



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

MEDIKUNTZA
ETA ERIZAINZA
FAKULTATEA
FACULTAD
DE MEDICINA
Y ENFERMERÍA

DONOSTIAKO ATALA

SECCIÓN DONOSTIA / SAN SEBASTIÁN

Curso 2019 / 2020

**DISEÑO DE PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
DIRIGIDO A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA
ABORDAR EL ESTIGMA EN LA ESQUIZOFRENIA**

Andrea Ochoa de Retana Mahedero

RESUMEN

Introducción: la esquizofrenia es una enfermedad mental grave y crónica, es la enfermedad mental que más estigma padece. La esquizofrenia produce una probabilidad de muerte prematura, diez-veinte años antes que la población general. Además, está relacionado con el suicidio. Todo eso, sumado a la carga del estigma, hace que la persona que padece esquizofrenia pierda todas las capacidades, convirtiéndose en discapacitados y dificultando la reinserción en todos los campos. El estigma hacia las personas que padecen esquizofrenia, también se ha detectado en los profesionales de enfermería. Es por ello, por lo que se ha decidido que sean la base del programa de educación para la salud.

Objetivo: que los profesionales de enfermería desarrollen capacidades, actitudes y conocimientos para conseguir la disminución del estigma en la esquizofrenia.

Metodología: con la intención de responder al objetivo principal y la justificación del programa, se ha realizado la búsqueda bibliográfica a partir del esquema PIO y los términos DeCS y MeSH que corresponden. Además, se han utilizado diferentes páginas web para desarrollar tanto los contenidos como las actividades metodológicas.

Planificación: se han desarrollado las características del grupo diana, objetivos pedagógicos, metodología pedagógica, los agentes de salud, las actividades pedagógicas y el cronograma.

Evaluación y seguimiento: se prevé realizar la evaluación del proceso y estructura después de la última sesión mediante dos cuestionarios, uno dirigido a los participantes y otro a los agentes de salud. Los resultados de los objetivos se evaluarán en evaluación continuada a lo largo de las sesiones mediante las actividades planteadas y cuestionarios.

Aportación personal: este trabajo pretende aportar técnicas o herramientas eficaces y efectivas para el desarrollo de capacidades en los profesionales de enfermería a fin de abordar el problema de salud pública que supone el estigma en los pacientes con esquizofrenia.

Palabras claves: esquizofrenia, estigma, programa de educación para la salud, profesionales de enfermería

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Justificación del programa.....	3
1.1.1 Prevalencia.....	3
1.1.2 Factores de riesgo.....	3
1.1.3 Trascendencia.....	4
1.1.4 Vulnerabilidad.....	5
1.1.5 Coste de salud mental y la esquizofrenia.....	7
1.1.6 Grupo diana.....	8
2. OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo general.....	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
3. METODOLOGÍA.....	10
4. PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	11
4.1 Características del grupo diana.....	11
4.2 Objetivos pedagógicos.....	12
4.3 Contenido pedagógico.....	12
4.4 Metodología pedagógica.....	13
4.5 Agentes de salud.....	13
4.6 Actividades pedagógicas.....	13
4.7 Cronograma.....	23
4.8 Planificación de la evaluación.....	25
5. APORTACIÓN PERSONAL.....	26
6. BIBLIOGRAFÍA.....	27
7. ANEXOS.....	30
Anexo 1 : Prevalencia de suicidio en Europa.....	30
Anexo 2 : Tasa de suicidios en Europa.	30
Anexo 3 : Factores de la esquizofrenia.	31
Anexo 4 : Discapacidad mundial.	32
Anexo 5 : Porcentaje de discapacidad por enfermedad.	32
Anexo 6 : Porcentaje de personas tratadas y no tratadas según la enfermedad.	33
Anexo 7 : Efectos de tratamiento en la discapacidad.	33
Anexo 8 : Recuperación de la esquizofrenia.	34
Anexo 9 : Coste de salud mental en Europa.....	35
Anexo 10 : Coste estimado en salud mental por países.	36

Anexo 11 : Coste por paciente y social por enfermedad.	37
Anexo 12 : Coste anual por caso de tratamiento psiquiátrico.....	38
Anexo 13 : Coste por paciente según enfermedad.	38
Anexo 14 : Coste social por enfermedades.	39
Anexo 15 : Coste anual por enfermedades en Estados Unidos.	39
Anexo 16 : Coste por paciente según enfermedad en Estados Unidos.....	40
Anexo 17 : Búsqueda estratégica en las bases de datos.....	41
Anexo 18 : Búsqueda bibliográfica en páginas webs.....	43
Anexo 19 : Contenido temático 1. tema.....	45
Anexo 20 : Ejercicio 1 del 1. tema.	47
Anexo 21 : Ejercicio 2 del 1. tema.....	47
Anexo 22 : Ejercicio 3 del 1. tema.....	48
Anexo 23 : Ejercicio 4 del 1. tema.....	49
Anexo 24 : Ejercicio 5 del 1. tema.	57
Anexo 25 : Contenido temático 2. tema.....	60
Anexo 26 : Ejercicio 1 del 2 tema.....	62
Anexo 27 : Ejercicio 2 del 2. tema.	65
Anexo 28 : Ejercicio 3 del 2. tema.	68
Anexo 29 : Ejercicio 4 del 2. tema.	69
Anexo 30 : Ejercicio 5 del 2. tema.	71
Anexo 31 : Contenido temático 3. tema.....	73
Anexo 32 : Ejercicio 1 del 3. tema.	74
Anexo 33 : Ejercicio 2 del 3. tema.	74
Anexo 34 : Ejercicio 3 del 3. tema.	75
Anexo 35 : Contenido temático 4. tema.....	77
Anexo 36 : Ejercicio 1 del 4. tema.	78
Anexo 37 : Ejercicio 2 del 4. tema.	78
Anexo 38 : Ejercicio 3 del 4. tema.	79
Anexo 39 : Ejercicio 4 del 4. tema.	81
Anexo 40 : Ejercicio 5,6,7 del 4. tema.	83
Anexo 41 : Contenido temático del 5. tema.....	85
Anexo 42 : Ejercicio 1 del 5. tema.	86
Anexo 43 : Ejercicio 2 del 5. tema.	88
Anexo 44 : Ejercicio 3 del 5. tema.	91
Anexo 45 : Ejercicio 4 del 5. tema.	98
Anexo 46 : Ejercicio 5 del 5. tema.	99

Anexo 47 : Ejercicio 6 del 5. tema.	100
Anexo 48 : Cuestionario de evaluación. Cumplimentar por el grupo diana.....	101
Anexo 49 : Cuestionario de evaluación. Cumplimentar por los agentes de salud.	103
Anexo 50 : Cuestionario de evaluación de las sesiones dirigido al grupo diana..	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 : Los síntomas de la esquizofrenia.....	1
Tabla 2 : Tipos de esquizofrenia.....	2
Tabla 3 : Esquema PIO.....	10
Tabla 4 : Actividades pedagógicas del 1. tema.....	15
Tabla 5 : Actividades pedagógicas del 2. tema.....	17
Tabla 6 : Actividades pedagógicas del 3. tema.....	18
Tabla 7 : Actividades pedagógicas del 4. tema.....	20
Tabla 8 : Actividades pedagógicas del 5. tema.....	22
Tabla 9 : Cronograma.....	24
Tabla 10 . Planificación de evaluación del programa de educación para la salud..	25
Tabla 11 : Búsqueda estratégica en las bases de datos.....	42
Tabla 12 : Búsqueda bibliográfica en páginas web.....	43
Tabla 13 : Contenido temático 1. tema: aspectos generales de la esquizofrenia..	46
Tabla 14 : Contenido temático 2. tema: qué es el estigma.....	60
Tabla 15 : Definición de estereotipo, prejuicio y discriminar.....	61
Tabla 16 : Escala AQ 27-e: validación y confiabilidad del cuestionario para identificar actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia	64
Tabla 17 : Contenido temático 3. tema: consecuencias de padecer esquizofrenia.	73
Tabla 18 : Contenido temático 4. tema: percepción social y autopercepción de las personas que padecen esquizofrenia.....	77
Tabla 19 : Contenido temático 5. tema: la importancia de la disminución del estigma en el rol de enfermería en salud mental (esquizofrenia).....	85

1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave y crónica. La causa de la enfermedad aún es desconocida aunque algunos médicos e investigadores coinciden en que la combinación de factores puede ser la causa: una predisposición genética, factores ambientales (circunstancias de la vida, consumo de drogas, malos tratos etc.) y alteraciones neuroquímicas del cerebro (1,2,3).

El primer brote psicótico normalmente comienza en la adolescencia o en la edad adulta temprana (entre los 15-45 años) (2,3,4).

Las personas que padecen esquizofrenia muestran alteraciones de la percepción hacia la realidad y conciencia de la realidad. Como consecuencia de la enfermedad: tienen problemas para el control de las emociones, en el pensamiento, para relacionarse con otras personas y para la capacidad de decidir (2).

Los síntomas de la esquizofrenia se separan en dos grupos principales: positivos y negativos. Según la fuente, se puede clasificar de manera diferente añadiéndose dos grupos más: los síntomas desorganizados y los síntomas cognitivos (mira la 1. tabla) (1,2,3).

Clasificación de fuentes (2,3)	Positivos	<ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones y delirios. • Agitación. • Pensamiento desorganizado. • Pérdida del contacto con la realidad.
	Negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de motivación. • Deterioro cognitivo. • Insociabilidad. • Apatía. • Falta de interés o iniciativa. • Ausencia de reacciones afectivas o falta de expresión. • Incapacidad de comenzar y terminar actividades y apatía por la vida.
Clasificación de fuentes	Desorganizados (1)	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas y habla confusa. • Comportamientos sin sentido (andar en círculos o de un lado para el otro). • Gestos arrítmicos y movimientos lentecidos.
	Cognitivos (3)	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para la concentración y la memoria. • Falta de atención. • Falta de percepción en la enfermedad (aceptación y comprensión). • Pensamiento lentecido.

Tabla 1: Los síntomas de la esquizofrenia. Fuente:(1,2,3). Realización propia.

Por lo general, los síntomas positivos van disminuyendo y los negativos, a lo largo del tiempo, pueden crear consecuencias en las funciones sociales (4).

La esquizofrenia se clasifica en 5 tipos (mirar la 2. Tabla) (1):

Tipos de esquizofrenia	Características
Esquizofrenia paranoide	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta ideas delirantes y alucinaciones auditivas. • Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de perjuicio o ambas, pero también, puede presentarse ideas delirantes con otra temática. • El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. • El pronóstico es mejor que los otros tipos, mejor actividad laboral y vida independiente.
Esquizofrenia desorganizada/ hebefrénica	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado, unas alteraciones en las emociones marcadas (afectividad aplanada o inapropiada). • Puede haber ideas delirantes y alucinaciones, pero son incoherentes. • Habitualmente, este subtipo está asociado a un inicio temprano y a un curso continuo.
Esquizofrenia catatónica	<ul style="list-style-type: none"> • Marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo o peculiaridades del movimiento (ecopraxia) y habla (ecolalia) voluntario. • Puede haber desde el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido hasta una adopción de posturas raras o inapropiadas.
Esquizofrenia residual	<ul style="list-style-type: none"> • Sobresale principalmente los síntomas negativos
Esquizofrenia indiferenciada	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando una esquizofrenia no reúne los criterios de los subtipos anteriores o presenta varios.
Esquizofrenia simple	<ul style="list-style-type: none"> • Este tipo ha desaparecido en el DSM. Muestran un deterioro mental y afectivo de más de un año, pero sin síntomas psicóticos

Tabla 2: Tipos de esquizofrenia. Fuente:(1,5). Realización propia.

Hoy en día, con el tratamiento adecuado y su adherencia al mismo, así como el apoyo social y hábitos saludables, a los pacientes se les permite llevar una vida productiva e integrarse en la sociedad (1,2).

1.1 Justificación del programa.

1.1.1 Prevalencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 1% de la población padece esquizofrenia. Afecta tanto a mujeres como a hombres. La situación socioeconómica y cultural no tiene efecto para padecer o no la enfermedad (5). Se calcula que las personas diagnosticadas de esquizofrenia (6,7,8):

- A nivel mundial son: 21.000.000 de personas
- En España son: 400.000 personas
- En Euskadi son: 15.000-20.000 personas

Las mujeres y hombres tienen riesgo de padecer esquizofrenia, pero en hombres la prevalencia y frecuencia de padecer la enfermedad en una edad prematura es mayor.

- Entre 15-30 años los hombres.
- Entre 25-35 años las mujeres (1).

En comparación, la población general y las personas que padecen esquizofrenia tienen entre 2 y 2.5 de mayor probabilidad para una muerte prematura (mueren 10-20 años antes que la población general). Las razones de la muerte prematura son: las enfermedades físicas, cardiovasculares, metabólicas e infecciosas (6).

En 2015, en Europa, 84.000 mil personas con enfermedad mental murieron, muchos tuvieron una muerte prematura por suicidio o porque tanto su enfermedad mental como sus enfermedades crónicas no eran debidamente tratadas. La mayoría de las muertes fueron protagonizadas por mujeres que padecían esquizofrenia (9).

De las personas que sufren enfermedades mentales, los hombres tienen una mayor prevalencia de acabar con su vida (mirar 1. anexo). Los principales factores que más suicidios causan son: circunstancias adversas de la vida (muerte de un ser querido etc.), el aislamiento social o el contexto cultural y socioeconómico. En general, las personas de edad avanzada son las que más intentos de suicidio hacen entre los enfermos mentales (mirar 2. anexo) (9).

1.1.2 Factores de riesgo

La causa de la enfermedad es la combinación de varios factores. Una combinación variable e individual entre la predisposición genética y los factores ambientales da lugar a la enfermedad (mirar 3. Anexo) (8).

- **Factores genéticos:** se ha comprobado que en algunos casos hay factores genéticos que contribuyen a su aparición. Esto no significa que la esquizofrenia se herede, pero sí que el riesgo de padecerla pueda ser mayor en los familiares de primer grado de las personas que la padecen (hijos, hermanos),

aunque muchas personas con esta enfermedad no tengan familiares afectados y muchas personas con familiares afectados no padezcan la enfermedad.

- **Bioquímicos:** alteraciones de algunos neurotransmisores como la dopamina y la serotonina.
- **Problemas en el embarazo/parto:** alteraciones en el embarazo, complicaciones en el parto, algún trauma de la infancia, consumo de sustancias durante el embarazo o violaciones.
- **Vivencias estresantes:** una persona frágil que tenga vivencia de la muerte de un ser cercano, cambio de domicilio, entrar en la universidad, empezar un trabajo o dejarlo etc., puede desencadenar la enfermedad.
- **Consumo de drogas:** cannabis, cocaína, anfetaminas, etc.

Los factores mencionados, en el desarrollo del cerebro y en las sustancias químicas (neurotransmisores) pueden crear alteraciones (los neurotransmisores, se encargan de la conexión entre las neuronas y de ciertas partes del cerebro) y desencadenar la enfermedad (5,7,8).

1.1.3 Trascendencia

La esquizofrenia se asocia a una **discapacidad** considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral. De acuerdo con la carga global de las enfermedades, en 2001, la OMS publicó que el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuronales y psiquiátricos (ejemplo: esquizofrenia) (mirar 4. anexo) en todo el mundo. En 2001, a las condiciones neuronales y psiquiátricas se les imputa el 13% de los años de vida ajustados por discapacidad (mirar 5. anexo) (10). Entre las causas más comunes de años vividos con discapacidad se encuentran la depresión, los trastornos debido al consumo de alcohol, **la esquizofrenia** y el trastorno bipolar (10).

Otros problemas que se relacionan con la enfermedad son:

- **La falta de conciencia de la enfermedad:** en ocasiones las personas que padecen esquizofrenia no tienen conciencia o, al menos, no tienen conciencia de la gravedad o consecuencias de ésta. Por consecuencia, rechazan el tratamiento o no lo cumplen.
- **Comportamiento agresivo:** aunque las personas con esquizofrenia no sean tan agresivas como la población general, en algunas circunstancias, sobre todo en las recaídas y crisis, pueden mostrar un comportamiento alterado que puede perjudicar tanto a la persona que padece la enfermedad como a los de alrededor (auto-agresividad o hetero-agresividad).

- **Costumbres:** la esquizofrenia está relacionada con costumbres perjudiciales para la salud (fumar, alimentación desestructurada, inactividad, no realización de ejercicio físico, exposición a situaciones peligrosas o consumo de drogas.).
- **Suicidio:** en comparación con la población general, hay más frecuencia en personas que padecen esquizofrenia de auto-lesionarse y suicidarse.

Aparte de lo mencionado anteriormente las personas que padecen esquizofrenia, sufren de estigma, discriminación y violación de los derechos humanos (6,8).

De todas las enfermedades mentales, la esquizofrenia es la enfermedad mental que más estigma padece, por lo que, las consecuencias mencionadas se ven aumentadas. Por la influencia del estigma aparece la discriminación, creando barreras en la atención sanitaria, educación, en conseguir domicilio, en los medios económicos y en el trabajo (6,11).

Si sumamos todo, la situación de la persona que padece esquizofrenia se ve empeorada y causa no poder adaptarse socialmente, sufrir discriminación, pérdida de conocimiento, pérdida de autoestima, más vulnerables para sufrir violencia y ser víctimas de abuso, sufrir depresión y una mayor carga familiar (el impacto emocional de las familias tiene una relación directa con el estigma ya que integran una valoración negativa y en consecuencia, los prejuicios de la enfermedad, muestran sentimiento de vergüenza y lo mantienen en secreto por sentirse culpables de la enfermedad llevándoles a el aislamiento social) (11,8).

Al final, todos los inconvenientes llevan a que la persona que padece la enfermedad sea incapaz de conseguir una rehabilitación psicosocial y tener problemas de salud (no buscan ayuda en la red de salud y conlleva dificultad para la adherencia del tratamiento) (12,13). Los datos reflejados de las OMS muestran la situación donde el 50% no recibe una atención adecuada (6).

Hoy en día, muchas organizaciones (OMS, World Association for Social Psychiatry etc.) declaran que la estigmatización es un problema de salud pública (11).

En nuestra sociedad, por los prejuicios, las personas que padecen esquizofrenia sufren el estigma del miedo y del peligro (12). Este problema se refleja también en el ámbito del sistema sanitario. Se ha detectado la influencia del estigma de las personas que padecen esquizofrenia en los profesionales sanitarios y eso dificulta poder garantizar unos cuidados de calidad (14).

1.1.4 Vulnerabilidad

El tratamiento de la esquizofrenia se basa en dos tratamientos principales: tratamiento farmacológico (antipsicóticos) y tratamiento psicosocial (15).

- **Antipsicóticos:** el tratamiento por fármacos ayuda a disminuir los síntomas.
- **Tratamiento psicosocial:** es una herramienta para hacer frente al día a día. Entender la enfermedad y hacerle frente consiguiendo una mejora en la rehabilitación, en el comportamiento social y en la sociedad. Las diferentes terapias psicosociales:
 - Educación dirigida a los familiares
 - Desarrollar las capacidades para controlar la enfermedad
 - Terapia cognitivo-conductual
 - Rehabilitación
 - Terapia de grupo
 - Grupos de autoayuda
 - Tratamiento para el abuso de drogas y alcohol (15).

El tratamiento solo es efectivo si se cumple de manera correcta. Es habitual que las personas que padecen esquizofrenia encuentren dificultades para cumplir el tratamiento (74% dejan el tratamiento pasado un año y medio) (1).

En países desarrollados, entre el 44% y el 70% de las personas con depresión, **esquizofrenia**, trastornos por consumo de alcohol y enfermedades mentales de los niños y adolescentes no reciben tratamiento en un año entero. La brecha puede alcanzar hasta el 90% para estos trastornos, la mayoría con trastornos severos son dejados a su suerte (mirar 6. anexo) (10).

La consecuencia de dejar el tratamiento o tomarlo irregularmente es la recaída. La mayoría de los pacientes, 8 de cada 10, una vez que dejan el tratamiento entre los 6 meses y los 2 años, tienen recaída, lo que conlleva perder independencia, pérdida de control, pérdida de las capacidades etc. Además, si la frecuencia de las recaídas aumentará, sería más peligroso y necesitarían más tiempo para recuperarse (1).

Hoy en día, tomando la medicación según la pauta, siguiendo las terapias de rehabilitación, llevando todos los días a cabo actividades sociales y familiares y llevando costumbres saludables (evitar tóxicos), puede disminuir la discapacidad y llevar una vida normal (mirar el 7. 8. anexo) (1,10).

En caso de que el desarrollo personal se vea perjudicado por el estigma, se han planteado diferentes intervenciones (1):

- La **OMS**, para superar las barreras de la salud mental, puso en marcha el programa **mhGAP** en el año 2008. El objetivo es que la asistencia de la salud mental sea impulsada a todas las asistencias. El proyecto se lleva a cabo en 80 países (6).
- Otro proyecto impulsado por la OMS es el de promover calidad asistencial en

salud mental y garantizar los derechos humanos, asistencia social y reforzar las capacidades de las organizaciones. A fin de promover la salud en persona con enfermedades mentales se creó el proyecto **QualityRights** (6).

- En España se sitúa la **Confederación de Salud Mental España**, la cual tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental y la de sus familiares, defender derechos y representar al movimiento asociativo creado entorno a la salud mental (16).
- En la Comunidad Autónoma del País Vasco, se pone en rigor el documento de estrategia de salud mental. Establece una línea estratégica para desaparecer el estigma (17).

Para reducir el estigma hay proyectos pilotos en diferentes ámbitos (educación, ámbito social y en la sanidad).

- A nivel de Euskadi, la Federación **FEDEAFES** (Federación de Euskadi de Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) suma diferentes asociaciones: **AGIFES** (Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental), **AVIFES** (Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) y **ASAFES** (Asociación Alavesa de Familiares y Personas con Enfermedad Mental). Con el propósito de disminuir el estigma, cada asociación ha planteado diferentes métodos y campañas (18):
 - **AGIFES** (19):
 - Libera tu mente (2011)
 - ¿Te apuntas al pensamiento positivo? (2012)
 - Cuando hablas, algo cambia (2015-2016)
 - **AVIFES** (20)
 - Desde el 2009, el 10 de octubre de cada año organizan diferentes actividades para hacer desaparecer la estigmatización y la discriminación. Además, reivindican las necesidades de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familiares.
 - “Cambia el chip” (desde el 2011)
 - **ASAFES** (21)
 - Programa de sensibilización.

1.1.5 Coste de salud mental y la esquizofrenia

En Europa, el coste económico de la salud mental es significativo. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en 2015, se

invirtió más del 4% del PIB, lo que quiere decir, 600 billones de euros por año (mirar 9. anexo) (9). Se invirtieron 190 billones de euros en asistencia sanitaria (PIB 1.3%), 170.000 billones de euros (PIB 1.2%) en asistencia social y 240 billones de euros (PIB 1.6%) en programas de protección (9).

En España, 45.058 millones de euros se invirtieron en salud mental. De manera directa, 14.415 millones de euros en salud y 12.318 millones de euros en el ámbito social. De manera indirecta, invirtieron 18.325 millones de euros en el mercado laboral (mirar 10. anexo) (9).

En España, en 2010, los trastornos mentales representaron el %8 del producto interno, para ser exactos 84 billones de euros que fueron repartidos en alteraciones mentales (46 billones de euros) y alteraciones neurológicas (38 billones de euros) (22).

La inversión **por paciente** que padece esquizofrenia fue de 17.576 mil euros al año. El coste directo fue de 5.870 mil euros en atención sanitaria. De manera indirecta no hubo costes médicos y 11.705 mil euros fueron los coste indirectos de manera general (mirar 11. anexo) (22). Anualmente, por cada caso, el tratamiento psiquiátrico de la esquizofrenia es la segunda enfermedad mental que más coste supone en todo el mundo (mirar 12. anexo) (10). El **coste social** para tratar la esquizofrenia fue de 5.310 millones de euros al año. De manera directa fue de 2.663 millones de euros en costes sanitarios y de manera indirecta no supuso costes la atención medica (22).

Comparando con las enfermedades mentales, la esquizofrenia supone un gasto considerable tanto por persona como coste social (mirar 13. 14. anexos) (22).

Cabe mencionar que la enfermedad del Alzheimer y la esquizofrenia son dos de las enfermedades más costosas. El coste promedio por paciente es más alto que el del cáncer y la apoplejía (mirar 15.16. anexo) (8).

1.1.6 Grupo diana

La mala salud física de las personas con enfermedades mentales y la creciente tasa de mortalidad y morbilidad de las personas con enfermedades mentales en comparación con la población en general, es una carga sanitaria a nivel global (14).

Los profesionales de la salud ven como un desafío y atención compleja a los pacientes con enfermedades mentales con comorbilidad física. Este tipo de pacientes son percibidos como difíciles y agresivos.

Varios estudios han analizado el fenómeno y se han centrado en el miedo de los profesionales sanitarios a ser agredidos. Los factores ambientales como la falta de intimidad para debatir y las barreras para dar una atención afectiva impulsan este sentimiento.

Los profesionales de salud que participaron en el estudio refieren no tener las

suficientes capacidades o alfabetización para poder tratar de manera adecuada a estos pacientes. La alfabetización en salud mental significa: “conocimiento y creencias sobre la salud mental que ayuda a su reconocimiento, gestión o prevención”.

Un estudio realizado en Australia muestra que los profesionales de la salud ante pacientes que padecen **esquizofrenia**, depresión o trastornos por consumo de alcohol, padecen el mismo estigma que las personas en general, sobre todo en la percepción del peligro y en el estigma personal. Estos comportamientos afectan a la calidad de atención (14).

Las causas de estos comportamientos son: alfabetización inadecuada, falta de confianza en las capacidades y exposición limitada con pacientes con enfermedad mental o cultural con el entorno de enfermos mentales (14).

Enfermería, en la rama de salud mental, indica que las enfermeras que tienen una educación más completa muestran actitudes más positivas (14). Por tanto, la educación es necesaria.

He decidido encaminar el trabajo hacia el colectivo de enfermería de cuidados generales, tanto en el ámbito de atención primaria como en la atención hospitalaria, ya que se ha identificado un problema en enfermería relacionado con el estigma que, como he mencionado anteriormente, es declarado un problema público. Las enfermeras/enfermeros cumplen una importante labor en el sistema sanitario y, al tener un trato tan directo con las personas, pueden transmitir conocimientos y concienciación.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Diseñar un programa de educación para la salud para hacer frente al estigma que presentan los profesionales de enfermería hacia la esquizofrenia.

2.2 Objetivos específicos

- ❖ Realizar un análisis de la prioridad de tratar el estigma en la esquizofrenia
- ❖ Definir las características del grupo diana
- ❖ Formular objetivos pedagógicos
- ❖ Definir los contenidos educativos
- ❖ Proponer actividades pedagógicas
- ❖ Planificar los recursos
- ❖ Elaborar una evaluación del programa

3. METODOLOGÍA

Con el propósito de responder al objetivo principal, se ha procedido a realizar una búsqueda bibliográfica. Para realizar la búsqueda se ha seguido el esquema PIO (Problem, Intervention, Outcomes):

- **P:** Profesionales de enfermería.
- **I:** Programa de educación para la salud para hacer frente al estigma que padece la esquizofrenia.
- **O:** Reducir el estigma que recoge la esquizofrenia.

Siguiendo el esquema, se han identificado descriptores DeCS (Descriptores de la Salud) y MeSH (Medical Subject Heading) y palabras clave (mirar 3. tabla).

Estructura PIO	DeCS	MeSH	Palabras claves
P	<ul style="list-style-type: none"> • Estigma en profesionales sanitarios. • Profesionales sanitarios y estigma en la salud mental. • Estigma social en la esquizofrenia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stigma in schizophrenia • Social stigma in schizophrenia 	Profesionales sanitarios/profesionales de enfermería Estigma social
I	<ul style="list-style-type: none"> • Estigma social en la esquizofrenia, educación para la salud. • Estigma social en la salud mental, guía clínica • Estigma salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Education for health • Clinical practice guide, social stigma 	Educación para la salud Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud Programas de salud Proyectos contra el estigma en la salud mental
O	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones para tratar el estigma social en la esquizofrenia • Reducir el estigma social Proyectos/programas contra el estigma en la salud mental/esquizofrenia 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention to treat social stigma in schizophrenia 	Reducción del estigma en salud mental

Tabla 3: Esquema PIO. Fuente: realización propia.

Para poder desarrollar la justificación del programa y la planificación de la misma, se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos: BVS (Biblioteca Virtual de la Salud), Pubmed, Cochrane, CIBERSAM (Centro de Investigación en Salud Mental), CUIDEN y Trip medical. Al mismo tiempo, se ha llevado a cabo una búsqueda paralela en sitios web internacionales, nacionales y autonómicos (Osakidetza, OMS, Agifes, Avifes, Esquizofrenia 24x7, Janssen, Cognifit, Asafes, Salud mental España, OCDE,

The Guardian, NIH (National Institute of Health), FEDEAFES, Caso clínico y Apal (Asociación Psiquiátrica de América Latina)). Para relacionar diferentes términos, se ha optado por utilizar el operador booleano AND con el objetivo de conseguir una búsqueda más específica y mayores referencias sobre el tema.

Tras realizar la búsqueda, se ha reparado a los títulos y resúmenes para elegir los artículos. En algunos casos, para obtener el artículo completo, se ha utilizado como herramienta Google académico.

Para limitar más la búsqueda, se ha utilizado los filtros que ofrecen las distintas bases de datos:

- BVS: texto completo, entre 2014-2019, idioma (inglés/castellano), revisión bibliográfica/ guía clínica. Dependiendo del artículo se ha seleccionado temas principales: trastornos mentales, esquizofrenia, estigma social, educación en salud y conocimientos, actitudes y práctica en salud.
- Pubmed: texto completo, revisión bibliográfica y que se haya publicado en los últimos 5 años.
- Trip medical base de datos: revisión bibliográfica, publicado a partir del 2014.

Los artículos debían cumplir los siguientes criterios: que fueran publicados a partir del 2014 o en los últimos 10 años (existen excepciones), que fueran escritos en inglés o castellano y que fueran textos completos y gratuitos. Otro de los criterios, es de tratar los temas principales: la esquizofrenia y el estigma. Fueron seleccionados los artículos que cumplieron los criterios mencionados (mirar 16.17. anexo).

Los artículos que no cumplieron los criterios fueron rechazados. Además, los artículos que requerían un registro o un pago también fueron excluidos.

Los programas de salud tienen como objetivo desarrollar la capacidad para decidir los comportamientos. En este caso, el objetivo principal del programa de educación para la salud es que los profesionales de enfermería logren mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con el estigma que sufre la esquizofrenia. Por tanto, la información como la motivación son herramientas necesarias que deben estar integradas en el programa (23).

4. PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

4.1 Características del grupo diana

El programa se ofrece a profesionales de enfermería. Personas con nivel académico universitario por lo que, hay posibilidad de tratar conceptos complejos y conceptos

científicos. A parte, son personas adultas, capaces de reflexionar, razonar y hacer autocrítica de sus comportamientos.

Al ser de manera voluntaria, se presupone que vienen con alta motivación, con iniciativa y ganas para realizar el programa.

4.2 Objetivos pedagógicos

Objetivo principal:

Los profesionales de enfermería lograrán mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con el estigma ante la esquizofrenia.

Objetivos específicos:

El grupo diana logrará:

- ❖ Definir qué es la esquizofrenia y los aspectos generales de la esquizofrenia al finalizar la primera sesión.
- ❖ Manifestar y describir los diferentes tipos de esquizofrenia y sus características principales al finalizar la primera sesión.
- ❖ Definir qué es el estigma al finalizar la segunda sesión.
- ❖ Identificar las falsas creencias de la esquizofrenia al finalizar la segunda sesión.
- ❖ Identificar las consecuencias del estigma en las personas que padecen esquizofrenia al finalizar la tercera sesión.
- ❖ Identificar las actitudes que pueden causar estigma hacia la enfermedad al finalizar la cuarta sesión.
- ❖ Identificar las situaciones de las personas que padecen esquizofrenia al finalizar la quinta sesión.
- ❖ Identificar una correcta asistencia ante una persona con esquizofrenia al finalizar la sexta sesión.
- ❖ Determinar cómo debe comportarse un profesional de la salud ante una persona que padezca esquizofrenia al finalizar la sexta sesión.

4.3 Contenido pedagógico

Los contenidos educativos se han desarrollado/establecido partiendo de los objetivos pedagógicos marcados. Serán 5 temas a impartir en 6 sesiones que se desarrollarán durante dos semanas.

1. **Tema.** Aspectos generales de la esquizofrenia.
2. **Tema.** Qué es el estigma y la relación de éste con la salud mental.
3. **Tema.** Consecuencias del estigma en personas que padecen esquizofrenia.
4. **Tema.** Sensibilización y aproximación a personas que padecen esquizofrenia.
5. **Tema.** Implicación de los profesionales de salud.

4.4 Metodología pedagógica:

Para trabajar el contenido y los temarios se utilizarán métodos y técnicas individuales y grupales para el desarrollo de conocimientos, capacidades, actitudes y habilidades con el fin de conseguir el objetivo planteado (23).

Es recomendable que sean grupos pequeños (20-25 personas). Para ello, se ofertará el curso en el Colegio Oficial de Enfermería.

Para fomentar un entorno adecuado, lo primero es dirigir una técnica de encuentro (acogida, presentación, contrato y despedida). Gracias a la técnica nombrada se facilitará la motivación e implicación, creando, así, un ambiente de confianza en el que será más asequible crear un feed-back entre el agente de salud que imparte el programa y los participantes (23).

4.5 Agentes de salud

Es aconsejable tener una persona de referencia en el programa de educación para la salud y lo óptimo es que tome parte una persona que se haya implicado en el programa. En este caso, una enfermera/enfermero será quien se encargue de llevar a cabo el programa.

Para trabajar el programa, los profesionales de enfermería darán de manera voluntaria su nombre para participar.

El líder del programa será una enfermera/enfermero, pero teniendo en cuenta la intención del programa, hará falta coordinarse con asociaciones que trabajen en salud mental. Por lo tanto, los agentes de salud serán: enfermera/enfermero (yo misma) y algún profesional de alguna asociación (por ejemplo, Agifes) acompañado por una persona que padezca esquizofrenia

4.6 Actividades pedagógicas

1. **Tema:** Aspecto generales de la esquizofrenia.

Objetivos:

- Definir qué es la esquizofrenia y los aspectos generales de la esquizofrenia.
- Manifestar y describir los diferentes tipos de esquizofrenia y sus características principales.

Contenido temático y actividades pedagógicas (mirar anexos 19-24):

Ejercicio “¿Qué es la esquizofrenia?”	
Objetivo	Indagar sobre lo que creen que es la esquizofrenia.

Tipo de técnica	Técnica de investigación: tormenta de ideas
Duración	15 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Mesas, sillas, pizarra digital, rotulador, hojas y bolígrafo/lápiz.
Explicación	
Se repartirán en grupos de 4-5 personas y cada grupo definirá la esquizofrenia en 5 palabras o en 5 frases que después se compartirán para todos los grupos. Se apuntarán en la pizarra, se comentarán y se reflexionará sobre lo escrito.	
Ejercicio “ Esquizofrenia”	
Objetivo	Complementar la teoría para mejorar la comprensión sobre el tema con un vídeo.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: vídeo con discusión
Duración	15 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Ordenador, reproductor, mesas y sillas.
Explicación	
Tras dar la clase teórica sobre la esquizofrenia, se reproducirá un vídeo para complementar dicha teoría y fomentar una mejora de comprensión sobre el temario. Se reproducirá para todo el grupo y después, se crearán grupos más pequeños de 4-5 personas para comentar lo visto (dudas, aclaraciones etc.). Tras comentarlo en pequeños grupos, expondrán lo comprendido para todos los grupos.	
Ejercicio “Juntando”	
Objetivo	Identificar y definir los diferentes tipos de esquizofrenia y las características de cada tipo.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: lección participativa
Duración	15 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Pizarra digital, rotulador, hojas bolígrafo/lápiz, mesas y sillas
Explicación	
Se dividirán en grupos pequeños de 4-5 personas, en las hojas repartidas tendrán escrito los diferentes tipos de esquizofrenia y cada grupo deberá escribir las características de cada tipo. Después, se expondrá en todo el grupo y se complementará la información y se debatirá sobre lo escrito.	
Ejercicio “Más allá del mito”	
Objetivo	Reflejar la vida diaria de una persona con esquizofrenia.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: lectura con discusión.
Duración	15 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero

Recursos	Hojas, mesas y sillas.
Explicación	
Mostrar el cómic, el testimonio de tres personas que padecen esquizofrenia y fomentar un mayor conocimiento de la enfermedad. Después, si existen dudas, se aclarará en grupo.	
Ejercicio “Kahoot”	
Objetivo	Evaluar los objetivos de la primera sesión.
Tipo de técnica	Técnica de investigación: cuestionario
Duración	20 minutos
Agente de salud	Enfermero/enfermera
Recursos	Móviles, ordenador y reproductor.
Explicación	
De manera individual (si no es posible en parejas) cada participante cogerá su móvil, se meterá en internet, seguirá las indicaciones del agente de salud y deberán responder a las preguntas que aparecerán en el reproductor sobre el temario.	

Tabla 4: Actividades pedagógicas del 1. tema. Fuente: realización propia.

2. Tema. Qué es el estigma y la relación de éste con la salud mental.

Objetivos:

- Definir qué es el estigma.
- Identificar las falsas creencias de la esquizofrenia

Contenido temático y actividades pedagógicas (mirar anexos 25-30):

Ejercicio “Escala AQ 27-e”	
Objetivo	Como profesionales de la salud, identificar actitudes que pueden causar estigma.
Tipo de técnica	Técnica de investigación: cuestionario
Duración	15 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Hojas, mesas, sillas y bolígrafo/lápiz.
Explicación	
De manera individual responderán a una serie de preguntas, auto-reflexionarán y harán autocrítica de sus respuestas.	
Ejercicio “Conociendo los pensamientos que pueden causar estigma”	
Objetivo	Reflejar los prejuicios que tienen los participantes hacia la enfermedad.

Tipo de técnica	Técnica de investigación: cuestionario
Duración	30 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Hojas, lápiz/bolígrafo, mesas y sillas.
Explicación	
De manera individual responderán a las preguntas del cuestionario y después, se pondrán en grupos de 4-5 personas para que cada miembro del grupo argumente las respuestas y llegue a una conclusión que expondrá al grupo entero.	
Ejercicio “Falsas creencias”	
Objetivo	Identificar las falsas creencias de la esquizofrenia.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: exposición con discusión.
Duración	20 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Pizarra digital, rotulador, sillas, mesas y hojas.
Explicación	
El agente de salud leerá las falsas creencias entorno a la esquizofrenia y los participantes deberán debatir en grupo si lo que se ha dicho es cierto o no y porqué. Más tarde, el agente de salud aclarará las falsas creencias.	
Ejercicio “Rompiendo barreas”	
Objetivo	Mostrar la realidad de las enfermedades mentales en general y la esquizofrenia.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: lectura con Discusión.
Duración	20 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Hojas, lápiz/bolígrafo, mesas y sillas.
Explicación	
Se repartirá por grupos de 4-5 personas una hoja con mitos o creencias de la sociedad hacía las enfermedades mentales en general y después, hacía la esquizofrenia. En grupo deberán decidir si las frases que aparecen en la hoja son verdad o mentira. Más tarde, se expondrá a todos los grupos la decisión y el argumento para esa respuesta. Al final, la enfermera/enfermero aclarará si es verdadero o falso.	
Ejercicio “Libera tu mente”	
Objetivo	Complementar con los ejercicios la desaparición de los mitos de las enfermedades mentales.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: vídeo con discusión
Duración	30 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero

Recursos	Ordenador, reproductor, mesas, sillas y pizarra digital.
Explicación	
De manera audiovisual, con un vídeo, complementar los ejercicios con el propósito de acabar con el tema del estigma y los mitos entorno a las enfermedades mentales y la esquizofrenia. Se realizará para todo el grupo. Tras terminar el vídeo, se aclarará dudas entorno al vídeo o sesión.	

Tabla 5: Actividades pedagógicas del 2. tema. Fuente: realización propia.

3. Tema. Consecuencias del estigma en personas que padecen esquizofrenia.

Objetivo:

- Identificar las consecuencias del estigma en las personas que padecen esquizofrenia.

Contenido temático y actividades pedagógicas (mirar anexos 31-34):

Ejercicio “Todo a la luz”	
Objetivo	Identificar los factores de riesgo por padecer esquizofrenia.
Tipo de técnica	Técnica de investigación: tormenta de ideas
Duración	10 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Mesas, sillas, pizarra digital y rotulador.
Explicación	
De manera individual, los participantes irán diciendo que consecuencias creen que tiene padecer esquizofrenia, se irán argumentando y el agente de salud lo irá reflejando en la pizarra. Después, presentará las consecuencias y se aclarará cualquier duda.	
Ejercicio “Crucigrama”	
Objetivo	Integrar de una manera dinámica los factores de riesgo de la esquizofrenia.
Tipo de técnica	Técnica de investigación: cuestionario
Duración	10 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Mesas, sillas, hojas y bolígrafo/lápiz
Explicación	
En grupos de 4-5 personas, rellenar un crucigrama con algunas de las consecuencias de padecer esquizofrenia.	
Ejercicio “Spider”	
Objetivo	Ver la situación de los pacientes que padecen esquizofrenia de manera audiovisual.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: vídeo con discusión
Duración	90 minutos

Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Ordenador, reproductor, mesas, sillas y pizarra digital.
Explicación	
En grupo, verán una película que refleja las consecuencias que trae tener esquizofrenia, manifestarán que consecuencias han detectado y debatirán sobre la película en el grupo entero.	

Tabla 6: Actividades pedagógicas del 3. tema. Fuente: realización propia.

4. Tema: Sensibilización y aproximación a personas que padecen esquizofrenia.

Objetivos:

- Identificar las actitudes que pueden causar estigma hacia la enfermedad.
- Identificar las situaciones de las personas que padecen esquizofrenia.

Contenido temático y actividades pedagógicas (mirar anexos 35-40):

Ejercicio “Cuando hablas algo cambia”	
Objetivo	Normalizar la visión social hacia las personas con enfermedades mentales.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: vídeo con discusión
Duración	15 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Mesas, sillas, reproductor, ordenador y pizarra digital, rotulador.
Explicación	
De manera grupal se mostrarán vídeos para favorecer el habla natural sobre las enfermedades mentales y reflexionarán sobre los obstáculos que nos impide hacerlo. Después, se sentarán en círculo formando grupos de 5-6 personas y hablarán sobre las enfermedades mentales.	
Ejercicio “En la piel de la esquizofrenia”	
Objetivo	Identificar la postura de los participantes reflejándose cómo personas con enfermedad mental.
Tipo de técnica	Técnica de investigación: cuestionario
Duración	20 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Mesas, sillas, bolígrafo/lápiz y hojas.
Explicación	
De manera individual, cada participante responderá el cuestionario intentando posicionarse como enfermo mental y reflexionando sobre las respuestas. Después, se lo entregará al agente de salud.	
Ejercicio “El espejo de la esquizofrenia”	

Objetivo	Mostrar la realidad que perciben las personas que padecen esquizofrenia.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: exposición con discusión.
Duración	40 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Hojas, mesas, bolígrafo/lápiz y sillas.
Explicación	
En grupo mostrarán comentarios dichos por personas con esquizofrenia sobre diferentes temas y reflexionarán sobre ello. Después, argumentarán y describirán los sentimientos o pensamientos que se les ha pasado por la cabeza y el agente de salud lo apuntará en una hoja. Más tarde, se contrastarán algunas de las respuestas con el ejercicio anterior para mostrar diferencias y semejanzas. Al final, cada uno en la misma hoja del ejercicio anterior, que devolverá el agente de salud, hará una pequeña reflexión.	
Ejercicio “¿Te apuntas al pensamiento positivo?”	
Objetivo	Impulsar la empatía hacia las personas con enfermedad mental.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: vídeo con discusión
Duración	15 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Mesas, sillas, reproductor, ordenador y pizarra digital.
Explicación	
En grupo, mediante recurso audiovisual, un vídeo, debatirán sobre lo visto en el vídeo y compartirán en grupo lo que piensan.	
Ejercicio “Piel con piel”	
Objetivo	En contacto directo, empatizar y reflexionar sobre nuestras actitudes hacia la enfermedad.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: exposición con discusión
Duración	30 minutos
Agente de salud	Voluntario Agifes y enfermero/enfermera
Recursos	Hojas, mesas, sillas y bolígrafo/lápiz
Explicación	
Una vez posicionados en grupos, acudirá un voluntario para expresar su experiencia con la esquizofrenia y el grupo, tras escuchar las vivencias del voluntario, reflexionará sobre lo escuchado. Al final de la sesión el voluntario aclarará dudas que hayan surgido tras la exposición.	
Ejercicio “Aislamiento”	
Objetivo	Simular el sentimiento de soledad que perciben las personas que padecen esquizofrenia.
Tipo de técnica	Técnica de desarrollo de habilidades: simulación operativa
Duración	30 minutos

Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Sala de audiometría, hojas, bolígrafo/lápiz, mesas y sillas.
Explicación	
En grupos de 4-5 personas entrarán en la sala para realizar prácticas y el agente de salud explicará el procedimiento. Deberán entrar de manera individual a la cabina de audiometría, permanecer unos minutos aislados y escribir al salir en una hoja que les dará el agente de salud, qué es lo que han sentido al estar en la cabina aislados.	
Ejercicio “Contención mecánica”	
Objetivo	Simular una contención.
Tipo de técnica	Técnica de desarrollo de habilidades: demostración con entrenamiento
Duración	30 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Papel, bolígrafo/lápiz, camas y material para contención mecánica.
Explicación	
En grupos de 4-5 personas, primero la enfermera/enfermero realizará una demostración de cómo deben ponerse los puntos de sujeción. Después, una persona hará de enfermo mental y las demás de profesionales sanitarios y realizarán la contención mecánica con sujeción de 6 puntos. Tras finalizar, ambos grupos expresarán lo que han sentido (si desean de manera escrita).	

Tabla 7: Actividades pedagógicas del 4. tema. Fuente: realización propia.

5. Tema: Implicación de los profesionales de salud.

Objetivos:

- Identificar una correcta asistencia ante una persona con esquizofrenia.
- Determinar cómo debe comportarse un profesional de la salud ante una persona que padezca esquizofrenia.

Contenido temático y actividades pedagógicas (mirar anexos 41-47):

Ejercicio “Hecho o ficción”	
Objetivo	Tratar la esquizofrenia desde el punto de vista del enfermo.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: lectura con discusión
Duración	10 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Hojas, bolígrafo/lápiz, mesas y sillas.
Explicación	
En grupos de 4-5 personas, pero de manera individual, leerán el testimonio de una persona que padece esquizofrenia y después, en grupos de 4-5 personas, reflexionarán sobre lo leído y recalcarán lo que más les ha impresionado o sorprendido del testimonio.	

Ejercicio “Plan de salud estandarizado en la esquizofrenia”	
Objetivo	Describir la intervención que deben realizar las enfermeras en caso de tener paciente con esquizofrenia.
Tipo de técnica	Técnica de exposición: lección participativa.
Duración	10 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Hojas, mesas, sillas, pizarra digital, rotulador y bolígrafo/lápiz.
Explicación	
En grupo mostrarán el plan estandarizado de la esquizofrenia y, por patrones, cómo hay que valorar e intervenir. Después, expresarán dudas o cualquier cosa sobre el tema.	
Ejercicio “Caso clínico”	
Objetivo	Identificar un caso de esquizofrenia y evaluar los conocimientos adquiridos.
Tipo de técnica	Técnica de análisis: ejercicio
Duración	15 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Hojas, bolígrafo/lápiz, mesas y sillas.
Explicación	
Cada grupo de 4-5 personas tendrá un caso diferente. Deberá leerlo y responder a las preguntas. Después, el caso se leerá para todo el grupo, argumentarán las respuestas y entre el grupo entero se debatirá.	
Ejercicio “Rol-playing”	
Objetivo	Saber actuar ante una crisis de una persona que padece esquizofrenia.
Tipo de técnica	Técnicas de desarrollo de habilidades: rol-playing
Duración	30 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Mesas, sillas, hojas y bolígrafo/lápiz.
Explicación	
En grupos de 10-15 personas se reunirán en el seminario. Se repartirán en parejas y simularán una actuación ante una persona con esquizofrenia. El agente de salud antes dará unas instrucciones de cómo debe comportarse la persona que asista ante la crisis. Al terminar, se evaluará la actuación en grupo y expresarán que ha hecho bien y que mal. Después, otra pareja hará el rol-playing.	
Ejercicio “Tu toque especial”	
Objetivo	Reforzar positivamente.

Tipo de técnica	Técnicas de exposición: vídeo con discusión
Duración	5 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Reproductor, ordenador, pizarra digital, mesas y sillas.
Explicación	
En grupo, con un vídeo, reforzar positivamente a esas personas que fomentan la rehabilitación psicosocial como son los profesionales sanitarios.	
Ejercicio “Pensamiento reflexivo”	
Objetivo	Realizar autocrítica y autorreflexión.
Tipo de técnica	Técnica de análisis: ejercicio
Duración	15 minutos
Agente de salud	Enfermera/enfermero
Recursos	Hojas, lápiz/bolígrafo, mesas y sillas.
Explicación	
De manera individual, reflexionarán y harán crítica sobre lo aprendido en el curso.	

Tabla 8: Actividades pedagógicas del 5. tema. Fuente: realización propia.

4.7 Cronograma

A continuación, en el cronograma se resumirá la realización del curso. El programa se repartirá en dos turnos: turno de tarde y turno de mañana. De esta manera, se posibilitará la participación del mayor número de enfermeras/enfermeros. 5 temas serán tratados en 6 sesiones (cada uno con actividades adaptadas para el temario) y cada uno aproximadamente durará 2h.

	FECHAS, HORARIOS Y LUGAR	ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS	DURACIÓN	AGENTES DE SALUD	RECURSOS
1. SESIÓN 1.TEMA	02/03/2020 LUNES 10:00-12:00/16:00-18:00 AULA 2.1	“¿Qué es la esquizofrenia?” “Esquizofrenia” “Juntando” “Kahoot” “Más allá del mito”	120 minutos (60-60) Descanso 20	Enfermera/ enfermero	Mesas, sillas, hojas, bolígrafos/lápiz, pizarra digital, rotulador para pizarra digital, ordenador, reproductor y móviles.
2. SESIÓN 2.TEMA	04/03/2020 MIÉRCOLES 10:00-12:00/16:00-18:00 AULA 2.1	“Escala Aq 27-e” “Conociendo los pensamientos que pueden causar estigma” “Falsas creencias” “Rompiendo barreas” “Libera tu mente”	120 minutos (60-60) Descanso 20	Enfermera/ enfermero	Mesas, sillas, hojas, bolígrafos/lápiz, pizarra digital, rotulador para pizarra digital, ordenador, y reproductor.
3. SESIÓN 3.TEMA	06/03/2020 VIERNES 10:00-12:00/16:00-18:00 SEMINARIO 1.1	“Todo a la luz” “Crucigrama” “Spider”	120 minutos (60-60) Descanso 20	Enfermera/ enfermero	Mesas, sillas, hojas, bolígrafos/lápiz, pizarra digital, rotulador para pizarra digital, ordenador y reproductor.

4. SESIÓN 4.TEMA	09/03/2020 LUNES 10:00-12:00/16:00-18:00 AULA 2.1	“Cuando hablas algo cambia” “El espejo de la esquizofrenia” “En la piel de la esquizofrenia” ¿Te apuntas al pensamiento positivo?	120 minutos (60-60) Descanso 20	Enfermera/ enfermero Voluntario Agifes	Mesas, sillas, hojas, pizarra digital, rotulador para pizarra digital, ordenador, reproductor y bolígrafos/lápiz.
5. SESIÓN 4.TEMA	11/03/2020 MIÉRCOLES 10:00-12:00/16:00-18:00 CLASE PRÁCTICA 1	Contención mecánica. Aislamiento “Piel con piel”	120 minutos (60-60) Descanso 20	Enfermera/ enfermero	Sala de audiometría, camas, material para contención y sillas.
6. SESIÓN 5.TEMA	13/03/2020 VIERNES 10:00-12:00/16:00-18:00 SEMINARIO 1.1	“Casos clínicos” “Plan de salud estandarizado en la esquizofrenia” “Hecho o ficción” “Rol-playing” “Pensamiento reflexivo” “Tu toque especial”	120 minutos (60-60) Descanso 20	Enfermera/ enfermero	Pizarra digital, rotulador para pizarra digital, hojas, lápiz/bolígrafo, mesas y sillas.

Tabla 9: Cronograma. Fuente: Propia.

4.8 Planificación de la evaluación

En el proceso de evaluación hay que tener en cuenta varios aspectos. A continuación, en la tabla se especifica qué, quién, cuándo y cómo se va a evaluar el programa.

LO QUE SE VA A EVALUAR		EL AGENTE QUE VA A EVALUAR	CÓMO SE VA A EVALUAR	CUÁNDO SE VA A EVALUAR
ESTRUCTURA	Adecuación de los recursos	Grupo-diana Los agentes de salud	Mediante el cuestionario para el grupo diana. Mediante el cuestionario para los agentes de salud.	Tras la última sesión del programa de educación para la salud.
PROCESO	Adecuación de las actividades	Grupo-diana Los agentes de salud	Mediante el cuestionario para el grupo diana. Mediante el cuestionario para los agentes de salud.	En la última sesión del programa de educación para la salud.
	Realización de las actividades	Los agentes de salud	Mediante el cuestionario para el grupo diana. Mediante el cuestionario para los agentes de salud.	En la última sesión del programa de educación para la salud.
OBJETIVOS	Objetivos pedagógicos	Los agentes de salud	Mediante las actividades planteadas y cuestionarios.	Se evaluará de forma continua a lo largo de las sesiones.

Tabla 10. Planificación de evaluación del programa de educación para la salud. Fuente: realización propia.

En total, se realizarán dos cuestionarios para evaluar la estructura y el proceso del programa, uno dirigido al grupo diana (mirar 47. anexo) y otro a los agentes de salud (mirar 48. anexo).

Por último, la valoración de los objetivos pedagógicos del grupo diana se realizará en el transcurso del programa, en cada sesión, mediante: observaciones sistemáticas, cuestionarios etc. (23). Además, para complementar la valoración de los objetivos pedagógicos de manera más englobada, se ha realizado un tercer cuestionario dirigido al grupo diana que se impartirá al principio de la segunda sesión y tras finalizar la última sesión.

5. APORTACIÓN PERSONAL

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que se clasifica como graves y es la que más estigma padece. Por tanto, requiere de conocimientos, actitudes, habilidades e inversión económica por parte de la sanidad, con el objetivo de proporcionar una mejor adherencia a la medicación (menor porcentaje de recaídas) e impulsar el hecho de acudir a los servicios sanitarios (mayor probabilidad de reinserción).

Por ello, este programa de educación para la salud pretende aportar el desarrollo de actitudes, conocimientos y habilidades en los profesionales de enfermería para el problema de salud pública que supone la esquizofrenia, hacer frente al estigma y obtener una buena calidad de cuidados.

El programa plantea métodos basados en evidencia científica y muestra la efectividad de implantar en los programas los vídeos, el contacto social y la adquisición de conocimientos (4,13,24,25,26).

Con el propósito una vez cumplido, los profesionales de enfermería podrán aportar una disminución del estigma que favorecerá la calidad de cuidados y la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, mayor habilidad ante brotes agudos y mejor calidad asistencial. Todo eso supondrá un ahorro económico en la sanidad y una menor carga.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Esquizofrenia 24x7 [Internet]. España: Janssen-Cilag; 2013 [actualizada el 23 de mayo de 2017; acceso 3 de enero de 2020]. Acerca de la esquizofrenia. Disponible en: <https://www.esquizofrenia24x7.com/sobre-esquizofrenia>
2. Agifes. Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental [Internet]. San Sebastián: Agifes; 2011 [acceso 3 de enero de 2020]. Esquizofrenia. Disponible en: <https://agifes.org/es/enfermedad-mental/esquizofrenia>
3. Janssen [Internet]. Panamá: Janssen; Septiembre del 2017 [consultado 3 de enero de 2020]. Comunicados de prensa. La esquizofrenia y su impacto en la vida productiva de las personas. Disponible en: https://www.janssen.com/sites/www_janssen_com_centralamericaandthecaribbean/files/3%20La%20esquizofrenia%20y%20su%20impacto%20en%20la%20vida%20productiva%20de%20las%20personas.pdf
4. Palacios D, Martín EA, Elías A, Garate A, Pérez J, García E. The impact of a short-term cohousing initiative among schizophrenia patients, high school students, and their social context: A qualitative case study. PLoS ONE [Internet] 2018 [acceso 19 de noviembre de 2019]; 13(1): 1-20. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0190895&type=printable>
5. Avifes. Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental [Internet]. Bilbao: Avifes; 2014 [acceso el 16 de marzo de 2020]. Enfermedad mental. Disponible en: <https://avifes.org/enfermedad-mental/>
6. OMS [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [acceso 3 de enero de 2020]. Esquizofrenia. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
7. Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental [Internet]. Madrid: CIBERSAM; [acceso 4 de enero de 2020]. Esquizofrenia. Disponible en: <https://www.cibersam.es/programas-de-investigacion/esquizofrenia>
8. Osakidetza [Internet]. Osakidetza; 2019 [revisado 29 agosto de 2019; acceso el 3 de enero de 2020]. Esquizofrenia. Disponible en: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/esquizofrenia/ab84-oessmcon/es/>
9. OECD/EU [Internet]. Paris: OECD; 2018 [acceso el 3 de diciembre de 2019]. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Disponible en: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
10. World Health Organization [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [acceso el 3 de enero de

- 2020]. Invertir en salud mental. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42897>
11. Chang N, Ribot VC, Pérez V. Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. Rev haban cienc méd [Internet] 2018 [acceso 19 de noviembre de 2019]; 17(5):705-719. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2415>
 12. Ochoa S, Martínez F, Ribas M, García-Franco M, López E, Villellas R et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2011; 31(111): 477-489. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n3/original4.pdf>
 13. Bamgbade BA, Ford KH, Barner JC. Impact of a Mental Illness Stigma Awareness Intervention on Pharmacy Student Attitudes and Knowledge. Am J Pharm Educ [Internet] 2016 [acceso 19 de noviembre de 2019]; 80(5): 1-11. Disponible en: <https://www.ajpe.org/content/80/5/80>
 14. Giandoto J, Stephenson J, Edward KL. General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: Systematic review and meta-analysis. Int J Ment Health Nurs [Internet] 2018 [acceso 19 de noviembre de 2019]; 27(3): 1-28. Disponible en: <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/34067/1/Submitted%20version%20IJMHN.pdf>
 15. National Institute of Mental Health [Internet]. Estados Unidos: NIH; 2011 [actualizada en septiembre del 2017; consultado el 16 de marzo de 2020]. La esquizofrenia. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/index.shtml>.
 16. Confederación Salud Mental España. Confederación Salud Mental España [Internet]. Madrid: Confederación Salud Mental España; 2010 [actualizada en junio de 2015; acceso 16 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://consaludmental.org/>
 17. Osakidetza [Internet]. Vitoria: Osakidetza; 2017 [acceso el 23 de marzo de 2020]. Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020. Disponible en: <https://www.atelpv.com/2018/01/26/retos-y-proyectos-estrategicos-de-osakidetza-2017-2020/>
 18. FEDEAFES [Internet]. Euskadi: FEDEAFES; 2012 [acceso el 16 de marzo de 2020]. Quienes somos. Disponible en: <http://www.fedeafes.org/about/quienes-somos/>
 19. Agifes. Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental [Internet]. San Sebastián: Agifes; 2011 [acceso 3 de enero de 2020]. Campañas. Disponible en: <https://agifes.org/es/campanas/tu-relacion-mas->

complicada

20. Avifes. Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental [Internet]. Bilbao: Avifes; 2014 [acceso el 16 de marzo de 2020]. Lucha contra el estigma. Disponible en: <https://avifes.org/lucha-contra-el-estigma/>
21. Asafes. Asociación Alavesa de Familiares y Personas con Enfermedad Mental [Internet]. Vitoria: Asafes; 2014 [acceso el 16 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.asafes.org/wcas/index.asp>
22. Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of Disorders of the Brain in Spain. PLoS ONE [Internet] 2014 [acceso 19 de noviembre de 2019]; 9(8): e105471. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
23. Pérez MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. Manual de educación para la salud. [Internet]. Navarra: Gobierno de Navarra; 2006 [acceso el 20 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.navarra.es/nr/rdonlyres/049b3858-f993-4b2f-9e332002e652eba2/194026/manualdeeducacionparalasalud.pdf>
24. VM Frías, JR Fortuny, S Guzmán, P Santamaría, M Martínez, V Perez. Estigma: La relevancia del contacto social en el trastorno mental. Stigma the relevance of social contact in mental disorder. *Enferm Clínica*. 2018; 28(2): 111-117. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862117300803>
25. M Janoušková, E Tušková, A Weissová, P Trančík, J Pasz,, S Evans-Lacko et al. Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review. *Eur Psychiatry*. 2017; 41: 1-9. ISSN 0924-9338. Disponible en: <http://eprints.lse.ac.uk/77901/>
26. PW Corrigan, SB Morris, PJ Michaels, JD Rafacz, N Rüsck. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcomes studies. *Psychiatr Serv*. 2012; 63(10): 963-973. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>

7. ANEXOS

Anexo 1: Prevalencia de suicidio en Europa.

Figure 1.5. **Men are more likely to die from suicide in all EU countries**

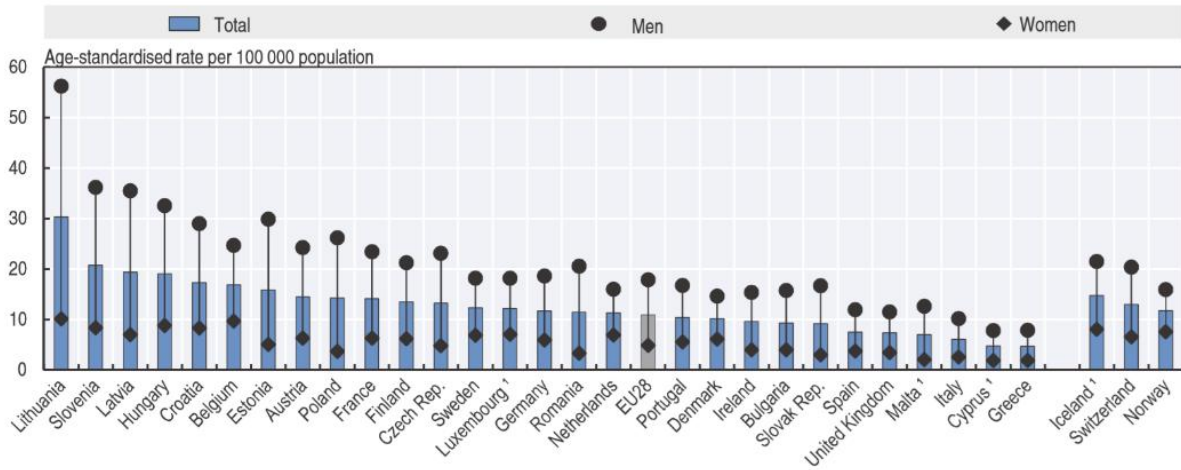


Imagen 1: Prevalencia de suicidio en Europa, comparación entre hombres y mujeres. Fuente:(9).

Anexo 2: Tasa de suicidios en Europa.

Figure 1.4. **The number of deaths from mental health problems and suicides generally increases with age**

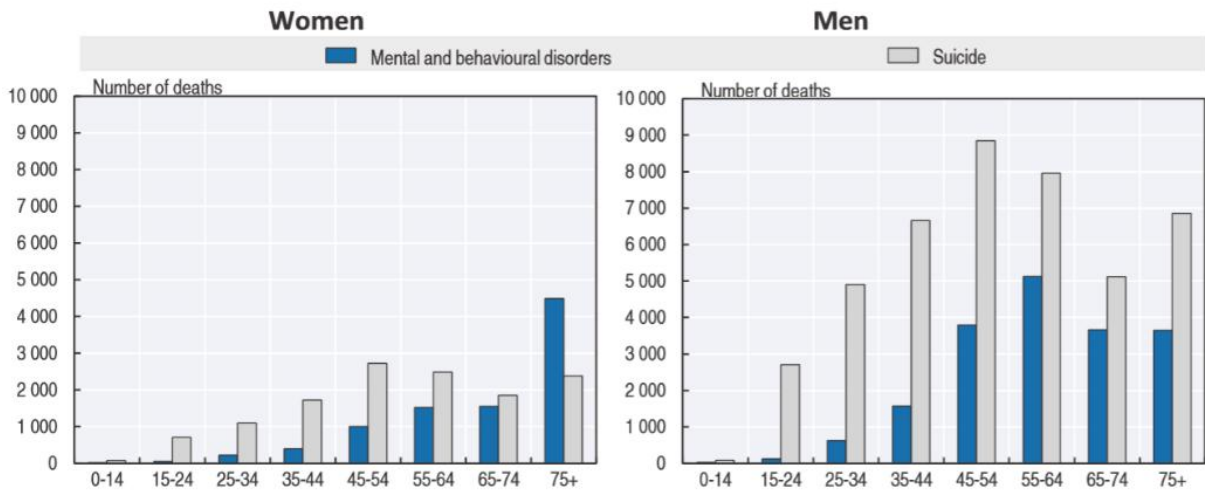


Imagen 2: Tasa de suicidios en Europa por edad. Fuente:(9).

Anexo 3: Factores de la esquizofrenia.



Imagen 3: Factores de predisposición, precipitantes y de mantenimiento en la esquizofrenia. Fuente:(1)

Anexo 4: Discapacidad mundial.



Imagen 4: Discapacidad de los trastornos neuropsiquiátricos en el mundo según la OMS. Fuente:(10).

Anexo 5: Porcentaje de discapacidad por enfermedad.



Imagen 5: Porcentaje de discapacidad de diferentes enfermedades en 2001. Fuente:(10).

Anexo 6: Porcentaje de personas tratadas y no tratadas según la enfermedad.

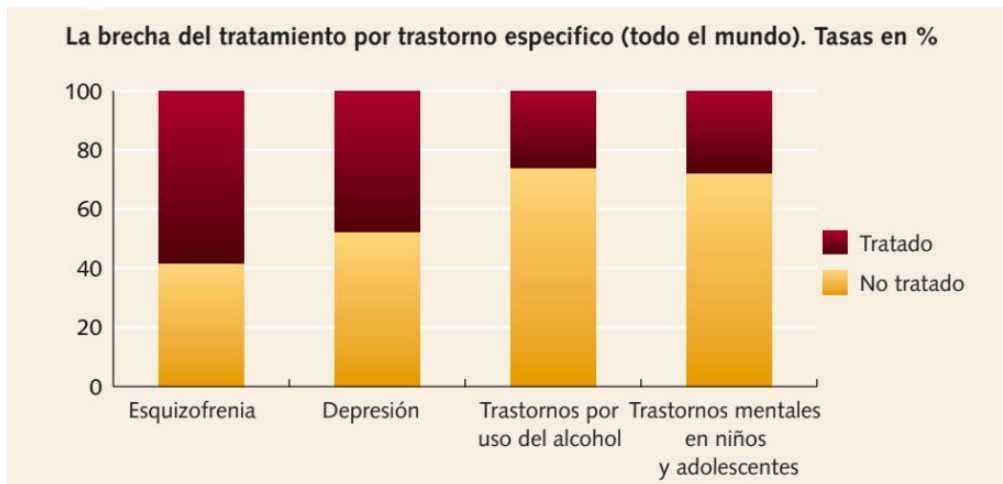


Imagen 6: La brecha del tratamiento por trastorno específico en todo el mundo en porcentaje. Fuente:(10).

Anexo 7: Efectos de tratamiento en la discapacidad.

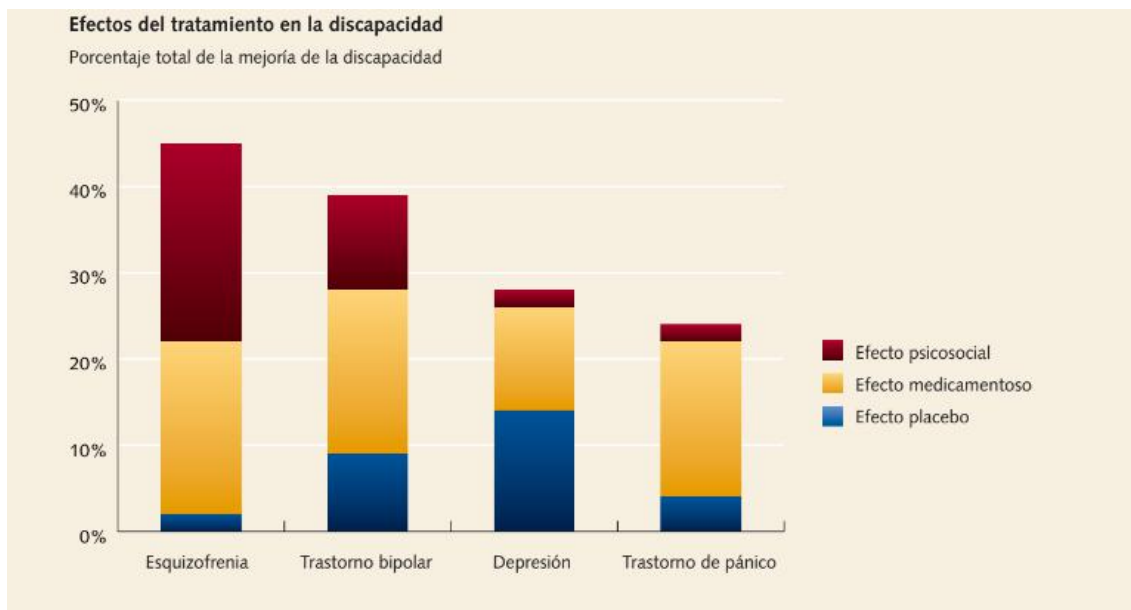


Imagen 7: Porcentaje total de la mejoría de la discapacidad. Fuente:(10).

Anexo 8: Recuperación de la esquizofrenia.



Imagen 8: Las fases de recuperación en la esquizofrenia. Fuente:(1).

Anexo 10: Coste estimado en salud mental por países.

Table 1.1. Estimates of total costs (direct and indirect) of mental health problems in EU countries, in million EUR and as a share of GDP, 2015

	Total costs		Direct costs				Indirect costs	
	in million EUR	% of GDP	On health systems		On social benefits		On the labour market	
			in million EUR	% of GDP	in million EUR	% of GDP	in million EUR	% of GDP
EU28	607 074	4.10	194 139	1.31	169 939	1.15	242 995	1.64
Austria	14 930	4.33	4 686	1.36	3 902	1.13	6 342	1.84
Belgium	20 740	5.05	5 447	1.33	5 845	1.42	9 448	2.30
Bulgaria	1 067	2.36	448	0.99	299	0.66	320	0.71
Croatia	1 785	4.01	525	1.18	537	1.21	724	1.63
Cyprus	569	3.21	203	1.14	144	0.81	223	1.25
Czech Republic	4 132	2.45	1 727	1.02	1 046	0.62	1 360	0.81
Denmark	14 627	5.38	3 431	1.26	5 563	2.05	5 633	2.07
Estonia	572	2.81	210	1.03	167	0.82	196	0.96
Finland	11 140	5.32	2 576	1.23	3 884	1.85	4 681	2.23
France	81 345	3.71	29 337	1.34	26 437	1.20	25 570	1.17
Germany	146 536	4.81	43 421	1.43	40 939	1.35	62 177	2.04
Greece	5 311	3.01	2 241	1.27	1 440	0.82	1 630	0.92
Hungary	3 454	3.12	1 417	1.28	703	0.64	1 333	1.20
Ireland	8 299	3.17	2 232	0.85	1 891	0.72	4 176	1.59
Italy	54 487	3.30	20 221	1.22	15 787	0.96	18 478	1.12
Latvia	789	3.24	270	1.11	169	0.70	350	1.44
Lithuania	990	2.64	372	0.99	266	0.71	352	0.94
Luxembourg	1 634	3.14	413	0.79	701	1.35	520	1.00
Malta	314	3.29	132	1.38	40	0.42	142	1.50
Netherlands	34 969	5.12	8 534	1.25	11 069	1.62	15 367	2.25
Poland	12 952	3.01	5 113	1.19	3 235	0.75	4 604	1.07
Portugal	6 580	3.66	2 048	1.14	1 652	0.92	2 880	1.60
Romania	3 400	2.12	1 510	0.94	737	0.46	1 153	0.72
Slovak Republic	2 061	2.61	655	0.83	599	0.76	807	1.02
Slovenia	1 602	4.13	507	1.31	308	0.79	786	2.02
Spain	45 058	4.17	14 415	1.33	12 318	1.14	18 325	1.70
Sweden	21 677	4.83	5 696	1.27	7 558	1.68	8 423	1.88
United Kingdom	106 024	4.07	36 353	1.40	22 704	0.87	46 967	1.80
Iceland	753	4.93	201	1.31	265	1.73	288	1.88
Norway	17 299	4.97	4 965	1.43	6 384	1.83	5 950	1.71
Switzerland	21 679	3.54	5 769	0.94	7 023	1.15	8 888	1.45

Source: OECD estimates based on Eurostat Database and other data sources (see Box 1.2 on sources and methodology on direct and indirect costs).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933834034>

Imagen 10: Costes estimados en salud mental en Europa por países. Fuente:(9).

Anexo 11: Coste por paciente y social por enfermedad.

	Number of patients	Per-patient cost (€, 2010)				Societal costs (€ million, 2010)			
		Direct healthcare costs	Direct non-medical costs	Indirect costs	Total	Direct healthcare costs	Direct non-medical costs	Indirect costs	Total
Addiction ^a	1,437,560	1,335	867	1,315	3,517	1,919	1,247	1,890	5,056
Anxiety disorders	6,238,499	689	24	948	1,661	4,300	150	5,914	10,365
Brain tumor ^a	20,695	12,428	0	6,826	19,254	257	0	141	398
Child/Adolescent disorders ^a	480,074	392	3,021	0	3,413	188	1,450	0	1,638
Dementia	608,711	5,830	19,473	0	25,303	3,549	11,853	0	15,402
Eating disorders ^a	131,049	364	45	90	499	48	6	12	65
Epilepsy	225,346	4,734	619	1,827	7,180	1,067	140	412	1,618
Headache	13,909,125	233	0	168	402	3,244	0	2,341	5,585
Intellectual disability ^a	376,777	6,409	3,203	0	9,612	2,415	1,207	0	3,622
Mood disorders ^c	3,002,725	1,514	469	1,601	3,584	4,546	1,410	4,807	10,763
Multiple sclerosis	36,193	12,291	12,495	12,160	36,946	445	452	440	1,337
Neuromuscular disorders ^d	23,003	4,605	3,227	14,185	22,016	106	74	326	506
Parkinson's disease	79,789	8,614	4,866	9,612	23,091	687	388	767	1,842
Personality disorders ^a	396,532	697	583	3,979	5,259	276	231	1,578	2,085
Psychotic disorders ^b	453,650	5,870	0	11,705	17,576	2,663	0	5,310	7,973
Sleep disorders ^a	4,072,265	396	0	284	680	1,611	0	1,158	2,769
Somatoform disorder ^a	1,852,405	426	0	465	891	789	0	861	1,650
Stroke	644,025	3,461	9,032	835	13,329	2,229	5,817	538	8,584
Traumatic brain injury ^a	335,260	2,412	830	4,183	7,426	809	278	1,403	2,489
Total	34,323,684	908	720	813	2,440	31,149	24,703	27,897	83,749

^aEuropean imputation was used for all costs.

^bEuropean imputation was used for indirect costs.

^cEuropean imputation was used for unipolar depression direct non-medical costs and bipolar disorder indirect and direct non-medical costs.

^dEuropean imputation was used for neuromuscular disorders except for amyotrophic lateral sclerosis.

doi:10.1371/journal.pone.0105471.t003

Imagen 11: Coste por paciente y social de los desórdenes psiquiátricos (esquizofrenia). Fuente:(22).

Anexo 12: Coste anual por caso de tratamiento psiquiátrico.

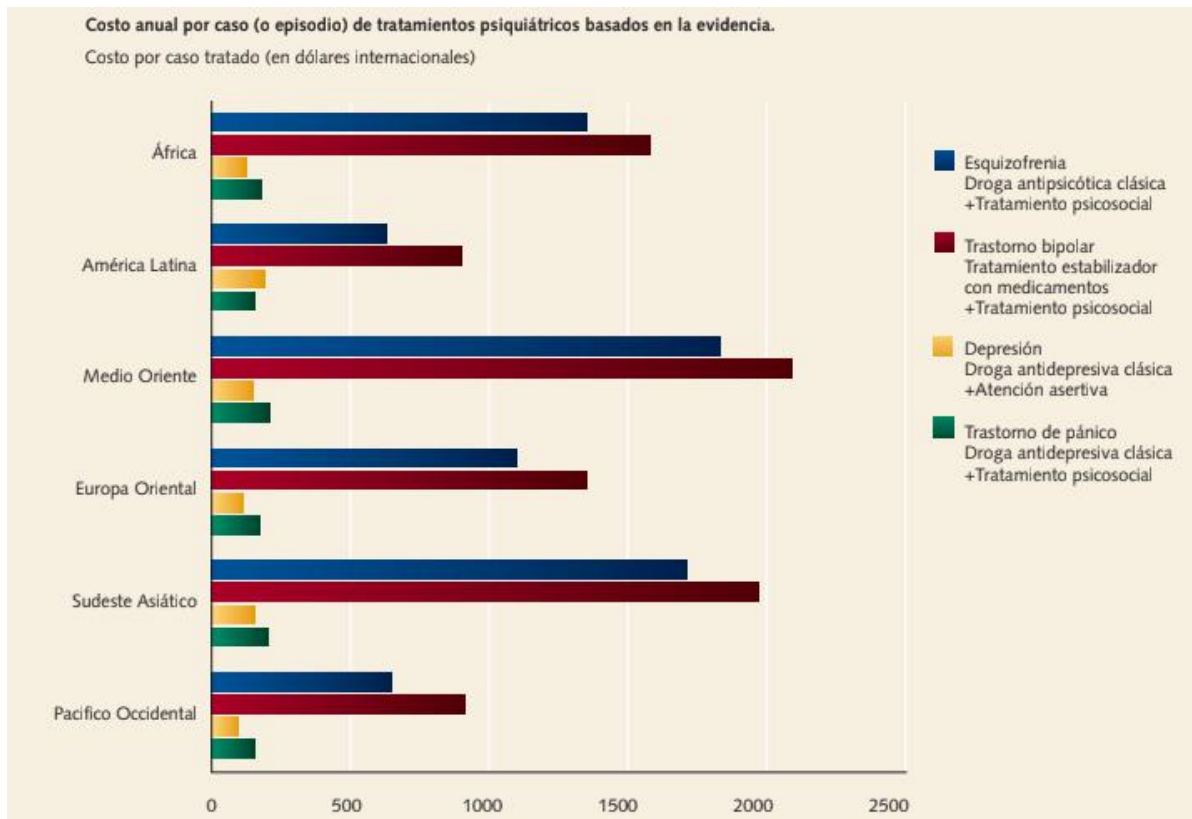


Imagen 12: Coste anual de caso de tratamiento psiquiátrico basado en evidencias. Fuente:(10).

Anexo 13: Coste por paciente según enfermedad.

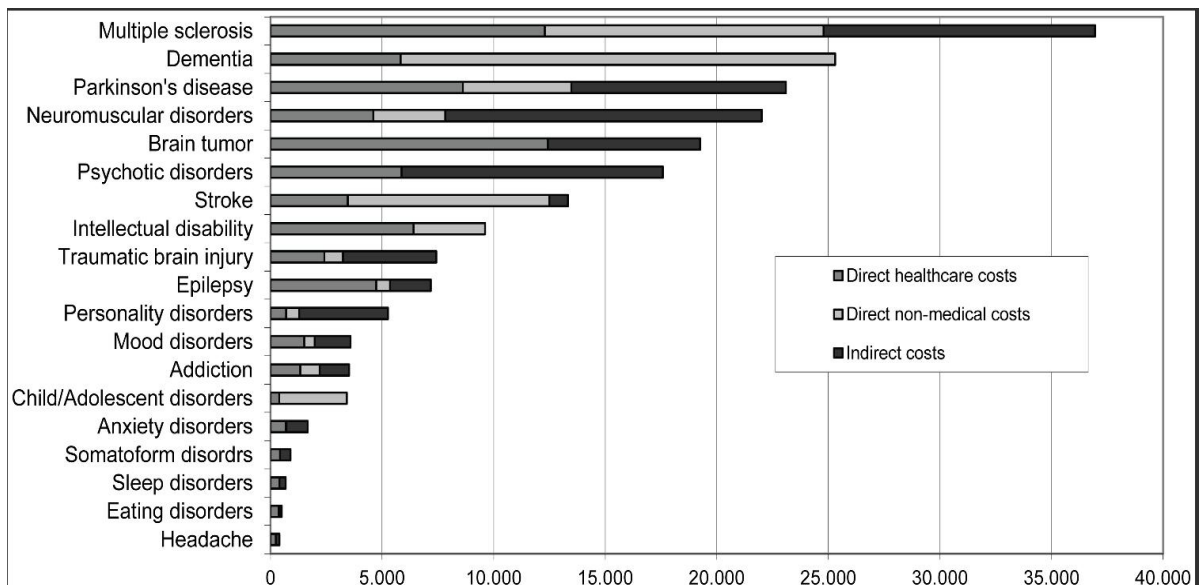


Imagen 13: Coste por paciente con trastorno psicótico (esquizofrenia). Fuente:(22).

Anexo 14: Coste social por enfermedades.

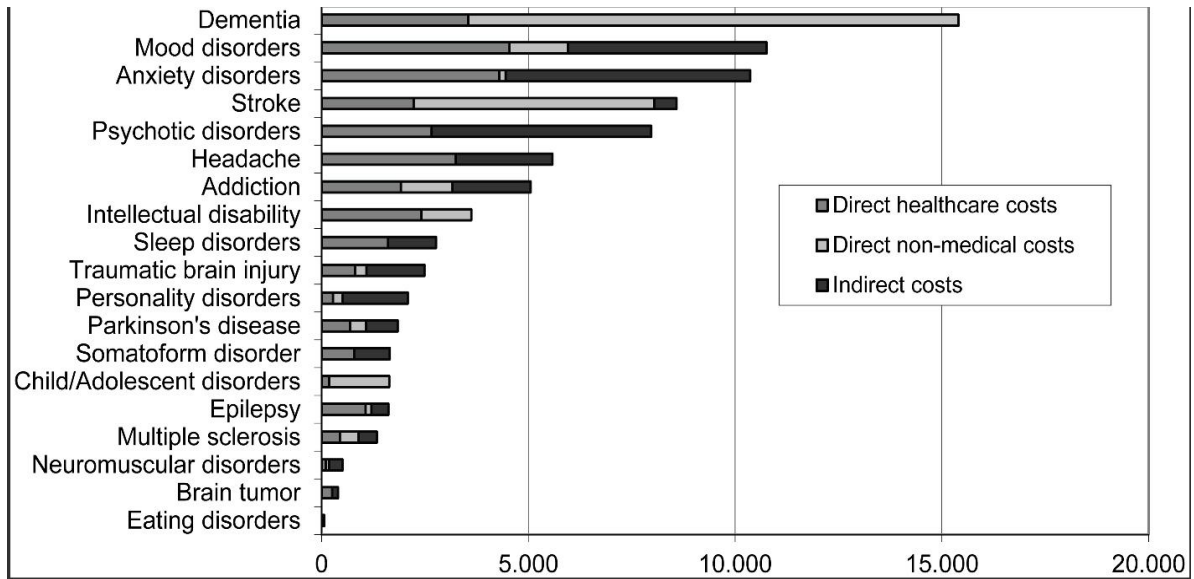


Imagen 14: Coste social del desorden psicótico. Fuente:(22).

Anexo 15: Coste anual por enfermedades en Estados Unidos.

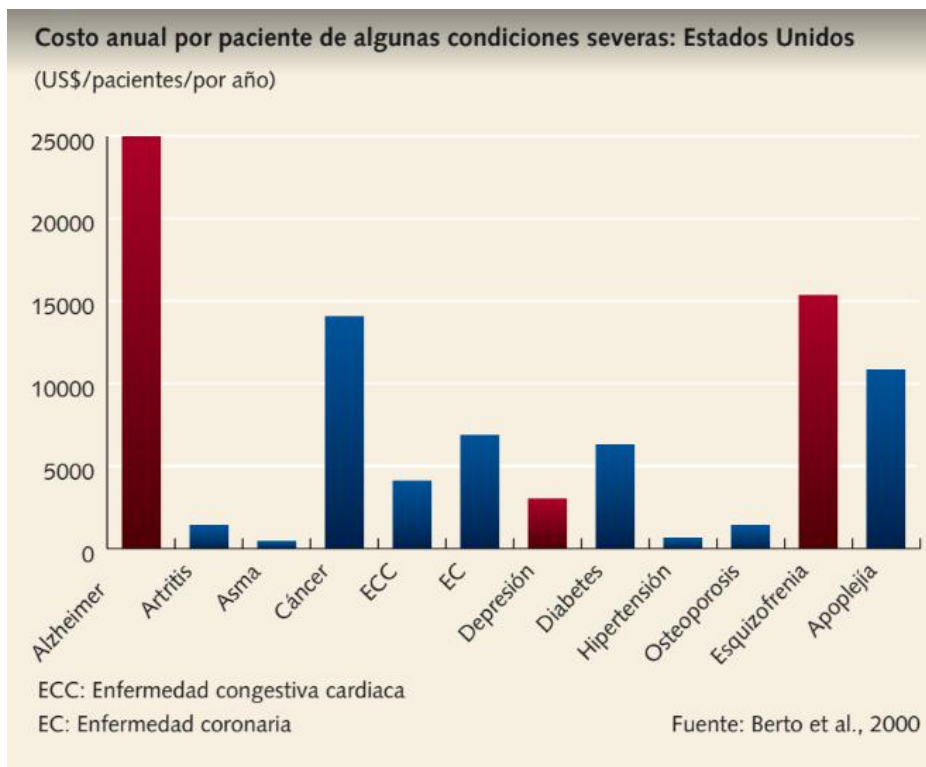


Imagen 15: Comparación del coste anual por paciente de diferentes enfermedades. Fuente:(10).

Anexo 16: Coste por paciente según enfermedad en Estados Unidos.

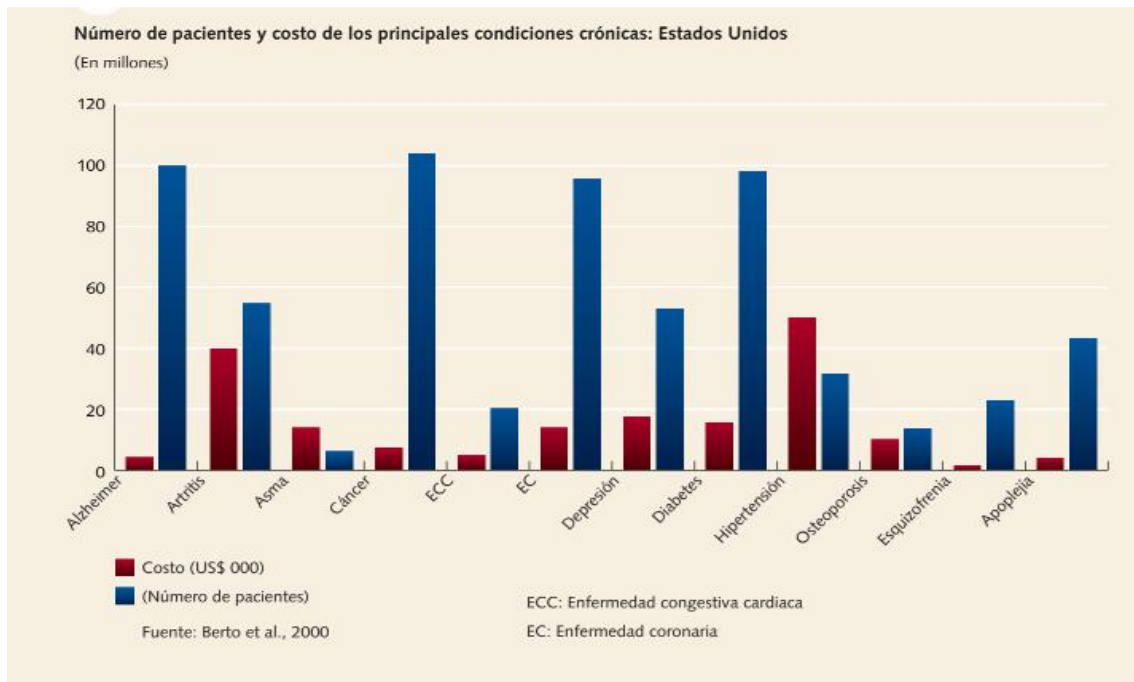


Imagen 16: Coste anual de enfermedades crónicas en Estados Unidos. Fuente:(10).

Anexo 17: Búsqueda estratégica en las bases de datos.

Bases de datos	Búsqueda estratégica	Cantidad de artículos conseguidos	Filtros	Cantidad de artículos conseguidos	Artículos seleccionados
BVS	(tw:(Estigma social)) AND (tw:(Esquizofrenia)) AND (tw:(Educación para la salud))	12	Texto completo. Asunto Principal: Esquizofrenia, Estigma Social, Educación en Salud. Revisión sistemática, Últimos 5 años	1	1
	(tw:(Estigma social)) AND (tw:(Salud mental)) AND (tw:(Educación para la salud))	152	Texto completo. Asunto principal: Estigma Social, Educación en Salud, Trastornos Mentales. Revisión sistemática/Guía de práctica clínica. Inglés/ Español. Últimos 10 años	11	1
	(tw:(esquizofrenia)) AND (tw:(estigma social))	207	Texto completo. Asunto principal: esquizofrenia, estigma social y conocimientos, actitudes y práctica en salud. Revisión sistemática/guía práctica clínica. Inglés/español. últimos 5 años	9	1
	(tw:(ESQUIZOFRENIA)) AND (tw:(REDUCIR EL ESTIGMA SOCIAL)):1	1	-	-	1
	estigma social	7417	Texto completo. Asunto principal: trastornos mentales. Revisión sistemática/guía práctica clínica. Inglés /español. últimos 5 años	36	3
Pubmed	Stigma perspective of health workers	383	systematic reviews. free full text. 5 años	1	1
	Intervention to treat social stigma in schizophrenia	163	Free full text. 5 años	29	2
Trip data base	Social stigma schizophrenia	389	from 2014. systematic reviews	4	1

Cuiden	Estigma social esquizofrenia	3	-	-	1
	Estigma social en esquizofrenia profesionales sanitarios	1	-	-	1

Tabla 11: Búsqueda estratégica en las bases de datos. Fuente: realización propia.

Anexo 18: Búsqueda bibliográfica en páginas webs.

Recursos	Páginas Web	Títulos
Página principal de inicio de un sitio Web	Asafes →	Programas y actividades
	Rae →	-
	Confederación Salud Mental España →	-
Partes de páginas web	OMS →	Esquizofrenia
	Osakidetza →	Esquizofrenia
	Cibersam→	Esquizofrenia
	Esquizofrenia 24x7→	Acerca de la esquizofrenia
	Avifes→	Lucha contra el estigma
	Fedeafes →	Quienes somos
	Agifes →	Esquizofrenia Campañas
	Cognifit →	Esquizofrenia
	Caso clinico →	Caso clínico de esquizofrenia para practicar
	The guardian →	Opinión
Documentos (guías, protocolos, programas etc.)	Gobierno de Navarra →	Manual de educación para la salud.
	OMS→	Invertir en salud mental
	NIH →	La esquizofrenia
	Janssen →	La esquizofrenia y su impacto en la vida productiva de las personas
	OECD →	Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle
	Osakidetza→	Planes de cuidados estandarizados de enfermería en salud mental. Retos y proyectos estratégicos Osakidetza.
	Avifes →	Manual de la esquizofrenia
	Apal →	Historia clínica
	Confederación Salud Mental España →	Más allá del mito

Tabla 12: Búsqueda bibliográfica en páginas web. Fuente: realización propia.

1.SESIÓN
1.TEMA
CONTENIDO TEMÁTICO Y ACTIVIDADES
PEDAGÓGICAS
Anexos 19-24

Anexo 19: Contenido temático 1. tema

Definición	La esquizofrenia es un desorden crónico. Pertenece al grupo de trastornos mentales graves de neuro-desarrollo que tiene una duración prolongada, que conlleva un grado de discapacidad y disfunción social.
Historia	El término fue usado por primera vez en 1911 por el Dr. Eugen Bleuer. El término de esquizofrenia significa mente dividida o fragmentada.
Causa	<p>La causa de la enfermedad se desconoce. Se acepta que está asociada a múltiples factores:</p> <p>Factores predisponentes</p> <ul style="list-style-type: none">• Genéticos• Bioquímicos• Alteraciones durante el embarazo, complicaciones en el parto. <p>Factores ambientales</p> <ul style="list-style-type: none">• Consumo de drogas, traumas, maltrato etc. <p>Factores desencadenantes</p> <ul style="list-style-type: none">• La ocurrencia de sucesos vitales estresantes: pérdida de trabajo, muerte de un ser querido etc. <p>Factores protectores</p> <ul style="list-style-type: none">• Reconocimiento de síntomas• Vida saludable• Cumplimiento de medicación
Prevalencia	Según la OMS estima que el 1% de la población está afectada, lo que supone, 21.000.000 de personas.
Etiología	Los signos suelen aparecer entre los 15-45 años. En casos raros, los niños, también pueden padecer esquizofrenia.
Características	La esquizofrenia pertenece al grupo de psicosis (grave deterioro de la evaluación de la realidad. En consecuencia, pierde la capacidad para realizar las demandas cotidianas de la vida). Se caracteriza por distorsión de la percepción del pensamiento y de las emociones.

<p>Síntomas</p>	<p>La enfermedad se separa en dos grupos de síntomas principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positivos (predomina delirios y alucinaciones) y negativos (predomina falta de motivación, deterioro cognitivo, insociabilidad, apatía). <p>Según la fuente pueden aparecer otros dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cognitivos (dificultades para la concentración y la memoria, falta de atención, falta de percepción en la enfermedad (aceptación y comprensión) y desorganizados (ideas y habla confusa comportamientos sin sentido, gestos arrítmicos y movimientos lentecidos).
<p>Tipos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paranoide: predomina los síntomas positivos y es el más común. • Residual: sobresale fundamentalmente los síntomas negativos. • Catatónico: presenta alteración psicomotora • Hebrefrénica/desorganizada: Lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado, unas alteraciones en las emociones marcadas (afectividad aplanada o inapropiada). Pueden aparecer ideas delirantes y alucinaciones. • Indiferenciada: Cuando una esquizofrenia no reúne los criterios de los subtipos anteriores o presenta varios. • Simple: desaparecido en la clasificación del DSM.
<p>Evolución</p>	<p>1/3 de las personas con diagnóstico de esquizofrenia evolucionan favorablemente hasta la remisión completa de los síntomas.</p> <p>1/3 Se mantienen estables. Recaídas con periodos estables y control de síntomas.</p> <p>1/3 Evolucionan desfavorablemente. Deterioro personal y social.</p>

Tabla 13: Contenido temático 1. tema: aspectos generales de la esquizofrenia. Fuente:(1,2,3,5,15).

Realización propia.

Anexo 20: Ejercicio 1 del 1. tema.

¿Qué es la esquizofrenia?

-

-

-

-

-

Fuente: propia.

Anexo 21: Ejercicio 2 del 1. tema.

ESQUIZOFRENIA VÍDEO

<https://youtu.be/o3nmTDltzRQ>

Fuente: (1).

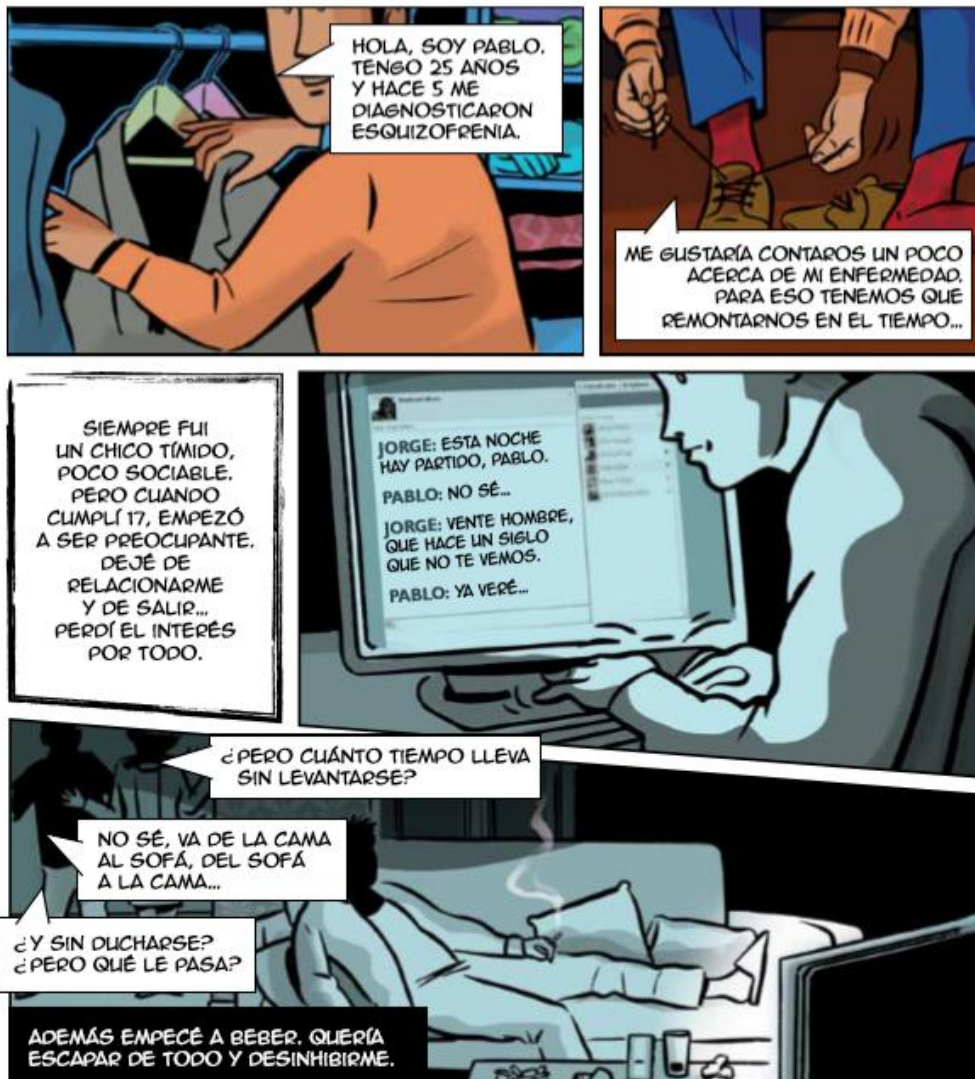
Anexo 22: Ejercicio 3 del 1. tema.

Tipos de esquizofrenia	Características
Esquizofrenia paranoide	
Esquizofrenia desorganizada/ hebefrénica	
Esquizofrenia catatónica	
Esquizofrenia residual	
Esquizofrenia indiferenciada	
Esquizofrenia simple	

Fuente: propia.

MÁS ALLÁ DEL MITO[®]

MI DÍA A DÍA CON LA ESQUIZOFRENIA





PARA CUANDO CUMPLÍ 20, ESTABA MUY CONFLUIDO. DESCONFIABA DE TODOS, Y ESO ME HIZO AISLARME.

DOS NUEVOS SOSPECHOSOS EN EL CASO DE LOS LADRONES DE ARTE...

ESTÁN HABLANDO DE TI. QUIEREN ENCERRARTE...

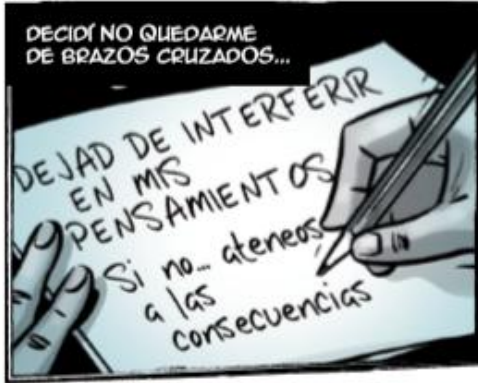
¿LO HAS VISTO?

¡ES EL DEL TELEDIARIO!

MÍRALO, TAN TRANQUILO POR LA CALLE...

DÍSELO A MAMÁ, ¿EH? QUE LOS VECINOS NO ESTÁN. YO HE ESTADO BUSCANDO LAS LLAVES PARA IR A VER QUE QUIEREN LOS ABUELOS. COMO NO SABÍA QUE HACER CON EL PERRO, HE TENIDO QUE ENCERRARLO. LO HE DEJADO CON AGUA Y COMIDA PARA QUE ESTÉ BIEN... MAMÁ DICE QUE LO DEJE EN EL SALÓN, PERO DESDE EL JUEVES LE HA DADO POR ROBAR ZAPATOS Y ESCONDERLOS...

EN ESE MOMENTO, NO SABÍA QUE EMPEZABA A SUFRIR LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD.



... Y MI CONDUCTA INAPROPIADA ME CAUSÓ MUCHOS PROBLEMAS



DE REPENTE ME SENTÍ MUY SOLO...
ME DI CUENTA DE QUE ALGO NO IBA BIEN Y YA NO PODÍA CONTROLARLO.

¡ NECESITO AYUDA!!!

ESTA CRISIS ME LLEVO AL PRIMER INGRESO.

AL PRINCIPIO ME SENTÍA ENGAÑADO ... REALMENTE NO ENTENDÍA POR QUÉ ESTABA ALLÍ.

NECESITAMOS AYUDA PROFESIONAL.

PASÓ UN TIEMPO HASTA QUE UN DÍA EL ESPECIALISTA NOS DIJO DE QUÉ SE TRATABA.

Diagnostico:
Esquizofrenia

COMENCÉ CON LA MEDICACIÓN Y ALGUNOS SÍNTOMAS DESAPARECIERON EN SEGUIDA, PERO OTROS PERSISTIERON. AL FINAL ACEPTÉ QUE ESTABA ENFERMO, Y APRENDÍ MUCHO SOBRE LA ENFERMEDAD.

LOS SÍNTOMAS AFECTAN AL PENSAMIENTO Y A LA CONDUCTA...

+

ALUCINACIONES
Ver, oír, oler o sentir algo que no existe

DELIRIOS
Creencias falsas basadas en interpretaciones erróneas de la realidad

PENSAR Y HABLAR DESORGANIZADAMENTE

AGITACIÓN, IRRITABILIDAD

PÉRDIDA DE CAPACIDAD PARA ASOCIAR IDEAS

DIFICULTAD PARA MOSTRAR AFECTO

ALTERACIONES EN LA CONDUCTA
Falta de aseo, aislamiento y conductas extravagantes

... PERO TAMBIÉN A LA CONCENTRACIÓN, LA MEMORIA Y LA ATENCIÓN.

EL TRASTORNO PSICÓTICO SE CARACTERIZA POR UNA ALTERACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD. YO VEÍA Y SENTÍA COSAS... Y AUNQUE TODOS ME DIJESEN QUE NO ERAN REALES, ¡PARA MÍ ESTABAN AHÍ!

ESTA SENSACIÓN DE IRREALIDAD ME GENERABA ANGSTIA, NERVIOS, DESCONFIANZA Y AISLAMIENTO.

TRAS EL DIAGNÓSTICO, COMENCÉ LA TERAPIA. NO FUE FÁCIL, TENÍA MIEDO DE QUE EL PSIQUIATRA FORMASE PARTE DEL COMLOT QUE YO VEÍA... PERO DESCUBRÍ QUE HABÍA MUCHA GENTE QUE QUERÍA Y SABÍA AYUDARME.



ME AYUDÓ A COMPRENDER LA ENFERMEDAD Y LA IMPORTANCIA DE TOMAR LA MEDICACIÓN.



ME AYUDARON A RETOMAR MI VIDA PERSONAL, LABORAL Y SOCIAL.



ENCONTRÉ GENTE PASANDO POR LO MISMO... QUE ME ENTENDÍA.



MANTENIENDO UNA VIDA NORMAL EN CASA Y AYUDÁNDOME A NO ABANDONAR LA MEDICACIÓN.



MIS VERDADEROS AMIGOS ESTUVIERON A MI LADO Y NO ME JUZGARON.

CON EL TIEMPO, FUI APRENDIENDO A CONVIVIR CON LA ESQUIZOFRENIA Y DESCUBRÍ QUE ALGUNAS RECOMENDACIONES ERAN MUY IMPORTANTES PARA LLEVAR UNA VIDA PRÁCTICAMENTE NORMAL.

DIEZ CONSEJOS PARA MANTENERSE BIEN CON ESQUIZOFRENIA

1. SEGUIR EL TRATAMIENTO QUE TE INDICA EL PSIQUIATRA.
2. SER CRÍTICO CON LAS ALUCINACIONES Y LOS DELIRIOS.
3. TOMAR EL CONTROL Y NO PERDER LA ESPERANZA. ENCONTRARSE MEJOR NO ES FÁCIL, HAY QUE ESFORZARSE.
4. LLEVAR UNA ALIMENTACIÓN SANA, HACER DEPORTE Y MANTENERSE OCUPADO.
5. APRENDER A AFRONTAR EL ESTRÉS.
6. RELACIONARSE CON FAMILIARES Y AMIGOS.
7. NO TOMAR ALCOHOL NI DROGAS.
8. APRENDER A RECONOCER LAS SEÑALES PREVIAS A UNA CRISIS, COMO INSOMNIO, IRRITABILIDAD, DESCONFIANZA...
9. ANTE EL PRIMER SÍNTOMA, PEDIR AYUDA.
10. ¡NUNCA BAJAR LA GUARDIA!



LINA FRASE PARA CALMAR LA ANSIEDAD.



YO TENGO EL CONTROL Y ESTO LO VOY A SUPERAR. YO TENGO EL CONTROL...

ENFRENTARSE A LAS VOCES DIRECTAMENTE Y NO ESCUCHARLAS.



SÉ QUE NO ERES REAL. BUENO, A VER SI LLEGA EL BUS.

PEDIR AYUDA A FAMILIA Y AMIGOS PARA ANALIZAR CIERTOS PENSAMIENTOS, PONERLOS A PRUEBA Y RECONOCER LAS ALUCINACIONES.



VALE, VAMOS A PONER LA LAVADORA JUNTOS PARA QUE VEAS QUE NADIE LE ESTÁ HACIENDO NADA A TU ROPA.

MI FAMILIA HA SIDO UN PILAR FUNDAMENTAL PARA MI RECUPERACIÓN, AYUDÁNDOME A SOBRELLEVAR ALGUNOS EFECTOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN.



... Y, UNA DE LAS COSAS MÁS DIFÍCILES PARA TODOS, LUCHAR CONTRA EL ESTIGMA SOCIAL CAUSADO POR EL DESCONOCIMIENTO QUE HAY DE ESTA ENFERMEDAD.



NO, ANA, ESQUIZOFRENIA NO ES SINÓNIMO DE VIOLENCIA. PABLO ES EL MISMO CHICO TRANQUILO DE SIEMPRE.

TRAS VARIOS AÑOS DE TERAPIA Y DE TRATAMIENTO, ME ENCUENTRO BASTANTE MEJOR. LA ESQUIZOFRENIA, AUNQUE SIGUE ESTANDO AHÍ, YA NO TIENE EL MISMO IMPACTO EN MI VIDA QUE ANTES. YA NO ME IMPIDE SEGUIR YENDO A MIS CLASES EN LA UNIVERSIDAD, TENER UN TRABAJO POR LAS TARDES Y QUEDAR CON MIS AMIGOS. TENER BAJO CONTROL MI ENFERMEDAD Y PODER RECUPERAR MI VIDA NORMAL ME HA HECHO VALORAR MÁS AQUELLAS COSAS QUE PARA CUALQUIERA SON MÁS FÁCILES DE CONSEGUIR.



ESTE CÓMIC HA SIDO DESARROLLADO COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LAS PERSONAS JÓVENES QUE DEBUTAN CON LA ESQUIZOFRENIA, PARA CONOCER MÁS SOBRE SU TRASTORNO Y APRENDER A AFRONTARLO.

LA HISTORIA ESTÁ BASADA EN TESTIMONIOS REALES DE PACIENTES CON COLABORACIÓN DE AMAFE (ASOCIACIÓN MADRILENA DE AMIGOS Y FAMILIARES DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA).

Imagen 17: Comic para pacientes con esquizofrenia para ampliar conocimiento sobre la enfermedad. Fuente: Confederación Salud Mental España [Internet]. Madrid: Anne Cooke; 2015 [acceso 3 de enero de 2020]. Más allá del mito: mi día a día con la esquizofrenia. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/mas-alla-del-mito-esquizofrenia/>

Anexo 24: Ejercicio 5 del 1. tema.

Preguntas acerca de la esquizofrenia			
- ¿Cuántos tipos de esquizofrenia hay?			
3	5	4	6
-La esquizofrenia es...			
Una enfermedad neurológica			
Una enfermedad mental aguda			
Una enfermedad mental crónica			
Una enfermedad psicológica			
-La esquizofrenia se cura con...			
Antipsicóticos y terapias psicosociales.			
Terapia psicosocial y hábitos de vida saludables			
Se cura sola			
No tiene cura			
- Los síntomas positivos son...			
Alucinaciones y delirios			
Apatía			
Falta de motivación			
Ninguna de las anteriores			
-La esquizofrenia residual			
Sobresale los síntomas positivos			
Sobresale los síntomas negativos			
Ambos aparecen, pero principalmente los negativos			
No aparece ningún síntoma			
- El primer brote psicótico aparece...			
Adolescencia			
Edad adulta temprana			
Las dos son correctas			
Ninguna de las anteriores			
-Factores de riesgo para parecer esquizofrenia			
Factores genéticos			
Bioquímicos			

Consumo de drogas Todas son correctas
<p>- La combinación de los factores de riesgo son...</p> <p>Variables e individuales Variable e universal Invariable e individual Invariable e universal</p>
<p>- El tipo de esquizofrenia más común es...</p> <p>Paranoide Desorganizado/hebefrénica Residual Catatónico</p>
<p>- Síntomas negativos</p> <p>Insociabilidad Deterioro cognitivo Apatía Todas son correctas</p>

Fuente: propia.

2. SESIÓN
2.TEMA
CONTENIDO TEMÁTICO Y ACTIVIDADES
PEDAGÓGICAS
Anexos 25-30

Anexo 25: Contenido temático 2. tema.

ESTIGMA
<p>La palabra estigma viene del latín “stigma” que significa marca o señal en el cuerpo. El estigma es una construcción social de: comportamientos, actitudes y creencias que desemboca a prejuicios. Este fenómeno, a lo largo de la historia y según los diferentes contextos las personas que estaban estigmatizadas tenían diferentes características. Eran grupos minoritarios y personas que terminaban perdiendo el nombre y siendo aisladas. Se transmite como una diferencia desagradable; un peyorativo que implica intolerancia.</p> <p>En la rama de sociología, es una característica o comportamiento que el que posee da una respuesta negativa, se reflejan en la sociedad como “culturalmente no aceptados” y subordinados.</p> <p>El rol va cambiando según el contexto y la etapa de la vida. Para convertirse en duradero la característica de una persona se crea el estereotipo y va a tener que protagonizar el papel de estigmatizado a lo largo de su vida en todas las situaciones sociales.</p> <p>Como consecuencia de los prejuicios, las personas estigmatizadas terminan siendo discriminadas. El estigma termina siendo la parte principal de su personalidad, desaparece o se menosprecia el resto de las características que poseen. Al final, el estigma termina apropiándose de toda su identidad.</p> <p>El fenómeno de la estigmatización puede ser la causa de una falta de conocimiento o de ignorancia de las personas; se crean actitudes negativas (prejuicios), la exclusión y rechazo hacía la persona (discriminación).</p> <p>En la rama de salud mental, socialmente, está muy estigmatizada sobre todo la esquizofrenia. La razón, sus aspectos generales (enfermedad mental, sintomatología, es algo psicológico etc.) que refuerzan las actitudes que pueden causar estigma en la sociedad que se mantienen de forma general. Hay muchos preconceptos de la enfermedad.</p> <p>Como consiguiente, es difícil salir del estereotipo si la persona esta estigmatizada.</p>

Tabla 14: Contenido temático 2. tema: qué es el estigma. Fuente: (11) y Santos JC, Barros S, Santos IMM. Stigma: The perspective of workers on Community Mental Health Services. GQNR [Internet] 2016 [acceso el 9 de febrero de 2019]; 3: 1-9. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5342643/pdf/10.1177_2333393616670442.pdf. Realización propia.

Anexo 26: Ejercicio 1 del 2 tema.

INDICACIONES

Marca con una X

La valoración se hará del 1-7:

1= totalmente en desacuerdo/ 7= estoy totalmente de acuerdo

Responsabilidad	¿Pensaría que es culpa del paciente que se encuentre en su situación actual?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación del paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	En su opinión, ¿hasta qué punto el paciente es responsable de su situación actual?						
	1	2	3	4	5	6	7
Piedad	¿Sentiría pena por el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Hasta qué punto comprende al paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Cuánta preocupación sentiría por el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
Irritabilidad	¿En qué medida se sentiría furioso por el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿En qué medida se sentiría molesto con el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿En qué medida se sentiría irritado por el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
Peligrosidad	¿Se sentiría inseguro cerca del paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	En su opinión, ¿hasta qué punto es peligroso el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Se sentiría amenazado por el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
Miedo	¿Sentiría miedo por el paciente?						

	1	2	3	4	5	6	7
	¿Hasta qué punto el paciente le asustaría?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Hasta qué punto le aterrorizaría el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
Ayuda	¿Estaría dispuesto a hablar con el paciente acerca de su problema?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Cuál es la probabilidad de que ayude al paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Con qué certeza cree que lo ayudaría?						
	1	2	3	4	5	6	7
Coacción	¿Si estuviera al cargo del tratamiento, le exigiría que se tomara su medicación?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Hasta qué punto está de acuerdo en que el paciente debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Si estuviera a cargo del tratamiento, le obligaría a vivir en un lugar supervisado?						
	1	2	3	4	5	6	7
Segregación	¿Cree que el paciente supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitalizaría?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Cree que sería mejor que el paciente fuera aislado en un hospital psiquiátrico?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde el paciente pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?						
	1	2	3	4	5	6	7
Evitación	¿Si usted fuera un empresario, le entrevistaría para un trabajo?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Compartiría un carro para ir al trabajo con el paciente cada día?						

	1	2	3	4	5	6	7
	En su opinión, ¿hasta qué punto es el paciente responsable de su situación actual?						
	1	2	3	4	5	6	7

Tabla 16: Escala AQ 27-e: validación y confiabilidad del cuestionario para identificar actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia. Fuente: Bolívar-Paredes E, Villanueva Ruska A. Validación y confiabilidad del cuestionario AQ 27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General-2015. Rev. Neuropsiquiatr. 2017; 80(3): 165-171. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v80i3.3153>. Realización propia.

Anexo 27: Ejercicio 2 del 2. tema.

¿Qué significa el estigma para ti? (explícalo)

¿Qué significa la esquizofrenia para ti? (explícalo)

¿Conoces a alguien que padezca esquizofrenia?

- Si
- No

¿Como ves a una persona que padece esquizofrenia? (puedes elegir más de una de las opciones)

- Raros
- Irracionales
- Agresivos
- Débiles
- Vagos
- Normales
- Consumidores de droga
- Otros.....

¿Por qué crees que padecen estigma? (da un ejemplo)

¿Crees que tienen capacidad para relacionarse con las personas?

- Si
- No
- ¿Por qué?

¿En comparación con las personas que no padecen enfermedad mental, crees que tienen la misma capacidad?

- Si
- No
- ¿Por qué?

¿Has tratado diferente a una persona que padece esquizofrenia?

- Si
- No
- ¿Por qué?

¿Si ves a una persona teniendo actitudes “raras”, que piensas? (ejemplo: hablar solo)

¿Alguna vez has tenido miedo de una persona con esquizofrenia?

- Si
- No
- ¿Por qué?

¿Crees que si en lugar de padecer esquizofrenia padece otra enfermedad tratarías diferente a esa persona?

- Si
- No
- ¿Por qué?

¿Si estas alrededor de una persona con esquizofrenia, te sentirías incomodo?

- Si
- No
- ¿Por qué?

¿Si padeces una enfermedad mental grave, se lo dirías a los de tu alrededor? (familia, amigos, compañeros de trabajo etc.)

- Si
- No

¿Si averiguas que un paciente padece esquizofrenia, lo evitarías?

- Si
- No
- ¿Por qué?

¿Tienes dificultades para relacionarte con paciente con esquizofrenia?

- Si
- No
- ¿En qué situaciones lo notas? (a la hora de hablar de la enfermedad, para entablar una conversación etc.)
-

¿Qué harías para desaparecer el estigma? (da un ejemplo)

-

Anexo 28: Ejercicio 3 del 2. tema.

Tiene retraso mental	- La enfermedad mental NO equivale a retraso mental. El concepto "mental" es muy amplio y a veces da lugar a errores. El retraso mental es sólo un tipo de los muchos que hay de enfermedad mental.
Las personas que padecen esquizofrenia son impredecibles y agresivos.	Las personas con Enfermedad Mental son más susceptibles de abusos y engaños que de ser agresivos.
En una enfermedad infecciosa. Produce muertes. Se hereda.	- La enfermedad mental no es mortal, no es contagiosa, y no se tiene por qué heredar.
El ingreso es para siempre.	- El ingreso hospitalario es un modo transitorio de tratar algunas situaciones clínicas de EM. Las personas con enfermedad mental NO tienen porqué estar internados de por vida.
No todas las personas pueden padecer la enfermedad.	- Las enfermedades mentales pueden afectar a cualquier tipo de persona sin diferencias entre: género, raza, nivel intelectual, nivel social...en contra de la creencia general que es que afectan a personas con carácter débil.
Es curable.	- Las enfermedades mentales no se curan solas. Requieren de ayuda profesional: médico de cabecera, psiquiatra, psicólogo...
Algunas vivencias (malos tratos, traumas infantiles etc.) son la causa de la enfermedad.	- La esquizofrenia NO es fruto de la baja escolarización, un trauma infantil, malos padres...Las enfermedades mentales son producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Los estudios científicos muestran que los factores genéticos y biológicos están estrechamente asociados y, a su vez, modulados por factores de desarrollo (crianza, medio social, interacción humana...).

Fuente: (5) y Albuixech R. El estigma del enfermo mental en el cuidador: La formación como alternativa. Nure inv [Internet] 2004 [acceso 20 de enero de 2020]; 10:1-9. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/202/185>. Realización propia.

Anexo 29: Ejercicio 4 del 2. tema.

Rompiendo barreras enfermedades mentales generales.

Una persona con enfermedad mental no puede alcanzar las metas profesionales que se plantee

Muchas personas brillantes y que han alcanzado grandes éxitos profesionales han tenido y tienen una enfermedad mental. Han aprendido a vivir con ella y a desenvolverse y no por ello han dejado de alcanzar sus objetivos. Ejemplo de ello son: Albert Einstein (físico), John Nash (matemático, ganador del premio Nobel).

Las personas con enfermedad mental pueden tener largos periodos de estabilidad

Teniendo una adecuada adherencia a la medicación, un entrenamiento adecuado en el manejo de los síntomas y en el afrontamiento de situaciones de estrés, pueden mantener largos períodos de estabilidad.

La medicación es necesaria

Para mantener controlados algunos de los síntomas de la enfermedad y prevenir recaídas futuras es fundamental tomar la medicación. Es muy importante que la persona tenga un tratamiento farmacológico adecuado, que posibilite que pueda desarrollar su vida diaria de la manera más normalizada posible sin la carga que muchos síntomas de su diagnóstico le suponen

Las personas con enfermedad mental son agresivas o peligrosas

La idea de que la enfermedad mental está íntimamente relacionada con la violencia no tiene base científica. La realidad nos dice que las personas con enfermedad mental son más propensas a dañarse a sí mismas y no a otros y son más susceptibles de ser objeto de actos agresivos que de cometerlos.

Las personas con enfermedad mental son muy dependientes

Todo el mundo necesita ciertos apoyos a lo largo de su vida, especialmente si estamos luchando con una enfermedad grave. Esto no quiere decir que la persona no pueda desenvolverse de manera adecuada en distintos ámbitos de su vida, ámbito familiar, laboral... y mantener una participación activa en la sociedad.

Rompiendo barreras esquizofrenia

Los tratamientos actuales consiguen que las personas con esquizofrenia puedan convivir de manera normal.

Existen cada vez más personas que logran vivir perfectamente integrados en la sociedad a pesar de padecer esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad o una consecuencia de hábitos de vida perjudiciales y resultado de una debilidad de la voluntad o del carácter.

Las personas con esquizofrenia pueden tomar decisiones racionales acerca de su propia vida y expresarse con claridad y de forma coherente.

El desempeño de un trabajo es un instrumento eficaz para la integración social de las personas con esquizofrenia.

Las personas con esquizofrenia pueden desarrollar los hábitos de trabajo básicos y habilidades sociales imprescindibles en cualquier empleo.

Las personas con esquizofrenia pueden conservar un empleo y aspirar a promocionar y mejorar el mismo

Las personas con esquizofrenia pueden desarrollar una vida autónoma y normalizada.

Los pacientes con enfermedad mental grave no se recuperan lo suficiente como para una buena calidad de vida.

Los pacientes con una enfermedad mental grave son impredecibles.

Los pacientes con enfermedad mental grave no son un peligro para los demás.

Aproximadamente la mitad de las personas con esquizofrenia no saben que están enfermas.

La mayoría de los pacientes en la cárcel con una enfermedad mental son encarcelados por crímenes violentos.

Fuente:(5,13). Realización propia.

Anexo 30: Ejercicio 5 del 2. tema.



Fuente:(19).

3.SESIÓN
3.TEMA
CONTENIDO TEMÁTICO Y ACTIVIDADES
PEDAGÓGICAS
Anexos 31-34

Anexo 31: Contenido temático 3. tema.

Consecuencias de padecer esquizofrenia	
Consecuencias sociales	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sentimientos de vergüenza ❖ Aislamiento social ❖ Dificultades para tener relaciones de amistad y pareja
Estigma--> Discriminación --> consecuencias:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Falta de recursos sanitarios. ❖ Dificultades para reclamar ayuda. ❖ Dificultades para conseguir una casa. ❖ Dificultad para conseguir y mantener trabajos remunerados.
Consecuencias físicas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ En la salud física experimentan diferencias que puede provocar un aumento en la mortalidad y morbilidad prematura. ❖ Riesgo de recaída y riesgo de suicidio.
Consecuencias psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autopercepción: baja autoestima y depresión.
Consecuencias del alrededor	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aumenta la carga familiar. aparte de eso, se siente culpable y de ahí el sentimiento de culpa y mantenerlo en secreto. Puede terminar en aislamiento social.
<p>Mientras más estigma soporte entonces más síntomas positivos y más discapacidad. Por todas las consecuencias nombradas, dificulta el objetivo principal de las personas que padecen esquizofrenia, la rehabilitación psicosocial.</p>	

Tabla 17: Contenido temático 3. tema: consecuencias de padecer esquizofrenia. Fuente: (8,9,10,11,12,22) y Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parson A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. World Psychiatry. 2014; 13(2): 161-175. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/wps.20129>. Realización propia.

Anexo 32: Ejercicio 1 del 3. tema.

¿Qué consecuencias tiene el padecer esquizofrenia?

-

-

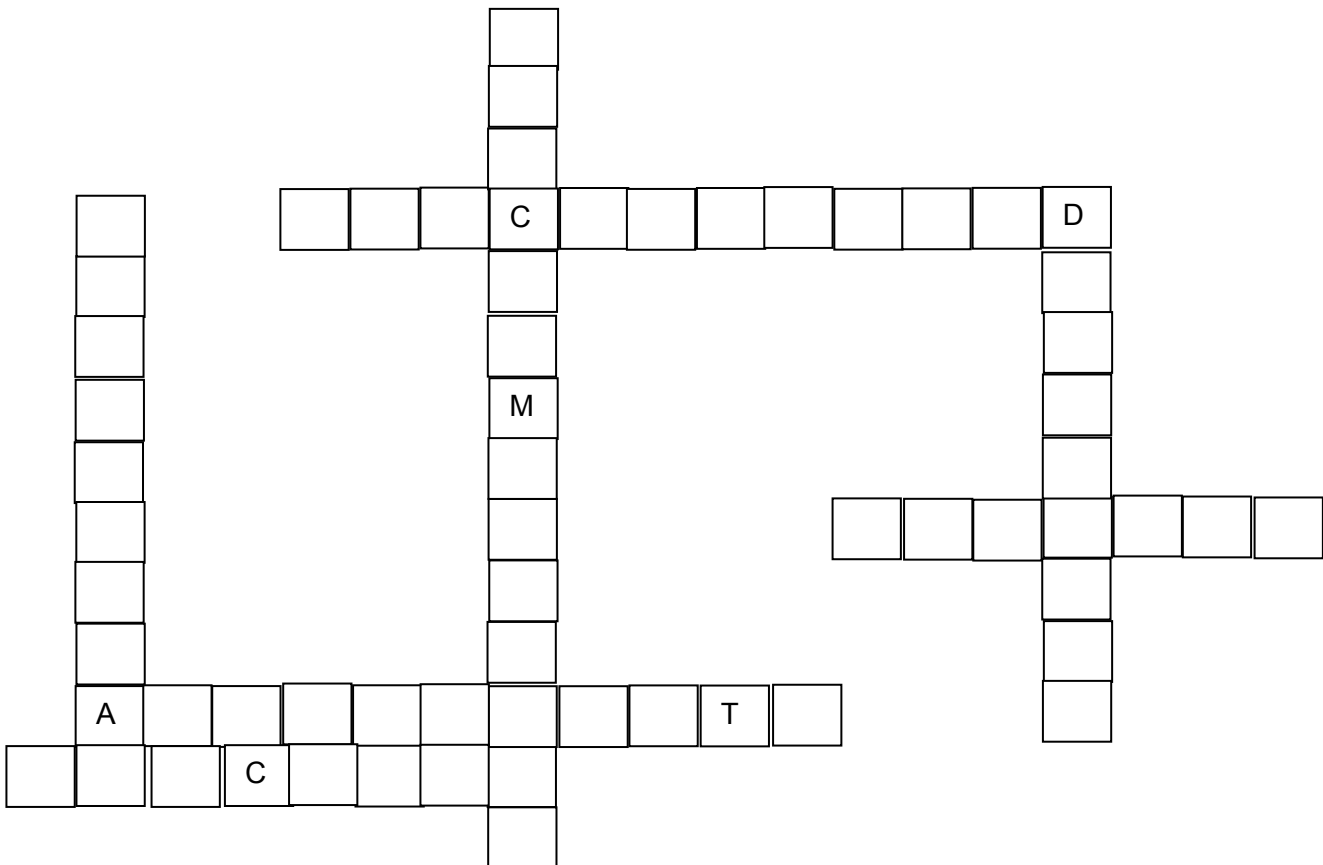
-

-

-

Fuente: propia.

Anexo 33: Ejercicio 2 del 3. tema.



- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Aislamiento• Vergüenza• Suicidio• Estigma | <ul style="list-style-type: none">• Discapacidad• Discriminación• Depresión |
|--|---|

Fuente: propia.

Anexo 34: Ejercicio 3 del 3. tema.

LINK DE LA PELÍCULA: <https://hdfull.co/movie/spider>

Fuente: propia

4.SESIÓN
4.TEMA
CONTENIDO TEMÁTICO Y ACTIVIDADES
PEDAGÓGICAS
Anexos 35-39

Anexo 35: Contenido temático 4. tema.

Percepción social y autopercepción de las personas que padecen esquizofrenia.

En la sociedad:

La enfermedad mental ha estado relacionada con prejuicios y las persona que padecen esquizofrenia en específico han estado clasificadas como: raros, impredecibles, vagos, débiles, agresivos, como crónicos y que su comportamiento no se puede predecir. A parte, que no se puede razonar con ellos y se reflejan en la sociedad como culpables de su enfermedad. El estereotipo que tienen va ligado al miedo y la peligrosidad, todo por falta de conocimiento. Teniendo todo eso en cuenta, las personas que padecen enfermedad mental grave que tienen como objetivo conseguir el estatus de ciudadano y lo que conlleva (todos los derechos como tal) se ve dificultado e impedido.

La percepción de las personas que padecen enfermedad mental:

Más del 80% de las personas con esquizofrenia refieren recibir comentarios despreciativos sobre la enfermedad mental, habían sido tratados como menos competentes y más de la mitad habían sido esquivados y despreciados.

A las personas que padecen esta enfermedad los ámbitos que más les preocupan son: la peligrosidad, culpabilidad, la pérdida de relaciones sociales y miedo al rechazo.

Tabla 18: Contenido temático 4. tema: percepción social y autopercepción de las personas que padecen esquizofrenia. Fuente: (12). Realización propia.

Anexo 36: Ejercicio 1 del 4. tema.



Fuente:(19).

Anexo 37: Ejercicio 2 del 4. tema.

Bloque	Temática	Actividad / Sugerencia preguntas
A) Introducción	Recepción de participantes y presentación	Agradecer la presencia de los participantes. Explicación de los objetivos del estudio, normas de participación
B) Temáticas a tratar	Pérdida de roles sociales	¿Ha perdido amigos/as por la enfermedad? ¿Tiene problemas con la pareja?
	Desresponsabilidad	¿Cree que los demás piensan que no tiene capacidad para asumir sus responsabilidades?
	Miedo al rechazo	¿Cómo ha afectado su enfermedad a las relaciones con los demás? ¿cree que le tratan diferente? ¿Le cuesta más relacionarse?
	Culpabilidad ligada a la enfermedad	¿se siente culpable de su enfermedad?
	Peligrosidad	¿Tiene la sensación que los demás temen que sea más agresivo/a?
	Autorrestricción de las relaciones sociales	¿Por qué se imagina que la gente piensa que tiene una enfermedad mental? ¿cómo reaccionó usted y su familia a la enfermedad?
	Identidad	¿Se siente diferente por tener una enfermedad mental en los diferentes ámbitos de su vida?
	Pérdida de control	¿Cree que ha perdido el control sobre su vida? ¿Depende de otras personas?
	Pérdida de capacidades	¿Cree que tiene las mismas capacidades? ¿Tiene más problemas de memoria, atención...?
	Cronicidad	¿Cree que su enfermedad puede curarse?
	Conciencia de enfermedad	¿Cree que necesita tratamiento?
Autoritarismo profesionales	¿Cree que le tratarían diferente si tuviera otra enfermedad? ¿Se siente atendido/a?	
Benevolencia	¿Le tratan diferente?	
C) Despedida	Despedida y agradecimiento a los/as participantes	Se les informará de los resultados obtenidos en el estudio

Imagen 18: Cuestionario hacia pacientes de esquizofrenia para detectar la autopercepción del estigma.

Fuente:(12).

Anexo 38: Ejercicio 3 del 4. tema.

Subcategorías	Comentarios
Miedo	<p>“A mí también cuando una amiga le dije que había estado en el psiquiátrico me cogió miedo”</p> <p>“En plena crisis si te cogen miedo, porque haces cosas raras, que no es normal y las personas lo ven dicen a este le pasa algo”</p> <p>“Siempre les queda el miedo, de que harás, como vendrás, que sucederá”</p> <p>“La gente se asusta de los enfermos mentales y de las enfermedades mentales”</p>
Relación con otros colectivos	<p>“Una persona con un trastorno mental es menos agresiva que una persona con otro trastorno (refiriéndose a personas que consumen alcohol o que maltratan a sus esposas)”</p> <p>“Una vez leí que el porcentaje de delitos y acciones violentas es similar al de las personas normales”</p> <p>“La gente que comete delitos que va borracho o drogado lo ligan con la enfermedad”</p>
Pérdida de control medicación	<p>“Pienso que la gente tiene miedo a que pierda el control y sea agresivo y yo también”</p> <p>“Antes eran peligrosos porque no se medicaban”</p> <p>“Dicen que uno que tiene esquizofrenia ha matado a alguien, pero no dicen que quien está en tratamiento no mata a nadie”</p> <p>“Es que sin tratamiento soy más violento y agresivo no puedo estar sin tratamiento”</p>
Desconocimiento	<p>“Desconocen la enfermedad y por un lado tienen miedos algunos y por otro no saben lo que es”</p>
Medios de comunicación	<p>“Miedo a que podamos hacer algo contra ellos, a que tengamos un brote por las informaciones de la radio, la tele y la prensa de esquizofrénicos que hacen barbaridades a veces”</p>
Causalidad	<p>“Creo que la sociedad piensa que esta enfermedad viene porque te has pasado con las drogas, con el alcohol”</p> <p>“La gente solo ve eso, este se ha ido un montón de fiesta y ha acabado mal”</p>

	“Dicen que todos lo que toman droga acaban en un psiquiátrico”
Carga	“Creo que por tener enfermedad mental puedo ser una carga para el otro”
Pasado	“Me dicen que era un rebelde” “Antes hacías cosas mal y te das cuenta de los errores del pasado”
Sentimiento de falsear enfermedad	“La gente cree que tenemos mucho cuento, que no estamos enfermos”
Amistad	“Perdí todas las amigas” “Ya no hay amigos como antes”
Relaciones de pareja/hijos	“No puedo tener hijos” “Estar en tratamiento psiquiátrico crea dificultades para establecer relaciones sentimentales”
Trabajo/ estudios	“No puedo trabajar, no puedo hacer nada, no sirvo para hacer nada, todo me sale mal” “Estamos limitados, no trabajas, ni estudias y quedas como un vago” “No puedes buscar trabajo, primero porque no tienes experiencia y segundo porque estas enfermo, y a un enfermo nadie lo coge”
Discriminación	“Cuando sale tu enfermedad la personas huyen, rehúyen de ti” “Las amigas se cambiaban de acera y me giraban la cara perdí todas las amigas” “Dicen, mira el loco ese” “Por la calle te señalan” “La gente se ríe de nosotros te dan de lado”
Ocultamiento de la enfermedad	“Yo dije que tenía depresión, porque si digo otra cosa a lo mejor ya cambian y piensan de otra manera, este está pirado (le buscaban para un trabajo)” “No me atrevo a explicar que tengo una enfermedad mental a mis amigos por miedo a perderlos como amigos”

Fuente:(12). Realización propia.

Anexo 39: Ejercicio 4 del 4. tema.



Fuente:(19).

5.SESIÓN
4. TEMA
ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS
Anexo 40

Anexo 40: Ejercicio 5,6,7 del 4. tema.

“Piel con piel”	Escribe 4 reflexiones tras la entrevista escuchada: - - - -
“Aislamiento”	¿Cómo te has sentido? Di 3 sentimientos o pensamientos - - -
“Contención mecánica”	¿Cómo te has sentido? enfermo mental ¿Cómo te has sentido? profesionales sanitarios

Fuente: propia

6.SESIÓN
5.TEMA
CONTENIDO TEMÁTICO Y ACTIVIDADES
PEDAGÓGICAS
Anexos 41-47

Anexo 41: Contenido temático del 5. tema.

La importancia de la disminución del estigma en el rol de enfermería en salud mental (esquizofrenia).

La estigmatización, es un fenómeno que se mantiene presente tanto en la sociedad como en los profesionales sanitarios. Varios estudios, han demostrado que el estigma percibido en la sociedad se asemeja a el de los profesionales sanitarios.

La enfermería psiquiátrica se encuentra influenciada por los factores culturales, lo que lleva a reflejarse en su labor diaria convirtiéndose en un obstáculo relevante para el desempeño de su labor y calidad en los cuidados.

Cabe mencionar, que la esquizofrenia está relacionada con la discapacidad, que la mayoría de los pacientes tienen recaídas por falta de adherencia a la medicación (%74 de los pacientes), que no piden ayuda a la sanidad y que todo eso y más supone una carga sanitaria. Todo esto, sin mencionar el estigma que padece la enfermedad.

Por tanto, enfermería tiene un papel fundamental en el manejo del paciente psiquiátrico y las actitudes de enfermería son de suma importancia ya que constituye un factor determinante en la calidad de atención prestada a las personas con enfermedad mental. Por consiguiente, debe trabajarse los aspectos más vulnerables como es el tratar a este tipo de paciente y superar la barrera del estigma.

Tabla 19: Contenido temático 5. tema: la importancia de la disminución del estigma en el rol de enfermería en salud mental (esquizofrenia). Fuente: (1,6,14,22) y Albuixech R. El estigma del enfermo mental en el cuidador: La formación como alternativa. Nure inv [Internet] 2004 [acceso 20 de enero de 2020]; 10:1-9. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/202/185>. Realización propia.

Anexo 42: Ejercicio 1 del 5. tema.

TESTIMONIO

«He luchado desde la adolescencia con lo que ahora sé que es esquizofrenia, pero hace sólo 12 meses que me la diagnosticaron formalmente. Tengo 42 años.

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más temidas e incomprensidas. Afecta alrededor de 15 de cada 1.000 personas.

Cuando le digo a la gente que tengo esta enfermedad, a menudo tienen demasiado miedo o son demasiado educados para hacer preguntas. Un amigo pensó que significaba que tenía una doble personalidad, pero no es el caso. Para mí, la esquizofrenia se manifiesta como un pensamiento distorsionado, alucinaciones visuales y auditivas, y los delirios. También me hace paranoico, lo que me puede llevar a pensar que la gente, incluso a mi propia familia y amigos, están conspirando contra mí.

Cuando estoy enfermo siento que mis pensamientos son como si piezas de un rompecabezas que no coinciden. Es imposible ponerlos juntos de una manera que tenga sentido real.

Mi viaje hacia el diagnóstico y el tratamiento fue largo. Trabajé en posiciones de alto perfil como periodista y de editor de publicaciones nacionales durante mis 20 y mis 30 años, pero a medida que fui creciendo y aumentó la presión, mis pensamientos y mi conducta pasó a ser cada vez más errática.

Las personas cercanas a mí me dijeron que tenía que conseguir ayuda, pero no les hice caso hasta que los síntomas fueron demasiado evidentes. Finalmente fui a ver a mi médico de cabecera y le dije lo que estaba experimentando. Se dio cuenta que estaba fuera de sus conocimientos médicos y me remitió a un psiquiatra.

Ese psiquiatra me trató durante años, tratándome con medicamentos, pero nunca se comprometió a darme un diagnóstico. Nunca tuve un nombre al que pudiera achacar estas extrañas experiencias vividas. Peor aún, los medicamentos generalmente no me funcionaban por lo que finalmente, debido al coste del tratamiento y la falta de apoyo, dejé de verlo.

Durante este período he perdido un trabajo tras otro. La enfermedad provocaba que simplemente no pudiera llevar a cabo mi trabajo porque yo no tenía una idea clara de lo que estaba mal en mí mismo y me era difícil revelar a los empresarios o empleadores potenciales que podía ocurrir. Lo intenté una vez, diciéndole a un jefe que tenía un trastorno mental y se asustó. De nuevo me encontré en el desempleo en cuestión de semanas sin motivos aparentes.

Así que estaba en paro, mi currículum por los suelos a pesar de una temprana carrera prometedora, y yo había perdido a mi esposa, mis hijos y la hermosa casa que habíamos comprado juntos en tiempos mejores. Con el tiempo me mudé con mis padres porque no me podía cuidar de mí mismo. Me costó encontrar empleo y constantemente estaba luchando con mi mente fracturada.

Este patrón continuó durante años. Tuve más suerte que algunos – mis padres me dieron amor y apoyo y un techo sobre mi cabeza. Sin ellos, habría terminado viviendo en las calles, o algo mucho peor. Alrededor del 10% de las personas con esquizofrenia se suicida, y la gente que sufre esta enfermedad vive de promedio, 20 años menos que la población general.

Llegó a afectarme tanto hasta el punto de que una noche en que estaba solo porque mis padres estaban en el extranjero apareció poco a poco un episodio psicótico. Mis mensajes de Facebook fueron cada vez más y más graves e inconexos, lo que llevó a que mis amigos me preguntaran si estaba bien. Estaba escuchando el álbum de Joy Division *Unknown Pleasures* una y otra vez y entonces un amigo me llamó, tratando de comprender lo que me estaba pasando. Después de una conversación incoherente de tres horas me convenció para ir a la sala de urgencias en el hospital local.

Ese fue el comienzo de un nuevo comienzo. Fui admitido en un hospital psiquiátrico público, donde me quedé por un mes. Después de muchas sesiones con los médicos, me dieron un diagnóstico – esquizofrenia. Finalmente tuve un nombre para lo que estaba experimentando. Me pusieron un nuevo medicamento que ha demostrado ser muy eficaz. Cuando salí del hospital tuve un equipo de apoyo de la comunidad, incluyendo una enfermera psiquiátrica especialista que ahora veo con regularidad.

Doce meses después de la hospitalización estoy razonablemente estable. Todavía tengo días malos, pero están generalmente compensado por los buenos. El trabajo sigue siendo un verdadero reto que me mantiene atrapado de 9 a 5. Yo vivo muy tranquilo, con ganas de ver a mis hijos cada dos semanas, un punto culminante en lo que puede ser una existencia solitaria.

Tengo esquizofrenia, pero estoy decidido a no ser víctima de mi enfermedad. Es parte de mí, y he llegado a aceptar ese hecho y las limitaciones que ello conlleva, pero no quiero que me defina.

He aprendido que la esquizofrenia puede ser malinterpretada, pero con el tratamiento y el apoyo adecuados, no hay nada que temer».

Fuente: Glidden J. With schizophrenia my thoughts can be like pieces of a mismatched jigsaw puzzle. The guardian [Internet] 2015 [acceso 16 de febrero de 2020]. Disponible en:

<https://www.theguardian.com/commentisfree/2015/may/21/with-schizophrenia-my-thoughts-can-be-like-pieces-of-a-mismatched-jigsaw-puzzle>. Realización propia

Anexo 43: Ejercicio 2 del 5. tema.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<p>N. SUEÑO-REPOSO Alteración del patrón del sueño. RC alteraciones sensoriales internas que le producen ansiedad o temor. MP dificultad para conciliar el sueño.</p>	<p>1* Conseguirá dormir durante la noche un número adecuado de horas para su descanso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar los periodos de sueño durante la noche. - Valorar si necesita medicación adicional. - Evitar que se encame durante el día. - Mantener ocupado durante el día, participando en las actividades que tenga programadas. - Eliminar o limitar los estímulos externos (ruidos, luces...). - Ofrecerle infusiones o leche caliente.
<p>N. HIGIENE-VESTIDO Déficit de autocuidado: RC falta de contacto con la realidad y falta de motivación. MP aspecto descuidado e incapacidad para mantener un aspecto adecuado.</p>	<p>1* Será capaz de realizar su higiene de forma autónoma. 2* Presentará un aspecto personal adecuado al contexto y situación.</p>	<p>1- Valorar la capacidad para realizar su aseo personal. 1- Indicarle que puede solicitar nuestra ayuda si no es capaz de realizar su higiene de forma autónoma. 1- Informar, demostrar o explicar la necesidad de estar limpio y con un aspecto externo agradable y cuidado. 2- Supervisar diariamente su aspecto. 2- Reforzar positivamente su imagen cuidada. 2- Hacer que participe en la rutina de la unidad.</p>
<p>N. SEGURIDAD Alto riesgo de violencia: (autolesiones, lesiones a otros). RC vivencias amenazadoras y/o desconexión con su entorno.</p>	<p>1* Controlará adecuadamente las conductas impulsivas durante su ingreso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar conductas que indiquen riesgo de violencia. - Proporcionarle un espacio seguro y contención psicológica. - Informarle de las precauciones que tomaremos para evitar un daño. - Disminuir estímulos externos. - Evitar discusiones sobre sus síntomas.
<p>N. SEGURIDAD Ansiedad. RC amenaza o cambio en el entorno. MP nerviosismo, inquietud.</p>	<p>1* Disminuirá signos y síntomas a la semana del ingreso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar signos y síntomas de ansiedad. - Identificar elementos y/o situaciones desencadenantes. - Mantener un entorno tranquilo y seguro. - Facilitar adaptación, no realizando cambios excesivos en sus actividades. - Conversar con el paciente para distraerle de los motivos que precipitaron su ansiedad. - Ayudar a que exprese sus sentimientos y a que reconozca las situaciones de tensión y de miedo. - Reorientar en tiempo y espacio. - Fomentar su participación en las actividades de la unidad.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<p>N. SEGURIDAD Trastorno autoconcepto (autoestima).</p> <p>RC alteración de los procesos del pensamiento. MP expresiones negativas sobre sí mismo y negación de problemas.</p>	<p>1* Asumirá progresivamente la responsabilidad de tomar el tratamiento.</p> <p>2* Manifestará disminución progresiva de signos y síntomas: delirios, alucinaciones.</p> <p>3* Hará crítica de sus síntomas al alta.</p>	<p>1- Observar y valorar posibles efectos secundarios.</p> <p>1- Informarle de la necesidad de tomar tratamiento y de sus efectos beneficiosos de manera comprensible.</p> <p>1- Informarle de los efectos secundarios de la medicación.</p> <p>2- Hablar claramente utilizando términos sencillos.</p> <p>2-3- Valorar ideas extrañas sobre sí mismo o el entorno.</p> <p>2-3- Dedicarle diariamente un espacio y tiempo para facilitar que exprese sus sentimientos.</p> <p>3- Evitar discusiones.</p>
<p>N. COMUNICACIÓN Deterioro de la comunicación verbal.</p> <p>RC alteración del curso del pensamiento. MP verbalización inapropiada y dificultad para expresar sus pensamientos.</p>	<p>1* Expresará sus necesidades desde el primer día del ingreso.</p> <p>2* Cumplirá ordenes sencillas desde el tercer día de ingreso.</p>	<p>1- Realizar preguntas dirigidas y cerradas.</p> <p>1- Preguntar si necesita o quiere algo.</p> <p>2- Pedir su colaboración en cada actividad que se realice con él a través de una orden sencilla.</p>
<p>N. COMUNICACIÓN Deterioro de la interacción social.</p> <p>RC percepciones erróneas de la realidad. MP interacción disfuncional con familia, amigos.</p>	<p>1* Establecerá relaciones positivas.</p> <p>2* Restablecerá las relaciones familiares.</p> <p>3* Interpretará acontecimientos de forma consecuente al alta.</p>	<p>1- Informar de las actividades terapéuticas programadas.</p> <p>1- Ayudarle a reducir las percepciones erróneas.</p> <p>2-3 Orientarle en la realidad.</p> <p>1-3- Estimular su participación con otros pacientes en las actividades de la unidad.</p> <p>1-2- Fomentar las visitas y salidas con su familia.</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<p>N. REALIZARSE</p> <p>Afrontamiento familiar ineficaz.</p> <p>RC incapacidad para cubrir necesidades emocionales y seguridad del paciente.</p> <p>MP dificultad en los procesos de comunicación y conducta desproporcionada (por exceso o por defecto) en relación a las capacidades o necesidades del paciente.</p>	<p>1* Manifestará sus dudas y temores sobre la enfermedad del paciente durante su ingreso.</p> <p>1* El paciente-familia, estarán informados del proceso, tratamiento, evolución, recursos, al alta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar a la familia y permitirles expresar sus temores y dudas relacionadas con el paciente y su enfermedad. - Responder de forma clara y concisa a sus preguntas. - Dar mensajes tranquilizadores.
<p>N. APRENDER</p> <p>Déficit de conocimientos: enfermedad, tratamiento, evolución, recursos.</p> <p>RC falta de información, comprensión y/o información.</p> <p>MP falta comprensión y seguimiento inexacto de las instrucciones.</p>	<p>2* El paciente-familia serán capaces de repetir la información transmitida al alta.</p>	<p>Paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir en términos sencillos sobre el proceso de la enfermedad. - Instruir sobre tratamiento y la importancia de cumplirlo. - Instruir sobre efectos secundarios de la medicación. - Instruir sobre la importancia de llevar una vida adecuada relativa al respeto de horarios, comida, sueño. - Instruir sobre la importancia del ocio y el trabajo con sus efectos beneficiosos en la evolución de la enfermedad. - Instruir sobre aseo y arreglo personal correcto. - Informar sobre recursos terapéuticos existentes en la comunidad (C.S.M., Hospital de Día,...), como utilizarlos y transmitir la necesidad de confiar en ellos. <p>Familia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre la enfermedad, evolución, signos, síntomas y forma de abordaje. - Instruir sobre signos y síntomas indicadores de agudización de la enfermedad. - Instruir sobre conductas distorsionadas. - Instruir sobre tratamiento, importancia y efectos secundarios. - Informar sobre recursos intermedios. - Informar sobre la existencia de asociaciones de familiares de enfermos mentales y su labor de apoyo.

Imagen 19: Plan estandarizado de la esquizofrenia en brote agudo. Fuente: Osakidetza [Internet]. Vitoria: Osakidetza; 2002 [acceso el 1 de marzo de 2020]. Planes de cuidado estandarizados de enfermería en salud mental. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/CuidadosA PsaludMental.pdf

Anexo 44: Ejercicio 3 del 5. tema.

1. Caso clínico

Un grupo de vecinos trae a una mujer de 29 años a emergencias debido a que la paciente golpeó constantemente en las puertas de sus casas mientras gritaba. La policía, tras el accidente, procedió a examinar el apartamento del paciente, en el que se pudo apreciar un claro deterioro del lugar que estaba lleno de basura podrida y suciedad por todos lados. Las cortinas del apartamento estaban completamente cerradas, impidiendo la entrada de luz natural y las ventanas fueron selladas con el uso de cinta adhesiva en los bordes.

Los familiares nos informan que la paciente se ha comportado de forma extraña durante el último año, dejando de un lado a la familia y sus actividades. La paciente dejó su puesto de trabajo (con un buen sueldo) como diseñadora hace 6 meses sin aportar ninguna razón en particular. Al realizar el examen del estado mental, podemos apreciar que la paciente tiene un aspecto desaliñado y la ropa que lleva puesta está muy sucia. Tiene un comportamiento cauteloso y parece estar en guardia ante nuestra presencia.

Habla de forma clara y nos explica de forma completamente natural que se ha estado defendiendo de los extraterrestres, que intentan atraparla para posteriormente usarla como espécimen. También nos explica que comenzó a recibir mensajes ocultos en el correo electrónico de su trabajo, en los que se ponía en evidencia que existía una conspiración alienígena.

Cuando le preguntamos por la razón por la que renunció a su puesto de trabajo, la paciente afirma que es muy importante el poder permanecer en su casa ya que es un lugar más seguro ante los seres que la persiguen. Agrega que esa fue también la razón por la que redujo la relación con sus familiares, ya que ella cree que los extraterrestres quieren hacer perjudicar a sus seres queridos si están con ella.

La paciente niega el consumo de sustancias o drogas, tampoco padece ninguna condición médica. Nos informa que ha estado alimentándose de forma sana, que no tiene problemas para dormir y que se encuentra bien de estado de ánimo. Ella niega estar escuchando voces. Tras la anamnesis hacemos diferentes pruebas diagnósticas (panel de drogas, sanguíneo y químico, resonancia magnética cerebral) todos ellos con resultados normales.

PREGUNTAS

¿Cuál es el diagnóstico más probable para este paciente?

- A. Esquizofrenia
- B. Trastorno de personalidad paranoide
- C. Depresión
- D. Trastorno bipolar

Siguiendo con nuestro paciente anterior. De todos los síntomas negativos que sufre la paciente, ¿Cuál es el síntoma más prominente en el caso de esquizofrenia?

- A. Alogia
- B. Aplanamiento afectivo
- C. Asocialidad
- D. Atrofia Cerebral

De todos los síntomas positivos que sufre la paciente, ¿Cuál es el síntoma más prominente en este caso clínico de esquizofrenia?

- A. Ansiedad
- B. Alucinación
- C. Delirio
- D. Desconexión

Fuente: Caso Clínico [Internet]. Ruzafa P; 24 de mayo de 2017: [acceso el 16 de febrero de 2020]. Caso clínico de esquizofrenia para practicar. Disponible en: <http://casoclinico.net/caso-clinico-esquizofrenia/>. Realización propia.

2. Caso clínico Se trata de un joven soltero de 25 años.

Motivo de consulta: El paciente fue persuadido por su hermano para que busque ayuda en un hospital psiquiátrico porque tenía reacciones violentas y pensamientos suicidas. Cinco semanas antes había atacado a su madre sin advertencia y pegándole salvajemente, hasta que su hermano fue en su ayuda. Durante las semanas siguientes tuvo una cantidad de explosiones agresivas y varias veces amenazó con quitarse la vida. Explicó el ataque a su madre diciendo que ella había tratado de perjudicarlo y que había recibido instrucciones de una fuerza extraterrestre para pegarle. Después del ataque se encerró en sí mismo, absorbido por sus propios pensamientos, y a menudo hablaba solo aún cuando otras personas estuvieran alrededor. A veces su familia tenía la impresión de que escuchaba voces que otras personas no podían oír. Le dijo a su hermano mayor que tenía miedo de atacar a alguien, o de matarse; temía perder control de sus propios actos.

Antecedentes: El paciente creció en la zona rural del país. Era el segundo de 10 hijos. Su padre tenía tierras, pero era adicto al opio y trabajaba muy poco. La madre trabajaba la granja, sembrando cereales y criando algunos animales con la ayuda de sus hijos más chicos. El paciente dejó la escuela en el noveno grado para seguir estudiando música. Se fue de su casa y pasó los últimos años de su adolescencia en la casa de un músico, un viejo amigo de su padre quien le enseñó a tocar la guitarra. Aprendió a tocar bastante bien y se convirtió en un apasionado por la música. Tocó la guitarra en varios conciertos, pero nunca pudo conseguir un trabajo fijo o ganar suficiente dinero como para mantenerse. Su hermano mayor, un maestro, lo ayudaba financieramente. Eventualmente a los 23 años el paciente se mudó con él. Se llevaban razonablemente bien siempre y cuando su hermano no interfiriera con su voluntad de estar solo. Antes de enfermarse había sido bastante ambicioso con respecto a su actividad, quería convertirse en un gran músico. Solía sentarse durante horas solo en su habitación, para tocar la guitarra. Sin embargo, no le gustaba tocar en presencia de otros y se mostraba indiferente a las alabanzas o críticas. Su interés por la música era abrumador y tenía poco contacto social. No se lo veía interesado en tener novia ni tenía amigos íntimos de su mismo sexo.

Datos actuales: El paciente era un joven bien parecido y estaba vestido apropiadamente. Al ser examinado estaba tenso, hablaba rápido y en forma excitada. Tenía tendencia a agitar la mano sin razón aparente. Su conversación estaba interrumpida por interpolaciones, y de vez en cuando se volvía incoherente e

incomprensible. Se sonreía superficial e inapropiadamente. En la expresión de sus afectos era cerrado y se enojaba al hablar de su madre. Decía que ella lo hubiera querido muerto. Expresaba temor porque un poder extraterrestre llevaría su mente a otro planeta. Explicaba que este poder controlaba sus pensamientos y le daba órdenes para lastimar a otras personas. Aparentemente el poder extraterrestre hablaba sobre la situación de Ibrahim. Le decía que su madre lo quería ver muerto y le había dado instrucciones para matarla. Los últimos días antes de la internación, Ibrahim consideró la idea de matarse para impedir que el poder extraño tomara total control de él.

Discusión: El paciente muestra un conjunto de síntomas característicos, que corresponden al diagnóstico de esquizofrenia, con duración de la enfermedad superior a un mes. Los síntomas incluyen inserción de pensamientos, alucinaciones auditivas con voces que discuten y dan órdenes, delirios de persecución, delirio de control de pensamientos y de estar en comunicación con fuerzas extraterrestres, y comportamiento catatónico en forma de excitación y conductas violentas. Como las alucinaciones y los delirios son prominentes, el diagnóstico es esquizofrenia paranoide con un carácter agregado (9) debido al curso incierto, por ser el período de observación demasiado corto.

La personalidad del paciente muestra un modelo esquizoide: pocas actividades le dan placer, se muestra indiferente tanto a los halagos como a las críticas, tiene poco interés por las experiencias sexuales, constantemente elige actividades solitarias y no tiene amigos cercanos. Estas características apuntan a un diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad, pero los criterios generales para una perturbación de la personalidad también deben cumplirse: un patrón constante de comportamiento desadaptativo, presente desde la adolescencia, notable a lo largo de una serie de situaciones sociales y personales, y que causan malestar personal o deterioro significativo en el rendimiento social y que no pueden ser explicados como manifestación o consecuencia de otro trastorno mental. Parece haber evidencia suficiente para suponer que estos criterios están presentes también en este caso.

PREGUNTAS

- Subraya los síntomas y di a que tipo pertenecen.

- Menciona factores de riesgo para parecer la esquizofrenia.

- ¿A qué tipo de esquizofrenia se ajusta el caso clínico?

- ¿Como recibirías al paciente? ¿Como actuarías?

Fuente: Apal- Asociación psiquiátrica de América Latina [Internet]. Apal; [consultado el 29 de febrero de 2020]. Material educativo. Historias Clínicas. Disponible en: <http://apalweb.org/docs/cie10c.pdf>.

Realización propia

3. **Caso Clínico** El paciente es un camionero casado de treinta años.

Motivo de consulta: El paciente ingresó a una clínica psiquiátrica porque sentía que un grupo mafioso lo perseguía y quería matarlo. No podía explicar por qué lo habrían de matar, pero había estado escuchando voces de gente que él sospechaba eran narcotraficantes y que discutían la manera de atraparlo y matarlo. Anteriormente había tenido encuentros con traficantes porque durante años había consumido metanfetamina. A los 25 años uno de sus compañeros lo convenció que probara esta droga. Después de una inyección intravenosa de 20 mg. comenzó a sentirse bien, tuvo la sensación de sentirse todopoderoso y su sueño y cansancio desaparecieron. Después de usar metanfetamina unas cuantas veces, se dio cuenta de que no podía dejar de consumirla. Constantemente pensaba cómo conseguirla y comenzó a aumentar las dosis. Cuando no podía conseguir metanfetamina se sentía letárgico y somnoliento, y se volvía irritable y disfórico. Su esposa se dio cuenta de que consumía drogas y trató de persuadirlo para que las dejara porque la convivencia se hacía difícil y él se convertía en un estorbo para ella y sus hijos. Dos meses antes de la internación había perdido el trabajo por haberse comportado agresivamente con sus compañeros, alegando que ellos habían interferido con su trabajo y tratado de perjudicarlo. Al no tener los medios, tuvo que reducir el consumo diario inyectable de metanfetamina, sólo a algunas ocasiones y por fin la dejó totalmente después de que su esposa lo amenazó con irse con sus hijos y divorciarse. Luego de dejar la droga comenzó a sentirse muy cansado, lúgubre, y a menudo se sentaba en una silla sin hacer nada. Unas semanas más tarde le dijo a su esposa que no se animaba a salir de la casa porque había oído a traficantes hablar de él en la calle, los oía decir cómo se desharían de una persona tan inservible. Al mismo tiempo se lo veía tenso y aprehensivo. Quería que cerraran todas las puertas y ventanas, y se negaba a comer porque tenía miedo de que su comida estuviera envenenada. Su esposa lo llevó a un médico clínico quien lo derivó a un hospital psiquiátrico.

Antecedentes: El paciente es el menor de dos hermanos varones. Su padre era almacenero. En la escuela fue buen alumno, y al terminar la secundaria tuvo varios empleos como obrero no calificado. A los 21 años se casó con una mujer de su edad que trabajaba como mesera en un restaurante. Se mudaron a otra ciudad donde consiguió trabajo como camionero. Tuvieron tres hijos y vivían en un departamento pequeño. Su nivel de vida era bastante pobre. La salud somática del paciente había sido buena con anterioridad, pero los últimos años se había quejado de debilidad

muscular y dificultad para caminar. Estos problemas comenzaron después de comenzar a consumir metanfetamina inyectable, pero no quiso consultar al médico.

Datos actuales: Al ser examinado, el paciente se veía reticente y retraído y sólo daba respuestas cortas a las preguntas. Parecía tener un estado de ánimo neutro, pero admitió que se sentía perseguido por una banda de traficantes de drogas y que a veces los oía hablar de él, a quien se referían en tercera persona. Estaba lúcido, globalmente orientado y no mostraba impedimento en sus funciones cognitivas. El examen físico, incluyendo el neurológico, no reveló anormalidades más allá de las marcas de agujas en su brazo izquierdo como resultado de las inyecciones de metanfetamina. El EEG era normal. Se lo trató con 6 mg de haloperidol por día. Después de dos semanas los síntomas desaparecieron y fue dado de alta. No regresó para su tratamiento de control.

Discusión: Este paciente presenta síntomas de tipo esquizofrénicos, los que se desarrollaron unas semanas después de interrumpir un largo y constante consumo abusivo de metanfetamina. El advenimiento de perturbaciones psicóticas parece relacionado con el abuso de la sustancia y no aparenta ser causado por otro trastorno mental. Por lo tanto, coincide con los criterios de un trastorno psicótico de comienzo tardío debido al consumo de metanfetamina (F15.75).

El paciente también parece responder al criterio del síndrome de dependencia a la metanfetamina con falta de capacidad para controlarse, y síntomas de abstinencia durante un período mayor de un mes.

PREGUNTAS

- **Subraya lo síntomas y menciona a que grupo pertenecen.**

- **Menciona los factores de riesgo.**

- **¿Es una enfermedad dual?**

- **¿Que 3 dominios crees que son los más relevantes a tratar? (justifica)**

Fuente: Apal- Asociación psiquiátrica de América Latina [Internet]. Apal; [consultado el 29 de febrero de 2020]. Material educativo. Historias Clínicas. Disponible en: <http://apalweb.org/docs/cie10c.pdf>.

Realización propia.

Anexo 45: Ejercicio 4 del 5. tema.

ROL-PLAYING
<p>Nunca le grites</p> <p>Si la persona no te está escuchando, quizás es porque otras voces o sonidos están interfiriendo. Habla siempre de forma suave y pausada. Utiliza un tono de voz bajo y calmado. Eso puede ayudar a que él no se sienta tan amenazado y se calme.</p>
<p>Evita el contacto directo</p> <p>No le mires directamente a los ojos ni le toques. Esto puede resultar desafiante y amenazador para la persona.</p>
<p>No discutas con él/ella ni le critiques.</p> <p>Pregúntale sobre sus miedos o sobre las cosas que le están preocupando. “¿Qué te preocupa?” o “¿Qué te asusta?”, pero no se los confrontes ni te enzarces en una discusión sobre si está o no equivocado.</p> <p>Si está receptivo puedes incluso hablarle sobre la paranoia, pero si no es así simplemente habla sobre las cosas que le dan miedo sin juzgar ni intentar convencerlo de que está equivocado o que lo que dice son tonterías.</p>
<p>Utiliza frases simples y cortas.</p> <p>Cuando le des alguna indicación que sea sencilla y fácil de entender. Por ejemplo, puedes decirle que no vas a hacerle daño y estás ahí para ayudarlo. “Siéntate, hablemos de lo que te pasa.”</p>
<p>Avisa siempre de tus movimientos y acciones.</p> <p>Explica a la persona todo lo que vas a hacer antes de hacerlo. Por ejemplo, “voy a coger ese vaso de agua que hay encima de la mesa” o “voy a sacar las llaves del bolsillo”.</p>
<p>No te sitúes directamente enfrente de la persona.</p> <p>Sitúate al lado de la persona, más que enfrentarte a ella cara a cara. Si está sentado, no te quedes de pie y siéntate tú también. Esto desviará la paranoia de tu persona.</p> <p>Mantén una distancia adecuada</p> <p>La distancia adecuada tiene que ser de por lo menos un brazo. No te sientes ni demasiado cerca, ya que se puede sentir amenazado y/o atrapado, ni tampoco te sitúes demasiado lejos, ya que le puede dar la impresión de que tienes miedo u ocultas algo.</p>

Mantente cerca de una puerta o salida, pero sin bloquearla.

Haz lo que te pida

Siempre que no sean peticiones desorbitadas. Esto le dará una sensación de control. Por ejemplo, si quiere apagar la tele porque cree que le están vigilando, apágala o deja que la apague.

No racionalices las cosas que diga.

Comparte la desconfianza con él y síguelo un poco la corriente. Pero intenta, poco a poco, centrar a la persona en lo que es real.

Evita las cosas que lo asustan.

Evita las cosas que te ha dicho o que sabes que le dan miedo. Si por ejemplo tiene miedo de la tele, porque cree que le espían, evita ponerla. Si le da miedo estar a oscuras, enciende la luz.

Pide ayuda.

Si crees que alguien está en peligro, o tienes mucho miedo, pide ayuda. Siempre indica que tu familiar o amigo tiene una enfermedad mental, ya que es importante que no lo asusten ni lo agiten más.

Fuente: Nafria C. ¿Como ayudar a un esquizofrénico? Claves para gestionar una crisis [Internet]. Cognifit; 2018 [acceso el 16 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://blog.cognifit.com/es/como-ayudar-a-un-esquizofrenico-en-crisis/>). Realización propia.

Anexo 46: Ejercicio 5 del 5. tema.



Fuente:(19).

Anexo 47: Ejercicio 6 del 5. tema.

Pensamiento reflexivo:

Fuente: propia

Anexo 48: Cuestionario de evaluación. Cumplimentar por el grupo diana.

INDICACIONES

Marca con una X

La valoración se hará del 1-5:

- **1= muy mala/ 5= muy buena**

OPINIÓN GENERAL	1	2	3	4	5
LOS TEMAS TRABAJADOS	1	2	3	4	5
LA FORMA DE TRABAJO	1	2	3	4	5
ADECUACIÓN A TUS NECESIDADES	1	2	3	4	5
UTILIDAD PARA TU VIDA	1	2	3	4	5
GRADO DE SATISFACCIÓN	1	2	3	4	5

- **Menciona 3 cosas que te hayan gustado del programa**

-

-

-

- **Menciona 3 cosas que cambiarías**

-

-

-

- **Menciona 3 cosas que añadirías**

-

-

-

Fuente:(23). Adaptado. Realización propia.

Anexo 49: Cuestionario de evaluación. Cumplimentar por los agentes de salud.

Objetivos y contenidos:

INDICACIONES

Marca con una X

La valoración se hará del 1-5:

- 1= muy mala/ 5= muy buena

Proceso					
Actividades en forma y tiempo prevista	1	2	3	4	5
Técnicas han sido útiles	1	2	3	4	5
Técnicas adecuadas para el grupo diana	1	2	3	4	5
Clima ha sido adecuado	1	2	3	4	5
Iniciativa por parte del grupo diana	1	2	3	4	5

Estructura					
Espacio	1	2	3	4	5
Horario	1	2	3	4	5
Materiales	1	2	3	4	5

Observaciones

Fuente:(23). Adaptado. Realización propia.

Anexo 50: Cuestionario de evaluación de las sesiones dirigido al grupo diana.

INDICACIONES
Marca con una X
La valoración se hará del 1-7:
1= totalmente en desacuerdo/ 7= estoy totalmente de acuerdo

Responsabilidad	¿Pensaría que es culpa del paciente que se encuentre en su situación actual?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación del paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	En su opinión, ¿hasta qué punto el paciente es responsable de su situación actual?						
	1	2	3	4	5	6	7
Piedad	¿Sentiría pena por el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Hasta qué punto comprende al paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Cuánta preocupación sentiría por el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
Irritabilidad	¿En qué medida se sentiría furioso por el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿En qué medida se sentiría molesto con el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿En qué medida se sentiría irritado por el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
Peligrosidad	¿Se sentiría inseguro cerca del paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	En su opinión, ¿hasta qué punto es peligroso el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Se sentiría amenazado por el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
Miedo	¿Sentiría miedo por el paciente?						

	1	2	3	4	5	6	7
	¿Hasta qué punto el paciente le asustaría?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Hasta qué punto le aterrorizaría el paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
Ayuda	¿Estaría dispuesto a hablar con el paciente acerca de su problema?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Cuál es la probabilidad de que ayude al paciente?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Con qué certeza cree que lo ayudaría?						
	1	2	3	4	5	6	7
Coacción	¿Si estuviera al cargo del tratamiento, le exigiría que se tomara su medicación?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Hasta qué punto está de acuerdo en que el paciente debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Si estuviera a cargo del tratamiento, le obligaría a vivir en un lugar supervisado?						
	1	2	3	4	5	6	7
Segregación	¿Cree que el paciente supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitalizaría?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Cree que sería mejor que el paciente fuera aislado en un hospital psiquiátrico?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde el paciente pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?						
	1	2	3	4	5	6	7
Evitación	¿Si usted fuera un empresario, le entrevistaría para un trabajo?						
	1	2	3	4	5	6	7
	¿Compartiría un carro para ir al trabajo con el paciente cada día?						

	1	2	3	4	5	6	7
	En su opinión, ¿hasta qué punto es el paciente responsable de su situación actual?						
	1	2	3	4	5	6	7

Fuente: Escala AQ 27-e: validación y confiabilidad del cuestionario para identificar actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia. Fuente: Bolívar-Paredes E, Villanueva Ruska A. Validación y confiabilidad del cuestionario AQ 27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General-2015. Rev Neuropsiquiatr. 2017; 80(3): 165-171. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v80i3.3153>. Realización propia.