



FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili

Yasmina Ferré Lor

L'ADHERÈNCIA ALS PSICOFÀRMACS AMB PACIENTS AMB ESQUIZOFRÈNIA
REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA SISTEMÀTICA

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Dra. Núria Albacar Rioboó

Facultat Infermeria



FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili

TORTOSA 2020



Agraïments

Agrair tot l'acompanyament i suport que m'han brindat els meus pares, els meus companys de carrera i de feina, amics, tutora i especialment a Sergi.

Als meus pares, per no tallar-me mai les ales.

Als meus companys, per tot aquell suport moral que tantes vegades fa falta.

Als meus amics, per donar-me ànims i reconèixer el meu esforç.

A la tutora, per acompanyar-me i guiar-me durant aquest període, reforçant positivament el meu treball.

A totes les persones que han contribuït a posar el seu granet d'arena i m'han donat l'oportunitat de poder continuar creixent com a professional i persona; Teresa F., Carme A., Cinta P, Dolors C., Yolanda B., Astrid V., Manolo M., Virginia M., Míriam L., Noelia P., Eva G., Carme M., i Gina C.

A tots vosaltres, per recordar-me cada dia que he triat la millor professió, per ensenyar-me a veure la vida des de tants mons diferents, per tota l'estima, per tanta satisfacció, per tot l'aprenentatge diari, per tantes estones, per tot, ... Gràcies, sempre tindreu una mà per aixecar-nos junts de nou.

A tu, per no deixar-me rendir en cap moment, per veure sempre el got mig ple, per veure la llum al final del camí, per acceptar-me incondicionalment i acompanyar-me en aquest procés, a vegades llarg, per poder seguir formant-me i créixer com a persona.

Gràcies de tot cor.

Tortosa, 25 de Maig de 2020.



"La peor parte de tener una enfermedad mental es que la gente espera que actúes como si no la tuvieras" (Joker, 2019).



Índex Abreviatures

OMS	Organització Mundial de la salut
CIE – 10	Classificació Internacional de Malalties - 10
DSM- V	<i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales</i>
APS	Antipsicòtics
EpS	Educació per a la salut
MeSH	Títols d'assignatures mèdiques
DeCS	Descriptors en ciències de la salut
GC	Grup control
GI	Grup intervenció
RT	Relació terapèutica



Introducció

L'esquizofrènia és una malaltia de salut mental greu que cursa en un estat de cronicitat. Se li atorguen diverses dificultats a l'hora de complir amb l'adherència terapèutica, algunes de les causes principals són per manca per part de l'usuari, els efectes secundaris de la medicació o per una relació terapèutica (RT) deficient entre el personal sanitari i l'usuari. Així doncs, la infermeria juga un paper fonamental per a pal·liar aquest dèficit en el camp de la salut mental, a través d'eines i estratègies psicoeducatives; fomentar una RT de qualitat per assegurar un clima de confiança; fer protagonista a l'usuari en el procés de malaltia; i individualitzar cada cas clínic. La finalitat és aconseguir l'estabilitat psicopatològica de l'usuari per tal de garantir una bona qualitat de vida.

Objectiu

L'objectiu és descriure les intervencions d'educació sanitària que milloren l'adherència als psicofàrmacs en pacients adults amb esquizofrènia.

Metodologia

S'ha realitzat una cerca bibliogràfica sistemàtica en les diferents bases de dades: Pubmed, Dialnet, CINHALL, Scopus, Web of Science (WOS) i Google acadèmic. Després de la recerca bibliografia s'ha considerat escollir 13 articles, els quals tenen informació rellevant per al nostre estudi.

Resultats

Els autors coincideixen en el fet que hi ha una alta taxa de mala adherència a la terapèutica en aquests usuaris, i per conseqüència un increment en la desestabilització psicopatològica de la malaltia. Conclouen en què la psicoeducació, les teràpies individuals i grupals i la teràpia d'adherència són beneficioses per afavorir l'adherència als psicofàrmacs i per tant, aconseguir l'estabilitat psicopatològica.

Conclusions

Les infermeres han d'abordar aquesta problemàtica per tal de pal·liar-la i donar resposta als usuaris. Per això, s'han d'establir protocols estandarditzats d'intervencions psicoeducatives per a millorar l'adherència psicofarmacològica en aquests usuaris.

Paraules clau: esquizofrènia, adherència al tractament, psicofàrmacs, educació sanitària.



Introduction

Schizophrenia is a serious mental health condition that progresses to a chronic state. He is given several difficulties when it comes to complying with therapeutic adherence, some of the main causes are due to lack of insight on the part of the user, the side effects of the medication or a poor therapeutic relationship (RT) between healthcare staff and the user. Thus, nursing plays a key role in alleviating this deficit in the field of mental health, through psychoeducational tools and strategies; foster quality RT to ensure a climate of trust; to make the user a protagonist in the disease process; and individualize each clinical case. The purpose is to achieve the psychopathological stability of the user in order to ensure a good quality of life.

Goal

The aim is to describe health education interventions that improve adherence to psychotropic drugs in adult patients with schizophrenia.

Methodology

A systematic bibliographic search has been carried out in the different databases: Pubmed, Dialnet, CINHALL, Scopus, Web of Science (WOS) and Google Scholar. After the bibliography research it was considered to choose 13 articles, which have relevant information for our study.

Results

The authors agree that there is a high rate of poor adherence to therapy in these users, and consequently an increase in psychopathological destabilization of the disease. They conclude that psychoeducation, individual and group therapies, and adherence therapy are beneficial in fostering adherence to psychotropic drugs and thus achieving psychopathological stability.

Conclusions

Nurses need to address this issue in order to alleviate it and respond to users. Therefore, standardized protocols for psychoeducational interventions should be established to improve psychopharmacological adherence in these users.

Keywords: schizophrenia, treatment adherence, psychotropic drugs, health education.

Índex



1. Introducció /Justificació	8
2. Marc conceptual	9
2.1 L'esquizofrènia	9
2.1.1 Etiopatogènia	10
2.1.2 Quadre clínic de l'esquizofrènia	11
2.1.3 Diagnòstic	15
2.2 Els psicofàrmacs	18
2.2.1 Classificació dels psicofàrmacs	19
2.3 Adherència farmacològica	20
2.3.1 Els factors de risc associats a l'adhesió terapèutica	22
2.3.2 Estratègies d'intervenció en l'adhesió terapèutica.	23
2.4 Manca d' <i>insight</i> en esquizofrènia	23
2.5 L' Educació sanitària	24
3. Objectius	26
4. Metodologia	27
5. Resultats	29
5.1 Resultats de la cerca	29
5.2 Diagrama de flux - Prisma	30
5.3 Taula de resultats de la cerca bibliogràfica.	31
5.4 Taula índex de qualitat dels articles segons Joanna Briggs.	36
6. Anàlisi i conclusions:	37
6.1 Anàlisi de la metodologia dels estudis cercats.	37
6.2 Anàlisi dels autors versus objectius d'estudi.	39
6.3 Conclusions	43
7. Limitacions i línia futura d'investigacions	45
8. Bibliografia	46
9. Annexos	50



1. INTRODUCCIÓ /JUSTIFICACIÓ

L'esquizofrènia és un trastorn mental greu que afecta més de 21 milions de persones a tot el món. L'esquizofrènia és caracteritzada per una distorsió del pensament, les percepcions, les emocions, el llenguatge, la consciència de si mateix i la conducta. Algunes de les experiències més freqüents són les al·lucinacions i els deliris. A tot el món, l'esquizofrènia s'associa a una discapacitat considerable i pot afectar l'acompliment educatiu i laboral. Les persones amb esquizofrènia tenen entre 2 i 2,5 vegades més probabilitats de morir a una edat primerenca que el conjunt de la població. Això es deu en general a malalties físiques, com malalties cardiovasculars, metabòliques i infeccioses. (OMS, 2018).

En relació amb la prevalença (nº total de casos entre el total de la població) s'estima del 0,5 al 1,6%, el qual equival a un total de 100 individus, un d'aquest es veurà afectat. L'incidència de casos, es calcula entre un 0,7 i 1,4 de casos per cada 10.000 persones en un any. Enfront de aquestes xifres relativament petites, és una de les malalties que més recursos consumeix (Gastó Ferrer, 2007). Malgrat els nombrosos avenços en el món de la psicofarmacologia, la taxa per falta d'adherència psicofarmacològica de l'esquizofrènia ha arribat a situar-se entre un 80 - 90 % en algun dels estudis realitzats. Per consegüent, s'ha convertit en un dels trastorns mentals amb menor adherència al tractament (Valencia Corcin, 2015). Finalment, considero que és un tema rellevant per a tota la comunitat, ja que, els professionals de la salut hem de poder donar resposta a les diferents problemàtiques que això comporta, a través d'estratègies i intervencions als pacients envers les preocupacions dels pacients sobre els efectes secundaris dels psicofàrmacs, la qualitat de vida, la importància de l'adherència al tractament, etc; establint així una relació terapèutica eficient. Per una altra banda, humanitzarem les pràctiques, fent participar al pacient i adequant l'evolució de la malaltia d'una manera individualitzada, afavorint així la comunicació entre ambdós.

A tal efecte la pregunta PICO que es planteja en aquesta recerca sistemàtica és: Amb els pacients adults diagnosticats d'Esquizofrènia, quines intervencions d'educació sanitària poden millorar l'adherència als psicofàrmacs?



2. MARC CONCEPTUAL

El marc conceptual està estructurat de manera que, en primer lloc trobem la definició d'esquizofrènia, així com l'origen i la causa de la patologia i la simptomatologia d'aquesta. A més, també s'esmenta el diagnòstic i els diversos tractaments de la patologia. A continuació també s'ha considerat important anomenar les característiques principals que agrupen els psicofàrmacs. Seguidament, la important rellevància de l'adherència farmacològica en aquesta patologia, com també la comprensió de la definició *insight* en l'esquizofrènia. Per últim, es menciona el que és i en què consisteix l'educació per a la salut (EpS), concretament en salut mental.

2.1 L'ESQUIZOFRÈNIA.

El terme esquizofrènia fa referència a un trastorn caracteritzat per la presència de símptomes positius (deliris i al·lucinacions), negatius o de dèficit, cognitius i afectius. El seu curs sol ser crònic i variable, causant una gran pèrdua en la qualitat de vida del malalt i dels seus familiars, sent una de les deu primeres causes de discapacitat per malaltia segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (Vallejo, Bulbena & Blanch 2015). Paral·lelament l'OMS en la 10^a edició de la classificació Internacional de malalties (CIE -10) defineix el trastorn esquizofrènic com distorsions fonamentals i típiques de la percepció, el pensament, i les emocions. La claredat de consciència i la capacitat intel·lectual solen estar conservades, encara que aquesta última pot alterar-se amb els anys (CIE- 10, 2016). Així mateix, comporta un alt cost per a la societat i afecta a subjectes joves en els seus anys de màxima potencialitat acadèmica i laboral, suposant el 10% de la càrrega econòmica global dels trastorns mentals a Europa. Aquesta realitat ha comportat un gran interès en la investigació sobre esquizofrènia i els primers episodis psicòtics, tal com demostra l'extensa i creixent producció científica en els últims anys. (Vallejo, et al. 2015).

L'esquizofrènia sol diagnosticar-se al final de l'adolescència o en els primers anys de la vida adulta i no sol aparèixer durant la infància. La màxima incidència es dona entre els 15 i els 25 anys en els homes, i entre els 25 i 35 en les dones (Videbeck & Miller, 2012).

Actualment, assistim a una època definida per un vertiginós cúmul de noves evidències i esdeveniments que s'estan incorporant progressivament a la pràctica clínica i a la conceptualització de la malaltia. A aquesta etapa la podem definir col·loquialment com la del "RE" en l'esquizofrènia, a l'haver-se promogut noves iniciatives de reformulació, reconceptualització, replantejament i renombrament del



trastorn en els últims anys. Així s'ha passat a considerar-se un trastorn heterogeni, amb afectació multisistèmica des de l'inici del seu curs, a més de les alteracions psicopatològiques o cerebrals. (Vallejo, et al. 2015)

En aquests pacients s'han descrit, prèviament a l'inici de la medicació antipsicòtica, un gran nombre d'anomalies metabòliques (Diabetis, Síndrome metabòlic, augment de la grassa visceral, mort sobtada d'origen cardíac, etc.), així com en els processos inflamatoris i de l'envelliment accelerat, comportant un escurçament de l'esperança de vida del pacient d'uns 12 – 15 anys de mitja. (Vallejo, et al. 2015).

Tanmateix es descriu l'esquizofrènia com un desordre cerebral que deteriora la capacitat de les persones per a pensar, dominar les emocions, la presa de decisions i que condueix a un aïllament i empobriment de les relacions socials. El terme esquizofrènia significa ment dividida. La persona està dividida entre la realitat i un món de deliris i fantasies que la malaltia crea. Com més primerenca i lenta sigui l'inici, i més retreta i rara la forma de ser de l'individu, aquest tindrà pitjor pronòstic. (Sánchez & Granados 2011).

2.1.1 ETIOPATOGENIA

L'heterogeneïtat en la seva presentació clínica, curs, resposta al tractament i factors associats respon a una etiopatogènia variada que produeix símptomes conductuals similars agrupats baix la mateixa denominació d'esquizofrènia. (Vallejo, et al. 2015).

Genètica i ambient

Existeix un component clar d'heretabilitat en l'esquizofrènia. Se la considera una malaltia genètica complexa, com podria ser la hipertensió arterial o la diabetis, on existeixen uns factors de risc que augmenten les possibilitats que es manifesti el síndrome esquizofrènic. Els estudis clàssics van demostrar que la probabilitat de què una persona sofreixi la malaltia és major si estan afectats altres membres de la família i augmenta amb la proximitat. Així, el risc és d'un 8% per a germans no bessons d'un pacient amb esquizofrènia, un 12 % per a un fill, un 12% per a bessons dizigòtics, un 40% per a un fill amb dos progenitors que sofreixen la malaltia i un 47% per a bessons monozigòtics. (Vallejo, et al. 2015). Així mateix, autors com Videbeck & Miller (2012) consideren que durant molts anys, els psiquiatres i investigadors han discutit sobre si l'esquizofrènia és o no una malaltia orgànica provocada per una alteració de l'encèfal. Com també coincideixen amb les teories biològiques sobre els factors genètics.



Aquests diuen que la majoria d'estudis es basen amb els familiars de primer grau, és a dir, pares, germans i fills.

Els principals factors per no genètics associats al trastorn són la immigració (paterna o del mateix individu) entre determinats països, la presència de complicacions obstètriques, l'edat paterna elevada i el consum de cànnabis. Altres factors relacionats són la urbanitat, la presència d'anomalies físiques menors, determinades infeccions, presència d'estrès prenatal i antecedents d'abús sexual o de traumatisme cranioencefàlic. (Vallejo, et al. 2015). Fen èmfasi sobre aquest punt, Galiana (2016), també anomena els factors de risc no biològics per a desenvolupar l'esquizofrènia, els quals són la urbanitat, la migració, els naixements durant l'hivern, la classe social, l'edat paterna i el consum de tòxics, coincidint així amb un nombre de factors de risc amb l'autor Vallejo (2015).

Neuropsicologia

Els trastorns neuropsicològics de l'esquizofrènia inclouen alteracions en l'atenció, en la memòria de treball, en les funcions executives (capacitat de planificació, abstracció, anticipació i resolució de problemes), en la flexibilitat del pensament i en la cognició social (capacitat per entendre i interactuar amb el món que ens envolta). Aquests dèficits cognitius estan presents abans de l'inici de la psicosi, persisteixen durant el seu curs (freqüentment de manera independent al curs de la resta de símptomes) i es troben en menor grau en familiars no afectats (Vallejo, et al. 2015).

2.1.2 QUADRE CLÍNIC DE L'ESQUIZOFRÈNIA

A la història premòrbida típica, no sempre present, els pacients han tingut una personalitat prèvia esquizoide (reservada, passiva i introvertida) o esquizotípica (aspecte extravagant, cognicions distorsionades, pensament màgic) (Vallejo, et al. 2015).

El primer episodi d'esquizofrènia freqüentment ve precedit durant mesos, i inclús anys, per signes i símptomes prodròmics, que solen diagnosticar-se de forma retrospectiva. La identificació d'un cas comença normalment en l'observació de símptomes psicòtics (al·lucinacions, idees delirants, o desorganització en el procés del pensament que comporta una pèrdua de contacte amb la realitat en una persona amb un nivell de



consciència baix), i conducta extravagant, però molts pacients també tenen símptomes negatius (de dèficit), inclosos baixos nivells d'activació emocional, d'activitat mental i de motivació social. Aquests últims símptomes són sovint els aspectes més debilitants del deteriorament a llarg termini (Vallejo, et al. 2015).

Taula 1

Símptomes premòrbids de l'esquizofrènia

Àrea afectada	Alteracions característiques
Conducta	Canvis en el comportament Passivitat i irritabilitat Llenguatge fora del comú Desorganització en les activitats (menjar, son, etc.) Descuit de la higiene personal Queixes somàtiques inespecífiques
Pensament	Idees estrafòlaries Preocupacions restringides
Cognitiva i motora	Dèficit neuromotor Dèficit de concentració i en l'atenció sostinguda
Social i laboral	Deterior del funcionament laboral Aïllament social Experiències perceptives rares

Font extreta de: Vallejo, et al. 2015.

Taula 2

Signes i símptomes de l'esquizofrènia

Trastorns del contingut del pensament	Idees delirants Pobresa del contingut del pensament
Trastorns formals del pensament	Associacions laxes de les idees Incoherències Absència de lògica Circumstancialitat i tangencialitat Neologismes Bloquejos Ecolàlia Augment de latència de respostes Perseveració



Alteracions de la percepció	Al·lucinacions auditives (sons, música, veus amenaçants, obscenes, acusatòries, que ordenen o que conversen entre elles). Són les més freqüents. Al·lucinacions visuals Altres al·lucinacions menys freqüents: tàctils, gustatives o olfactòries.
Trastorns de l'afectivitat	Embotiment o aplanament afectiu (reducció de la reactivitat emocional) Afectivitat inapropiada Depressió post-psicòtica (fins a un 25% dels pacients)
Trastorns del moviment i de la conducta	Síntomes catatònics (mutisme, negativisme, rigidesa, adopció de postures amb flexibilitat cèria, estupor o agitació catatònica) Estereotípies, manierismes, ecopràxia, obediència automàtica. Deterior global de la conducta personal i social, anergia, apatia, abúlia, conducta extravagant o desorganitzada, actes immotivats, auto i heteroagresivitat, inadequació sexual.
Trastorns cognitius	Dèficit atencional, de la memòria del treball, verbal i visual. Alteracions en funcions executives de planificació i abstracció. Poca capacitat d'abstracció.
Signes i símptomes físics	Signes neurològics menors: alteracions de la estereognòsia, grafestèsia, equilibri i propiocepció . Anomalies oculars (absència de contacte ocular, fixació de la mirada, augment de la freqüència de parpelleig i alteracions del moviment del seguiment ocular. Alteracions físiques menors i anomalies dermatoglífiques. Síntomes vegetatius: alteracions de la son (dèficit del son delta i escurçament de la latència del son REM) i de la funció sexual

Font extreta de: Vallejo, et al. 2015.



Taula 3

Signes i símptomes positius o "durs" de l'esquizofrènia.

Els símptomes positius o productius reflecteixen l'aparició de fenòmens que no estaven presents al passat.	Abúlia: absència de voluntat, d'ambició o d'impulsos per actuar o realitzar una tasca. Afecte aplanat: absència d'expressió facial indicativa de les emocions o del estat d'ànim. Afecte d'embotiment: gama molt restringida d'emocions, sentiments i estats d'ànim. Alògia: tendència a parlar molt poc o de coses amb poc contingut, sentit o significat (pobresa del contingut) Al·lucinacions: percepcions o experiències perceptives falses de objectes que no existeixen a la realitat. Anhedònia: incapacitat de sentir plaer, així com de gaudir de les activitats de la vida diària, de temps lliure o de les relacions impersonals. Apatia: sentiments d'indiferència cap a les altres persones, coses, situacions i activitats. Associacions laxes: creences i sentiments aparentment contradictoris sobre una mateixa persona, situació o experiència.
---	---

Font extreta de : Videbeck & Miller, 2012.

Signes i símptomes negatius o "tous" de l'esquizofrènia.

Els símptomes negatius o de dèficit reflecteixen la pèrdua d' una capacitat o característica prèviament adquirida.	Catatonía: immobilitat deguda a causes psicològiques, a vegades durant un període perllongat, que s'alterna amb períodes de agitació o d'excitació; la persona està immòbil, com si estigues en tràngol. Deliri: idees falses de caràcter fixe sense fonament a la realitat. Ecopràxia: imitació de moviments i gestos de un altra persona que l'està observant. Fuga d'idees: flux continu de paraules les quals la persona passa ràpidament d'un tema a un altre. Idees de referència: falsa impressió de que els esdeveniments externs tenen un significat especial per a la persona. Pèrdua de les associacions: pensaments i idees fragmentades o sense relació entre si. Perseveració: adherència persistent a una única idea o tema de conversació; repetició de una paraula o frase; resistència de la persona als intents del interlocutor per canviar de tema.
---	---

Font extreta de : Videbeck & Miller, 2012.

Els símptomes positius de l'esquizofrènia es creu que estan relacionats en el desequilibri químic del cervell i tendeixen a respondre a agents psicofarmacològics. En



canvi, els símptomes negatius de l'esquizofrènia, es creu que estan relacionats amb canvis estructurals del cervell. És a dir, no milloren amb els psicofàrmacs sinó que requereixen intervencions psicosocials, ambients i rehabilitadores (Johnson, 2000).

2.1.3 DIAGNÒSTIC

La classificació Internacional de Malalties 10 (CIE -10) classifica l'esquizofrènia en nou subtipus: paranoide, hebefrènica, catatònica, indiferenciada, residual, simple, depressió postesquizofrènica, altres esquizofrènies i esquizofrènia sense especificació; permet vuit possibilitats per classificar el curs del trastorn, en un rang que va des de contínua fins a la remissió completa. Els símptomes han d'estar presents durant la major part del temps durant 1 mes o més. Les situacions similars que duren menys d'un mes es diagnostiquen com a trastorn esquizofreniforme. (Vallejo, et al. 2015)

El *Manual diagnòstic y estadístico de los trastornos mentales* (American Psychiatric Association, 2013), quinta edició (DSM-5), però, ha abandonat la classificació per subtipus. Al DSM-5 es requereixen almenys sis mesos de duració dels símptomes per a l'esquizofrènia, i d'un a sis mesos per al trastorn esquizofreniforme. (Vallejo, et al. 2015)

Diagnòstic diferencial

L'esquizofrènia continua sent un diagnòstic per exclusió, ja que els descobriments clínics no són patognomònics i les proves complementàries bioquímiques, de neuroimatge funcional i estructural, fisiològiques i psicològiques no tenen sensibilitat i especificitat requerida per a un diagnòstic definitiu. A més, existeix una gran heterogeneïtat entre pacients respecte a la neurobiologia, les manifestacions clíniques, el curs i la resposta al tractament (Vallejo, et al. 2015).

El primer pas per al diagnòstic diferencial consisteix a excloure dels trastorns psicòtics secundaris les psicosis de causa orgànica coneguda, com el consum de substàncies tòxiques o de drogues psicoactives, les alteracions metabòliques, l'epilèpsia del lòbul temporal i tumors i infeccions del SNC, entre altres. El segon pas és diferenciar l'esquizofrènia dels trastorns de l'ànim (psicosis afectives). En aquestes, es troba típicament un patró recurrent d'episodis depressius o maníacs. En cas d'aparèixer símptomes psicòtics, coincideixen en el temps amb l'alteració de l'estat d'ànim. (Vallejo, et al. 2015).



Evolució i pronòstic

La forma d'evolució de l'esquizofrènia és crònica. Cursa en forma de "brots", els quals van seguits d'una remissió de símptomes, amb un deteriorament posterior. El deteriorament es caracteritza per símptomes no tan evidents com els de la fase activa, però relacionats sobretot en aspectes conductuals i socials com el deteriorament de la vida personal, del propi autocuidatge i de relació. La pèrdua de feina i la dependència econòmica que comporta accentuen més aquests aspectes, pel que precisen d'ajudes socials importants. L'evolució és cap a l'estat residual o efectual, en què el deteriorament sobretot de les capacitats intel·lectuals, persistint en les característiques estranyes i rares, i amb la disminució dels símptomes més evidents que caracteritzen l'esquizofrènia (Rigol & Ugalde, 2001).

Tractament

El tractament de l'esquizofrènia és farmacològic en les fases agudes i durant el manteniment de la malaltia, complementant-se amb intervencions psicosocials en etapes posteriors (psicoteràpia individual, rehabilitació cognitiva, habilitats socials, etc.) La intervenció precoç en individus d'alt risc amb tractament farmacològic i psicosocial pot prevenir el desenvolupament de l'esquizofrènia, i la intervenció ràpida en cas d'un primer episodi millora els resultats finals (Vallejo, et al. 2015).

Així mateix el primer tractament de l'esquizofrènia és la psicofarmacologia. Anys enrere, s'utilitzava la teràpia electroconvulsiva (TEC), la cura d'insulina i la psicocirurgia, però des de la introducció de la clorpromazina el 1952, aquestes modalitats de tractament han quedat obsoletes (Videbeck & Miller, 2012).

Tractament antipsicòtic

Els antipsicòtics (APS) són els principals fàrmacs utilitzats en el tractament de l'esquizofrènia. El tractament comporta una clara millora de la simptomatologia en el 60% dels pacients, mentre que el 30% millora una mica, i un 10% no respon. Tots els APS disponibles han demostrat una eficàcia semblant per a tractar els símptomes positius, tenint una eficàcia limitada o nul·la per als símptomes negatius i cognitius. (Vallejo, et al. 2015). Els APS, o també denominats neurolèptics, es prescriuen fonamentalment degut a la seva eficàcia per a reduir la intensitat i freqüència dels



síntomes psicòtics. No curen l'esquizofrènia, però són molt eficaços per controlar els símptomes més complicats de la malaltia (Videbeck & Miller, 2012).

Taula 4

Principals efectes secundaris dels APS

Efecte secundari	Síntomes i observacions
Sedació	L'efecte secundari més freqüent Major al iniciar el tractament
Efecte anticolinèrgics	Sequedat de boca, visió borrosa, estrenyiment, taquicàrdia i retenció urinària
Parkinsonià	Rigidesa, bradicinèsia i tremolors
Distonia	Contracció muscular sostinguda. Pot afectar a diferents grups musculars: coll, ulls o llengua
Acatísia	Sensació de inquietud motora, que obliga a moure's constantment i impedeix romandre assegut
Síndrome neurolèptic maligne	Alteració del nivell de consciència, rigidesa, hipertèrmia i alteracions autonòmiques (taquicàrdia, hipertensió).
Discinèsia tardana	Trastorn del moviment involuntari en forma de moviment estereotipats. La regió muscular afectada és l' orofacial. Pot ser irreversible
Hiperprolactinèmia	Amenorrea i galactorrea
Síndrome metabòlic, sobrepès i diabetis	Major en APS de segona generació.
Disminució del llindar convulsiu	-
Arítmies cardíques i mort súbbita	S'associa de forma semblant a APS de primera i segona generació
Disfunció sexual	Diferent perfil segons els APS i la dosi.
Agranulòcitis	1% dels pacients tractats amb clozapina

Taula extreta de : Vallejo, et al. 2015.

Tractament psicosocial i rehabilitador

Existeixen diferents tractaments rehabilitadors, sent els principals (Vallejo, et al. 2015):

- Entrenament de les habilitats socials, que es mostren efectius com coadjuvant en la reducció de la simptomatologia i en la millora del funcionament psicosocial.
- La rehabilitació cognitiva
- La teràpia de família i psicoeducació, que ajuda a reduir l'emoció expressada familiar, la taxa de recaigudes i millora el funcionament social de l'individu.



2.2 ELS PSICOFÀRMACS

Des de la dècada de 1950, el desenvolupament dels tractaments farmacològics per als trastorns psiquiàtrics ha suposat un alleujament per als símptomes de moltes persones. Els psicofàrmacs o fàrmacs psicoactius actuen als receptors del sistema nerviós per produir canvis que modifiquen la funció psiquiàtrica, la conducta, l'estat d'ànim o l'experiència.

La psicofarmacologia fa referència a l'estudi dels canvis resultat de la interacció entre els fàrmacs i la química cerebral. Aquests fàrmacs han servit perquè nombrosos pacients amb alteracions emocionals, de la percepció o del pensament recuperen una sensació de normalitat (Womble, 2012).

Així mateix, Bobes, Bousoño & Lòpez (2001) conceptualitzen els psicofàrmacs com aquelles substàncies que tenen un efecte específic sobre la psique, i sobre els seus correlats superiors (conducta, afecte, emocions, impulsos) i sobre els seus correlats neurovegetatius (endocrins, químics, neurològics) amb efectes amb la psique normal i patològica, en un intent de corregir conductes, pensaments o estats de l'ànim patològics per mitjans químics.

Autors com Fornés & Gòmez (2007), defineixen que la classificació dels psicotròpics no resulta fàcil. La classificació freqüentment utilitzada que els agrupa segons els efectes clínics, antidepressius, antipsicòtics, ansiolítics, etc., encara que de fàcil i il·lusòria aplicació, i aparentment claredat, s'ha vist inundada pel creixent ús d'aquests medicaments en múltiples situacions clíniques. Antidepressius amb possibles efectes antipsicòtics, antipsicòtics com efectes d'antidepressius, antidepressius amb acció ansiolítica i hipnòtica.

L'ús dels psicofàrmacs també ha ampliat la nostra comprensió sobre els mecanismes mitjançant els quals els trastorns psiquiàtrics afecten el cervell i a la ment. Aquests fàrmacs ni curen ni resolen el problema subjacent, només redueixen els símptomes de discapacitat i promouen la recuperació d'un estil de vida millorable i funcional mitjançant la combinació de l'orientació psicològica i altres modalitats de tractament. La majoria dels pacients amb trastorns psiquiàtrics necessiten la combinació de dos fàrmacs per mantenir l'estabilitat (Womble, 2012).



2.2.1 CLASSIFICACIÓ DELS PSICOFÀRMACS:

Els psicofàrmacs utilitzats en el tractament dels trastorns mentals es classifiquen en cinc categories principals (Womble, 2012):

- Ansiolítics. S'utilitzen per a contrarestar o reduir l'ansietat.
- Antidepressius. S'utilitzen per a millorar l'estat d'ànim, els nivells d'activitat física i d'alerta mental, millora la gana i la son, i recupera l'interès i la capacitat de sentir plaer amb les activitats quotidianes.
- Estabilitzadors de l'ànim (antimaníacs). S'utilitzen per tractar l'estat d'ànim caracteritzats per oscil·lacions extremes de l'estat d'ànim.
- APS. S'utilitzen per a tractar malalties mentals greus.
- Antiparkinsonians. S'utilitzen per alleugerar els efectes secundaris extrapiramidals associats als APS.

Troblem autors com Fornès & Gòmez (2007), que classifiquen els psicofàrmacs de la següent manera:

- Antidepressius: Inhibidors de la monoamino oxidasa (IMAO), Antidepressius tricíclics, inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS), Inhibidors selectius de la recaptació de Noradrenalina (NA) (ISRN), bloquejadors de la recaptació de NA i dopamina, inhibidors de la recaptació de serotonina i de NA (IRSN), antidepressius facilitadors de l'alliberació de serotonina i NA, i per últim, els antagonistes dels receptors de serotonina 2E inhibidors de la recaptació de serotonina (SARI). De manera paral·lela, Bobes, et al. (2001) afegeix dues famílies farmacològiques més els bicíclics i els heterocíclics i atípics.
- Antipsicòtics: Els APS tradicionals o típics
 - o Els APS tradicionals o típics: Fenotiazines (Clorpromacina), Piperidines (Tioridacina, mesoridacina i pimocida), Piperazines (Trifluoperacina, flufenacina i perfenacina), Tioxantens (Tiotixeno), butiferononas (Haloperidol)i Dibenzoxacepines (Loxapina i Molindona).
 - o Els fàrmacs APS atípics: Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Ziprasidona, Amisulpride, Zotepina, melperona i aripiprazol.
- Eutimitzants: no hi ha consens en la definició del terme estabilitzador de l'ànim. És un fàrmac eficaç en el tractament o profilaxis de la mania aguda o



depressió. El més eficaç és el liti. A tal efecte, Bobes, et al. (2001), també considera que no hi ha un consens en el mecanisme d'acció d'aquests fàrmacs, així com que el pilar terapèutic dels eutimitzants és el liti .

- Ansiolítics i hipnòtics: Benzodiazepines (BDZ), hipnòtics i hipnòtics no benzodiazepínics. Altrament Bobes, et al. (2001), classifica aquesta família de psicofàrmacs de manera independent, ja que descriu que els ansiolítics s'utilitzen per a disminuir l'ansietat, i els hipnòtics per facilitar la conciliació de la son i el seu manteniment .

Aspectes generals del tractament psicofarmacològic

Com en qualsevol altre camp de la medicina, el tractament adequat implica quatre aspectes: Les quatre "D" (Vallejo, et al. 2015). :

a) Diagnòstic:

- a. La malaltia que presenta el pacient es pot beneficiar d'un tractament farmacològic.
- b. La malaltia dura més temps sense tractament farmacològic.
- c. La malaltia pot empitjorar si no es rep el tractament farmacològic.
- d. La falta de tractament pot donar problemes de cronicitat o a la mort del pacient.

b) Droga (fàrmac): la selecció del millor fàrmac es basa en criteris de seguretat, eficàcia i simplicitat del maneig.

c) Dosis: s'optarà per la posologia que garanteixi el millor rendiment amb els menors efectes adversos.

d) Duració: cada patologia requereix un tractament durant un temps determinat. Algunes malalties requereixen un tractament perllongat que pot variar segons l'estadi de la patologia.

2.3 L'ADHERÈNCIA FARMACOLÒGICA

Tradicionalment, el professional de la salut ha utilitzat el terme compliment per a referir-se als comportaments adoptats pels pacients a l'hora de seguir ordres d'aquests. Ara bé, altres professionals han preferit utilitzar un concepte que no connoti tanta passivitat i obediència per part del pacient, adoptant el terme d'adhesió. En l'actualitat se solen utilitzar ambdós termes indistintament per descriure la capacitat i la disposició del pacient per a seguir les pràctiques de salut recomanades.



La majoria de professionals que treballen en el tema estan d'acord en acceptar com a definició l'adhesió el grau en què la conducta del pacient, ve sigui en termes de prendre la medicació, seguir dietes o realitzar altres canvis en l'estil de vida, coincideix amb la preinscripció clínica o recomanació terapèutica donada per un professional de la salut. (Fornés & Gòmez 2008).

Així mateix, l'adhesió o compliment de les prescripcions terapèutiques també és definida com el grau en què la conducta d'una persona, correspon amb les recomanacions acordades per un metge, infermera o altres professionals de la salut. Contràriament, a la col·laboració o adhesió trobem l'incompliment, que es pot definir com el grau en què no es compleixen les recomanacions terapèutiques. Fen referència a aquest punt, alguns autors estableixen tres categories: incompliment total (compleix menys del 20% de les recomanacions), compliment parcial (entre el 20 i el 80% de les recomanacions) i per últim, el compliment total el qual compleix més d'un 80% de les recomanacions farmacològiques (Fornés & Lluch, 2012).

Autors com Fornés & Gómez (2008), en canvi, ho diferencien conceptualitzen que la taxa d'adhesió varia al llarg de les següents dimensions:

- a) Malalties simptomàtiques i asimptomàtiques. En el primer cas, la taxa d'adhesió oscil·la entre el 70 i el 87%. En el cas de les asimptomàtiques disminueix fins a un 47%.
- b) Tractament a curt o llarg termini. En el cas de les malalties agudes, els tractaments a curt termini, l'adhesió és major. A llarg termini, només el 50% dels pacients aproximadament, segueixen de manera adequada els tractaments terapèutics.

La conseqüència més evident d'aquest problema, generalment, és que les persones es beneficien del consell de l'expert per a resoldre el problema de salut i per altre lloc, el fracàs del tractament. Però a escala individual, aquestes conseqüències poden variar segons el cas de cada persona, en concret, la falta d'adherència als tractaments poden originar problemes de sobredosi farmacològica, la persistència d'una infecció, l'agreujament del problema de salut, l'aparició d'altres problemes col·laterals, la mort de la persona, etc. (Fornés & Gòmez 2008).



2.3.1 ELS FACTORS DE RISC ASSOCIATS A L'ADHESIÓ TERAPÈUTICA.

Ortiz de Zárate (2009) identifica diversos factors implicats en l'adherència i compliment terapèutic com són:

- Les característiques del pacient i símptomes de la malaltia.
- Els tractaments administrats i els efectes secundaris
- L'ajuda social i l'ambient que rodeja al pacient.
- Totes aquelles situacions relacionades amb l'atenció clínica, la informació, la relació terapèutica, la xarxa sanitària, les guies clíniques o protocols utilitzats durant la pràctica diària.

Altres autors consideren que els factors que intervenen en l'adhesió terapèutica estan caracteritzats pel sistema i l'equip d'assistència sanitària, les característiques del règim terapèutic, les característiques de la malaltia, els factors propis del pacient i els factors socioeconòmics (Fornés & Lluch, 2012). Si més no, ambdós autors fan menció de factors de risc similar respecte l'adherència psicofarmacològica.

Cal destacar també que les possibles causes o factors que contribueixen a la disfunció dels patrons de salut s'ha de buscar-les en els determinants de l'incompliment, i aquests com ja s'ha descrit anteriorment, poden ser molt variats. No obstant això, podem destacar com a representatius els següents (Fornés, 2005):

- Desconeixement de la realitat del problema per part del pacient.
- Persones amb caràcter impulsiu.
- Persones amb dificultat per acceptar normes
- Falta de comprensió de les recomanacions terapèutiques.
- Problemes de memòria per a recordar les pautes.
- Efectes secundaris negatius del tractament.
- Falta d'habilitats o recursos per portar a terme les recomanacions.
- Creences errònies sobre la malaltia.
- Estat emocional (falta de motivació, d'interès, estats depressius o inclús al contrari)
- Desconfiança amb el personal sanitari.
- Incompatibilitat del tractament per realitzar les activitats diàries.
- Falta de reforços contingents a les conductes de salut.



2.3.2 ESTRATÈGIES D'INTERVENCIÓ EN L'ADHESIÓ TERAPÈUTICA.

Com a estratègies d'intervenció referents a l'adhesió terapèutica podem destacar (Fornés & Gómez 2008) :

- a) Les estratègies dirigides als professionals i altres mediadors de la salut:
 - a. Entrenament dels professionals mitjançant situacions d'interacció, com per exemple en l'entrevista clínica.
 - b. Ús del poder referent. Consisteix a influir positivament en els comportaments dels usuaris, les actituds, les creences respecte als seus problemes de salut perquè la seva situació sigui acceptada, és un procés de persuasió o de influència social.

- b) Estratègies dirigides als pacients o usuaris.
 - a. Educatives: informació directa sobre el tractament i la malaltia. Educació per a la salut.
 - b. Situacionals o organitzacionals: Accessibilitat i disponibilitat dels serveis; Escenaris i temps d'espera; Costos; Grau de supervisió i tailoring (Estratègies de negociació entre el professional i l'usuari)
 - c. Conductuals: Autocontrol; Records; Reforços i cost de resposta i grups d'ajuda.

2.4 MANCA D' *INSIGHT* EN ESQUIZOFRÈNIA.

La definició de la manca *d'insight* és elusiva, amb conceptualitzacions divergents i inconsistents. A la pràctica, els professionals de la salut es refereixen a *l'insight* com " *La comprensió que té un pacient de la naturalesa i les causes dels seus problemes mentals*". Fins fa poc, l' *insight* era considerat un concepte unidimensional, la persona ho tenia o no el tenia. En l'actualitat es considera que *l'insight* és una entitat multidimensional que afecta diferents àrees, podent estar present en algunes d'elles i en altres no. Així, per exemple un pacient pot tenir consciència de la necessitat de prendre medicació i seguir atribuint la causa dels seus símptomes a terceres persones. Una definició àmpliament acceptada és considerar *l'insight* com la consciència que té un pacient de patir un trastorn mental, de les repercussions socials que aquest trastorn comporta, per atribuir correctament els seus pensaments estranys i les seves al·lucinacions així com la resta dels símptomes de la malaltia i de la necessitat de tractament per aquest motiu. Per tant, es considera que un pacient presenta dèficits en



el seu *insight* quan no és conscient de patir un trastorn mental i no reconeix la presència de símptomes específics del seu trastorn. Un altre símptoma de la manca d'*insight* seria el cas d'un pacient que reconeix la presència de símptomes i / o dèficits en el seu funcionament però que pensa que aquests no estan relacionats amb la seva malaltia, i els atribueix a qualsevol altra causa. Altres pacients poden presentar problemes a l'hora de reconèixer que la malaltia repercuteix en les seves vides i que té conseqüències tant personals com socials. A la pràctica clínica, s'aplica el terme "falta d'*insight*" quan hi ha desacord entre el professional i el pacient pel que fa al problema mental que es presenta i a la necessitat de tractament. Una altra consideració a tenir en compte a l'hora de referir-nos al *insight* d'un pacient és que el *insight* no és una entitat estàtica, molt al contrari, trobem diferències depenent del moment en el qual es realitza l'avaluació de l'*insight*. És a dir, hi ha pacients que sent conscients que van patir una alteració mental en el passat són incapaços d' adonar-se que en el present pateixen un nou episodi. (Martínez, Moreno & Soriano, 2004)

2.5 L'EDUCACIÓ SANITÀRIA

El concepte de Salut i el d'Educació per a la salut (EpS) han evolucionat al llarg dels anys. Això ha influït en el model d'atenció i de relació, tant en persones sanes com en malalties i referit a les institucions sanitàries, inclosos els professionals que formen part d'aquestes. Evidentment el concepte d' EpS ha canviat paral·lelament al concepte de salut. S'ha anat incorporant la idea de protecció de la salut com dret de la persona, la percepció dels ciutadans respecte a la pròpia salut, i del que els serveis sanitaris i l'estat, han de fer per les persones, també ha canviat i segueix canviant (García, 2019).

Com a objectiu general l'EpS vol aconseguir que la població tingui la capacitat de controlar, millorar i prendre decisions sobre el seu estat de salut (Martín, Cano & Gené, 2016).

Fornés & Gómez (2008) defineix l'EpS com experiències d'aprenentatges dissenyats per facilitar conductes que fonamenten la salut en individus, grups i comunitats. Es tracta d'ajudar a les persones a controlar la seva pròpia salut, mitjançant decisions i conductes que predisposen, faciliten i reforcen conductes consistents en els seus propis valors i metes. L' EpS comença en la família, és aquí on s'aprenen els diferents hàbits i actituds, és el lloc en el qual es desenvolupen les creences que té una persona sobre la salut. Un cop apreses aquestes conductes, actituds i creences en la infància s'incorporen a l'estructura cognitiva de la persona, fent-se, normalment, molt resistents a nous intents reeducatius. A més, no són



independents del context social i cultural. Les normes culturals, que es transmeten de generació en generació, es codifiquen en regles formals i informals de conducta del grup. Aquestes influeixen en la conducta, es tradueixen en intencions conductuals. Aquestes actituds individuals poden representar la internalització de valors culturals generalitzats sobre la salut, sobre l'ús i l'eficàcia dels professionals de la salut i serveis sanitaris, sobre el valor de la salut respecte a altres valors (Fornés & Gómez 2008).

Seguint aquesta línia, García (2019), estructura els objectius de l'EpS per fer de la salut un patrimoni de la col·lectivitat, modificar conductes negatives relacionades amb la promoció de la salut, promoure les conductes positives favorables a la promoció i restauració de la salut, promoure canvis ambientals que afavoreixin un millor desenvolupament dels canvis conductuals i capacitar als individus perquè siguin capaços de prendre les pròpies decisions sobre la salut a la seva comunitat.

Tanmateix, els tipus d'intervenció que ofereix l'EpS són: consells/informació, educació individual, educació grupal o col·lectiva i promoció de la salut. A més a més, també intervé en diferents àrees, com poden ser els problemes de salut, els estils de vida i les etapes vitals per les quals passem les persones (Martín, Cano & Gené, 2016).

Per acabar, els programes d' EpS es dirigeixen precisament a modificar aquests hàbits, fomentant l'aprenentatge de noves conductes de salut i canviant les creences normatives. Per tant, aquests programes han obtingut bons resultats a l'hora d'augmentar les taxes d'adherència terapèutica (Fornés & Gómez 2008).



3. OBJECTIUS

General: Descriure les intervencions d'educació sanitària que milloren l'adherència als psicofàrmacs en pacients adults amb esquizofrènia.

Específics

- Determinar si les intervencions psicoeducatives són pràctiques beneficioses per a l'adherència als psicofàrmacs.
- Comparar les teràpies individuals i grupals envers els beneficis que aporten a l'adherència psicofarmacològica.



4. METODOLOGIA

4.1 Descripció de l'estudi.

Es tracta d'una revisió bibliogràfica sistemàtica mitjançant la cerca en bases de dades professionals de l'àmbit sanitari.

4.2 Període de recerca i fonts d'informació.

El període de recerca bibliogràfica va ser des de Desembre de 2019 fins a Febrer de 2020. Les bases de dades consultades durant la recerca han sigut: Pubmed, Dialnet, CINHALL, Scopus, Web of Science (WOS) i Google acadèmic.

La recerca bibliogràfica s'ha efectuat amb cerques simples, i els següents criteris d'inclusió, així com els filtres de les diferents bases de dades:

- Publicacions dels 5 últims anys
- Text complet
- Accés gratuït
- Assaig clínic
- Articles de revista

Els criteris d'exclusió de la recerca bibliogràfica seran tots aquells articles que no compleixin els criteris d'inclusió esmentats anteriorment.

A més, s'han utilitzat els operadors booleans AND i OR, amb les paraules clau a continuació exemplificades (Taula 5) :

Taula 5		
<i>Termes utilitzats en la recerca bibliogràfica</i>		
Termes utilitzats	MeSH	DeCS
Esquizofrènia	Schizophrenia	Esquizofrenia
Adherència al tractament	Treatment Adherence and Compliance	Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento
Psicofàrmacs	Psychopharmaceuticals	Psicofármacos
Educació per a la salut	Health education	Educación en Salud
Infermeres	Nurses	Enfermeras / Enfermeros

Font: elaboració pròpia, 2020.



DeCS (Descriptors en ciències de la salut, 2019) :

- **Esquizofrènia:** Un trastorn emocional greu de profunditat tipus psicòtic característicament marcat per un abandó de la realitat amb formació de deliris, al·lucinacions, desequilibri emocional i conducta regressiva
- **Adherència al tractament:** Fins a quin punt el pacient segueix el tractament prescrit, com el manteniment de nomenaments i horaris i l' adherència a la medicació per obtenir el resultat terapèutic desitjat. Implica una responsabilitat activa compartida pels pacients i els proveïdors d'atenció mèdica.
- **Psicofàrmacs:** Una agrupació de medicaments poc definida que té efectes sobre la funció psicològica. Aquí els agents psicotròpics inclouen els agents antidepressius, al·lucinògens i agents tranquil·litzants (inclosos els agents antipsicòtics i ansiolítics).
- **Educació per a la salut:** L'educació que augmenta la consciència i influeix favorablement en les actituds i els coneixements relacionats amb la millora de la salut a nivell personal o comunitari.
- **Infermeres:** Professionals qualificats mitjançant la graduació d'una escola d'infermeria acreditada i mitjançant un examen de llicència nacional per practicar infermeria. Proporcionen serveis als pacients que necessiten ajuda per recuperar o mantenir la seva salut física o mental.



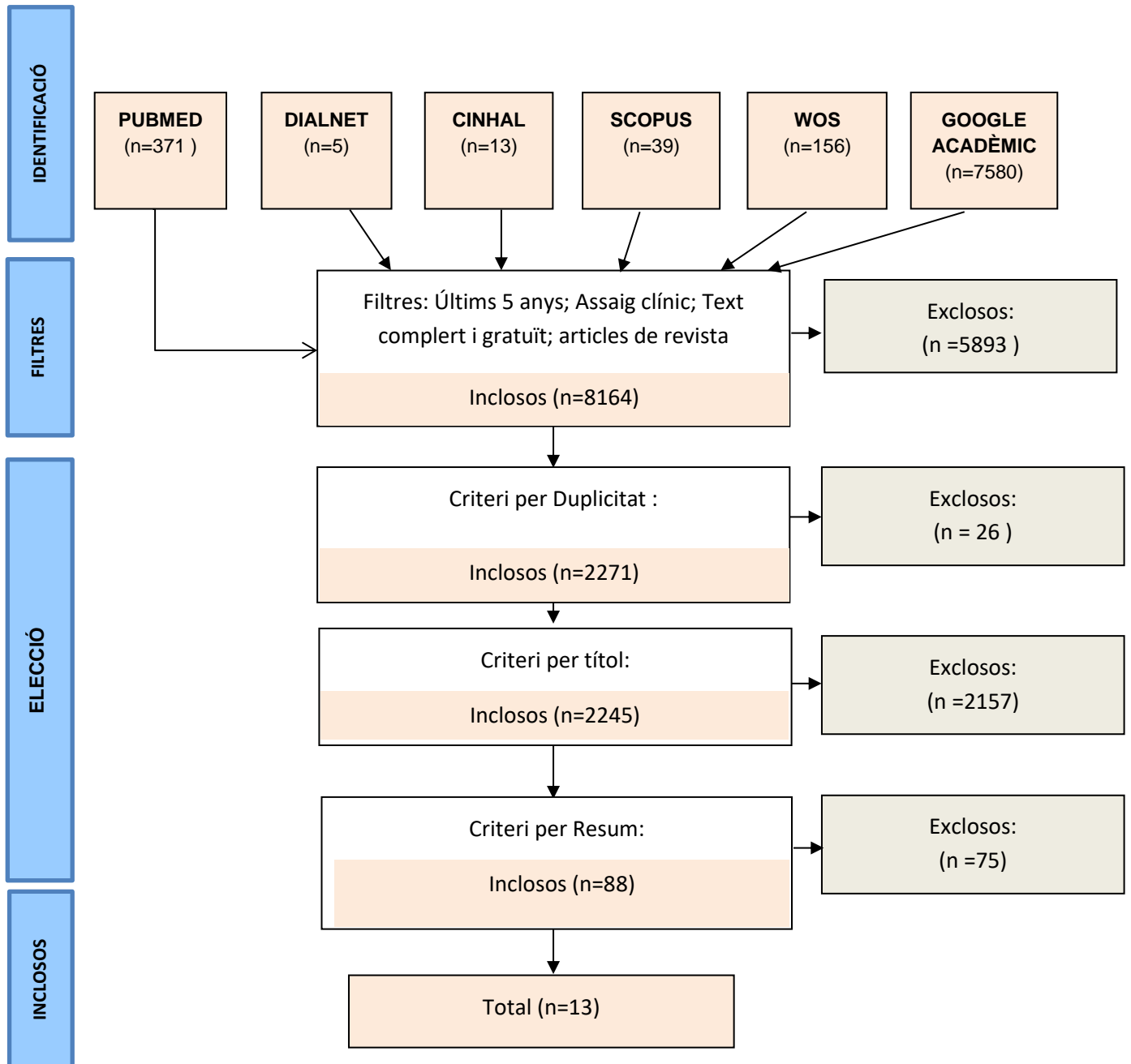
5. RESULTATS

En aquest apartat és mostren els resultats de la cerca, el diagrama de flux i la taula de resultats dels diferents articles seleccionats.

5.1 Resultats de la cerca: A la següent taula es desglossen els resultats de cerca de les bases de dades consultades (Taula 6):

Taula 6. Resultats de cerca							
Bases de Dades	Tipus de cerca	Termes emprats en la cerca	Articles totals	Filtres emprats	Nombre d'articles recuperats	Articles seleccionats	Equació de cerca
Pubmed	Simple	Schizophrenia AND nursing AND adherence to treatment	130	Assaig clínic Últims 5 anys	10	3	["schizophrenia"[MeSH] Term] OR "schizophrenia"[All Fields] AND "nursing"[MeSH] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH] Term] OR "adherence"[MeSH] Term] OR "adherence" [All Fields] AND "treatment"[All Fields] AND "adherence"[All Fields] AND "treatment"[All Fields] OR "schizophrenia"[All Fields] OR "nursing"[All Fields] OR "adherence"[All Fields] AND "treatment"[All Fields] OR "schizophrenia" [All Fields] OR "nursing"[All Fields] OR "adherence"[All Fields] AND "treatment" [All Fields] AND "2015/02/21"[PDat] : "2020/02/21"[PDat] : "schizophrenia"
	Simple	Schizophrenia AND health education AND adherence	241	Assaig clínic Últims 5 anys Text complet i gratuït	8	1	["schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[All Fields] AND "health education"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields] AND "education"[All Fields] OR "health education"[All Fields] AND "adherence"[All Fields] AND "clinical trial"[ptyp] AND "schizophrenia" [All Fields] AND "2015/02/21"[PDat] : "2020/02/21"[PDat]]
Dialnet	Simple	esquizofrenia AND intervenciones AND enfermeria AND adherencia	5	Articles de revista	5	1	
CINHAL	Simple	Schizophrenia AND nursing intervention AND (adherence OR compliance)	13	Últims 5 anys	5	2	
Scopus	Avançada	schizophrenia AND educative intervention AND adherence OR compliance	39	Últims 5 anys	13	1	
Web of science	Simple	(Schizophrenia AND nursing AND treatment AND adherence)	156	Assaig clínic	20	2	
Google acadèmic	Simple	schizophrenia AND nursing AND psychoeducation AND adherence AND compliance	7580	Últims 5 anys	2210	3	

5.2 Diagrama de flux segons els criteris PRISMA: A continuació trobem el diagrama de flux dels articles seleccionats segons els criteris PRISMA :





5.3 Taula de resultats de la cerca bibliogràfica.

La taula 7 detalla les característiques dels 13 articles seleccionats en la cerca bibliogràfica:

Taula 7

Resum dels articles

Autors, any i país.	Objectius	Metodologia	Intervencions	Resultats/ conclusions dels autors.	Índex de qualitat
Uslu, E i Buldukoglu, K (2019) - Turquia .	Determinar els efectes d'intervenció telefònica (TIPS), en l'adherència al tractament en persones diagnosticades d'esquizofrènia.	Assaig controlat aleatòriament. La mostra va ser de (n=45) participants. GI (n=21) i GC (n=24). Escala utilitzada : MARS (Escala de qualificació d'adherència a la medicació).	Proporcionar el document "Entrenament d'adherència a medicaments (MAT)" i entrevistes telefòniques setmanals a través de l'aplicació de teleinserció (TIPS).	El TIPS augmenta significativament l'adherència a la medicació, per tant, és confirmada la necessitat de TIPS ja que la psicoeducació és una intervenció bàsica de l' infermeria en SM.	69.2%
Bäumli, J; Pitschel-Walz, G ; Volz, A; Lüscher, S; Rentrop, M; Kissling, W and Jahn, T. (2016) - Munich	Estudiar l'efecte de la psicoeducació, per millorar la motivació respecte el compliment i utilitat en pacients a llarg termini.	Estudi aleatori multicèntric. La mostra després de 7 anys de seguiment va ser (n= 41) participants. GI (n=21) i GC (n= 20).	Sessions psicoeducatives : 4 sessions setmanals de 60 minuts, després 4 sessions mensuals en psicoterapeutes que no eren els de referència. Les famílies també van fer 8 sessions setmanals de 90 minuts. S'aborden qüestions com experiències semblants, l' empoderament dels usuaris, identificar efectes secundaris de la medicació, entre altres.	La psicoeducació millora significativament els resultats a llarg termini i disminueix els costos per la reducció de dies d'hospitalització. Els pacients al està informat del seu tractament, els capacita per influir positivament en el compliment farmacològic. A més de reduir els efectes secundaris a llarg termini.	69.2%
Chien, WT; Mui, J; Cheung, E and Gray, Ri. (2015) – Hong Kong	Avaluar l'efectivitat de la Teràpia d'adherència (AT) amb pacients ambulatoris amb trastorn de l'esquizofrènia.	Assaig controlat aleatòriament. L'estudi es va realitzar entre desembre de 2012 i gener de 2014. La mostra va ser de (n= 114) . GI (n=57) i GC (n=57).	La teràpia d' adherència amb un total de 12 setmanes (sis sessions de dues hores cada dues setmanes) mitjançant l'entrevista motivacional domiciliària per tal de millorar el coneixement, l'actitud i les barreres per a l'adherència al tractament farmacològic. FASES: 1. Establir metes i accions per al canvi; 2. Educació sanitària sobre la malaltia i el tractament, així com explorar les fortaleses i les barreres de l'adherència a la medicació (dues sessions); 3. Racionalitzar les	La teràpia d'adherència basada en entrevistes motivacionals i tècniques cognitives del comportament demostra que es efectiu per a la millora a l'adherència als psicofàrmacs. A més, també demostra millores en la gravetat dels símptomes, la comprensió de la malaltia, el funcionament i el nombre de rehospitalitzacions.	100%



			preocupacions sobre el maneig del règim terapèutic i resoldre les dificultats, així com millorar la xarxa social i la relació (tres sessions).		
Chien, WT; Mui, J; Cheung, E and Gray, Ri. (2016) – Hong Kong	Avaluar l'efectivitat de la Teràpia d'adherència (AT) amb trastorn de l'esquizofrènia.	Assaig controlat aleatòriament. La mostra va ser de (n=134). GC (n=67) GI (n=67) durant desembre de 2012 i maig de 2015. Escala utilitzades: Escala de Síndrome positiu i negatiu (PANSS); Qüestionari d'actitud d'insight i tractament (ITAQ); Escala de qualificació d'adherència (ARS); freqüència i duració de rehospitalitzacions psiquiàtriques i l'Escala de nivell específic de funcionament (SLOF).	L'entrevista motivacional amb 8 sessions de 120minuts d'atenció domiciliària i els principis de la teràpia cognitiva – conductual durant 4 mesos. Inclou: expressió de l'empatia, crear discrepàncies o desafiaments amb creences o mites erronis, evitar discussions d'ira i ajudar l'autoeficàcia i l'autoempoderament.	La teràpia d'adherència basada en entrevistes motivacionals, demostra que és efectiu per a la millora a l'adherència als psicofàrmacs, millores en la gravetat dels símptomes, la comprensió de la malaltia, el funcionament i el nombre de reshospitalitzacions.	100%
Melike, E and Zekiye, D. (2018) – Turquia	Estudiar l'efecte de les entrevistes motivacionals sobre l'adherència al tractament i la percepció de pacients diagnosticats d'esquizofrènia a un hospital de Turquia.	Estudi experimental de control aleatori. La mostra va ser de (n= 40) GC (n=20) i GI (n=20) durant desembre de 2014 a octubre de 2015. Escala utilitzades: Escala autoinformada d'adherència a la medicació (MMAS- 8) i escala SATCI consciència de malaltia, capacitat d'etiquetar les experiències psicòtiques com anormals i compliment del tractament.	L'entrevista motivacional (6 entrevistes setmanals semiestructurades i interconnectades de 40 – 60 minuts). E1: Determinar la resistència al canvi; E2: Comprendre símptomes, identificar factors i avaluar efectes secundaris; E3: Entendre la malaltia, avaluar els efectes secundaris, ponderar els beneficis i crear consciència. Preguntes obertes; E4: Animar a canviar fent notar els efectes positius i negatius de les experiències passades; E5: Prevenir les recaigudes i millorar la presa de decisions i restablir la confiança; i E6: Fomentar l'autoeficàcia per mantenir l'adherència al tractament.	El mètode d'entrevistes motivacionals ha demostrat que és efectiu per a mantenir l'adherència al tractament farmacològic en pacients diagnosticats d'esquizofrènia..	69.2%
Çetin, N and Aylaz, R. (2018)- Turquia	Descriure l'efecte del programa de psicoeducació basat en l'atenció plena (Mindfulness) sobre l'	Estudi experimental amb grups de control de pre i post prova. La mostra va ser de (n=135) participants de Centres de SM de les	Programa de reducció d'estrès basat en l'atenció plena durant 8 setmanes amb un total de 70 minuts (30 " i 30") mitjançant tècniques de meditació.	L'efecte del programa de psicoeducació basat en l'atenció plena, l'adherència als psicofàrmacs és major al grup experimental que al	61.5%



	adherència als psicofàrmacs en pacients diagnosticats d'esquizofrènia	províncies Balıkesir i Eskişehir (Turquia). GC (n=80) GE (n=55). Escala utilitzada: Formulari d'informació descriptiva creat pels investigadors, on es recullen dades sociodemogràfiques i del historial mèdic; L'Escala d'Insight Cognitiu de BECK (EICB) i l'escala MARS (Escala de qualificació d'adherència als fàrmacs).		grup control, per tant, es confirma la seva efectivitat.	
Matsuda, M and Kohno, A. (2016) – Japó	Avaluar l' utilitat clínica del programa de psicoeducació d'infermeria (NPE) per a millorar l'acceptació a la medicació en pacients hospitalitzats amb esquizofrènia.	Estudi quasi experimental amb mostra de conveniència (grup control no equivalent) amb una mostra de (n=43) participants. GI (n=24) GC (n=19) hospitalitzats en un Centre de SM al Japó. Escala utilitzada: MPS (Escala de percepció dels medicaments amb esquizofrènia), DAI – 10 (Inventari d'actitud de drogues) i la KIDI (Coneixement del inventari de malalties i drogues).	Avaluat amb la NPE (Programa de psicoeducació de infermeria) amb dues intervencions, la primera amb llibres de text durant 4 dies, un dia a la setmana amb sessions de 60- 90 minuts amb grups tancats de 5-7 participants. S'aborden qüestions com els símptomes de la malaltia, l'associació de símptomes psicòtics i l'estrès, els efectes primaris i secundaris dels psicofàrmacs i l'adaptació de convivència amb la malaltia. En segon lloc, durant dos dies amb una temporització de 8 hores es van duu a terme sessions amb forma de taller amb DVD. El contingut va ser executat mitjançant jocs de rol.	EL programa de psicoeducació d'infermeria (NPE), va millorar l'acceptació de la medicació però no el coneixement sobre la pròpia malaltia. En properes investigacions seria convenient un estudi amb enfoc aleatori.	100%
Beebe, L. ; Smith, K. and Phillips, C. (2017) – Estats Units	Determinar l'efecte de la intervenció telefònica setmanal sobre el compliment de la medicació autoinformada i l'autoeficàcia del compliment farmacològic.	Estudi d'assaig controlat aleatòriament. La mostra va ser de (n=140) participants durant 13 mesos. Escala utilitzada: MARS (Escala de qualificació d'adherència als fàrmacs) l' escala MASES (Escala d'autoeficàcia d'adherència als fàrmacs) i la PANSS (Escala de síndrome positiu i negatiu).	Van realitzar intervencions telefòniques setmanals durant 5 mesos per al seguiment sobre el compliment farmacològic en el GI.	És va comprovar que l' adherència a la medicació autoinformada (capacitats) va ser major en el GI, en canvi, l'autoeficàcia (comportaments) de l'adherència a la medicació no va canviar durant el període de seguiment en ambdós grups estudiats.	23.1%



Alizioti, A. and Lyrakos, G. (2019) – Regne Unit	Explorar els efectes de la psicoeducació en l'adherència, la depressió, l'ansietat i l'estrès en pacients amb esquizofrènia.	Estudi pilot quasi experimental. La mostra va ser de (n=29) participants abans de desembre de 2016 i després de febrer de 2017. GC (n=14) i GI (n=15). Escales utilitzades: DAI (Inventari d'actituds de drogues) ; Escala de depressió, ansietat i estrès (DASS-21) i un qüestionari general autoadministrat.	Es van dur a terme sessions psicoeducatives per ambdós grups. El GI a més, va rebre un document amb informació bàsic sobre l'esquizofrènia i un cicle de psicoeducació de 4 sessions de 60 minuts.	L' anàlisi de dades en ambdós grups no van mostrar diferències significatives al inici del estudi, en canvi, l'actitud envers els fàrmacs del grup de psicoeducació van millorar significativament posteriorment a la intervenció psicoeducativa.	100%
Acea , L. (2018) – A Coruña	Avaluar l'eficàcia d'una intervenció audiovisual en l'adherència terapèutica de persones amb esquizofrènia.	Estudi quasi-experimental. La mostra va ser de (n= 63) participants del Complex Hospitalari Universitari de A Coruña i de l' Associació de malalts mentals de A Coruña (APEM A Coruña). Escala utilitzada: MARS (Escala de qualificació d'adherència als fàrmacs)	Visionat de 15 minuts creat per a l'estudi on s'abordaven qüestions com els beneficis de la presa de la medicació, recursos per a recordar la presa de medicació, recomanacions per a la resolució de problemes, la importància de hàbits de vida saludables, activitats, oci i relacions socials. Posteriorment es va proporcionar un qüestionari de satisfacció amb els professionals i avaluació del visionat.	Posteriorment de projectar un vídeo de 15 minuts creat per a aquest estudi sobre el beneficis de la presa de medicació, recursos per a recordar els horaris de la presa de medicació, la importància dels hàbits saludables, la importància de mantenir activitats d'oci i relacions social, etc.; és va avaluar la satisfacció global dels pacients amb una puntuació positiva del 96,2% així com la utilitat del visionat avaluat per 36 participants com molt útil, i 26 participants com útil. L'estudi té limitacions per no poder comparar-se amb un grup control.	88.8%
Dahan, S; Behrbalk, P; Stolovy, T. and Greenberger, Ch. (2016) – Israel	Estudiar una intervenció d'infermeria integradora individualitzada per a millorar l'actitud i l'adherència psicofarmacològica en pacients diagnosticats d'esquizofrènia hospitalitzats.	Estudi experimental de control aleatori. La mostra va ser de (n=60) participants. GC (n=30) i GI (n=30). Escales utilitzades: Escala analògica visual per avaluar el compliment del tractament farmacològic, i l'Escala DAI-10 (Inventari d'actitud de drogues) que avalua l'actitud cap a la teràpia amb drogues psicotròpiques.	Intervencions integradores individualitzades on s'abordaven qüestions com els efectes secundaris de la medicació, promoure la comprensió del procés de malaltia i millorar l'actitud cap al tractament, entrevistes motivacionals per a explorar la perspectiva del pacient sobre la malaltia i per últim, estratègies cognitives- conductuals destinades a millorar les tècniques de resolució de problemes.	L'estudi va comparar dos modalitat de tractament, una intervenció personalitzada integrada i una atenció de la rutina, respecte a la intervenció individualitzada va haver un impacte més positiu cap a l'adherència psicofarmacològica que en l'atenció rutinària dels pacients hospitalitzats diagnosticats d'esquizofrènia.	53.8%



Joung, J. and Kim, S. (2017) – Corea del Sud	Desenvolupar un programa de prevenció de recaigudes (RPP) i examinar els efectes sobre la percepció, empoderament i adherència al tractament amb pacients en esquizofrènia.	Estudi experimental amb mostra de conveniència (grup control no equivalent). La mostra va ser de (n= 54) participants. GC (n=28) GI (n=26) durant febrer de 2012 fins febrer de 2013. Escales utilitzades: escales de SUMD (Escala de trastorn mental per avaluar el desconeixement), Escala d'empoderament i l'ITAQ (Qüestionari d'actitud d'insight i tractament).	El Programa de prevenció de recaigudes per a pacients en esquizofrènia dividit amb 3 sessions. S1: Episodis recurrents; S2 : Verificació de senyals d'advertència inicials; i S3: Desenvolupament d'estratègies d'afrontament i assaig.	Es caracteritza per un augment significatiu en la comprensió i l'adherència al tractament en el grup control, per tant, els resultats del programa de prevenció de recaigudes va ser efectiu en la millora de l'adherència psicofarmacològica.	61.5%
El-Azzab, S and Abu-Salem, E. (2018) - Egipte	Avaluar estratègies efectives de les infermeres que potencien la qualitat de vida i l'adherència als antipsicòtics dels pacients en esquizofrènia.	Estudi quasi –experimental de mostreig intencional (pre-prova, post prova i seguiment) durant 9 mesos. L'estudi es va realitzar a les consultes externes del Hospital Mental en Beni Suef-Egipte. La mostra va ser de (n=60 participants). Escales utilitzades: qüestionari d'entrevista estructurat relacionat amb dades sociodemogràfiques (edat, sexe, grau acadèmic, estat civil, número d'hospitalitzacions, malaltia,...); Entrevista de qualitat de vida (QOLI) que integra nivell general d'activitat, autocuidatge, estat emocional i les relacions personals i socials ; i Escala de qualificació de l'adherència a la medicació (MARS), que agrupa el comportament amb el compliment psicofarmacològic, l'actitud enfront la presa de medicació i les actituds negatives i els efectes secundaris dels psicofàrmacs.	L'execució del programa es va dividir en dues parts: 1ª P: Inclou 3 sessions educatives (35-50min) es va donar informació sobre els símptomes, causes i tractament de l'esquizofrènia; medicació i efectes secundaris; signes i símptomes de les recaigudes. 2ª P: Inclou 5 sessions on es va incloure el maneig de l'estrès, es van aplicar tècniques de relaxació i augment de l'autoconsciència. El seguiment és va duu a terme tres mesos després.	L'estudi conclou amb que el seguiment és essencial per al compliment psicofarmacològic i la identificació precoç de les recaigudes. Els participants involucrats en el seu procés de malaltia progressen en el compliment psicofarmacològic, per tal de alleugerar el símptomes i millorar la qualitat de vida. És positiu involucrar a les famílies, així com tenir equips de salut mental innovadors i eficaços.	88.8%

Font: elaboració pròpia, 2020



5.5 Taula índex de qualitat dels articles segons Joanna Briggs.

La taula 8 analitza l'índex de qualitat dels articles seleccionats segons l'Institut de Joanna Briggs:

Taula 8. Índex de qualitat –Joanna Briggs.														
AUTORS	JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials													Total %
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Uslu, E i Buldukoglu,K (2019) - Turquia .	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	69.2%
Chien, WT; Mui, J; Cheung, E and Gray, Ri. (2015) – Hong Kong	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%
Chien, WT; Mui, J; Cheung, E and Gray, Ri. (2016) – Hong Kong	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%
Beebe, L. ; Smith, K. and Phillips, C. (2017) –Estats Units	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	23.1%
Dahan, S; Behrbalk, P; Stolovy, T. and Greenberger, Ch. (2016) – Israel	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	53.8%
Çetin, N and Aylaz, R. (2018) - Turquia	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	61.5%
Bäuml, J; Pitschel-Walz, G ; Volz, A; Lüscher, S; Rentrop, M; Kissling, W and Jahn, T. (2016) - Munich	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	69.2%
Melike, E and Zekiye, D. (2018) – Turquia	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	69.2%
Joung, J. and Kim, S. (2017) – Corea del Sud	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	61.5%
AUTORS	JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)									Total %				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
Matsuda, M and Kohno, A. (2016) – Japó	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%				
Alizioti, A. and Lyrakos, G. (2019) – Regne Unit	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%				
Acea , L. (2018) – A Coruña	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	88.8%				
El-Azzab, S and Abu-Salem, E. (2018) - Egipte	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	88.8%				

Font: elaboració pròpia, 2020

SI	NO	No queda clar	No aplica
----	----	---------------	-----------



6. ANÀLISI I CONCLUSIONS:

Aquest apartat està estructurat en dues parts, per començar es descriu detalladament la metodologia emprada en els estudis cercats, i al final, s'analitzen les principals aportacions dels autors dels articles amb la finalitat de donar resposta als objectius plantejats en aquest estudi.

6.1 Anàlisi de la metodologia dels estudis cercats.

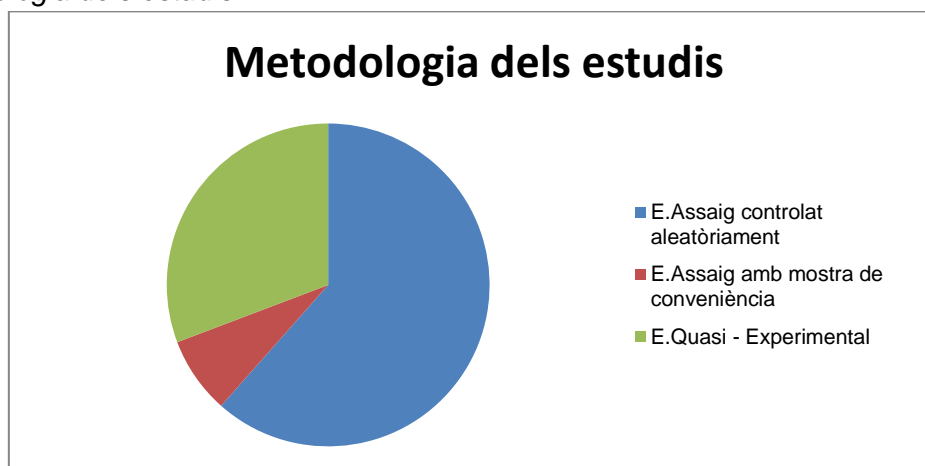
En primer lloc, cal destacar la periodicitat dels articles, aquest van des de l'any 2015 fins a l'any 2019. Fem referència als països on s'han dut a terme els estudis, que aquest són de caràcter internacional, ja que només un pertany al nord-est d'Espanya concretament a la Corunya. Tanmateix, els altres estudis corresponen a països com Estats Units, Regne Unit, Japó, Israel, Corea del Sud, Egipte, Munich, dos estudis de Hong – Kong descrits pels mateixos autors, però amb anys d'estudi diferent i tres estudis de Turquia.

Entre tots els estudis seleccionats, el tipus d'estudi més repetit, concretament vuit d'aquest, es caracteritzen per emprar una metodologia d'assajos controlats aleatòriament, en canvi hi ha un que representa una mostra metodològica de conveniència. A tal efecte, també trobem quatre estudis els quals són caracteritzats per una metodologia quasi – experimental. La mostra, de manera global, cospa de més participants amb una (n=140) fins a la de menys participants amb una (n=29). Majoritàriament les mostres dels estudis estan compreses entre (n=40 i n=60).

La taula 9, mostra la metodologia emprada en els diferents estudis cercats.

Taula 9

Metodologia dels estudis



Font: elaboració pròpia, 2020



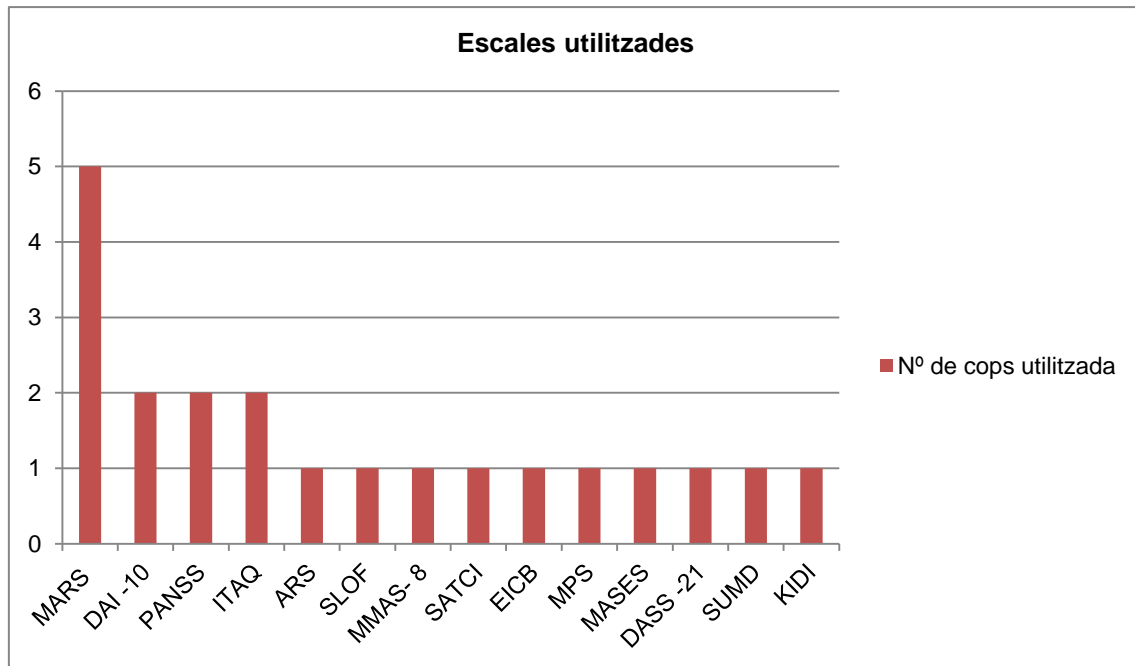
També convé d'estacar de la **metodologia**, les escales utilitzades en els estudis cercats. Aquestes fan referència a:

- L'escala de qualificació d'adherència a la medicació (MARS), utilitzada en cinc dels estudis de la nostra cerca, la qual agrupa el comportament amb el compliment psicofarmacològic, l'actitud enfront de la presa de medicació i les actituds negatives i els efectes secundaris dels psicofàrmacs.
- L'escala d'inventari d'actitud a fàrmacs (DAI – 10), utilitzada en dos dels estudis anteriors, caracteritzada per ser predictora de la mala adherència al tractament amb psicotròpics en esquizofrènia.
- L'escala de Síndrome positiu i negatiu (PANSS), utilitzada en dos dels estudis anteriors, descriu la simptomatologia i el funcionament de persones amb esquizofrènia.
- L'escala d'actitud d'insight i tractament (ITAQ), utilitzada en dos dels estudis anteriors, s'utilitza com a instrument per a mesurar l'insight de la persona amb esquizofrènia.
- L'escala de qualificació d'adherència (ARS), dissenyada per qualificar l'adherència als tractaments farmacològics.
- L'escala de nivell específic de funcionament (SLOF), utilitzada per mesurar el funcionament específic dels pacients amb esquizofrènia.
- L'escala autoinformada d'adherència a la medicació (MMAS-8), és un instrument útil per a mesurar la conducta de l'adherència terapèutica en adults.
- L'escala per avaluar els tres components del coneixement (SATCI), és una eina de mesura semiestructurada composta per tres dimensions: la consciència de malaltia, la capacitat d'etiquetar les experiències psicòtiques com anormals i el compliment del tractament.
- L'Escala d'Insight Cognitiu de BECK (EICB), que mesura l'autoreflexió i anàlisi dels símptomes per afavorir una reavaluació continua de les interpretacions inadequades de la malaltia.
- L'escala de percepció dels medicaments amb esquizofrènia (MPS), és un qüestionari estructurat que fa referència a les sensacions envers el tractament farmacològic dels pacients amb esquizofrènia.
- L'escala d'autoeficàcia d'adherència als fàrmacs (MASES), és una mesura autoinformada que mesura la capacitat per adherir-se als fàrmacs prescrits.
- L'escala de depressió, ansietat i estrès (DASS-21), mesura aquests tres aspectes.
- L'escala de valoració de la no consciència de trastorn mental (SUMD), la qual avalua el desconeixement de la malaltia.

- L'Inventari de coneixement de malalties i drogues (KIDI), avalua el coneixement dels pacients sobre la malaltia i els efectes de la medicació sobre ella.

La taula 10, especifica la quantitat de vegades que s'han utilitzat les diferents escales en l'estudi.

Taula 10
Escales utilitzades



Font: elaboració pròpia, 2020

A més d'aquestes escales, els investigadors utilitzen una sèrie de qüestionaris elaborats pròpiament per aquests, els quals recullen dades sociodemogràfiques (edat, sexe, grau acadèmic, estat civil, número d'hospitalitzacions, malaltia, etc.) i historials mèdics; escales d'empoderament i escales analògiques visuals per avaluar el compliment del tractament farmacològic. Així com, entrevistes sobre la qualitat de vida (QOLI) que integra aspectes generals d'activitat, autocuidatge, estat emocional i relacions personals i socials.

6.2 Anàlisi dels autors versus objectius d'estudi.

L'identificació de les intervencions d'infermeria ens permet abordar a l'usuari amb uns cuidatges integrals que afavoreixen l'adherència al tractament psicofarmacològic. Per aquest fet, entre altres, podem considerar que és possible un augment en l'adherència terapèutica d'aquests usuaris. L'anàlisi d'aquest estudi, ens confirma que les intervencions que afavoreixen l'adherència terapèutica són: La psicoeducació, les teràpies individuals i/o grupals i la teràpia d'adherència. L'anàlisi dels autors que s'ha dut a terme per tal de donar resposta als objectius de l'estudi, s'ha classificat de la següent manera.



6.2.1 Determinar si les intervencions psicoeducatives són pràctiques beneficioses per a l'adherència als psicofàrmacs.

En primer lloc, s'ha considerat que el tractament dels pacients amb esquizofrènia, no es basen només amb el tractament amb psicofàrmacs sinó que ha d'anar lligat amb **intervencions psicoeducatives** per a un cuidatge humanitzat de l'usuari per tal d'optimitzar el procés de malaltia. Tal com afirma Bäuml, et al. (2016) en el seu estudi, el tractament psicofarmacològic va ser efectiu, completament causat pels efectes psicoeducatius a llarg termini. Bäuml, et al (2016) manifesta que la psicoeducació condueix a una millora significativa de la malaltia, així com, un descens dels costos de tractament i per conseqüència la reducció de rehospitalitzacions. Així mateix, autors com El-Azzab & Abu-Salem (2018) certifica que la falta d'adherència pot tenir conseqüències econòmiques significants, ja que està associat amb les recaigudes de la malaltia. Alizioti & Lyrakos (2019), aposten per intervencions psicoeducatives, amb l'objectiu de desestigmatitzar la ingesta de medicaments, per tal que aquestes siguin beneficioses per a usuaris amb una història clínica més llarga.

Sobre això, Bäuml, et al. (2016) manté que la **psicoeducació** s'ha de garantir, ja que proporciona un empoderament convincent, i que aquest està en la minoria dels usuaris. De la mateixa manera, els autors Chien, et al (2015, 2016), aposten per la teràpia d'adherència, ja que és un model estructurat i autoempoderant d'intervenció psicosocial i que s'utilitza de manera paral·lela amb tractaments psicofarmacològics i psiquiàtrics.

Chien, et al (2016) fa menció a la **Teràpia d'adherència** de manera que aquesta mostra millores significatives en la comprensió de la malaltia i tractament; la reducció envers la gravetat dels símptomes; una millora en el funcionament global de l'usuari; un augment en la taxa d'adherència a la medicació; i un descens en els dies de rehospitalització. Cal fer una especial referència, en què aquesta teràpia, ja ha demostrat resultats prometedors per als usuaris durant un seguiment a llarg termini (18 mesos). Tanmateix, Melike & Zekiye (2018), també suggereixen períodes de seguiment més llargs perquè la teràpia d'adherència sigui eficaç.

Respecte les **intervencions psicoeducatives audiovisuals**, Acea (2018) aposta per avaluar l'eficàcia d'un visionat de 15 minuts, el qual va ser valorat pels participants amb una satisfacció del 96.2%. VonMaffei et al.(2015, citat a Acea, 2018) proposa diversos audiovisuals com a eina dins de la psicoeducació, i conclou que els resultats van ser beneficiosos per augmentar el coneixement de la malaltia i el tractament, la percepció i la qualitat de vida. Aquestes intervencions tenen certes limitacions, ja que



no es poden comparar amb un grup control, però són ben acollides pels usuaris, per tant, s'haurien de complementar amb altres activitats psicoeducatives.

Així mateix, Alizioti & Lyrakos (2019), reiteren que la psicoeducació abasta un gran nombre de beneficis per als usuaris, com per exemple, una millora significativa en el funcionament global i social, la qualitat de vida, la reducció de recaigudes i la duració de l'ingrés hospitalari. Altres com, Ögel (2015, citat a Çetin & Aylaz, 2018) també esmenta la comprensió de la malaltia així com una millora en l'adherència al tractament psicofarmacològic. Contràriament, Uslu & Buldukoglu (2019) manifesten que la psicoeducació, que és una intervenció bàsica en l'infermeria psiquiàtrica, no és efectiva per a l'adherència a la medicació. En la mateixa línia, Çetin & Aylaz (2018), no van extreure beneficis molt significatius en la teràpia psicoeducativa en l'atenció plena. La causa la relacionen que els usuaris amb esquizofrènia pateixen, a llarg termini, un deteriorament de les funcions cognitives i això dificulta pràctiques com aquesta. Per conseqüència, la dificultat per practicar tècniques de meditació en la vida diària pot evocar en un augment del nivell significatiu en la percepció cognitiva. Tot i això, van concloure que les puntuacions de l'Escala MARS van augmentar significativament en el grup experimental i per tant va augmentar l'adherència a la medicació després de la intervenció, de manera paral·lela estudis com Matsuda & Kohono, 2016 ; Ngoca et al., 2016; Pitschel – Walz et al., 2013 ; Sauvanaud et al., 2017; VonMaffei et al., 2015 ; Yildiz et al., 2002; així ho confirmen.

6.2.2 Comparar les teràpies individuals i grupals envers els beneficis que aporten a l'adherència psicofarmacològica.

Teràpies individuals

Autors com Beebe (2005 citat a Beebe, et al., 2017) aposten per la **teràpia TIPS (Solució de problemes d'intervenció telefònica)**, amb l'objectiu de fomentar l'adherència a la medicació psiquiàtrica a través de la resolució de problemes amb intervencions telefòniques individualitzades. Uslu & Buldukoglu (2019) aposten per TIPS i reforcen la idea sobre l'augment de l'adherència als psicofàrmacs a través de la mateixa, fent que l'usuari sigui partícip en el seu propi tractament i recolzen l'atenció específica individual. Així com, en l'estudi realitzat per Dahan et al., (2016), es determina que una intervenció personalitzada i individualitzada té un impacte més significatiu de manera positiva sobre l'actitud de l'usuari i l'adherència psicofarmacològica enfront de l'atenció rutinària. Per tant, conclou que és essencial la presa de decisions durant el tractament, i col·loca a l'usuari al centre de la intervenció. Això assegura que l'usuari és tractat de manera holística en termes de



necessitats, antecedents culturals i dificultats específiques respecte a l'adherència. La teràpia TIPS permet un ambient que no es amenaçador i facilita la discussió oberta sobre la medicació, i a conseqüència, augmenten les possibilitats de patrons d'adherència psicofarmacològica exitosos. Joung & Kim (2017) asseguren que l'enfocament individualitzat és més efectiu que el mètode grupal, en el cas de l'esquizofrènia, ja que la manifestació dels símptomes, la gravetat, el curs de la malaltia i la resposta al tractament varia àmpliament de persona a persona.

Per una altra banda, autors com Melike & Zekiye, (2018), estudien els beneficis de **l'entrevista motivacional individual**, i aporten que aquest mètode millora l'adherència al tractament i els nivells de comprensió de la malaltia. El-Azzab & Abu-Salem (2018) afirmen que la comprensió de la malaltia i del tractament psicofarmacològic milloren l'estat general de l'activitat quotidiana, el cuidatge personal, les relacions socials i personals, l'estat emocional, i per conseqüència, la qualitat de vida.

Teràpies grupals

Com a aspectes positius envers les **teràpies grupals**, els autors Matsuda & Kohno (2016) consideren que les sessions desenvolupades de manera grupal, ajuden als usuaris a comprendre que altres persones estan tenint experiències similars a ells, i els inciten a rebre consells d'altres pacients o infermeres. Considerant que, el fet de crear un ambient entre iguals, beneficia alhora de poder comprendre vivències similars a les pròpies. A banda d'això, Çetin & Aylaz (2018) manifesten en el seu estudi sobre la psicoeducació basada en l'atenció plena que, les sessions grupals tenen un enfocament positiu en l'increment de l'adherència a la medicació dels usuaris degut a l'efecte terapèutic d'aquesta estructura al grup.

Per contra, en l'estudi de Joung & Kim (2017), certifiquen com un desavantatge les teràpies grupals, ja que, és difícil confirmar i/o valorar el grau de comprensió i acceptació de les intervencions grupals de cada usuari. En la mateixa línia d'oposició, Melike & Zekiye, (2018), troben algunes dificultats durant la planificació en un context grupal, per tant narren l'ús de la formació individual de les entrevistes i un mateix investigador que les realitzi per tal de beneficiar positivament la taxa d'abandó dels usuaris.



6.3 CONCLUSIONS

L'incompliment psicofarmacològic en els pacients diagnosticats d'esquizofrènia és una realitat en la qual s'enfronta el personal d'infermeria de salut mental, per això cal replantejar com són les nostres intervencions amb els usuaris que no s'adhereixen als tractaments terapèutics.

S'ha comprovat que les intervencions psicoeducatives han d'anar de manera paral·lela amb els tractaments psicofarmacològics, a efectes que aquestes dues per separat no produeixen els mateixos efectes. La psicoeducació consisteix a proporcionar eines i estratègies als usuaris perquè aquest puguin identificar la simptomatologia de la seva malaltia i per a comprendre els efectes secundaris de la medicació i identificar-los. Conseqüentment, això farà que hi hagi un augment en l'adherència psicofarmacològica que causarà que hi hagi un descens en les aguditzacions de la malaltia. De manera que, a causa de la millora en la seva terapèutica, augmentarà la qualitat de vida dels usuaris i de les seves famílies i es podrà pal·liar el malestar que produeix una agudització de la patologia de base. A tal efecte, també es reduiran els costos que comporta no complir amb la terapèutica establerta per les patologies de salut mental.

Cal fer menció també, a què les teràpies individuals resulten ser més beneficioses per als usuaris que les teràpies grupals. Això és causat, per les diferències que hi ha d'experimentar la malaltia, a tal efecte, les intervencions que es duguin a terme de manera individualitzada seran més beneficioses per als usuaris. Estem davant d'una visió individualitzada i holística de les persones, per tal de donar resposta a les diferents demandes que se'ns plantegen en el món de l'infermeria.

Per concloure, es considera que la relació terapèutica també juga un paper molt important. Construir o mantenir una relació terapèutica és un pilar fonamental per a poder fomentar beneficis envers la salut dels usuaris. Per tant, hem de comprendre a l'usuari, observar-lo, acceptar-lo de manera incondicional, fer una escolta activa efectiva i fer-lo partícip d'aquest procés. La relació terapèutica donarà lloc a proporcionar eines als usuaris, perquè aquest siguin capaços d'abordar una actitud d'empoderament el qual els oferirà confiança amb ells mateixos i els capacitarà per donar resposta a les necessitats que comporta la seva malaltia.

Es considera que s'han assolit els objectius per aquest estudi. Conseqüentment, és confirma que les aportacions a la pràctica clínica són utilitzar la psicoeducació per a reeducar conductes que no beneficien als usuaris, individualitzar les intervencions ja que les experiències de la malaltia són heterogènies i posar a l'usuari al centre del seu



tractament per a que pugui haver un consens entre professional i usuari, i així aconseguir la col·laboració activa en la seva terapèutica.

Lo que hay que cambiar en una persona es la consciencia de si mismo.

Abraham Maslow 1908 -1970



7. LIMITACIONS I LÍNIA FUTURA D'INVESTIGACIONS

Les **limitacions** en aquest estudi han estat:

- Acotar la cerca dels articles a 5 anys enrere, ja que poder augmentar la periodicitat dels articles hagués pogut tenir un ventall més ampli d'articles.
- La recerca s'ha fet de manera individual. Tanmateix, la recerca de qualitat descriu que aquesta sigui per parelles per tal de poder fer una comprovació i consens entre ambdós, amb l'objectiu de fer un anàlisi més exhaustiu.

La **línia futura d'investigacions** podria ser:

- Realitzar una recerca per parelles amb l'objectiu de fer un anàlisi més complet dels articles cercats.
- Crear intervencions psicoeducatives estandarditzades amb l'objectiu de facilitar eines i estratègies a les infermeres de salut mental.



8. BIBLIOGRAFIA

Acea, L. (2018). Efectividad de una intervención psicoeducativa audiovisual en la adherencia terapéutica para personas con esquizofrenia. *Metas de Enfermería*, 21. 21(8):16-20. Recuperat de: <https://www-enfermeria21-com.sabidi.urv.cat/revistas/metas/articulo/81296/efectividad-de-una-intervencion-psicoeducativa-audiovisual-en-la-adherencia-terapeutica-para-personas-con-esquizofrenia/>

Alizioti, A., & Lyrakos, G. (2019). Measuring the effectiveness of psychoeducation on adherence, depression, anxiety and stress among patients with diagnosis of schizophrenia. a control trial. *Current Psychology*, 1-12. Recuperat de: <https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/article/10.1007/s12144-019-00255-4#citeas>

American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. Washington, CD: Autor.

Bäumli, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Lüscher, S., Rentrop, M., Kissling, W., & Jahn, T. (2016). Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study. *Schizophrenia Bulletin*, (42), 62-70. Recuperat de: https://academic-oup-com.sabidi.urv.cat/schizophreniabulletin/article/42/suppl_1/S62/2413905

Beebe, L. H., Smith, K., & Phillips, C. (2016). Effect of a Telephone Intervention Upon Self-Reported Medication Adherence and Self-Efficacy in Outpatients With Schizophrenia Spectrum Disorders (SSDs). *Issues in Mental Health Nursing*, 37(10), 708-714. Recuperat de: <https://www-tandfonline-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1080/01612840.2016.1214855>

Bobes García, J. (2001). *Enfermería psiquiátrica*. Madrid : Editorial Síntesis.

Centre de recursos per a l'aprenentatge i la investigació (CRAI – URV). Estil de l'American Psychological Association (APA). Recuperat de: <https://issuu.com/craieurv/docs/apa2013>

Çetin, N., & Aylaz, R. (2018). The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 737-744. Recuperat de: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0883941717305101?via%3Dihub>



Chien, W. T., Mui, J. H., Cheung, E. F., & Gray, R. (2015). Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 270. Recuperat de: [https://trialsjournal-biomedcentral-com.sabidi.urv.cat/articles/10.1186/s13063-015-0785-z](https://trialsjournal.biomedcentral-com.sabidi.urv.cat/articles/10.1186/s13063-015-0785-z)

Chien, W. T., Mui, J., Gray, R., & Cheung, E. (2016). Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1). Recuperat de: <https://bmcp psychiatry-biomedcentral-com.sabidi.urv.cat/articles/10.1186/s12888-016-0744-6>

Dahan, S., Behrbalk, P., Stolovy, T., & Greenberger, C. (2016). Improving Adherence in Hospitalized Patients Diagnosed With Schizophrenia: An Integrative One-on-One Intervention. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6 (30), 660-665 . Recuperat de: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0883941716000790?via%3Dihub>

El-Azzab, S. I., & Abu-Salem, E. M. (2018). Effective strategies for nurses empowering the life quality and antipsychotic adherence of patients with schizophrenia. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(10), 106. Recuperat de : <http://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/12692/8408>

Ertem, M. Y., & Duman, Z. Ç. (2019). The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 75-86. Recuperat de : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppc.12301>

España Ministerio de Sanidad, P. S. e I. (2016). *CIE-10-ES: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a revisión (1a ed.)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General Técnica.

Fornés Vives, J., Gómez Salgado, J., y Fundación para el Desarrollo de Enfermería. (2008). *Educación para la salud mental*. Madrid : Fuden.

Fornés Vives, J., Gómez Salgado, J., y Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. (2007). *Psicopatología, diagnosis y terapéutica psiquiátrica: enfermería de salud mental y psiquiatría I*. ENFO.

Galiana Roch, J. (2016). *Enfermería psiquiátrica*. Barcelona : Elsevier.

García Enríquez, N. (2019). *Avances en salud pública y preventiva*. Alcalá La Real : Formación Alcalá.



Gastó Ferrer, C. (2007). *Esquizofrenia y trastornos afectivos: avances en el diagnóstico y la terapéutica*. Buenos Aires ; Madrid, e : Editorial Médica Panamericana.

Johnson, B. S. (2000). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: adaptación y crecimiento*. Madrid : McGraw-Hill-Interamericana.

Joung, J., & Kim, S. (2017). Effects of a relapse prevention program on insight, empowerment and treatment adherence in patients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2(47): 188-198. Recuperat de : <https://jkan.or.kr/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2017.47.2.188>

Martín Zurro, A., Cano Pérez, J. F., y Gené Badia, J. (2016). *Compendio de atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica en medicina de familia (4a ed.)*. Barcelona : Elsevier.

Martínez-Leal, R., Soriano Peña, M. F., y Moreno Küstner, B. (2004). Falta de insight en la esquizofrenia. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 4(2), 146-158. Recuperat de : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1138859>

Matsuda, M., & Kohno, A. (2016). Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 581-586. Recuperat de : [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(16\)30005-X/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(16)30005-X/fulltext)

Organització Mundial de la Salut. (2018). Esquizofrènia. Dades i xifres; Notes descriptives. Recuperat de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>

Phillips, T., Bradley, C., y Tillinger E. (2019) . *Joker* [DVD]. EUA: DC Films

Rigol Cuadra, A., y Ugalde Apalategui, M. (2001). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica (2a ed.)*. Barcelona :Masson.

Sánchez Bujaldón, M., y Granados Gámez, G. (2011). *Enfermería en salud mental*. Madrid : Centro de Estudios Ramón Areces.

The Joanna Briggs Institute (2018). *Herramientas de evaluación crítica*. Australia del Sur. : The University of Adelaide. Recuperat de : <http://joannabriggs-webdev.org/research/critical-appraisal-tools.html>

Uslu, E., & Buldukoglu, K. (2020). Randomized controlled trial of the effects of nursing care based on a telephone intervention for medication adherence in schizophrenia.



Perspectives in Psychiatric Care, 56(1), 63-71. Recuperat de : <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/ppc.12376>

Valencia Corcin, M. (2015) Adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia: *Retos para Enfermería. Pulso*, 84: 30-36. Recuperat de : https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso_84

Vallejo Ruiloba, J., Bulbena Vilarrasa, A., y Blanch, J. J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (8a ed.)*. Barcelona : Elsevier Masson.

Videbeck, S. L., y Miller, C. J. (2012). *Enfermería psiquiátrica (5a ed.)*. Hospitalet de Llobregat : Lippincott Williams .

Womble, D. M. (2012). *Introducción a la enfermería de la salud mental (2a ed.)*. Barcelona : Wolters Kluwer.



9. ANNEXES

Annex 1 - Diagnòstic d'esquizofrènia segons el DSM –5 (DSM-5, 2013) .

Esquizofrènia - 295.90 (F20.9)

A. Dos (o més) dels símptomes següents, cadascun d'ells present durant una part significativa de temps durant un període d'un mes (o menys si es va tractar amb èxit).

A el menys uns d'ells ha de ser (1), (2) o (3):

1. Deliris.
2. Al·lucinacions.
3. Discurs desorganitzat (p. Ex., Disgregació o incoherència freqüent).
4. Comportament molt desorganitzat o catatònic.
5. Símptomes negatius (és a dir, expressió emotiva disminuïda o abúlia).

B. Durant una part significativa de el temps des de l'inici del trastorn, el nivell de funcionament en un o més àmbits principals, com el treball, les relacions interpersonals o la cura personal, està molt per sota de el nivell assolit abans de l'inici (o quan comença en la infància o l'adolescència, fracassa la consecució del nivell esperat de funcionament interpersonal, acadèmic o laboral).

C. Els signes continus del trastorn persisteixen durant un mínim de sis mesos. Aquest període de sis mesos ha d'incloure al menys un mes de símptomes (o menys si es va tractar amb èxit) que compleixin el Criteri A (és a dir, símptomes de fase activa) i pot incloure períodes de símptomes prodròmics o residuals. Durant aquests períodes prodròmics o residuals, els signes del trastorn es poden manifestar únicament per símptomes negatius o per dos o més símptomes enumerats en el Criteri A presents de forma atenuada (p. Ex., Creences estranyes, experiències perceptives inhabituals).

D. S'han descartat el trastorn esquizoafectiu i el trastorn depressiu o bipolar amb característiques psicòtiques perquè

1) no s'han produït episodis maníacs o depressius majors de forma concurrent amb els símptomes de fase activa, o 2) si s'han produït episodis de l'estat d'ànim durant els símptomes de fase activa, han estat presents només durant una mínima part de la durada total dels períodes actiu i residual de la malaltia.



E. El trastorn no es pot atribuir als efectes fisiològics d'una substància (p. Ex., Una droga o medicament) o a una altra afecció mèdica.

F. Si hi ha antecedents d'un trastorn de l'espectre de l'autisme o d'un trastorn de la comunicació d'inici en la infància, el diagnòstic addicional d'esquizofrènia només es fa si els deliris o al·lucinacions notables, a més dels altres símptomes requerits per a l'esquizofrènia, també estan presents durant un mínim d'un mes (o menys si es va tractar amb èxit).

Especificar si:

Els següents especificadors de el curs de la malaltia només s'utilitzaran després d'un any de durada del trastorn i si no estan en contradicció amb els criteris d'evolució diagnòstics.

Espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics

Primer episodi, actualment en episodi agut: La primera manifestació del trastorn compleix els criteris definits de símptoma diagnòstic i temps. Un episodi agut és el període en què es compleixen els criteris simptomàtics.

Primer episodi, actualment en remissió parcial: Remissió parcial és el període durant el qual es manté una millora després d'un episodi anterior i en el qual els criteris que defineixen el trastorn només es compleixen parcialment.

Primer episodi, actualment en remissió total: Remissió total és el període després d'un episodi anterior durant el qual els símptomes específics del trastorn no són presents.

Episodis múltiples, actualment en episodi agut: Els episodis múltiples es poden determinar després d'un mínim de dos episodis (és a dir, després d'un primer episodi, una remissió i un mínim d'una recidiva).

Episodis múltiples, actualment en remissió parcial

Episodis múltiples, actualment en remissió total

Continu: Els símptomes que compleixen els criteris de diagnòstic del trastorn són presents durant la major part de el curs de la malaltia, i els períodes simptomàtics per sota el llindar són molt breus en comparació del curs global.

No especificat

Especificar si:

Amb catatonia (per a la definició vegeu els criteris de catatonia associada a un altre trastorn mental, pàgs. 65-66).

Nota de codificació: Utilitzar el codi addicional 293.89



[F06.1] catàtonia associada a esquizofrènia per indicar la presència de catàtonia concurrent.

Especificar la gravetat actual:

La gravetat es classifica mitjançant avaluació quantitativa dels símptomes primaris de psicosis: idees delirants, al·lucinacions, parla desorganitzada, comportament psicomotor anormal i símptomes negatius. Cada un d'aquests símptomes es pot classificar per la seva gravetat actual (màxima gravetat en els últims set dies) sobre una escala de 5 punts de 0 (absent) a 4 (present i greu). (Vegeu l'escala administrada pel clínic Dimensions de la gravetat dels símptomes de psicosis en el capítol "Mesures d'avaluació" a la Secció III de l'DSM-5.)

Nota: El diagnòstic d'esquizofrènia es pot fer sense utilitzar aquest especificador de gravetat.



Annex 2 – Index de qualitat segons el *checklist* de Joanna Briggs.

**JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies
(non-randomized experimental studies)**



Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

(Font extreta: Briggs, 2018).



JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials



Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)



FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili