

## **ACTIVIDAD DE MEJORA**

### **MEJORA DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD Y LA MEDICACIÓN. AUTOADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO**

## **AMBITO TEMPORAL**

Ejercicio 2001 (Enero-Septiembre)

## **PARTICIPANTES**

Equipo multidisciplinar del CEEM PILOTO y Equipo del Servicio de Farmacia

- Por el CEEM:

Juan M<sup>a</sup> Ivorra Cano. Responsable de la Unidad de Rehabilitación

José Lledó Sala. Responsable del CEEM PILOTO

Rosa María Ortega Ruiz. Médico psiquiatra

Dolores Van Der Hofstadt Clavero. Psicóloga

Laura Ferré Martínez-Pinna. Trabajadora Social

Vicente Soler Sánchez .A.S.T.

Ángeles Consuelo Llorca Pérez .A.S.T.

Luis Carreira Febrero.A.S.T.

Agustín Herrera Redondo. A.S.T.

Isabel Sempere Román. A.S.T.

María Teresa Ros Berenguer. A.S.T.

Francisca Martínez Amorós. A.S.T.

Doralia Moran Esteve. A.S.T.

Natividad Navarro Martínez. A.S.T.

Carlos Cardenal Ribes. A.S.T.

Javier Pastor Mulet. Monitor Ocupacional Especializado

- Por el Servicio de Farmacia:

Dolores Filgueira Albado A.S.T-Farmacia

Gloria Calenco Córdoba A.S.T.-Farmacia

Ramona Baeza Domenech. A.S.T.-Farmacia

Emilio Pol Yanguas, Farmacéutico

## **CONTENIDO**

### **Presentación de las Unidades:**

Las personas que residen en la actualidad en el Centro Dr. Esquerdo, padecen enfermedades mentales graves de larga duración, que producen graves discapacidades en el funcionamiento social.

El CEEM Piloto (Centro Específico para Enfermos Mentales) es una Unidad con 20 residentes (enfermos mentales crónicos), adscrita a la Unidad de Rehabilitación y ubicada en el Centro Dr. Esquerdo de la Excma. Diputación Provincial de Alicante.

En este sentido, el llamado CEEM Piloto, es un factor dinamizador, orientado a la Rehabilitación y la Reinserción social.

El personal que trabaja en esta unidad es:

Un responsable de la Unidad de Rehabilitación

Un responsable del CEEM Piloto

Un psiquiatra a tiempo parcial

Un psicólogo a tiempo parcial

Una trabajadora social a tiempo parcial

Un Monitor Ocupacional Especializado

11 Auxiliares Sanitarios Titulados

2 Auxiliares de Servicios Generales

El Centro Dr. Esquerdo dispone de un Servicio de Farmacia que dispensa la medicación en cajetines individuales personalizados, con las dosis diarias. En el servicio de Farmacia trabajan: 1 Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria; 3 Auxiliares de Clínica con titulación adicional de Auxiliares de Farmacia; 1 auxiliar Administrativo; 1 mozo de reparto.

### **Descripción del problema**

Los pacientes con trastornos esquizofrénicos de larga evolución sufren una serie de déficits entre los que se encuentran la nula conciencia de enfermedad y la falta de adherencia al tratamiento.

La rehabilitación psiquiátrica tiene por objetivo la recuperación de las discapacidades y la promoción de la autonomía del enfermo mental crónico. La introducción de intervenciones rehabilitadoras en este Centro mejoraría la calidad de vida de los pacientes, siendo su fin último la Reinserción Social.

Pensando en la Rehabilitación y Reinserción social, el equipo multidisciplinar del CEEM Piloto se planteó que, para externar pacientes, uno de los primeros objetivos a conseguir sería que estos tomaran conciencia de la enfermedad que padecen y de la necesidad del tratamiento que tienen prescrito, así como capacitarlos para que se lo administren ellos mismos.

Basándonos en ello, el equipo decidió realizar una valoración de las necesidades de los residentes (ANEXO II –a-), escala de evaluación de necesidades individuales), en

la que se detectó un gran porcentaje de residentes con deficiencias en el área de relación con el tratamiento farmacológico (ANEXO II – b-).

### **Análisis de las causas:**

En este centro tradicionalmente la medicación es preparada en el Servicio de Farmacia en cajetines individuales. Colocados éstos en maletines, distribuida por el personal de servicios generales a las distintas unidades y administrada por los Auxiliares Sanitarios Titulados a cada paciente.

Este método de trabajo garantiza que los residentes reciban la medicación, pero como contrapartida genera una situación de dependencia del sistema, que dificulta la adquisición de las habilidades básicas que promueven la autonomía suficiente como para progresar en el proceso de desinstitucionalización.

A esto se le añade el hecho de que el 66% de los pacientes que residen en el CEEM Piloto precisan mejorar de bastante a muchísimo en áreas relacionadas con el tratamiento y la enfermedad.(ANEXO II – b-).

### **Soluciones posibles**

- Mantener el sistema tradicional de administración de medicación, lo cual dificultaría el proceso de desinstitucionalización.
- Que cada paciente acudiera diariamente al Servicio de Farmacia para recoger y autoadministrarse su medicación. Pero ello no garantizaría per se el cumplimiento del tratamiento, sin un trabajo de seguimiento por parte del Servicio de Farmacia.
- Que cada paciente tuviera la medicación en el armario de su habitación, y se autoadministrara la medicación, cuestión inviable debido a la falta de conciencia de enfermedad en muchos de ellos.

- Realizar un Programa de Psicoeducación para los familiares de los residentes, a fin de entrenarlos en la administración y supervisión de la toma de medicación. Sin embargo, no todos los residentes tienen familiares, ni todos los familiares tendrían la misma disposición a colaborar.
- Realizar un Programa de Autoadministración de la medicación, dentro de las actividades que se realizan en el CEEM Piloto.
- Realizar un Programa de Psicoeducación, dirigido a aumentar en los residentes los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento.

### **Soluciones escogidas**

#### *Programa de Psicoeducación y Autoadministración de la medicación para un grupo de residentes.*

Esta actividad de mejora se consideró como la opción más ventajosa porque:

- Persigue la toma de conciencia sobre la enfermedad y el cumplimiento de la medicación.
- Constituye una herramienta de trabajo que permite el abordaje grupal, utilizando recursos propios.
- Facilita la comunicación entre los participantes y con el equipo terapéutico.
- El trabajo con grupos reducidos permite un mejor seguimiento del mismo.
- El coste económico es mínimo (2.000 ptas. para cajetines individuales de medicación y 1.000 ptas. para los diplomas que se entregaron a los participantes).

## **Objetivos**

### Objetivo general

Que el residente se haga copartícipe de su tratamiento farmacológico y por tanto se implique en su proceso de rehabilitación.

### Objetivos específicos

- Aumentar el conocimiento del residente sobre la enfermedad que padece. (nombre, patología, síntomas, síntomas prodrómicos, evolución y tratamiento).
- Que los residentes conozcan los fármacos que están tomando (nombre, beneficios esperados, efectos secundarios, cuando se producirán éstos, con qué probabilidad).
- Que los residentes sean capaces de autoadministrarse correctamente la medicación en cada toma, sin la intervención del personal auxiliar.
- Poder hablar con el personal implicado en el proceso rehabilitador sobre la eficacia y tolerabilidad de la medicación, a fin de participar en su proceso de tratamiento (identificación de síntomas de recaída).
- Aumentar la autonomía del residente.
- Facilitar el proceso de incorporación e integración social del enfermo mental crónico.

## **Metodología**

Actividad psicoeducativa grupal con residentes del CEEM Piloto.

La inclusión al grupo es voluntaria, tras una exposición del Programa a todos los residentes en la “Reunión de residentes” que se realiza semanalmente en la Unidad.

Los criterios de exclusión fueron: déficit cognitivo importante y contraindicación expresa de la actividad por su psiquiatra.

El nº máximo de participantes se limitó a 8. El grupo fue cerrado. El nº de participantes fue 7. No hubo ningún abandono, y la asistencia fue del 100% a todas las sesiones.

Se realizaron 8 sesiones ( una semanal de 45-60 minutos), en la Sala de actividades del CEEM-Piloto.

En cada sesión participaron tres integrantes del equipo (responsables del Programa): uno como conductor de la sesión y dos como observadores participantes.

Previo a cada sesión se realizó una reunión de 20 minutos entre los responsables del Programa, a fin de planificar la misma en base a la reunión de análisis de la sesión anterior.

En las sesiones se proporcionaban conocimientos y se promovía la expresión de sentimientos y actitudes hacia la enfermedad y el tratamiento. Los temas tratados fueron: “¿Sabes qué medicación tomas: qué opinas de ella y de los efectos secundarios?”, “¿Conoces la enfermedad que padeces: qué es la esquizofrenia?”, “Síntomas de la enfermedad”, “Causas de la enfermedad”, “Recuperación y pronóstico de la enfermedad. Ocupación y tiempo libre”, “Errores (omisión, horario, duplicidad). Herramientas para mejorar los errores”. “Origen de los medicamentos psiquiátricos”,

“¿Cómo empieza un brote psicótico?”, “Efectos secundarios de la medicación, frente a sus beneficios”.

Los temas que se trataron en el Programa se adaptaron a las demandas de los participantes, aclarándose las dudas que pudieran tener sobre cada tema.

Al término de las sesiones se realizó una sesión extraordinaria de recapitulación.

Se estableció un sistema de recompensas que consistió en: separar su cajetín del resto de residentes (mayor autonomía) y otorgación de un diploma acreditativo del aprovechamiento del programa al término del mismo (Curso para los residentes).

Los responsables del Programa, informaron puntualmente de la evolución de la actividad a todo el equipo en la “Reunión semanal de equipo”.

Paralelamente a las sesiones, los responsables del Programa, realizaron un trabajo de entrenamiento para la autoadministración de medicación (observación “interventiva”), en la que se corregían los posibles errores, tanto por omisión, cambio de horario, duplicación, etc. Posteriormente esta tarea se sustituyó por un periodo de seguimiento u observación “no interventiva”, donde se observaron los errores que los residentes pudieran cometer, pero en lugar de corregirlos inmediatamente, se registraban y se discutían posteriormente, de forma individual con cada participante.

Se realizaron las evaluaciones que enumeramos a continuación:

## **Evaluaciones**

### Evaluación inicial

- Evaluación mediante la escala de Ascher-Svanun y Krauser sobre pensamientos y sentimientos hacia la enfermedad y la medicación. (ANEXO III –a-)



- Conocimiento del tratamiento pautas y dosis prescritas (Se le pide al paciente “que diga “ que medicación, cuánto y a que hora la toma )

#### Evaluación final

1. Evaluación mediante la escala de Ascher-Svanun y Krauser sobre pensamientos y sentimientos hacia la enfermedad y la medicación (ANEXO III –a-).
2. Conocimiento del tratamiento pautas y dosis prescritas
3. Cuestionario de satisfacción de los usuarios (residentes) (ANEXO IV – a -).
4. Cuestionario de satisfacción de los responsables del programa (ANEXO IV – a-)

#### **Análisis estadístico**

El cambio en la puntuación de la escala de Ascher-Svanun tras la intervención se contrastó con la prueba de Wilcoxon (rangos con signos) (ANEXO III –b-).

#### **Cronograma**

- El periodo de evaluación inicial: del 15/01/01 al 25/01/01
- Periodo de actividad grupal: 29/01/01 al 31/03/01.
- Periodo de observación interventiva inicial: 01/04/01 al 02/05/01
- Periodo de evaluación final: 07/05/01 al 17/05/01
- Seguimiento (evaluación interventiva) 02/05/01 hasta el presente
- Observación no interventiva: 10/09/01 al 17/09/01

#### **Resultados**

Al inicio de la experiencia 5 de los siete sujetos conocían el nombre, la dosis y la frecuencia de tomas de cada medicamento que componían su tratamiento; pero 2

desconocían al menos uno de estos datos de alguno de los medicamentos. Al final de la experiencia, los 7 participantes eran capaces de referir claramente y sin errores su tratamiento farmacológico.

En la evaluación basal de pensamientos y sentimientos hacia la enfermedad y la medicación se obtuvo una puntuación media de 10,14 y mediana de 8,00, que tras la intervención ascendieron hasta un valor medio de 16,29, y mediana 18,00, la diferencia entre las puntuaciones iniciales y finales fueron estadísticamente significativas ( $p=0,018$ ). En el ANEXO VI se presenta una tabla con las puntuaciones iniciales y finales de cada sujeto, los estadígrafos descriptivos de los valores en cada evaluación, y el resultado de la prueba de contraste y su significación. La distribución de los valores de ambas evaluaciones, y la diferencia entre ellos, también se representan visualmente mediante un gráfico de caja.

En cuanto la satisfacción de los participantes, cabe comentar que hubo una aceptación notable del mismo, como puede verse en el ANEXO IV (b). En cuanto a la satisfacción de los responsables, uniformemente los tres puntuaron de forma independiente, “muchísima satisfacción” en todos los ítems del cuestionario.

### **Análisis de resultados**

El trabajo que presentamos supone que la aplicación del modelo de creencias de salud a un colectivo de sujetos esquizofrénicos crónicos, demuestra que este modelo es modificable para cada sujeto. Concretamente las creencias y los sentimientos que conllevan, sobre la enfermedad esquizofrénica, y sobre el tratamiento han sido modificados de forma clara. Se sabe que estos aspectos son cruciales para acometer actividades rehabilitadoras y de normalización.

La participación en grupo permite abordar temas candentes y considerados tabú para este tipo de sujetos. La reinserción social requiere el desarrollo de habilidades de comunicación, las sesiones grupales han permitido un entrenamiento y desarrollo de estas, que posteriormente es de suponer sean útiles para otros aspectos de la vida cotidiana del sujeto, dentro y fuera de la institución.

### **Repercusión externa e interna de la mejora realizada**

#### **Como Externas:**

Uno de los participantes está en fase de prueba para externar a un piso tutelado en Alicante.

Otro de los participantes prorrogó su permiso durante todo el verano y actualmente ha renovado otro permiso de 15 días, dada la buena disposición de la familia al ver el cambio en el paciente. Durante todo este tiempo ha estado integrado en el Centro de Reinserción e Integración Social de Elche (su ciudad de origen).

Un tercero ha podido desplazarse, sólo, hasta la residencia dónde se encuentra internado su padre en Novelda y permanecer con él varios días de permiso, acompañándole en estos momentos tan cruciales de una enfermedad terminal que padece.

Un cuarto sale habitualmente todos los fines de semana a pasarlo con la familia en Alicante, habiendo recibido la Unidad una felicitación por parte de los familiares por el cambio percibido en el residente tanto en su actitud como en el comportamiento, desde su participación en el Programa.

Del quinto residente se han iniciado las gestiones con la Unidad de Salud Mental de referencia para su posible externación a un recurso intermedio.

Los dos restantes han mejorado su autonomía y su autoestima al igual que el resto, pero la externación va a ser más difícil con ellos por otros problemas añadidos (Edad y falta de conciencia de enfermedad, el otro por problemas familiares y habilidades cognitivas más deterioradas.

**Internas:**

El grupo participante ha adquirido una autonomía total en cuando a recogida, traslado y administración de la medicación. Así como un nivel de conciencia de enfermedad suficiente para comprender la necesidad de tomar la medicación a la vez que identificar cualquier síntoma de recaída.

**Puntos de mejora**

La mayoría de ellos están preparados, para una externación, en dos aspectos claves de la Reinserción Social como son: Conciencia de Enfermedad y Adherencia al tratamiento.

El grupo de participantes ha solicitado la realización de una segunda parte del programa que incluyera el tener ellos los envases de medicación en su armario y no depender de la dispensación de la Farmacia.

Ha despertado el interés en otros residentes tanto de esta Unidad como en los Responsables de otras unidades del Centro, para solicitar la repetición y/o la realización de este programa de Psicoeducación y Autoadministración de la medicación.