instrument de mesura validat i estandarditzat; el qüestionari DAI-10, per valorar la percepció subjectiva dels pacients sobre la presa de la medicació. Es tindran en compte variables clíniques i sociodemogràfiques, com a variable dependent s'avaluarà l'adherència al tractament i com a variables independents, es tindran en compte l'edat, nivell d'estudis, nombre d'ingressos a psiquiatria, anys de d'estada a la presó, etc.

La realització d'aquest treball m'ha permès profunditzar en les causes d'una adherència al tractament deficitària i elaborar eines efectives per millorar-la. Així comprendre en més profunditat, la importància d'una bona relació terapèutica amb el pacient, educació sanitària per part dels professionals i un bon acompanyament terapèutic.

*Paraules Claus: Adherència al tractament, intervenció psicoeducativa, trastorn mental greu, centre penitenciar, infermeria.*

## **Abstrac**

Mental disorders have a major problem worldwide. In Spanish prisons there is an estimated prevalence of 46% of the inmate population with mental health problems. In these people, poor adherence to pharmacological treatment is one of the main problems observed. In addition, if you add the complexity of the daily life environment within the center and consequences that are secondary to the incorrect intake of medication.

The main objective of the study is to assess the degree of adherence to drug treatment before and after a nursing intervention in people with Severe Mental Disorder admitted to the Brians 2 Penitentiary Psychiatric Rehabilitation and Hospitalization Unit during 2021.

The study will be carried out with quantitative methodology, of quasi-experimental type, making measurements before and after the intervention, by means of a pilot test. The data collection technique will be through a validated and standardized measuring instrument; the DAI-10 questionnaire, to assess patients' subjective perception of medication intake. Clinical and sociodemographic variables will be taken into account, as a dependent variable, adherence to treatment will be evaluated and as independent variables, age, level of education, number of admissions to psychiatry, years of d will be taken into account. 'stay in prison, etc.

Carrying out this work has allowed me to delve deeper into the causes of poor treatment adherence and develop effective tools to improve it. Thus understand in more depth, the importance of a good therapeutic relationship with the patient, health education by professionals and good therapeutic support.

**Keywords:** Treatment adherence; psychoeducation interventions, mental disorder, penitentiary centre, nursery.

## 1. Introducció.

Els trastorns mentals suposen un problema d'elevada magnitud degut a l'alta prevalença que existeix a nivell mundial. Actualment és una realitat que, cada vegada més, els centres penitenciaris presenten prevalences més elevades d'interns amb problemes de salut mental, representant una prevalença estimada del 46% de la població espanyola reclusa<sup>1</sup>.

L'adherència al tractament farmacològic s'entén com la bona disposició i compromís que un pacient té cap a la presa de la medicació prescrita amb la finalitat de mantenir el règim terapèutic. Aquesta requereix del consentiment i el compromís del pacient<sup>2</sup>.

Una adherència al tractament farmacològic deficitària en persones amb trastorns mentals és un dels principals problemes que s'observen. En el cas dels interns en centres penitenciaris si afegeix la complexitat del medi de la vida diària dins del centre, per restriccions regimentals i convivència forçada, relacions interpersonals basades en la desconfiança i l'agressivitat, horaris rígids i monotonia, aïllament emocional i frustració. Aquests aspectes afegeixen una gran dificultat en la construcció d'espais terapèutics adequats per el tractament i, per tant, suposa un factor de risc important a la falta d'adherència al tractament farmacològic<sup>2</sup>.

A tot això, la falta de consciència de malaltia, falta d'informació o percepció errònia de la malaltia i tractament, la tendència a relacionar els símptomes amb una altra causa aliena al trastorn mental i els efectes secundaris que provoquen alguns fàrmacs, fa que en ocasions no es compleixi de forma adequada i provoqui l'abandonament del tractament, així doncs, suposen factors notablement influents en la no acceptació del tractament en aquests pacients, d'aquí sorgeix la necessitat de centrar la atenció assistencial en la psicoeducació farmacològica<sup>3</sup>.

La no adherència terapèutica afecta a gran part de les persones amb trastorns mentals. L'incompliment del tractament provoca considerables repercussions negatives, suposant un alt risc de recaigudes, empitjorament del pronòstic i pitjor relació sanitari-pacient, deteriorant substancialment la qualitat de vida del pacient<sup>3,4,5</sup>.

Pel que fa a les persones que pateixen trastorns mentals greus, internes en centres penitenciaris, s'hi sumen conseqüències que resulten ser secundàries a les repercussions negatives de la incorrecte presa de la medicació com: més sancions, escàs accés a

beneficis penitenciaris (basats en la bona conducta), no accés a permisos ni tercers graus i compliment de la condemna íntegra, causant una malestar emocional afegit que els impulsa al incompliment terapèutic <sup>2</sup>.

Els beneficis relacionats amb un correcte compliment del règim terapèutic farmacològic abasten des de la disminució d'efectes secundaris i alleujament de símptomes, fins augment de la capacitat per mantenir la cura personal, recuperar un paper productiu en la societat en aquelles patologies no incapacitants, evitar recaigudes i una notable disminució de la reincidència dels interns <sup>2,3</sup>.

Entre les estratègies emprades per millorar l'adherència a la medicació s'inclouen mesures tan diverses com la psicoeducació, les intervencions psicosocials, l'ús de antipsicòtics d'acció prolongada, la simplificació del règim terapèutic, la presa de decisions compartida, l'avaluació periòdica de l'adhesió, l'enfortiment de l'aliança terapèutica, la gestió dels efectes secundaris o la millora en la comunicació sanitari-pacient <sup>5</sup>.

Pel que fa a la situació assistencial psiquiàtrica dins dels centres penitenciaris, un estudi elaborat per la secció sindical estatal de CCOO a institucions penitenciàries dóna èmfasi a la manca d'atenció psiquiàtrica, que permeti millorar i garantir la continuïtat del tractament farmacològic i posi a disposició dels interns eines de vida per al seu millor desenvolupament <sup>2</sup>, on es justifica la importància de dissenyar una intervenció psicoeducativa enfocada a la millora de la adherència al tractament farmacològic. En un estudi realitzat per JM.Sánchez Burson on a través d'una anàlisi de la situació penitenciària de les persones amb trastorns mentals expressa; "l'assistència psiquiàtrica especialitzada que es dona als malalts mentals presos és deficient" <sup>6</sup>.

Tenint en compte les evidències exposades sobre la necessitat i importància de dissenyar programes específics per oferir una atenció integral a aquests malalts, reduint reincidències, recaigudes i millorar l'adherència al tractament farmacològic suposant una millora de la salut i qualitat de vida <sup>2,3</sup>, en aquest projecte es proposa un programa psicoeducatiu grupal, realitzat per professionals d'infermeria especialitzats en salut mental.

Un programa dirigit a pacients amb trastorn mental greu, impartit en una Unitat de rehabilitació psiquiàtrica penitenciària, per tal d'avaluar si existeix una relació entre la intervenció psicoeducativa en psicofàrmacs i la millora de l'adherència al tractament en el pacient.

## 2. Marc teòric.

### 2.1. Trastorns mentals.

El trastorn mental és una alteració sostinguda de tipus emocional, cognitiu i/o del comportament en què es veuen afectats aspectes psicològics bàsics com l'emoció, la motivació, la cognició, la consciència, la conducta, la percepció, la sensació i l'aprenentatge. La qual cosa suposa per a la persona una dificultat d'adaptació a l'entorn en què viu i, així, es crea un malestar. Poden ser ocasionals o duradors (crònics), afectar la capacitat de relacionar-se amb els altres i funcionar en el dia a dia <sup>7</sup>.

Les malalties mentals, igual que altres malalties somàtiques han de ser diagnosticades per especialistes i requereixen tractaments adequats <sup>7</sup>. No és fàcil determinar una causa-efecte en l'aparició del trastorn mental, ja que solen contribuir múltiples factors biològics (genètica, antecedents familiars, alteracions bioquímiques, metabòliques, etc.), factors psicològics (vivències de la persona, aprenentatge, creences, estrès o abús, especialment durant la infància, etc.) i factors socials (cultural, àmbit social i familiar, consum d'alcohol o drogues, etc.) que poden influir en la seva aparició <sup>7,8</sup>.

El tractament depèn del tipus de trastorn mental, la gravetat i el que sigui més efectiu en cada cas. En molts casos, combinar tractaments és el que millor funciona, ja que resultarà més eficaç que qualsevol dels mètodes de tractament emprats per separat. Els mètodes de tractament dels trastorns mentals es poden classificar en <sup>9</sup>:

- Els **tractaments somàtics**: inclouen fàrmacs, teràpia electroconvulsiva i altres tractaments que estimulen el cervell <sup>9</sup>.
- Els **tractaments psicoterapèutics**: inclouen la psicoteràpia (individual, grupal, o familiar i conjugal), tècniques de teràpia conductual (per exemple, les tècniques de relaxació o la teràpia d'exposició), i la hipnoteràpia <sup>9</sup>.

En el cas dels trastorns mentals lleus amb símptomes ben controlats, el tractament del metge d'atenció primària pot ser efectiu i suficient. No obstant això, l'enfocament d'equip amb varis professionals implicats (psicòlegs clínics, el personal d'infermeria i els treballadors socials) és més adequat per assegurar la correcta resposta a les necessitats del pacient, principalment quan es tracta de trastorns mentals greus <sup>8,9</sup>.

En ocasions, quan la malaltia mental és greu o existeix risc autolesiu, és possible que impliqui l'ingrés a un hospital psiquiàtric. L'hospital, posa a disposició dels pacients consultes, discussions grupals i activitats amb professionals de salut mental i altres pacients <sup>8</sup>.

Els Trastorns Mentals Greus (TMG) es defineixen no només a través de criteris clínics, sinó de temporalitat i de discapacitat. Per tant, es passa d'un model mèdic a un model integrador que incorpora a més dels símptomes, el factors psicosocials <sup>10</sup>. Goldman, Gattozzi i Taube (1981) <sup>11</sup>, van manifestar que les persones amb TMG són aquelles persones que pateixen certs trastorns mentals o emocionals (síndromes orgànics, esquizofrènia, trastorns depressius i maníac depressius recurrents i psicosi paranoides o d'un altre tipus), a més d'altres trastorns que poden arribar a ser crònics, erosionen o impedeixen el desenvolupament de les seves capacitats funcionals sobre tres o més aspectes primaris de la vida quotidiana (higiene personal i autocura, autonomia, relacions interpersonals, transaccions socials, aprenentatge i oci) <sup>10</sup>.

Per tant, s'identifiquen tres dimensions importants per a la seva definició;

- Diagnòstic: S'inclouen els trastorns psicòtics (excloent els orgànics) i alguns trastorns de personalitat. En la classificació CIE-10 serien els codis F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3 i F33.3 <sup>12</sup>.
- Temporalitat: Variable segons les diferents definicions des d'1 a 5 anys des de l'inici del trastorn <sup>10</sup>.
- Discapacitat: Disfunció moderada o severa del funcionament global (rols socials, familiars, laborals i d'autocura), determinada per mesures a través del GAF (Global Assessment of Functioning, Functioning inclosa en el DSMIV-TR, APA; 2002) <sup>12</sup>.

### **2.1.1. Prevalença dels trastorns mentals en centres penitenciaris.**

Per oferir un panorama global de la prevalença de trastorns mentals, segons estimacions recents en la població general, a Espanya, segons els resultats de l'Enquesta Nacional de Salut de Espanya (ENSE) al 2017, més d'una de cada 10 persones (de 15 o mes anys) va referir haver sigut diagnosticada d'algun problema de salut mental, representant un 10,8% de la població <sup>13</sup>.



L'OMS calcula que, en països occidentals, la incidència de trastorns mentals és fins a set vegades més gran en la població penitenciària que en la població general, tal com es recull en les Recomanacions del Comitè de Ministres de el Consell Europeu <sup>2</sup>.

Segons el Ministeri de Sanitat a la "Estratègia Global d'actuació en Salut Mental", detalla que almenys un 25% dels interns a les presons espanyoles pateix una malaltia mental <sup>5</sup>. Estudis realitzats entre la població penitenciària conclouen que les persones privades de llibertat tenen entre 4 i 6 vegades més probabilitat de patir un trastorn psicòtic o depressió greu que la població general, i al voltant de 10 vegades més la probabilitat de ser diagnosticats d'un trastorn antisocial de la personalitat <sup>2</sup>.

En els últims anys ha incrementat la prevalença de trastorns mentals dins dels centres penitenciaris. Aquest fet s'ha vist reflectit en els últims estudis d'Institucions Penitenciàries en l'any 2006, l'estudi anomenat PRECA, amb resultats presentats en l'article "Prevalença de patologia psiquiàtrica en presons espanyoles" al desembre de 2011, on es mesura la prevalença en una mostra de 707 homes penats ingressats en diferents centres de la Comunitat de Catalunya, Madrid i Aragó. Assenyalant una prevalença estimada de trastorns mentals en població reclusa espanyola del 46% <sup>14</sup>.

Dins d'aquest increment de la malaltia mental als centres penitenciaris, s'ha observat una alta prevalença de trastorn mental greu (TMG).

Fazel Y Danesh (2002) en el seu metanàlisi, amb 22.790 interns en 62 estudis, van concloure que dins els centres penitenciaris la prevalença de trastorns mentals en els interns inclosos en l'estudi va ser: 3,7% trastorns psicòtics, 10% trastorns depressius majors i el 42% trastorns de personalitat <sup>15</sup>.

## **2.2. Adherència terapèutica o al tractament.**

El concepte d'adherència ha estat definit per nombrosos autors al llarg de el temps, obtenint diversos significats en diferents estudis. L'any 2003 l'Organització Mundial de la Salut (OMS), basant-se en la proposta de Haynes l'any 1976, va definir aquest terme com: "el grau en què la conducta d'un pacient, en relació amb la presa de medicació, el seguiment d'una dieta o la modificació d'hàbits de vida, es correspon amb les recomanacions acordades amb el professional sanitari" <sup>16</sup>.

Aquesta definició mostra que l'adherència terapèutica no cobreix només l'aspecte farmacològic, sinó que també formen part del concepte altres elements, com són el seguiment d'una bona alimentació o la implementació d'hàbits de vida adequats <sup>17</sup>. No obstant això, altres autors entenen l'adherència només des d'un punt de vista farmacològic, fent una classificació simple de la manca d'adherència terapèutica en funció de la causa; primària, quan la persona no retira de la farmàcia el tractament prescrit; secundària: per exemple, quan es produeix una alteració en la dosi de el fàrmac, un oblit en l'administració del fàrmac o un finalització del tractament prescrit abans d'hora etc.

Per altra banda, és important diferenciar els termes “adherència” i “compliment”. La principal diferència és que l'adherència implica un procés d'atenció centrat en professional i pacient que prenen decisions conjuntes amb el consentiment del pacient un cop rebudes les recomanacions, i requereix l'acceptació i col·laboració activa del pacient en la presa de decisions que afecten a la seva pròpia salut <sup>16</sup>.

Per contra, el terme compliment implica un procés d'atenció centrat en una conducta de submissió i obediència a una ordre, pròpia d'una relació paternalista entre els professionals de la salut i el pacient. Aquesta manca de participació del pacient en la definició podria justificar el desús del terme compliment en favor de l'adherència, però en la pràctica ambdós termes continuen utilitzant-se de manera indistinta <sup>16</sup>.

L'any 2008, la Societat Internacional de Farmacoeconomia i Investigació de resultats Sanitaris (ISPOR), després de completar 3 anys de revisions i debats, va definir compliment terapèutic, sinònim d'adherència, com el grau en què un pacient actua d'acord amb la dosi, la pauta posològica (pressa/dia) i el termini prescrits <sup>16,19</sup>.

Tanmateix, els resultats clínics d'un tractament es veuen afectats no només per com es prengui la medicació, si no en quant temps. Per aquesta raó, un altre concepte que forma part de l'adherència és el terme persistència, aquest defineix la temporalitat en la que el pacient continua amb la presa del tractament <sup>16</sup>.

La manca d'adherència en els malalts mentals suposa severes conseqüències: pitjor pronòstic, major nombre d'ingressos hospitalaris, major probabilitat de recaigudes i agreujaments, deficient qualitat de vida i suïcidis <sup>4,20</sup>.

### **2.2.1. Factors influents a la no adherència al tractament farmacològic en l'àmbit penitenciari.**

El DSM-V, 2014 (Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals) fa referència a una sèrie de raons sobre l'incompliment del tractament farmacològic en pacients amb trastorns mentals. Els motius per a aquest incompliment poden ser degut al malestar causat pel tractament, com els efectes secundaris d'aquests, degut a les creences falses, judicis de valors sobre la malaltia o sobre els efectes del tractament i a la malaltia en si, que per la naturalesa dels seus símptomes pot donar lloc a una absència de consciència de malaltia <sup>21, 22</sup>.

Per altra banda, són diversos els autors que classifiquen els factors relacionats amb la falta d'adherència al tractament en els trastorns mentals en quatre blocs: factors relacionats amb el pacient, amb la malaltia, amb el tractament i amb l'entorn (Annex 1)<sup>4</sup>.

Les recaigudes o reaguditzacions de la simptomatologia en les persones amb trastorns mentals han estat associades generalment a un mal compliment del tractament farmacològic. Encara que han estat descrits altres factors més específics com els efectes secundaris, la simptomatologia negativa, el consum de tòxics i factors socials (estigma de la malaltia mental) <sup>23</sup>.

Els pacients amb trastorns mentals, sobretot pacients amb trastorns psicòtics, que es troben interns en centres penitenciaris, tenen l'agreujant d'haver comès un delicte que els ha portat a l'empresonament, en ocasions relacionat amb el quadre psicòtic i en altres independent d'aquest <sup>22</sup>. A més, cal destacar l'estigma tant dels trastorns mentals com de la medicació psiquiàtrica, el que fa que alguns pacients no iniciïn o abandonin el tractament, ja que, en certs cercles de interns, el prendre medicació psiquiàtrica estaria considerat com una debilitat personal <sup>23</sup>.

A tot això, cal sumar una sèrie de factors que podrien afavorir el mal compliment del tractament en les persones internes en centres penitenciaris:

- Pel que fa al perfil de les persones, generalment, presenten un baix nivell educatiu, amb antecedents de fracàs escolar i sense qualificació professional. Molts d'ells han patit abusos en la infància, maltractaments i abandonaments, amb històries de vida difícils i en entorns desfavorits o marginals. Presenten deteriorament en les seves capacitats funcionals per a l'exercici de les seves activitats diàries <sup>24</sup>.

- Les relacions personals conduïdes per situacions altament complexes (relacions negatives amb el personal funcionari i entre els mateixos interns) <sup>23</sup>.
- Aspectes relacionats amb el pacient com l'edat i el gènere. Pel que fa a l'edat, els joves de sexe masculí solen presentar menor percentatge de compliment. En l'àmbit penitenciari, prevalen els homes joves, el que implica un factor significatiu en l'abandonament del tractament <sup>23</sup>.
- La simptomatologia negativa (empobriment del estat anímic i relacions socials de la persona) ha estat descrita com un dels factors mes importants <sup>23</sup>.
- Altres autors com Donahoe consideren que el mal compliment de la medicació estaria relacionat amb les actituds cap als fàrmacs, el insight (consciència de malaltia), la severitat dels símptomes i els efectes secundaris (acatísia, parkinsonisme, augment de pes, trastorns de l'esfera sexual, etc.) poden ser motius considerables <sup>23</sup>.
- En algunes ocasions, llargs períodes d'aïllament donarien lloc a sentiments de frustració i ràbia que empitjorarien l'estat mental del pacient <sup>23</sup>.
- El consum de tòxics, que empitjoren el seu pronòstic, maneig i, en molts casos, provoca que l'adherència al tractament farmacològic sigui irregular <sup>23</sup>.
- Suports socials negatius o estressants dins de la presó (rivalitats, extorsions, violència, etc.) <sup>23</sup>.
- En l'àmbit comunitari una decisió respecte l'abandonament del tractament pot fer-se de manera progressiva, en canvi en l'àmbit penitenciari es pren de manera més impulsiva, el que porta als interns amb trastorns mentals a ser mes vulnerables a les recaigudes <sup>23</sup>.
- A més, en relació amb l'entorn dels pacients ingressats en centres penitenciaris, la Fundació Advocacia Espanyola (2012) posa de manifest que el doble estigma de les persones amb trastorn mental sotmeses a un procés amb la justícia, els discrimina a l'hora de poder accedir als tractaments rehabilitadors, ja que primer se'ls considera criminals i després malalts <sup>20</sup>. L'actitud de professionals tant de l'àmbit sanitari com personal funcionari, en algunes ocasions ve condicionada més

pel recel que per l'empatia amb els pacients. Fent que en ocasions, quan la simptomatologia no és clara, s'associen conductes disruptives o inusuals que s'interpreten com a formes de manipulació d'aquest entorn i no com a problemes de salut mental <sup>23</sup>.

A tots aquests factors de risc cal sumar l'estrès per l'adaptació a l'àmbit penitenciari, la freqüent massificació de centres, les males condicions materials, i l'aïllament social prolongat o indefinit, podent així augmentar els nivells d'ansietat i influenciar a l'abús de substàncies, causant així un alt risc d'incompliment del tractament <sup>23</sup>.

### **2.3. Mètodes d'avaluació i mesura de l'adherència al tractament.**

Existeixen diversos mètodes per valorar l'adherència que tenen els pacients al seu tractament, la majoria centrats en l'aspecte farmacològic. Els mètodes utilitzats en l'actualitat es poden classificar en dos grans grups: directes (objectius) o indirectes (objectius i subjectius) <sup>4</sup>.

S'han desenvolupat escales psicomètriques per avaluar l'incompliment (Morisky, BARS o el dispositiu MEMS) i altres dissenyades per avaluar les actituds davant la medicació (ROMI, DAI, MARS i BEMIB), aquestes poden ser complementàries, especialment, les que avaluen la consciència del pacient davant la necessitat de tractament <sup>4</sup>.

En un estudi realitzat per María J. Serrano es conclou que tot i la diversitat de mètodes existents, cap estratègia de mesura ha estat considerada òptima i per tant, hi ha una dificultat a l'hora de quantificar de forma precisa l'adherència terapèutica. Atès aquesta dificultat, el més correcte seria la combinació de diversos mètodes <sup>3,4</sup>.

Els mètodes disponibles per mesurar l'adherència al tractament psiquiàtric es classifiquen en:

**Mètodes directes:** són mètodes objectius i específics, que presenten un cost elevat i no sempre es poden aplicar a la pràctica clínica. Podem destacar la determinació de la concentració del fàrmac prescrit, presents en fluids biològics (sang, orina, saliva...) <sup>16</sup>. Aquests mètodes tenen els seus inconvenients, ja que no sempre hi ha una relació directe entre la presència d'aquests i la dosi presa, a més, es troben diferències individuals en la

metabolització del fàrmac entre pacients, que fan que, aquestes determinacions, només siguin útils per saber si el fàrmac ha estat pres o no però, no per establir si les dosis han estat les prescrites. Únicament donen informació sobre el compliment de les dosis més recents <sup>16, 25</sup>.

**Indirectes:** son mètodes senzills, de baix cost. Dins d'aquest grup, podem diferenciar:

- **Mètodes indirectes objectius:** Basats en les circumstàncies que es relacionen amb la presa de la medicació i amb el grau de control de la malaltia. Els més emprats són els següents:
  - Recompte de comprimits <sup>16</sup>.
  - Valoració de l'assistència a les cites prèvies programades.
  - Ús de bases de dades de les farmàcies.
  - Tecnologia de monitoratge (Monitors electrònics acoblats al blíster de medicació) Es porta a terme mitjançant dispositius electrònics, analitzant el moment en què el pacient obre i tanca el seu blister, estimant així el temps específic de dosi i calculant les taxes d'adherència <sup>16, 25</sup>.
  
- **Mètodes indirectes subjectius:** Basats en l'entrevista clínica. Valoren la conducta del pacient i els coneixements que aquest posseeix sobre la seva malaltia i tractament. Aquests mètodes són menys fiables, encara que útils en la pràctica clínica psiquiàtrica, ja que són més senzills i econòmics que els mètodes directes. En aquests mètodes la informació utilitzada per sobreestimar l'adherència al tractament prové del propi malalt, amb el personal sanitari a càrrec d'ell o un familiar <sup>16, 25</sup>.

Les creences i actituds que el pacient té cap a la seva malaltia i tractament condicionen potencialment a l'adherència a la seva medicació, per això un gran nombre de qüestionaris emprats com a mètodes subjectius de mesura estan enfocats a aquest aspecte <sup>16</sup>. Actualment, es disposa d'una àmplia varietat d'escala de valoració, les més utilitzades són:

- **Test de Morisky-Green.** Mètode en el que es pretenen valorar si la persona adopta actituds correctes amb relació al tractament, s'assumeix que si les

actituds són incorrectes el pacient és incomplidor. Presenta l'avantatge que proporciona informació sobre les causes de l'incompliment (Annex 2) <sup>26</sup>.

- Qüestionari de Creences sobre la medicació (**BMQ**). Compost per dues seccions, BMQ-General (8 ítems) i BMQ-Específic (10 ítems) (Annex 3) <sup>16</sup>.
- Escala Informativa de Compliment de la medicació (**MARS**). Autoadministrada (Annex 4) <sup>16</sup>.
- **Inventari d'Actituds cap a la Medicació (DAI- 10)**. És un qüestionari específic, amb resposta vertader / fals, per estudiar l'adherència terapèutica en el camp de la psiquiatria, que valora la resposta subjectiva i les actituds dels pacients cap al seu tractament. Indica si els pacients estan satisfets amb la seva medicació i avalua el seu grau de comprensió sobre com els afecta el tractament. Puntuacions més altes indiquen una actitud més positiva respecte a la medicació (Annex 5) <sup>16</sup>.

#### **2.4. Antecedents d'intervencions per a l'adherència al tractament.**

Un article realitzat el 2018 per M. Gratacós Torras y E. Pousa Tomàs, revisa les característiques de les principals intervencions existents en l'actualitat, així com els estudis realitzats per analitzar la seva eficàcia. Durant les últimes dècades han sorgit diverses intervencions que tenen com objectiu aconseguir que els pacients s'adhereixin correctament al tractament farmacològic <sup>27</sup>.

Una de les principals intervencions en l'actualitat és la teràpia de adherència al tractament, Treatment Adherence Therapy (TAT), intervenció creada per Staring al 2010, en el que presenta un enfocament cognitivoconductual que té com a objectius augmentar l'adherència dels pacients i millorar els resultats clínics. Basada en un model que agrupa els determinants de la falta d'adherència en tres categories <sup>27</sup>:

- 1) Manca d'Insight (consciència de malaltia) i rebuig de el tractament.
- 2) Insatisfacció amb la medicació.

- 3) Manca d'habilitats cognitives necessàries per realitzar correctament el tractament farmacològic, i incorpora un mòdul d'intervenció per a cada un d'ells: (a) entrevista motivacional, (b) adaptació de la medicació i (c) tècniques d'entrenament conductual.

Tres proves controlades aleatoritzades van mostrar resultats significatius en l'increment de l'adherència terapèutica en favor del TAT, Staring en el 2010 <sup>28</sup>; Chien, Mui, Cheung & Gray, 2015 <sup>29</sup> i finalment Dikec & Kutlu, en el 2016 <sup>30</sup>.

En els seus estudis, Chien i col·laboradors van utilitzar la teràpia d'adherència, basada en els principis de l'entrevista motivacional, com a intervenció en mostres de pacients ambulatoris amb diagnòstic d'esquizofrènia <sup>29, 31</sup>.

La teràpia d'adherència utilitzada en els estudis estava dividida en tres fases principals:

1. Es centra en involucrar els pacients perquè abordin les seves necessitats pel que fa a l'adhesió a la medicació per tal d'establir objectius i accions per al canvi.
2. Consisteix a educar els pacients sobre la malaltia i el tractament, perquè puguin identificar les fortaleces i barreres per aconseguir l'adherència. A més, sàpiguen reconèixer l'estigma social, el suport familiar i, siguin capaços de desenvolupar estratègies d'afrontament.
3. Té com a objectiu racionalitzar les creences dels pacients, resoldre les dificultats identificades de l'adherència i millorar les seves xarxes de suport <sup>29, 31</sup>.

Els resultats dels estudis de Chien, en el 2015, van revelar diferències significatives entre els pacients que van rebre la teràpia d'adherència amb respecte als que no l'han acollit. Els pacients que van rebre la teràpia d'adherència van mostrar un augment significatiu en la percepció sobre la malaltia i el tractament, en la taxa d'adherència a la medicació i en el nivell de funcionament. A més, gràcies a aquesta teràpia, es va reduir significativament la gravetat dels símptomes positius i negatius, i la durada dels reingressos <sup>29, 31</sup>.



### **3. Objectius de l'estudi.**

Objectiu general:

- Analitzar l'efectivitat de la intervenció infermera mitjançant els resultats del qüestionari autoaplicat DAI-10, valorant la percepció subjectiva sobre la presa de la seva medicació, la seva pròpia actitud i decisió, en pacients amb trastorns mentals ingressats a la Unitat de rehabilitació i hospitalització psiquiàtrica penitenciària de Brians 2, abans i després de la intervenció, durant l'any 2021.

Objectius específics:

- Desenvolupar una intervenció psicoeducativa grupal basada en la intervenció infermera en l'adherència al tractament farmacològic al pacient amb trastorn mental ingressats a la Unitat de rehabilitació i hospitalització psiquiàtrica penitenciària.
- Avaluat el grau d'adherència al tractament farmacològic abans i després d'una intervenció infermera mitjançant el qüestionari DAI-10 en persones amb Trastorn mental greu ingressats en la Unitat de Rehabilitació i Hospitalització psiquiàtrica penitenciària.
- Descriure el grau d'adherència al tractament, abans i després de la intervenció, en relació a l'edat del pacient, anys d'ingrés a la presó, nombre d'ingressos a psiquiatria, nivell d'estudis, diagnòstic, efectes adversos causats per la medicació que pateix el pacient i relacions personals negatives amb el personal funcionari i/o entre companys, en persones amb Trastorn mental greu ingressats en la Unitat de Rehabilitació i Hospitalització psiquiàtrica penitenciària.

### **4. Metodologia.**

#### **4.1. Tipus de disseny.**

Estudi realitzat en metodologia quantitativa, de tipus quasi-experimental pre-post, realitzant dos mesuraments, un previ a la intervenció i un altra posterior, durant el període comprès entre Setembre a Octubre de l'any 2021, ambdós inclosos. L'estudi es realitzarà mitjançant una prova pilot.

## **4.2. Àmbit de l'estudi.**

L'estudi es realitza en la Unitat de rehabilitació psiquiàtrica dins del centre penitenciari Brians 2. L'objectiu general de la qual és la rehabilitació funcional dels pacients. S'especialitza en la rehabilitació intensiva d'homes penats i d'aquells que tenen aplicades mesures de seguretat des d'un model que se centra en la recuperació del pacient, en quant a l'enfortiment de les seves capacitats i el desenvolupament de noves habilitats que li permetin millorar la qualitat de vida.

Aquesta unitat es divideix en 2 plantes d'hospitalització, compte amb un total de 70 llits de rehabilitació: 35 llits a la 1<sup>a</sup> planta i 35 llits en la 2<sup>a</sup> planta. A més, disposa de 5 llits d'observació a cada planta, on ingressen pacients que presenten descompensació en el seu quadre o conductes disruptives.

Les patologies més prevalents que s'atenen són trastorns mentals greus i persistents com, las psicosis (Esquizofrènic, Esquizoafectiu i Delirant Crònic), trastorns afectius (depressius i bipolars), els trastorns de personalitat, per consum de tòxics i trastorns de conducta.

## **4.3. Població i mostreig.**

La població diana de l'estudi està formada per pacients diagnosticats de Trastorn Mental Greu ingressats voluntària o involuntàriament en la Unitat de rehabilitació psiquiàtrica penitenciària de Brians 2.

Els participants seran seleccionats mitjançant un mostreig no probabilístic, no aleatoritzat, a través de criteris d'inclusió i exclusió. S'accedirà al llistat dels pacients ingressats en la unitat, per mitjà del programa informàtic utilitzat per els professionals, SAP (llistat de llits, HC3), on accedirem a historia clínica de cada pacient, dades personals, sociodemogràfiques, diagnòstic i tractament.

Així mateix, a mesura que es vagin seleccionant els participants, se'ls convidarà a participar, un cop això, en cas d'acceptar la participació, se'ls informarà de l'estudi i se'ls sol·licitarà el seu consentiment informat. Un cop tinguem els consentiments informats, es crearà una codificació ID de cada participant. A continuació, segons el nombre de pacients que estiguin disposats a participar en l'estudi, tenint en compte que el grup per a les sessions podran estar integrats màxim per 15 persones, es realitzaran els grups que

pertoquin. En cas d'existir mes d'un grup, aquests, rebran per igual la intervenció i seran avaluats per igual.

#### **4.4. Criteris d'inclusió i exclusió.**

##### **Criteris de Inclusió:**

- Edat, entre 21 y 65 anys.
- Pacients que pateixen un Trastorn Mental Greu.
- Pacients no autònoms amb la medicació.
- Estar ingressats en la Unitat de rehabilitació psiquiàtrica de Brians 2, durant el període de realització del estudi.
- Tenir suficient coneixement del castellà i capacitat de comunicació.
- Acceptació voluntària per formar part del estudio, firmant el Consentiment Informat.

**Criteris de Exclusió.** Queden exclosos de l'estudi aquells pacients que complien algun dels següents criteris:

- Patir una malaltia orgànica greu.
- Tenir dificultats de comprensió i expressió del idioma (barrera idiomàtica).
- Menors de 21 anys.
- Pacients amb Patologia Dual, consum de tòxics.

#### **4.5. Descripció de variables.**

##### **Variable dependent:**

La variable dependent de l'estudi és "l'adherència al tractament farmacològic", sent analitzada com a variable qualitativa nominal dicotòmica: bona adherència, mala adherència. Aquesta variable ha estat mesurada en els participants a través de l'escala DAI-10.

##### **Variables independents:**

Variables sociodemogràfiques: **edat** (en anys complets. *Variable quantitativa/numèrica*), **nivell d'estudis** (sense estudis, estudis primaris, estudis secundaris, estudis universitaris).

*Variable qualitativa/categòrica*), **relacions personals negatives amb el personal funcionari i/o entre companys** (Si, No. *Variable qualitativa/categòrica*).

Variables clíniques: **diagnòstic** (*Variable qualitativa/categòrica*), **efectes adversos el tractament** (síntomes extrapiramidals, augment de pes, somnolència, disfunció sexual, no té. *Variable qualitativa/categòrica*), **nombre d'ingressos en psiquiatria** (1, entre 2 i 5, entre 6 i 10, més de 10. *Variable quantitativa/numèrica*) **temps d'estada a la presó** (menys d'un any, entre 1 i 3 anys, entre 4 i 6 anys, entre 7 i 8 anys, 10 o mes anys. *Variable quantitativa/numèrica*).

#### **4.6. Instruments de recollida de dades.**

Una vegada seleccionada la mostra, conforme el disseny y objectius establerts, es determina la utilització d'un instrument de mesura validat i estandarditzat, per tal de descriure les característiques de la mostra.

Per això, s'escull el qüestionari DAI-10, sobre l'adherència al tractament farmacològic, que realitzarà cada participant abans de iniciar la intervenció. De igual manera es realitzarà també dues setmanes després de la intervenció per comparar els resultats obtinguts pre i post.

El **DAI-10** (Annex 5) és una escala autoaplicada de 10 ítems, de resposta dicotòmica veritable-fals, amb la qual es valora la percepció subjectiva dels pacients sobre la presa de la seva medicació, la seva pròpia actitud i decisió.

Un cop el pacient finalitza el qüestionari se suma la puntuació de les seves respostes, puntuant +1 les respostes correctes i -1 les incorrectes.

Les respostes correctes són aquelles en què s'assenyala "veritable" en els ítems 1, 3, 4, 7, 9 i 10, i en què s'assenyala "fals" en els ítems 2, 5, 6, i 8.

Per tant, la puntuació total oscil·la entre -10 i +10. A major puntuació total, es considera que l'actitud del pacient davant la medicació és més positiva i s'assumeix que el pacient és adherent al seu tractament. Per contra, les puntuacions totals més baixes indiquen que l'actitud del pacient davant la medicació és negativa i, per tant, es considera no-adherent.

Malgrat que no hi ha punts de tall definits en el DAI-10, en aquest estudi s'ha considerat que les puntuacions positives indiquen que el pacient és complidor i que les puntuacions negatives i 0 indiquen que el pacient és no complidor, com s'ha considerat en altres estudis. Aquest qüestionari està traduït i validat al castellà i és de domini públic.

#### **4.7. Anàlisi de les dades.**

Es realitzarà un anàlisi descriptiu de la mostra mitjançant freqüències absolutes i relatives (%) en el cas de les variables categòriques, i mitjançant la mitjana (rang Interquartil) i/o desviació estàndard (mitja) per a les variables quantitatives.

Per comparar valors de les variables categòriques (nivell d'adherència pre-post intervenció...), s'utilitzarà la prova de independència de  $\chi^2$ .

Per a veure si hi ha diferències abans i després de la intervenció en relació a cada variable es farà un anàlisi de T Student.

El anàlisi estadístic es durà a terme mitjançant el software IBM SPSS Statistics 26.0 (versió del 2019), realitzant taules de contingències per analitzar el conjunt de variables.

Així mateix, s'analitzarà també el nombre d'abandonaments i el motiu d'aquests.

#### **4.8. Consideracions ètiques i legals.**

En primer lloc, es posarà en coneixement de la coordinació i responsables de la Unitat, en una reunió d'equip, on es valorarà i s'autoritzarà la proposta. En cas, de ser una resposta positiva, s'establirà un pla de procediments de seguretat que pertorquin per a la realització del projecte. Se sol·licitarà l'aprovació del projecte al Comitè de Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de la Fundació Unió Catalana d'Hospitals.

Respectat els principis enunciats de la Declaració d'Hèlsinki adoptada al juny de 1964, tenint en compte el principi d'autonomia dels participants, s'entregarà el Consentiment Informat (Annex 6; redactat en castellà per tal de facilitar la comprensió de tots els possibles participants), amb l'objectiu de que els pacients decideixin de forma voluntària

la seva participació o no en l'estudi. Així mateix als participants se'ls explicarà verbalment els objectius de la intervenció i en què consistirà aquesta.

Seguint amb el principi de Justícia, els subjectes seran seleccionats segons els criteris de selecció assenyalats anteriorment, exposant que els subjectes que decideixin participar no rebran un tracte de favor, ni els que es neguin a participar o abandonin seran perjudicats per això.

S'ha tingut en compte la protecció de dades del pacient segons la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre de protecció de dades de caràcter personal i garantia de drets digitals (LOPD), ja que tots els subjectes participants en l'estudi tindran una garantia de confidencialitat, ja que per a cada participant es crearà una codificació ID segons l'ordre de participació.

#### **4.9. Procediment de l'estudi.**

Inicialment es realitzarà la captació dels participants en las consultes d'infermeria de la pròpia unitat. L'equip de captació seleccionarà les histories clíniques dels pacients que vulguin participar en el estudi i es realitzarà la composició del grup. Als candidats se'ls informará de les característiques i en que consisteix l'estudi de manera individual. Abans de començar la primera sessió i un cop els participants hagin signat el consentiment informat, es passarà a cada pacient el qüestionari en relació als coneixements i hàbits relatius a la adherència al tractament (el mateix qüestionari serà realitzat al donada la intervenció per finalitzada), un cop fet això es procedirà a la realització del programa.

El present programa psicoeducatiu va dirigit a persones diagnosticades de trastorn mental greu que es troben ingressades en la Unitat de rehabilitació psiquiàtrica penitenciària.

La intervenció es impartida per personal qualificat, en aquest cas, per dos professionals d'infermeria de salut mental i un tècnic d'integració social que ajuda a dur a terme la dinàmica de les sessions. Una de les principals finalitats d'aquesta intervenció és dotar als pacients de coneixements i eines per a la bona conducta que permeti minimitzar reaguditzacions causades per irregularitats en la presa de la medicació, millorant la qualitat de vida del pacient.

El perfil del grup escollit ha estat complint els criteris d'inclusió i exclusió requerint el seu compromís d'assistència, confidencialitat i realització de les activitats o tasques del programa.

La intervenció consta de 6 sessions impartides amb una freqüència setmanal i amb una duració de 60 minuts aproximadament cada una. La duració total de la intervenció serà de 6 setmanes (36 dies), amb inici al Setembre i final al Octubre de 2021.

Les sessions estaran dividides de la següent manera (Annex 7):

- ❖ Sessió I: Presentació del taller.
- ❖ Sessió II: Els trastorns mentals no menyspreen ni exclouen.
- ❖ Sessió III: Importància de la presa de la medicació.
- ❖ Sessió IV: Creences i mites sobre la medicació.
- ❖ Sessió V: Seguiment de la pauta de tractament.
- ❖ Sessió VI: Ús i maneig de la medicació, intoxicacions, interaccions i recomanacions.

Els objectius generals del programa són:

- Que el pacient adquireixi coneixements i habilitats que fomentin la millora del ús i control de la medicació.
- Que el pacient obtingui consciència de la importància del seguiment del tractament farmacològic, així, reforçar el bon compliment.
- Que el pacient tingui un paper més actiu i ser més conscient de las raons per prendre els fàrmacs prescrits.
- Adoptar una actitud amistosa, no burocràtica, que millori la comunicació infermera-pacient i treballar possibles preocupacions reals dels pacients sobre la medicació.

## **5. Recursos.**

Per a la realització del marc teòric el recurs utilitzat ha estat bases de dades com Pubmed, Dialnet , Medline, etc. Per a dur a terme la intervenció els recursos necessaris emplets són els següents:

a. **Recursos humans:** dos professionals d'infermeria especialistes en salut mental i tècnic de integració social.

b. **Recursos materials:**

**Material inventariable:** es necessitarà un ordinador amb accés a internet, impressora, el programa estadístic SPSS per guardar i analitzar les dades obtingudes; i impressora i pen drives per intercanviar la informació entre l'equip investigador.

**Material fungible:** caldrà material d'oficina com bolígrafs, folis, llapis, agendes, carpetes, grapadora, CD, etc.

**Material d'infraestructura física:** una sala (taller 3) per realitzar la intervenció amb 20 cadires amb respall, un projector i pantalla, una pissarra i els retoladors necessaris. A més, serà imprescindible tenir accés a una fotocopiadora per a realitzar les fotocòpies necessàries per al grup, per exemple, els qüestionaris DAI-10 i pauta mèdica de medicació dels participants.

## 6. Limitacions de l'estudi.

La relació entre el pacient i el professional d'infermeria que intervé en la psicoeducació és molt important per determinar l'èxit o el fracàs de la intervenció. La falta de col·laboració, de sinceritat en les respostes dels qüestionaris, compromís o motivació per part dels participants pot ser una limitació, podent ocasionar abandonaments abans de la finalització del estudi.

Al tractar-se d'un estudi quasi- experimental, no probabilístic, es veu afectada la validesa externa, podent així considerar-se no representatiu per a tota la població. Realitzar altres estudis complementaris, que permetin ampliar el temps i aspectes a tenir en compte a llarg termini, proveiria major validesa externa dels resultats obtinguts poden així generalitzar les recomanacions.

A més, al plantejar-se com a prova pilot, podria generar problemes que no generaria un projecte a gran escala. També, al realitzar els qüestionaris a un grup reduït de pacients en un àmbit molt concret, la mostra no té representativitat més allà dels participants o



pacients de la unitat, per el que no es pot extrapolar a la població general. Per tant, seria aconsellable que l'estudi es realitzi en un futur amb una mostra més representativa i tenint en compte consideracions extremes de la prova pilot.

## 7. Cronograma.

Etapas	2020				2021											
	S E T E M B R E	O C T U B R E	N O V E M B R E	D E S E M B R E	G E N E R	F E B R E R	M A R Ç	A B R I L	M A I G	J U N Y	J U L I O L	A G O S T	S E T E M B R E	O C T U B R E	N O V E M B R E	
Plantejament del programa a realitzar (temàtica, àmbit actuació i població diana)																
Contextualització de programa i establiments dels objectius.																
Disseny i metodologia.																
Planificació de activitats a realitzar (tècniques, mètodes, continguts)																
Plantejament de previsió de recursos i pla d'avaluació (instruments i indicadors)																
Aplicabilitat i utilitat pràctica dels resultats. Pla de difusió.																
Exposició del projecte																
Contactar amb la institució, presentació de l'estudi en una reunió amb coordinació.																
Establiment de mesures de seguretat per part del equip funcionari, per a la realització de la intervenció en el centre.																
Sol·licitar permís del Comitè d'ètica d'investigació clínica.																
En cas de obtenir acceptació del comitè d'ètica: captació de participants del estudi.																
Obtenció de recursos i materials necessaris.																
Consentiments informats, recollida de dades sociodemogràfiques i clíniques.																
Realització qüestionari DAI-10 i Test Morisky-Green (pre-intervenció)																
Implementació de la intervenció: inici sessions, I, II, III i IV (1 c/setmana)																
Realització sessions V i VI.																
Qüestionari DAI-10 i Test Morisky-Green.(post-intervenció)																
Anàlisi de dades																
Informe de resultats																

## **8. Aplicabilitat i utilitat pràctica dels resultats.**

L'aplicabilitat d'aquest estudi està enfocada a millorar els coneixements sobre l'adherència al tractament en pacients que pateixen trastorns mentals greus dins de l'àmbit penitenciari, tant per al personal sanitari com pels propis pacients.

Dotant als pacients d'informació i habilitats, que millorin la seva actuació en front a l'adherència al tractament i conèixer la importància d'un seguiment estricta de la pauta de medicació. Així, creant autonomia en el maneig de la medicació i millorant la qualitat de vida dels pacients. A més, proporciona una relació terapèutica de confiança amb els professionals sanitaris, suposant un espai de suport i ajuda on resoldre dubtes i incerteses.

Tanmateix, permet al personal sanitari proporcionar abordatges de qualitat, guiades a les causes de l'incompliment de la medicació de manera individualitzada. D'aquesta manera, reduir noves recaigudes i/o reaguditzacions impulsades per un presa incorrecta de la medicació.

D'altra banda, el personal d'infermeria podrà realitzar sessions educatives de millor qualitat, reforçant els punts febles, i d'aquesta manera millorar substancialment la qualitat de vida dels pacients, a més d'afavorir el seu benestar i autonomia en tot moment.

Finalment, l'aplicabilitat de l'estudi a curt termini, seria posar-lo en pràctica en altres mòduls del centre penitenciari on hi han pacients amb TMG, impartir el projecte amb major extensió de temps i treballant els aspectes més importants que s'hagin observat en aquesta prova pilot.

Tanmateix a llarg termini, els resultats de l'estudi podrien contribuir en la recerca de noves línies de treball com, realitzar un treball qualitatiu per determinar la satisfacció dels pacients en aquest tipus de intervencions, impartir formació a el personal sanitari i implementar noves activitats en el pla de cures dels pacients.

## **9. Pla de difusió.**

Amb la divulgació del estudi es pretén apropar, tant a professionals sanitaris i pacients, els beneficis d'una intervenció psicoeducativa sobre l'adherència al tractament farmacològic, donar a conèixer els resultats i en que consisteix.

Inicialment, exposaríem els resultats de l'estudi a tot l'equip sanitari de la unitat on es du a terme la prova pilot, donant a conèixer tot el transcurs de les sessions, els punts forts i febles de l'estudi, possibles aspectes de millora que s'han pogut observar etc., amb la finalitat de en un futur realitzar la intervenció amb la màxima totalitat, proporcionar l'opció d'incorporar-ho en la seva praxi o fins i tot com a possible recurs establert en el pla de cures.

Altres mecanismes de difusió que podríem aplicar serien activitats de formació a personal sanitari d'altres centres i/o unitats de salut mental, participació en fòrums, conferències professionals i congressos científics com el Congrés Nacional d'Infermeria de Salut Mental, publicacions en revistes científiques (exemple:, Revista de Psiquiatria i Salut Mental) i divulgació al públic com notes de premsa i fullets explicatius del projecte, difusió cap a organismes estatals (exemple:, Salut Gencat, Agència de salut pública ...)

## **10. Conclusions.**

Els pacients diagnosticats de trastorn mental greu, en els seu dia a dia tenen necessitats i dificultats que van més enllà d'un diagnòstic mèdic, ja que s'enfronten a un ampli ventall de problemes. La manca d'adherència terapèutica és un dels factors de risc més important en els malalts de TMG, provocant considerables repercussions negatives, suposant un alt risc de recaigudes, empitjorament del pronòstic i pitjor relació sanitari-pacient, alterant l'estabilitat de la persona i deteriorant substancialment la qualitat de vida del pacient.

A més, quan es tracta de persones internes en centres penitenciaris s'hi sumen conseqüències que resulten ser secundàries a les repercussions negatives de la incorrecte presa de la medicació com més sancions, no accés a permisos ni tercers graus i compliment de la condemna íntegra, causant una malestar emocional afegit.

Realitzar aquest treball m'ha fet comprendre en més profunditat, la importància d'una bona relació terapèutica amb el pacient, educació sanitària per part dels professionals i un bon acompanyament terapèutic en tot moment, ja que aquests pacients generalment viuen situacions de molta inestabilitat emocional.

També, disposar d'una completa informació sobre l'incompliment terapèutic en pacients amb trastorns mentals greus, ajuda a adquirir nous coneixements, actituds i habilitats, per

donar resposta individualitzada i adaptada a les necessitats de cada persona, i així promoure la salut i benestar dels pacients.

En quant al procés d'aprenentatge, inicialment en el que més dificulta vaig tenir va ser en enfocar correctament la metodologia, enfocar correctament els objectius relacionats amb les variables a estudiar. Finalment, gràcies a l'ajuda de la meva tutora, he aconseguit enfocar correctament el treball i tenir resolts els meu dubtes.

D'altra banda, m'ha suposat un gran esforç mental i personal, a més d'un desenvolupament professional i educatiu. En el meu futur laboral, aquest estudi em serà molt útil, per entendre la importància del rol infermer, en l'acompanyament i educació sanitària cap a pacients amb TMG i també altres patologies.

## 11. Bibliografia.

1. Informato - Confederación Salud Mental España [Internet]. [citado 5 Noviembre 2020]. Disponible a: <https://consaludmental.org/informato/>
2. *Sección sindical estatal de ccoo en instituciones penitenciarias. INFORME SALUD MENTAL EN PRISIONES* [Internet] [citado 15 Noviembre 2020]; Disponible a: [http://www2.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/99922/1885967-Informe\\_Salud\\_Mental\\_en\\_Prisiones.pdf](http://www2.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/99922/1885967-Informe_Salud_Mental_en_Prisiones.pdf)
3. Escuela de Enfermería de Zamora [Internet]. 2018 [citado 13 Octubre 2020]. Disponible a: <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/139127/Garc%C3%ADa%20Marcos%20Celia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Encarnación Galván Sánchez Tutor M, Acebes Sancho R. Universidad de Valladolid Facultad de Enfermería. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA [Internet]. [citado 5 Noviembre 2020]. Disponible a: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/5177/TFG-H124?sequence=7&isAllowed=y>
5. Conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica en el paciente psicótico. [DEPARTAMENTO DE MEDICINA]. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA; 2015. Disponible

- a: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128142/DME\\_Garc%EDa%20UI%E1nLI\\_Concienciaenfermedadpacientepsic%F3tico.pdf?sequence=1](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128142/DME_Garc%EDa%20UI%E1nLI_Concienciaenfermedadpacientepsic%F3tico.pdf?sequence=1)
6. José M<sup>a</sup> Sánchez Bursón. Los pacientes mentales en prisión. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2001 [citad 20 Novembre 2020]; 21 (78): 139-153. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n78/n78a09.pdf>
  7. Què és la Malaltia o Trastorn Mental? | Hospital Clínic Barcelona [Internet]. [citad 29 Desembre 2020]. Disponible a: <https://www.clinicbarcelona.org/ca/asistencia/cuida-la-teva-salut/salut-mental-en-la-infancia-i-ladolescencia/malaltia-o-trastorn-mental>
  8. Enfermedades mentales. [Internet]. MedlinePlus en español. [Internet]. MedlinePlus. 2020 [citad 20 Novembre 2020]. Disponible a: <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>
  9. Michael B. First. Introducción a las enfermedades mentales - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general [Internet]. Columbia University. 2020 [citad 30 Desembre 2020]. Disponible a: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducción-al-cuidado-de-la-salud-mental/tratamiento-de-las-enfermedades-mentales>
  10. Mingote Adán JC, Pino Cuadrado P del, Gálvez Herrer M, Gutiérrez García M. D, Sánchez Alaejos R. Utilidad preventiva del constructo «trastorno mental grave» en el ámbito sociosanitario. *Med Segur Trab (Madr)* [Internet]. 2010 [citad 15 Gener 2021];56(221):1-27. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v56n221/original4.pdf>
  11. Goldman HH, Gattozzi AA, Taube CA. Defining and counting the chronically mentally ill. *Hosp Community Psychiatry* [Internet]. 1981 [citad 20 març 2021];32(1):21-6. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7461614/>
  12. Espinosa López R, Valiente Ots C. ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero? *EduPsykhé* [Internet]. 2017 [citad 15 Gener 2021];16(1):4-14. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428605>
  13. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud, España 2017 Serie informes monográficos -ACTIVIDAD FÍSICA, DESCANSO Y OCIO [Internet]. 2019 [citad 15 Gener 2021]. Disponible a: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

14. Acín E, Arroyo JM, De Vicente A, Dueñas RM, Lluch J, Muro Á, et al. Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA). *Crim Behav Ment Heal* [Internet]. 2011;1-16. Disponible a: <https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf>
15. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359(9306):545-50.
16. De Castro-Schilling, J. Trabajo Fin de Grado Revisión bibliográfica de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la esquizofrenia y en la depresión. 2015-16 [citad 20 Novembre 2020]; Disponible a: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/JOANNA%20DE%20CASTRO%20SHILLING.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [Internet] Ginebra: OMS; 2004 [Citad 2 Gener 2021]. Disponible a: <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
18. Díaz Porto Robles ML. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Rev. Griot*. 2014; 7(1): 72 – 84.
19. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. *Value Heal*. 2008;11(1):44-7.
20. Adherencia al Tratamiento. [Internet]. Fedhemo. Federación Española de Hemofilia. 2008 [citad 15 Octubre 2020]. Disponible a: <http://fedhemo.com/que-es-la-hemofilia/tratamiento/adherencia-al-tratamiento/>
21. Lluch Canut MT, Biel Tres A. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. *Rev. Presencia* [Internet]. 2006 [citad 20 Novembre 2020] ;2(3). Disponible a: <http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php>
22. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1924 [citad 29 desembre 2020];81(2):333-97. Disponible a: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
23. E Vicens, V Tort. El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario. *RSP* [Internet]. 2005

- [citat 15 Novembre 2020]; 7 (2): Disponible a: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/288/633>
24. Zabala Baños C. Premio Nacional Victoria Kent Año 2016 Segundo Accésit PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PRISIÓN: Análisis de la relación con delitos y reincidencia [Internet]. 2016 [citat 29 Desembre 2020]. Disponible a: [http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Prevalencia\\_de\\_trastornos\\_mentales\\_en\\_prision\\_126170587\\_web.pdf/19568d3f-ffb3-4f28-9539-ca646e9cf475](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Prevalencia_de_trastornos_mentales_en_prision_126170587_web.pdf/19568d3f-ffb3-4f28-9539-ca646e9cf475)
25. Procesal FY. Conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica en el paciente psicótico. Universidad de salamanca facultad de Medicina. [Internet]. 2011. [citat 20 Novembre 2020] Disponible a: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128142/DME\\_Garc%EDa%20UII%E1nLI\\_Concienciaenfermedadpacientepsic%F3tico.pdf?sequence=1](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128142/DME_Garc%EDa%20UII%E1nLI_Concienciaenfermedadpacientepsic%F3tico.pdf?sequence=1)
26. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, José Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 1 agost 2008;40(8):413-7.
27. Gratacós Torras M, Pousa Tomàs E. Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. Papeles del Psicólogo [Internet] 2018 [Citat 15 Gener 2021]; 39 (1): 31-39. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2850.pdf>
28. Staring ABP, Van Der Gaag M, Koopmans GT, Selten JP, Van Beveren JM, Hengeveld MW, et al. Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. Br J Psychiatry [Internet]. desembre 2010 [citat 20 març 2021];197(6):448-55. Disponible a: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/treatment-adherence-therapy-in-people-with-psychotic-disorders-randomised-controlled-trial/8D4D120315A952F661BD3C5B334F986D>
29. Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. Trials [Internet]. 2015 [Citat 5 Gener 2021]; 16: 270. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4469254/>
30. Dikec G, Kutlu Y. Effectiveness of Adherence Therapy for People With Schizophrenia in Turkey: A Controlled Study. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 1 abril

- 2016 [citat 20 març 2021];30(2):249-56. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26992879/>
31. Chien WT, Mui J, Gray R, Cheung E. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial. BMC Psychiatry [Internet]. 2016 [Citat 5 Gener 2021]; 16: 42-56. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4766670/>
  32. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm [Internet]. 14 setembre 2018 [citat 24 novembre 2020];59(3):163-72. Disponible a: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  33. Beléndez-Vázquez M, Hernández-Mijares A, Horne R, Weinman J. Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: Validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. Int J Clin Heal Psychol. 2007;7(3):767-79. Disponible a: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770313.pdf>
  34. Gallardo R. Salud mental: Los estereotipos tapan los ojos a la sociedad [Internet]. 10 Octubre. 2016 [citat 20 de Gener 2021]. Disponible a: <https://www.efesalud.com/salud-mental-estigma-cultural/>
  35. López Monsalve Director C, Pena Garijo J. PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).
  36. MayoClinic. Síntomas de la esquizofrenia [Internet]. 2020-05-05. 2020 [citat 20 de Gener 2021]. Disponible a: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/esquizofrenia/sintomas>
  37. De Santis A. Modulación farmacológica del SNC: fármacos ansiolíticos y antidepresivos. 2018.
  38. Hipnóticos [Internet]. [citat 20 de Gener 2021]. Disponible a: <https://psiquiatria.com/glosario/index.php?url=hipnoticos>.
  39. Vizcarro JAM. VERDADES Y MITOS ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS. [Internet]. [citat 20 de Gener 2021]. Disponible a: <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/pdfindex/vym.pdf>
  40. Geishas: mitos y verdades [Internet]. [citat 20 de Gener 2021]. Disponible a: <https://www.grupogamma.com/psicofarmacos-mitos-y-verdades/>
  41. ¿Qué pasa cuándo no se toman los medicamentos psiquiátricos durante el tratamiento? - YouTube [Internet]. [citat 2 de febrer 2021]. Disponible a: <https://www.youtube.com/watch?v=lp3ceunSvWM>



42. ¿Qué es un medicamento? - Farmaceuticonline [Internet]. [citad 2 de febrer 2021]. Disponible a: <https://www.farmaceuticonline.com/es/medicamento-que-es/>
43. Posología. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. [Internet]. [citad 2 de febrer 2021]. Disponible a: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/posologia>
44. Medicamentos de abuso. ¿Cómo actuar en el mostrador de la farmacia? | Club de la Farmacia | Comunidad de farmacéuticos y profesionales de oficinas de farmacia [Internet]. [citad 2 de febrer 2021]. Disponible a: <https://www.clubdelafarmacia.com/para-estar-al-dia/el-blog-del-club/intoxicaciones-medicamentos/>
45. Medidas de prevención contra intoxicaciones de medicamentos [Internet]. ]. [citad 2 de febrer 2021]. Disponible a: <http://www.madrid.org/112/index.php/consejos-y-recomendaciones/sanitarios/medidas-de-prevencion-contra-intoxicaciones-de-medicamentos>
46. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Anexo 7 INTERACCIONES ENTRE LOS FÁRMACOS Y LOS ALIMENTOS. En: "Promoción de la Salud en Personas con Trastorno Mental Grave Análisis de situación y Recomendaciones sobre Alimentación Equilibrada y Actividad Física. 2011.

## 12. Annexes.

**ANNEX 1.** Quatre blocs de classificació dels factors relacionats amb la falta d'adherència al tractament en els trastorns mentals.

- **Factors relacionats amb el pacient:** negació o desconeixement de la malaltia (Insight), del tractament o de el risc de no prendre la medicació, la desconfiança cap el tractament i els professionals, la resposta subjectiva negativa a la medicació, les creences i estigmes culturals, l'analfabetisme, la millora de la seva patologia, la necessitat de prendre una medicació diàriament, l'aïllament social o el nivell socioeconòmic baix i l'edat <sup>4</sup>.
- **Factors relacionats amb la malaltia.** L'evolució, les patologies afegides, gravetat del trastorn i els aspectes psicopatològics (deliri i altres símptomes) <sup>4</sup>.
- **Factors relacionats amb el tractament:** el tipus de tractament, la dosi, la via d'administració i la complexitat de la pauta prescrita, els efectes secundaris desagradables de la medicació (mal gust, sialorrea, somnolència, etc.) i la falta d'eficàcia davant de símptomes persistents <sup>4</sup>.
- **Factors relacionats amb l'entorn del pacient.** Pel que fa a la relació pacient-professional, es destaca, la manca d'empatia i d'informació sobre reaccions adverses, escassa coordinació entre professionals, dificultat d'accés als serveis sanitaris ... <sup>4</sup>

L'existència d'una relació terapèutica, amb un bon grau d'insight i actitud positiva és un factor molt important per ajudar al pacient en tot el seu procés terapèutic <sup>4,21</sup>.

**ANNEX 2.** Qüestionari de valoració de compliment terapèutic de Morrisky-Green <sup>26</sup>.

La primera versió consta de quatre preguntes de resposta dicotòmica si o no per a valorar les barreres per a una correcta adherència terapèutica. Aquesta prova permet identificar el grau del pacient d'adherència. Es considera un nivell adequat de compliment 4 respostes correctes (no, sí, no, no) i inadequat menys de 4.

1. ¿Olvida alguna vez tomar la medicación?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

El 2008, es va publicar una nova versió de el test amb vuit preguntes (8-item **Morisky Medication Adherence Scale o MMAS-8**) i que va ser desenvolupada a partir de les quatre preguntes originals. Els quatre ítems addicionals fan referència a el comportament relatiu a la presa de medicació, especialment, a la infrautilització.

1. ¿Olvida alguna vez tomar la medicación?	Sí	No
2. A veces las personas no se toman la medicación por razones diferentes al olvido. Piensa en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicación algún día?	Sí	No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Sí	No
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Sí	No

5. ¿Se tomó su medicación ayer?	Sí	No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control ¿deja de tomar su medicación algunas veces?	Sí	No
7. Tomar la medicación todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Sí	No
8. ¿Con qué frecuencia les es difícil recordar que debe tomar toda la medicación? Nunca/ Raramente... De vez en cuando... A veces... Normalmente... Siempre...		

**ANNEX 3.** Qüestionari de Creences sobre la Medicació. *Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)* <sup>33</sup>.

Aquest test es compon de dues seccions i poden utilitzar-se en combinació o per separat: el BMQ-General que engloba els factors de «abús» i «mal», mentre que el BMQ-Específic inclou les subescales «necessitat» percebuda de la medicació i «preocupació» sobre les conseqüències de la medicació. Cada ítem s'avalua mitjançant una escala de cinc punts (sent 1 «totalment en desacord», mentre que 5 correspon a «totalment d'acord»). S'ha observat que una major puntuació en la subescala «necessitat» està relacionada amb una millor adherència terapèutica, mentre que una major puntuació en la subescala «preocupació» s'ha correlacionat amb una menor adherència.

**Qüestionari de creences sobre la Medicació-General.** No hi ha respostes correctes ni incorrectes. A continuació apareix una llista d'afirmacions que altres persones han declarat sobre els medicaments generals. Senyala en quina mesura esta d'acord o en desacord amb elles marcant en el numero de la casella.

	Totalmente en desacuerdo	En acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo.
1. Los médicos utilizan demasiados medicamentos.	1	2	3	4	5
2. La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando.	1	2	3	4	5
3. La mayoría de los medicamentos crean adicción.	1	2	3	4	5
4. Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos.	1	2	3	4	5
5. Los medicamentos hacen más mal que bien	1	2	3	4	5
6. Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)	1	2	3	4	5
7. Los médicos confían demasiado en los medicamentos.	1	2	3	4	5
8. Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos.	1	2	3	4	5

**Qüestionari de creences sobre la Medicació- Específic.** No hi ha respostes correctes ni incorrectes. A continuació apareix una llista d'afirmacions que altres persones han declarat sobre el seu tractament [Medicació] per la seva [malaltia].

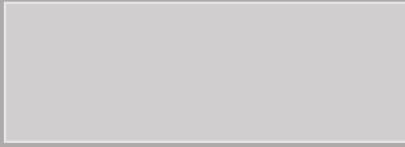
	Totalmente en desacuerdo	En acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo.
1. Actualmente mi salud depende de (medicación)	1	2	3	4	5
2. Me preocupa tener que tomar (medicación)	1	2	3	4	5
3. Mi vida sería imposible sin (medicación)	1	2	3	4	5
4. A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de (medicación)	1	2	3	4	5
5. Sin (medicación) estaría muy enfermo/a	1	2	3	4	5
6. (medicación) es/son un misterio para mí.	1	2	3	4	5
7. En el futuro mi salud dependerá de (medicación)	1	2	3	4	5
8. (medicación) trastorna/n mi vida.	1	2	3	4	5
9. A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de (medicación)	1	2	3	4	5
10. (medicación) impide que mi (enfermedad) empeore.	1	2	3	4	5

**ANNEX 4.** Escala Informativa de Compliment de la medicació. *The Medication Adherence Report Scale (MARS)*<sup>32</sup>.

És un qüestionari que consta de 10 preguntes sobre les creences i les barreres per a l'adherència terapèutica. Consisteix en una modificació dels qüestionaris DAI i de Morisky-Green. La puntuació va de el 0 a el 10. Puntuacions més altes indiquen una millor adherència.

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

**ANNEX 5. INSTRUMENT DE RECOLLIDA DE DADES.**

<b>ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE:</b>			
<b>EDAD:</b>			
<b>NIVEL DE ESTUDIOS:</b>	<input type="checkbox"/> Incompletos o sin estudios	<input type="checkbox"/> Educación obligatoria	<input type="checkbox"/> Estudios universitarios
	<input type="checkbox"/> Educación secundaria (bachillerato, grado medio o superior)		
<b>NUMERO DE INGRESOS:</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Entre 2 y 5	<input type="checkbox"/> Más de 10
	<input type="checkbox"/> Entre 6 y 10		
<b>EFFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO:</b>	<input type="checkbox"/> No tengo	<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Disfunción sexual
	<input type="checkbox"/> Aumento de peso		
	<input type="checkbox"/> Síntomas extrapiramidales (acatisia, rigidez muscular, parkinsonismo...)		
<b>TIEMPO DE ESTANCIA EN PRISIÓN:</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 1 año	<input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 años	<input type="checkbox"/> Entre 7 y 9 años
	<input type="checkbox"/> Entre 4 y 6 años		<input type="checkbox"/> 10 o más
<b>RELACIONES NEGATIVAS CON EL PERSONAL FUNCIONARIO I/O ENTRE COMPAÑEROS.</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Especificar ..... (opcional)

**Escala DAI-10.** *Por favor, lea detenidamente cada una de las frases siguientes y decida si para usted son verdaderas o falsas. Si una frase es verdadera o en su mayor parte verdadera, rodee con un círculo la V. Si una frase es falsa o en su mayor parte falsa, rodee con un círculo la F. Las frases se refieren únicamente a la medicación psiquiátrica que toma actualmente. Por favor, responda todas las frases dando su propia opinión (no hay respuestas correctas ni incorrectas). Sus respuestas se utilizarán solo con fines de investigación, son estrictamente confidenciales.*

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



## **ANNEX 6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad y con DNI: \_\_\_\_\_ manifiesto haber recibido y comprendido toda la información recibida acerca del estudio en el que he sido seleccionado. Así mismo manifiesto haber sido informado sobre los beneficios que podría suponer la participación en el Proyecto de Investigación “EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INGRESADOS EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA PENITENCIARIA” con el fin de mejorar el tratamiento de dicho problema de salud.

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

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

La participación en el estudio tiene un carácter libre y voluntario, pudiendo abandonar el mismo en cualquier momento, sin que ello repercuta negativamente.

He sido también informado de que mis datos personales, serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre y serán tratados en su conjunto, nunca de manera individual.

Recibiré una copia firmada y fechada de este consentimiento. Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este estudio para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Lugar/día y hora:

Firma del participante

Firma del investigador

## **ANNEX 7: PROGRAMA PSICOEDUCATIU D'ADHERÈNCIA A EL TRACTAMENT. ATENCIÓ D'INFERMERIA.**

### **SESSIÓ I: PRESENTACIÓ DEL TALLER.**

**Objectiu:** Presentació del taller, situar als pacients sobre el funcionament de les sessions. Realitzar entrevista i qüestionari (Annex 5), analitzar el nivell de coneixements actuals sobre el seu tractament. Valorar el qüestionari amb el pacient, comentant el resultat i fomentar el diàleg.

**Material:** qüestionari (DAI-10) i material de suport extra (pissarra, projector, etc.)

**Duració:** 40-60 minuts aproximadament (inici dia 6 de Setembre 2021)

### **SESSIÓ II: ELS TRANSTORNS MENTALS NO MENYS PREAN NI EXCLOUEN.**

**Objectiu:** El pacient adquireixi coneixements bàsics sobre les malalties de salut mental greu i resolgui dubtes habituals. Visualitzar material audiovisual (12 minuts). Resoldre dubtes sobre la malaltia al final de la sessió, establint un debat entre els participants.

**Material:** projector, altaveus, ordinador, suport teòric i visual.

**Duració:** 60 minuts aproximadament (dia 13 de Setembre 2021)

**Descripció (dinàmica de la sessió):** Es realitzarà una breu exposició oral amb suport audiovisual de els trastorns mentals o malalties mentals.

#### Continguts teòrics:

Els **trastorns mentals** són una alteració dels processos cognitius i afectius de el desenvolupament, considerat com anormal pel que fa a el grup social de referència de el qual prové l'individu. Es veu afectada l'afecte, la conducta i la comunicació amb altres persones. El denominador comú en tota malaltia mental és el sofriment psicològic <sup>34</sup>.

La forma en que una persona reacciona debanat les tensions i problemes que se li presenten, sigui o no habitual en el comportament de les persones, no s'ha de considerar trastorn mental. Són les conseqüències per a la persona i l'entorn el que fa valorar com no adequades les seves reaccions, per tant, la malaltia mental apareix quan el pensament o conducta de la persona és inapropiat al seu entorn o a la societat <sup>34</sup>.

**Què és la salut mental ?** (pregunta dirigida als participants): "Treure-li profit a la vida com a persona i com a part d'un grup familiar o social, independentment de les limitacions que un pugui tenir". La salut mental inclou el benestar emocional, psicològic i social <sup>34</sup>.

**Com s'entén la malaltia mental a la societat?** Existeixen una sèrie de creences socials que fan una valoració de les persones amb malaltia mental com "febles" o "dolentes". L'origen del estigma és el gran desconeixement que hi ha sobre la malaltia mental. "El desconeixement és sempre la por a allò diferent", afirma el president de la Confederació de Salut Mental a España <sup>34</sup>.

Visualització de vídeo, on mitjançant el testimoni en primera persona, coneixem com han estat les seves vivències després de l'aparició dels símptomes de l'esquizofrènia i del primer brot psicòtic; l'impacte en la seva família i entorn i en definitiva, en tot el que era la seva vida fins a aquest moment, posant de manifest com gràcies a el suport de tots (psiquiatre, família, amics ...) i a un adequat tractament antipsicòtic ha estat capaç de recuperar la seva vida i les seves il·lusions, lluitant per la seva autonomia i per eliminar l'estigma que envolta la psicosi i a l'esquizofrènia <sup>35</sup>.

Material audiovisual: [https://www.youtube.com/watch?v=9eUpvL\\_4wyU&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=9eUpvL_4wyU&feature=youtu.be)

És important saber, que ningú està lliure de patir una malaltia mental, ja que el 20% de la població la pateix. La seva aparició depèn de múltiples factors, principalment de:

- El desenvolupament de sistema nerviós: TCE, alteració tiroidea ...
- La biografia personal.
- Herència: s'hereta la predisposició a un tipus o un altre de malaltia mental.

Factors que influeixen en la seva gravetat i pronòstic (sobre això podem actuar):

- Forma d'afrontar conflictes.
- Suports interpersonals.
- Salut física i mental.
- Correcta seguiment del tractament.

## Síntomes dels trastorns mentals <sup>36</sup>:

<b>POSITIUS:</b> fa referència a alguna cosa que no estava present en el passat.	<b>NEGATIUS:</b> el terme negatiu defineix la pèrdua d'una capacitat o característica prèviament adquirida.
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Alteració del pensament: deliris (persecució, gelosia, perjudici ...) o pensament desorganitzat.</li><li>○ Alteració de la percepció: al·lucinacions (auditives, visuals, olfactives ...).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Dèficit de la cura personal.</li><li>○ Inhibició motora.</li><li>○ Aplanament afectiu.</li><li>○ Sensació de buit.</li><li>○ Anhedonisme (incapacitat de expressar plaer) i apatia.</li></ul>

## SESSIÓ III: IMPORTÀNCIA DE LA PRESA DE MEDICACIÓ.

**Objectiu:** Conscienciació de la necessitat de la presa de medicació, acceptació i coneixements de la seva malaltia. Adquisició de coneixements sobre la pauta de medicació per part del pacient i coneixement de la importància del compliment d'aquesta.

**Material:** Pauta de prescripció mèdica del pacient. Sala de tallers 3, pissarra, guixos, fulls en blanc, bolígrafs.

**Duració:** 80 minuts aproximadament (dia 20 de Setembre de 2021)

**Descripció del procediment:** Inicialment, es procedirà a una breu explicació dels tipus de fàrmacs existents. Un cop finalitzada l'exposició donarem pas al torn de preguntes o dubtes. Un cop finalitzat aquest, s'exposaran amb l'ajuda dels participants, avantatges i desavantatges de la medicació, apuntant-ho a la pissarra.

### Contingut teòric:

Els psicofàrmacs són medicaments definits com a substàncies que estimulen, deprimeixen o alteren la conducta i / o les respostes emocionals de les persones.

Els medicaments són una de les moltes eines terapèutiques que es poden utilitzar en el tractament de les malalties tant psiquiàtriques com somàtiques. Existeixen diferents tipus de fàrmacs per al tractament dels trastorns mentals <sup>35</sup>:

## 1. NEUROLÈPTICS-ANTIPSIÒTICS <sup>35,37</sup>.

- Clàssics: Haloperidol, Sinogan etc. Són eficaços davant els símptomes positius. Efectes 2n: sedació, sequedat de boca, restrenyiment, rigidesa, distonia, alteració sexuals, alteracions menstruals, galactarrea etc.
- De última generació: Risperdal, Zyprexa, Seroquel etc. Són eficaços davant els símptomes positius i negatius. Tenen efectes indesitjables: hipotensió, inquietud, augment de gana ... etc <sup>35</sup>.

## 2. TRANQUIL·LITZANTS-ANSIOLÍTICS (Benzodiazepines). Redueix o alleuja l'angoixa i ansietat sense produir sedació o son. S'utilitzen, per tant, per tractar els símptomes de nerviosisme, insomni, ansietat etc. Per exemple: Lorazepam, Diazepam, Flurazepam... <sup>37</sup>.

## 3. HIPNÒTICS. Fàrmacs capaços d'induir al son. En l'actualitat s'utilitzen tres tipus de fàrmacs: hipnòtics benzodiazepínics (flunitrazepam, lormetazepam, loprazolan, etc.), hipnòtics antihistamínics (hidroxizina, doxilamina, difenhidramina) i hipnòtics no benzodiazepínics ni antihistamínics (zolpiden, zopiclona i clormetiazol) <sup>38</sup>.

## 4. ANTIDEPRESSIUS. Es classifiquen segons el seu mecanisme d'acció; IMO, tricíclics (ATC), Inhibidors selectius de recaptació de serotonina (ISRS) i de noradrenalina o inhibidors "duals" (IRSN). Per exemple: Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram, Venlafaxina y duloxetina. Efectes secundaris: sequedat de boca, restrenyiment, HTA, alteracions visuals, alteracions digestives ... <sup>35,36</sup>.

## 5. REGULADORS DEL STAT D'ÀNIM: LITI i ANTIEPILÈPTICS.

- Plenur (LITI): el liti és un element de la natura, amb efectes beneficiosos per a persones amb trastorns mentals.
- Anticonvulsionants/Antiepilèptics: s'utilitzen com estabilitzadors de l'ànim, com per exemple: Àcid valproic (Depakine), Carbamazepina (Tegretol) i Trileptal <sup>35</sup>.

A continuació, farem una exposició grupal, de les avantatges i desavantatges que te la medicació.

La medicació està dissenyada, no només a ajudar a que et trobis millor, sinó també perquè et mantinguis bé. Això vol dir que has de prendre-la fins i tot quan comences a trobar-te millor. Una de les causes més freqüents de recaiguda després d'un tractament amb èxit és que la persona deixa de prendre correctament la medicació. **"Has de seguir prenent la medicació fins i tot quan et trobis millor ja que és per sempre i és el que t'ajuda a estar bé"**.

La medicació comporta aspectes positius i d'altres negatius. Les conseqüències positives són alleujar els símptomes, minimitzar efectes secundaris, evitar recaigudes i ajuda a participar en altres programes de teràpia, aprenentatge i treball, en canvi, pot causar efectes secundaris desagradables (tremolors, sequedat de boca, excessiva salivació, visió borrosa ...) Llistat de avantatges i desavantatges de prendre la medicació. (Exemples)

**AVANATATGES.** De prendre-la:

- Ajuda a eliminar les veus, visions i el parlar amb si mateix.
- Ajuda a reduir dolor, ansietat i dificultat per dormir.
- Redueix les creences estranyes o falses com idees que no comparteixen els altres.
- Disminueix la tensió, agitació, facilita estar tranquil i relaxat.
- Ajuda a evitar pensaments hostils, estranys o agressius.
- Ajuda a comportar-se de manera adequada: riure, plorar, somriure sense raó aparent etc.
- Impedeix o retarda les recaigudes i la necessitat de ser hospitalitzat.

**DESAVANTATGES.** De prendre-la:

- Efectes secundaris (tremolors, restrenyiment, sequedat de la pell, impotència ...).
- Mal gust de la medicina.
- Necessitat d'implicació a les preses (dosi, hores ...).
- Seguiment continu (visites a metge, analítiques periòdiques ...)

De no prendre-la:

- Ansietat, irritabilitat, confusió, mal (analgèsics) ...
- Major risc de recaigudes. Alteració de la percepció (veus, visions ...).
- Major probabilitat d'aparició de pensaments hostils i / o agressius i creences estranyes (que poden provocar conflictes socials).
- Major tensió muscular i malestar físic.

## SESSIÓ IV: CREENCES I MITES SOBRE LA MEDICACIÓ.

**Objectiu:** l'objectiu principal d'aquesta sessió és resoldre dubtes i mites habituals en relació a la medicació i que adquireixi certs coneixements sobre el tractament.

**Material:** projector, altaveus, ordinador, pissarra, bolígrafs, sala taller 3.

**Duració:** 40-60 minuts aproximadament (inici dia 27 de Setembre 2021)

**Descripció del procediment:** Inicialment, preguntarem als participants sobre creences sobre la medicació, establint un debat. A continuació, es plantejaran les creences i mites més habituals en relació a la medicació psiquiàtrica i la seva resolució. Finalment, valorar si queden dubtes mitjançant preguntes.

Contingut teòric:

\* **“Els medicaments psiquiàtrics són només per “bojos””.**

La desaprovació social porta a algunes persones a considerar humiliant el fet d'haver de prendre psicofàrmacs. Potser costi acceptar que el cervell, com qualsevol òrgan de el cos, pot emmalaltir i requerir tractament. Retardar o no realitzar una consulta professional per por a el "que diran" només contribueix a l'agreujament dels símptomes i a l'empitjorament de la qualitat de vida. Aquest és un dels mites més desafortunats que s'escolten. És important aclarir que el concepte de "boig" és una idea antiga que va sorgir quan no existia el coneixement suficient per explicar el comportament inhabitual d'algunes persones (que és la malaltia mental menys freqüent). Malgrat el seu antic origen, no és estrany trobar encara persones que atribueixen els símptomes conductuals a una "malaltia terrible", a un càstig diví o fins i tot a un acte de bruixeria.

La veritat és que la majoria dels trastorns mentals estan ben controlats i en molts casos els símptomes no tornen a aparèixer. Part d'aquesta resistència a la presa de medicaments prové d'aquest "estigma" al voltant de les persones amb símptomes mentals <sup>39</sup>.

És per això que els psicofàrmacs estan envoltats d'enginyosos (però lamentables) mites com: "si prens aquestes pastilla vol dir que estàs boig", "les pastilles les fan servir per rentar-te el cervell", "amb les pastilles et treuen la teva voluntat i la teva llibertat, et controlen ", " si les prens les necessitaràs per sempre " etc. Tot i això, és convenient saber, que el maneig adequat de la medicació pot facilitar la recuperació i qualitat de vida de la persona <sup>39</sup>.

\* **"La medicació crea addicció".**

La major part dels psicofàrmacs no creen dependència física ni psicològica. En el cas que sí existís aquest risc, el metge que recepta la medicació haurà de controlar la dosi i durada de la prescripció per tal d'evitar aquest inconvenient. De vegades, s'ha donat el cas de persones que s'han habituat a utilitzar medicació en excés i els resulta molt difícil deshabituar-hi. Sovint ho causa per un incorrecte seguiment del tractament (no respectar les dosis pautades), es pot evitar amb un seguiment i control mèdic continu <sup>39</sup>.

\* **"Si prenc medicació, estaré demostrant que sóc una persona dèbil i / o boja".**

Els prejudicis en relació als trastorns mentals encara es mantenen en l'actualitat. En conseqüència, cal pensar que la fortalesa i la valentia tenen a veure amb tractar de resoldre el problema mitjançant un bon tractament terapèutic. A més, les dificultats psicològiques no són exclusives de ningú, qualsevol pot travessar per una situació complicada sense que això vulgui dir estar boig o ser més dèbil que els altres <sup>39</sup>.

\* **"A el metge només cal anar si et trobes malament".**

És molt important fer un seguiment continu de l'evolució de la malaltia i de la nostra salut, per tal d'evitar possibles recaigudes, detectar canvis i signes d'alarma. A aquest concepte s'anomena PREVENCIÓ, dedicant-se a combatre amb els factors de risc i promoure el benestar de les persones <sup>39</sup>.

\* **"Si apareixen efectes secundaris s'ha de deixar la medicació".**

De vegades, pensem que una determinada sensació o efecte desagradable és un efecte secundari de la medicació quan pot ser que no sigui així (tractant-se d'altres símptomes). Tot i això, molts medicaments tenen efectes secundaris de diferents gravetats. El més aconsellable és informar bé a el professional que ens atén (metge, infermera etc.) del desenvolupament, evolució i dels possibles efectes secundaris que hem notat (inclosos aquells que ens poden provocar més vergonya però que són molt rellevants per a nosaltres com els sexuals). Així, ens podran aconsellar el respecte, buscant alternatives per controlar-los, ja sigui mitjançant la modificació del tractament o amb teràpies complementàries. Cal tenir en compte que la majoria dels efectes secundaris desapareixen amb el pas del temps <sup>39</sup>.



\* **“La mediació és canviar una droga per una altre”.**

L'alcohol, el tabac i les drogues d'abús són substàncies que el nostre cos no necessita, però accidentalment es veu obligat a adaptar-se a elles davant l'ús diari. La dependència i l'abstinència són la conseqüència d'aquest desordre al què l'organisme és veu obligat. Molt al contrari, els psicofàrmacs tenen el potencial de restaurar l'equilibri perdut prèviament a la seva prescripció <sup>40</sup>.

\* **"Si després d'un temps de prendre la medicació no noto millora vol dir que no em serveix per a res".**

Els efectes dels psicofàrmacs varien segons la seva composició química, les dosis administrades i la sensibilitat individual de cada persona. La majoria dels psicofàrmacs comencen a tenir major efecte al cap d'unes setmanes des de l'inici de la presa. A diferència d'altres medicaments (antibiòtics, antitèrmics, analgèsics, antiinflamatoris...) que tenen un efecte immediat. No existeix el tractament perfecte ni curació per a tot <sup>41</sup>.

\* **"Els dies que em desperto trobant-me bé no cal prendre medicació".**

La medicació té un efecte progressiu, si només la prenem en determinats moments impedim l'efecte terapèutic sense arribar a assolir una estabilitat i tenint una probabilitat més alta de recaiguda. Quan es passen més de tres a quatre dies sense prendre la medicació, cauen els nivells de fàrmac en sang, i als el caure els nivells en sang la malaltia reapareix, en conseqüència quan es reinicia el tractament el medicament es retarda 1-2 setmanes a arribar als nivells terapèutics. Fent que, de quatre dies, la persona passa gairebé 20 dies sense l'efecte de la medicació, produint una reparició dels símptomes, que en molts casos, la dosi prescrita no sigui adequada ni eficaç, comportant un empitjorament important de la malaltia <sup>41</sup>.

\* **"La medicació no m'ajudarà resoldre els meus problemes".**

La medicació va dirigida a adquirir una estabilitat tant mental com física, de manera que ens permet a la persona estar més preparada per afrontar les dificultats de la vida diària. Tot i així, cal puntualitzar que prendre la medicació no resoldrà tots els problemes. (Per exemple: econòmics, habitatge, relació social ...) <sup>39</sup>.

- \* **"Si em donen l'alta hospitalària, vol dir que ja no necessito prendre la medicació ni seguir acudint a visitar-me".**

La malaltia mental passa per diversos episodis: agut, subagut i crònic. En aquest últim, s'aconsegueix el major grau d'estabilitat psicològica. Per tant, haurem de continuar un seguiment mèdic (psicoteràpia i medicació) per mantenir aquesta estabilitat i evitar recaigudes. Sempre que es dona una alta hospitalària, la persona ha aconseguit un equilibri, impulsat per les intervencions terapèutiques rebudes durant l'ingrés. És fonamental, per la bona evolució de la persona fora del hospital, que aquestes intervencions i medicació prescrita se segueixin mantenint.

No hem d'oblidar mai que qualsevol problema o dubte que sorgeixi en relació a la medicació ho hem de comentar al metge, per tal de decidir si és convenient un canvi de medicació o un altre tipus d'intervenció. Així mateix, les persones tenim el dret i el deure de preguntar-li a el metge el perquè d'un tractament <sup>39</sup>.

## **SESSIÓ V: SEGUIMENT DE LA PAUTA DEL TRACTAMENT.**

**Objectiu:** l'objectiu principal de la sessió és que el pacient adquireixi coneixements, responsabilitat i habilitats per a la correcta presa de la medicació.

**Material:** projector, pissarra, bolígrafs, sala taller 3. Pauta mèdica.

**Duració:** 40-60 minuts aproximadament (inici dia 4 d'Octubre 2021)

**Descripció del procediment:** Inicialment, s'explicaran els diferents termes associats (dosi, posologia, genèric ...) i com preparar la medicació diàriament donant temps per resoldre dubtes. Un cop s'aguï fet l'explicació, amb l'ajuda de la pauta mèdica, se li explicarà breument al pacient cada fàrmac, la seva funció i perquè ha de prendre aquesta medicació, donant consells per a millorar les habilitats en la preparació i presa de la medicació, individual per a cada pacient.

Contingut teòric:

El maneig adequat de la medicació pot facilitar la recuperació i millora del estat psicològic de la persona, però el seu mal ús o abús pot conduir a l'aparició d'efectes indesitjats que incidiran negativament sobre la qualitat de vida. Termes associats a la medicació:

- **Nom:** Comercial: És el nom que una empresa farmacològica li dona a determinada substància química (o barreja de substàncies) que s'utilitza com a medicament <sup>41</sup>.

Genèric: És el principi actiu (substància) de la qual es compon la medicació. Per tant, un genèric pot tenir diversos noms comercials. Ex: Valium-Diazepan, Gelocatil-paracetamol <sup>42</sup>.

- **Dosi**: Quantitat de medicament o principi actiu que s'administra per unitat (comprimat, injecció etc) . En el cas dels medicaments orals i injectables la dosi se sol donar en mg (tranxilium 5mg, diazepan 5 mg ...) i en algunes ocasions en grams. En el cas dels medicaments en solució la unitat es dona en ml (haloperidol, Risperdal...) sent comunament mesurat en gotes a l'hora de ser administrat. Els tractaments tòpics se solen donar en solució o pomades (col·liris, Voltaren pomada ...) sent generalment mesurats en ml i grams <sup>42</sup>.
- **Posologia**: Nombre de vegades que es pren un medicament, tant la quantitat (dosis) de medicament com de l'interval de temps entre les preses. Generalment les preses se solen fer coincidir amb els àpats per diverses causes (és menys agressiu per a l'estómac, és un bon horari per no oblidar les preses, entre les preses passa el temps ideal per a una correcta absorció) <sup>43</sup>.

Respectar horari i dosi: És molt important respectar l'horari d'administració de medicació. Es pot adaptar a les hores de la rutina. exemples:

- Cada 6 hores: esmorzar, dinar, berenar i sopar.
- Cada 8 hores: esmorzar, dinar, i sopar.
- Cada 12 hores: esmorzar i sopar.

A l'hora de la presa de medicació és d'especial importància fixar-se amb molta cura en la dosi (quantitat) del medicament comprovant a la caixa del fàrmac, blíster, embolcall de la càpsula / comprimit, pot i / o prospecte i mira que es coincideixi amb la quantitat pautat pel metge.

Si s'oblida una dosi, no s'ha de consumir-la a la següent presa (per exemple la dosi dinar i sopar juntes) si no s'ha consultat prèviament a un professional.

## **SESSIÓ VI: ÚS I MANEIG DE LA MEDIACACIÓ, INTOXICACIONS, INTERACCIONS I RECOMANACIONS.**

**Objectiu:** l'objectiu de la última sessió és que el pacient adquireixi coneixements sobre les intoxicacions i interaccions amb aliments.

**Material:** projector, altaveus, ordinador, pissarra, bolígrafs, sala taller 3.

**Duració:** 40-60 minuts aproximadament (inici dia 11 d'Octubre 2021)

**Descripció del procediment:** presentació amb suport Power Point de las intoxicacions, interaccions amb aliments i les recomanacions de la medicació de cada pacient. Es resoldrà dubtes i preguntes que sorgeixin.

### Contingut teòric:

#### Intoxicacions:

Podríem definir el medicament com qualsevol substància o composició de diversos fàrmacs integrats en una mateixa forma farmacèutica, caracteritzat per posseir propietats curatives, per al tractament, o preventives davant de qualsevol patologia. Però, com moltes altres substàncies, poden tenir efectes tòxics. Poden donar-se <sup>44</sup>:

- Intoxicacions per sobredosificació.
- Intoxicacions per sensibilitat individual.
- Intoxicacions per associacions amb altres fàrmacs.

Associar aquest tipus de medicaments a altres substàncies psicoactives comporta importants riscos, sobretot perquè els efectes de certes interaccions no són totalment coneguts. La barreja amb alcohol, per exemple, potència o anul·la els efectes de cadascuna de les substàncies absorbides.

Els errors en la identificació i posologia (concretament, dobles i triples dosis dels fàrmacs que es prenen habitualment) o la confusió entre diversos medicaments són el principal motiu d'intoxicacions.

A continuació s'explicarà com evitar una intoxicació <sup>45</sup>:

- No acumular molts medicaments.
- Conservar sempre els fàrmacs en el seu envàs original i amb el prospecte corresponent.
- No prendre medicaments no prescrits pel metge ni se'ls aconselli a altres persones.

- Assegureu-vos que els medicaments que va a ingerir no han superat la data de caducitat.
- Conservar, per escrit, les dosis exactes de medicació.
- Tots els medicaments són potencialment tòxics si no s'utilitzen en les dosis i per a les patologies indicades mèdicament.

Interacció amb els aliments: Les interaccions entre fàrmacs i aliments amb conseqüències terapèutiques importants poden tenir els següents efectes <sup>46</sup>:

- Alterar la resposta a el medicament.
- Potenciar l'efecte tòxic del fàrmac.

Cada fàrmac té el seu moment de la presa (abans, durant o després dels àpats) <sup>46</sup>.

- Prendre sempre la medicació amb aigua.
- No consumir begudes alcohòliques, poden produir un efecte tòxic additiu, amb l'afectació de diversos òrgans i sistemes. Combinat amb medicaments com les benzodiazepines pot produir somnolència excessiva, incoordinació etc.
- No begudes amb cafeïna (cafè, te, refrescs), ja que augmenta els efectes adversos d'alguns fàrmacs i poden contrarestar l'efecte ansiolític de tranquil·litzants com les benzodiazepines.
- Hi ha alguns fàrmacs que interactuen amb diferents aliments específics. (informació individual).

#### **Altres Recomanacions:**

- Rentar-se les mans abans de preparar medicació.
- Tocar el menys possible càpsules o comprimits amb les mans sense guants (Zyprexa ...).
- Preparar en el moment el més proper a la presa ja que hi ha medicació que només pot estar exposada a l'entorn (llum, temperatura ...) durant un breu període de temps.
- Molt de compte perquè no es mulli el comprimit o càpsula.
- Comprovar sempre la dosi (caixa, prospecte ...) i la caducitat.
- Conèixer perquè serveix cada medicament.
- Conèixer efectes secundaris.
- Consultar a un professional en cas que sorgeixi qualsevol dubte o alteració de l'estat tant psicològic com orgànic.