

Curso 2010/11
CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS/7
I.S.B.N.: 978-84-15287-25-4

BLAS JESÚS CALO HERNÁNDEZ

**Indicadores de calidad en las intervenciones
de enfermería en salud mental y psiquiatría
en la unidad de subagudos
del Hospital Universitario de Canarias**

Directoras

**ÁNGELES ARIAS RODRÍGUEZ
ÁNGELES LEAL FELIPE
M.^a DEL CARMEN ARROYO LÓPEZ**



SOPORTES AUDIOVISUALES E INFORMÁTICOS
Serie Tesis Doctorales

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, especialmente a mi mujer Luisa y a mi hijo Sócrates.

A D^a Ángeles Arias Rodríguez, catedrática de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Laguna, directora de esta tesis, por su disposición y apoyo incondicional en todo momento, así como por sus valiosas aportaciones en la elaboración y revisión de esta Tesis.

A D^a Ángeles Leal Felipe, y D^a M^a Carmen Arroyo López, profesoras de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de la Laguna, codirectoras de esta tesis, por sus indicaciones y sugerencias en el ámbito de la Enfermería, así como por su confianza en este proyecto desde el primer día.

A mis compañeros de trabajo de la Unidad de Subagudos y de Rehabilitación Activa del Área Externa del Hospital Universitario de Canarias. Sin vuestra contribución esta tesis no hubiera sido posible.

A D^a Stephany Hess Medler, metodóloga de la Universidad de la Laguna, por su ayuda en el análisis estadístico.

A todas las personas que de una u otra forma me han animado y apoyado en este proyecto.

Gracias a todos

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	3
II. REVISIÓN Y ANTECEDENTES	
II.1. Atención Sanitaria en el ámbito de la Salud Mental y la Psiquiatría	9
II.2. Epidemiología en Salud Mental y psiquiatría	12
II.3. Desarrollo de la Salud Mental y Psiquiatría en España y en Canarias En las últimas décadas.	16
II.4. Evolución y desarrollo de la Enfermería en España como disciplina Universitaria en el Área de las Ciencias de la Salud	33
II.5. Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.	40
II.6. Evolución y desarrollo de la Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife.	43
II.7. Calidad en Salud Mental y Psiquiatría.	49
II.8. Indicadores hospitalarios de calidad.	53
II.9. Indicadores de calidad en Enfermería.	56
III. MATERIAL Y MÉTODOS	
III.1. Ámbito de estudio	61
III.2. Diseño	63
III.3. Descripción de la muestra	72
III.4. Registro y análisis de datos	75
IV. RESULTADOS	
IV.1. Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en la Unidad de Subagudos	78
IV.2. Indicadores de resultados	80
IV.2.1. Indicador: Identifica la medicación prescrita	80
IV.2.2. Indicador: Administra la dosis correcta	84
IV.2.3. Indicador: Describe los posibles efectos indeseables	88
IV.2.4. Indicador: Utiliza ayudas para memorizar	92
IV.2.5. IV.2.5. Administra la medicación de forma correcta	96
IV.3. Estudio de la validez del constructo	100
IV.4. Estudio de la fiabilidad del constructo	103

V.	DISCUSIÓN	
	V.1. Sobre la frecuencia de los diagnósticos enfermeros	106
	V.2. Sobre los indicadores de resultados en enfermería	107
	V.3. Sobre los indicadores de resultados estudiados	112
	V.4. Sobre el programa realizado	116
	V.5. Sobre la validez y fiabilidad del constructo	118
VI.	CONCLUSIONES	121
VII.	BIBLIOGRAFIA	122
VIII.	ANEXOS	
	ANEXO 1 Protocolo de acogida U. Subagudos del HUC.	135
	ANEXO 2 Formato de Valoración de Enfermería en Salud Mental en el HUC.	136
	ANEXO 3 Formato de registro de Diagnósticos Enfermeros por Patrones Funcionales de Salud en la U. de Subagudos del HUC.	137
	ANEXO 4 Formato de registro del Plan de Cuidados de Enfermería en la U. de Subagudos del HUC.	138

I INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

I INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales y conductuales tienen un gran impacto sobre los individuos, las familias y las comunidades, siendo la causa de un alto nivel de morbilidad y discapacidad en la población, así como de una gran parte del gasto sanitario total. La salud mental y el bienestar mental son fundamentales para la calidad de vida y productividad de las personas, la familia, la comunidad y las naciones, permitiéndolas desarrollar una vida plena y ser ciudadanos activos y creativos, dando prioridad a la promoción, prevención, tratamiento, cuidado y rehabilitación en éste área de la salud (OMS, 2001).

La Ley General de Sanidad (1986), en el capítulo III, artículo 20, queda clara la equiparación de las personas que padecen de una enfermedad mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales. Estableciendo los principios de actuación de las Administraciones Sanitarias en materia de Salud Mental. Esta Ley, supuso entre otros aspectos, la integración de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental en el Sistema Nacional de Salud, que incluye el reconocimiento del derecho de los pacientes, en pie de igualdad con el conjunto de ciudadanos, a acceder a Servicios de Salud mental de carácter público, universal y gratuito (AEN,1998).

Datos epidemiológicos y demográficos avalan la prioridad de actuación en materia de Salud Mental (ISTAC, 2005). El porcentaje de trastornos mentales que sufre la población, aumenta como consecuencia directa del crecimiento de ésta. En nuestro entorno (Canarias) la población residente, aumentó en 52.740 personas durante el año 2005, con un crecimiento de un 2.8% respecto a 2004 (INE, 2005), únicamente superada, en términos porcentuales, por las Comunidades de Valencia (3.3%), Murcia (3.2%) y Baleares (2.9%), para el mismo periodo. Según la Encuesta de Salud de Canarias, recogida en el último Plan de Salud de Canarias (2004-2008), los patrones epidemiológicos de riesgo y vulnerabilidad para la salud mental en Canarias son similares a los encontrados en los países

industrializados de nuestro entorno europeo y del resto de comunidades autónomas que integran el estado español. La prevalencia de las enfermedades mentales en la Comunidad Autónoma de Canarias (PSC, 2004-2008) es del 24.82%. Estudios epidemiológicos en salud mental del Baix Llobregat, Herrera y cols. (1987), encontraron una prevalencia general del 23.92%, en Cantabria, Vázquez-Barquero y cols., (1981), encontraron una prevalencia general del 23.8%, Gomemann (2002), en Andalucía encontró prevalencias del 22%.

En Canarias, una de cada cuatro personas está en riesgo de padecer un trastorno mental a lo largo de su vida, siendo este ratio superior en las islas de Gran Canaria y Lanzarote. Esto supone que aproximadamente unas 398.000 personas están en riesgo de padecer un trastorno mental a lo largo de su vida.

La esquizofrenia, por su gravedad y persistencia, es una de las patologías psiquiátricas más importantes, estimándose que de la población actual en Canarias, unas doce mil personas desarrollarán algún tipo de esquizofrenia a lo largo de su vida. La tasa de prevalencia de trastornos psicóticos en nuestra Comunidad es de un 8.1 x 1000 habitantes, siendo similar a la encontrada en otros estudios europeos.

Una de las causas de recaídas en los pacientes con trastornos mentales es el abandono del tratamiento farmacológico, algunos autores como Moron, et al. (2007) estiman que el 40% de los pacientes suspenden el tratamiento en las fases iniciales, y el 60% en la fase de mantenimiento. Otros autores como Demytteeaere, et al. (2000), refieren un porcentaje de abandono del 55%.

El déficit o ausencia en la adherencia terapéutica, conlleva inevitablemente al incumplimiento terapéutico, el cual constituye un problema de salud pública particularmente en las personas que sufren de un trastorno mental, generando uno de los motivos de preocupación en los profesionales en el ámbito de la salud mental, debido a los perjuicios de todo tipo que supone para las personas que lo padecen.

Bobes y cols. (2007), manifiestan la existencia de múltiples factores relacionados con el incumplimiento terapéutico: la enfermedad, los sistemas de salud, la relación médico-paciente, el propio paciente, factores psicosociales y factores psicológicos. El estudio de los factores relacionados con el incumplimiento terapéutico, por su complejidad y la variedad de aspectos que lo configuran y determinan, requiere de una intervención multidisciplinar, capaz de aportar diferentes enfoques y alternativas de solución al problema.

Los profesionales de la Enfermería en Salud Mental, al igual que otros profesionales de la salud, somos conscientes y sensibles, a un problema, como es el del incumplimiento del tratamiento, que día a día, en cualquiera de los ámbitos, hospitalarios o extrahospitalarios tenemos que abordar con las mejores evidencias disponibles. Entendemos que en la búsqueda de alternativas de solución para este problema, al igual que para cualquier otro que se nos plantee, nuestra aportación debe estar vinculada, como no puede ser de otra forma, a nuestra formación, competencia y responsabilidad, para analizar aquellos aspectos relacionados con el problema planteado.

El incumplimiento del tratamiento, es un diagnóstico enfermero incluido en la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2007), que se define como: “Conducta de una persona o de un cuidador que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o la familia o la comunidad) y un profesional del cuidado de la salud. Cuando se ha acordado un plan, ya sea terapéutico o de promoción de la salud, la persona o el cuidador pueden respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos, parcialmente efectivos o inefectivos”. Desde la enfermería en salud mental y psiquiatría, diferentes autores a través de diferentes enfoques han estudiado este problema aportando algunas orientaciones de intervención (Jerez ,2003; Llunch & Biel 2005; Hueso, 2005; y Pacheco, 2006).

Las intervenciones de enfermería dirigidas a mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes, además de incidir en un aumento de las

capacidades y conocimientos de éste relativos a la medicación que tiene prescrita, de una forma indirecta inciden en una disminución del riesgo de sufrir efectos adversos relacionados con la medicación, debido a errores causados por desconocimiento de ésta, contribuyendo de esta forma al cumplimiento de una de las líneas estratégicas prioritarias, del Ministerio de Sanidad y Política Social, reflejada en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, basado en el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management, 2003) que es el fomento de la excelencia clínica, y dentro de ella, mejorar la seguridad de los pacientes (Agencia de Calidad del SNS, 2009).

En el ámbito español, autores como Aranaz (2006), llevó a cabo en el año 2005 el Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), con el apoyo del Ministerio de Sanidad y consumo. Los resultados de dicho estudio establecieron que la incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en hospitales fue del 8.4%. Según el informe ENEAS, el 37.4% de los efectos adversos estaban relacionados con la medicación.

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria, así lo ponen de manifiesto estudios llevados a cabo en Estados Unidos y Canadá (Aiken et al., 2002 y Estabrooks et al., 2005), sugieren que una provisión adecuada de personal de enfermería y un apoyo organizacional a los enfermeros/as son clave para mejorar la calidad del cuidado del paciente.

Uno de los criterios del modelo EFQM de excelencia, es la evaluación de los resultados en los clientes, constituyendo el criterio de mayor peso con un 20% del total. El uso de medidas de resultados, para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros empezó a mediados de los años sesenta, cuando Aydelotte (1962), utilizó los cambios en las características físicas y de conducta de los pacientes, para evaluar la efectividad de los sistemas de administración de cuidados enfermeros. Desde entonces se vienen desarrollando medidas adicionales de resultados y ensayando en enfermería (Heater, 1988), del mismo modo se han utilizado diferentes resultados de

pacientes para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros y los efectos de las intervenciones de enfermería (Naylor, 1991). Además del desarrollo y ensayo de medidas de resultados, se iniciaron trabajos para la clasificación de éstas medidas de resultados a mediados de la década de los setenta. Hover & Zimmer (1978) identificaron cinco medidas generales de resultados, basadas en una revisión sobre los resultados de pacientes utilizadas en enfermería en esa época. Horn & Swain (1978), realizaron un importante esfuerzo investigador para identificar las medidas útiles de los resultados para la investigación enfermera, categorizando más de 300 indicadores.

McCormick (1991), propuso una lista de resultados mensurables que incluía el proceso y los resultados del paciente, como un medio para evaluar la efectividad enfermera.

Actualmente disponemos de una serie de indicadores de resultados propuestos por Moorhead et al. (2009), y aceptados internacionalmente, en la taxonomía Nursing Outcome Classification (NOC), para evaluar la calidad de las intervenciones de enfermería. Sin embargo, esta clasificación de resultados obedece a una guía general en la que para cada concepto o etiqueta a evaluar, se recogen múltiples indicadores que obedecen a diferentes ámbitos y especialidades de enfermería, por lo que su selección y aplicación no siempre es fácil. Otra dificultad añadida que hemos encontrado, ha sido en el momento de realizar las mediciones de los resultados; la Nursing Outcome Classification (NOC) nos propone una escala tipo Likert con puntuaciones que oscilan entre 1 y 5, de forma que 1 sería el peor resultado esperado y 5 el mejor. Discriminar entre las diferentes puntuaciones, sin tener una definición previa para cada una de las medidas, dificulta la realización de una evaluación sin sesgos.

El objetivo principal de esta tesis es el de valorar el abordaje de un problema de salud, como es el incumplimiento del tratamiento, considerándolo como un problema de riesgo al alta clínica en pacientes hospitalizados en una unidad de hospitalización psiquiátrica, a través de un intervención de enfermería incluida en la taxonomía Nursing Outcome Classification (NIC), denominada: Enseñanza: medicamentos prescritos;

diseñando e implementando un programa que se ajusta a ésta taxonomía y que denominamos: “autoadministración de los medicamentos prescritos”, así como valorar la validez y fiabilidad de una serie de indicadores de resultados incluidos en la taxonomía Nursing Outcome Classification (NOC), que hemos utilizado para evaluar la efectividad del programa diseñado.

Los objetivos específicos que nos hemos planteado en este estudio han sido:

1. Conocer los diagnósticos de enfermería más frecuentes en la Unidad de Subagudos del Hospital Universitario de Canarias durante el periodo comprendido entre Enero del 2007 y Diciembre de 2008.
2. Diseñar e implementar un programa de autoadministración de los medicamentos prescritos, dirigido a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Subagudos del Hospital Universitario de Canarias, durante el periodo comprendido entre Enero del 2007 y Diciembre de 2008.
3. Estudiar la validez y la fiabilidad de un conjunto de indicadores de resultados de enfermería seleccionados según la taxonomía NOC: Autocuidados: medicación no parenteral, para evaluar el programa “autoadministración de los medicamentos prescritos” en pacientes hospitalizados en la Unidad de Subagudos del Hospital Universitario de Canarias, durante el periodo comprendido entre Enero del 2007 y Diciembre de 2008.
4. Valorar la efectividad del programa “autoadministración de los medicamentos prescritos”, utilizando el conjunto de indicadores seleccionados, en pacientes hospitalizados en la Unidad de Subagudos del Hospital Universitario de Canarias, durante el periodo comprendido entre Enero del 2007 y Diciembre de 2008.

II REVISIÓN Y ANTECEDENTES

II.1. ATENCIÓN SANITARIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Los trastornos mentales en conjunto representan la causa más frecuente de morbilidad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (Andlin, 2005). El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida de las personas es superior al de las enfermedades crónicas como, artritis, diabetes, o las enfermedades cardíacas y respiratorias. La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad (años de vida ajustados por discapacidad), detrás de la isquemia coronaria y los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades (Olesen, 2003).

Se estima que unos 450 millones de personas en el mundo padecen un trastorno mental o de comportamiento en un momento dado de su vida. Entre las diez primeras causas de discapacidad, cuatro corresponden a trastornos mentales, lo que supone un coste enorme en sufrimiento humano, discapacidad y pérdidas económicas.

La atención sanitaria a las personas que sufren un trastorno mental, es una prioridad manifestada a través de diferentes comunicados y declaraciones de organismos e instituciones sanitarias internacionales (OMS, 2005), dirigidas a todos los países a modo de recomendaciones o referencias, susceptibles de ser utilizadas como guías de actuación en la planificación sanitaria de cada país. En España, el Servicio Nacional de la Salud, en la línea de las declaraciones y planes de acciones acordados en Helsinki, elabora una estrategia específica en Salud Mental (Gómez-Beneyto, 2007).

En la Unión Europea, uno de cada cuatro ciudadanos padece alguna enfermedad mental que puede conducir al suicidio, fuente de un número excesivamente elevado de muertes; las enfermedades mentales causan importantes pérdidas y cargas a los sistemas económicos, sociales, educativos, penales y judiciales; persiste la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas con discapacidades psíquicas, lo cual pone en entredicho valores europeos fundamentales (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005).

En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos de un trastorno mental en la actualidad, que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida y que estas cifras se incrementarán considerablemente en el futuro (Haro,2006).

La salud mental y el bienestar son fundamentales para la calidad de vida de las personas, familias y comunidades. Organizaciones internacionales, así lo reconocen y manifiestan a través de comunicados y declaraciones, como las realizadas en la Conferencia de Helsinki por los Ministros de Sanidad en representación de 52 países, incluida España (Helsinki, 2005).

Ámbito de actuación:

- ✓ La promoción del bienestar mental.
- ✓ Eliminación de los estigmas, la discriminación y la exclusión social.
- ✓ La prevención de los problemas de la salud mental.
- ✓ La atención a las personas con problemas de salud mental, proporcionando servicios e intervenciones integrales y efectivas y ofreciendo a los usuarios de los servicios y a los cuidadores posibilidades de elección y de implicación.
- ✓ La recuperación e inclusión en la sociedad de quienes han sufrido problemas graves de salud mental

Prioridades de actuación:

- ✓ Concienciar de la importancia del bienestar mental.
- ✓ Rechazar colectivamente los estigmas, la discriminación y la desigualdad, capacitando y apoyando a las personas con problemas de salud mental y a sus familias para su activa implicación en todo este proceso.
- ✓ Diseñar y establecer sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes que cubran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación.
- ✓ Establecer la necesidad de profesionales competentes, en las áreas citadas.

- ✓ Reconocer la experiencia y conocimiento de los usuarios de los servicios y de sus cuidadores, como base importante para la planificación y el desarrollo de servicios de salud mental.

Así mismo los Ministros de Estados Miembros de la Región Europea de la OMS, se comprometen en apoyar el establecimiento de una serie de medidas, que serán adoptadas de acuerdo con las políticas de cada uno de los países miembros y las necesidades nacionales y sub-nacionales existentes. Adquiriendo el compromiso de informar a la OMS sobre la evolución de la aplicación de esta Declaración (Helsinki, 2005) en los diferentes países en que se adoptaron, en una reunión intergubernamental que se celebraría antes del año 2010.

Uno de los objetivos estratégicos que la Unión Europea tiene fijados, es mejorar la salud mental de la población europea, es por ello que propone iniciar un debate con las instituciones europeas, gobiernos, profesionales de la sanidad, partes interesadas de otros sectores, sociedad civil, particularmente organizaciones de pacientes y la comunidad investigadora, sobre la importancia de la salud mental para la UE. (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005).

En España, el Servicio Nacional de la Salud, en la línea de las declaraciones y planes de acciones acordados en Helsinki 2005, elabora una estrategia específica en Salud Mental (Gómez-Beneyto, 2007), incardinadas en las siguientes líneas de actuación:

- ✓ Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
- ✓ Atención a los trastornos mentales.
- ✓ Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.
- ✓ Formación del personal sanitario.
- ✓ Investigación en salud mental.
- ✓ Sistema de evaluación e información.

II.2. EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA.

En el ámbito de la psiquiatría, la epidemiología ha contribuido al desarrollo de una metodología particular. Esta contribución ha sido uno de los elementos que más ha colaborado en la solución de algunos de los principales problemas con los que se encontraba la psiquiatría en las pasadas décadas, especialmente la definición de caso psiquiátrico o la baja fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico y la carencia de instrumentos de medida con una adecuada sensibilidad y especificidad (Bernardo, 1989).

La estimación de la morbilidad psiquiátrica, se ha desarrollado en diferentes etapas, desde un punto de vista histórico, algunos autores, Dohrenwend (1982,1998) distinguen tres etapas en la investigación epidemiológica psiquiátrica. La primera se caracterizó por la recogida de datos a partir de registros existentes en la época y las informaciones suministradas por personajes clave de la comunidad. Esta primera etapa comprende 16 estudios realizados antes de la II Guerra Mundial, limitados a censos de enfermos. La segunda etapa a partir de la II Guerra Mundial, se iniciaron amplios estudios comunitarios realizados sobre la población general, (Leighon, 1963; Slore, 1962) con el objetivo de hallar tasas de prevalencia. La disparidad y heterogeneidad de criterios y métodos empleados, dieron lugar a tasas de prevalencia muy desiguales, desde el 10 al 60% de la población, aportando sin embargo una experiencia considerable a la epidemiología.

Fruto de estos avances previos y los avances producidos en la psiquiatría durante la década de 1960, nació la tercera etapa con estudios epidemiológicos. El pionero en esta etapa fue el New Haven Study, incluyendo criterios diagnósticos estandarizados y entrevistas estructuradas, de esta manera se obtuvieron datos replicables. Las tasas de prevalencia para los mencionados criterios fueron del 15.1% (Weisman & Klerman, 1978).

No es hasta finales de los años 70, cuando los estudios epidemiológicos alcanzan un auge sin precedentes

En 1979 se puso en marcha el National Institute Mental Health Epidemiology Catchment Area (Eaton et al, 1984; Regier et al, 1984 y Klerman, 1986) sin duda uno de los más ambiciosos, amplios y rigurosos estudios

epidemiológicos desarrollados en psiquiatría. Sus objetivos se dirigieron a la estimación de las tasas de incidencia y de prevalencia en Estados Unidos de los trastornos mentales agrupados en categorías diagnósticas, según la APA (American Psychiatric Association, 1980), plasmadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición (DMS III). Como objetivos adicionales de estudio fueron definidas las causas y consecuencias de esos trastornos, así como la determinación del grado de utilización de los servicios de salud mental (Vallejo, 2006).

Cueto y cols. (2008) refieren la dificultad que existe para determinar el concepto de “enfermedad mental”, éste, acoge un extenso número de patologías con diversos orígenes (en algunos casos aún no bien identificados), diversas manifestaciones clínicas, diferentes niveles de gravedad y variedad de alternativas terapéuticas, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria. Sin embargo, siendo prácticos y tomando como referencia los criterios seguidos en los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología en la actualidad - décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE- 10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el texto revisado de la IV edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IVR), podría definirse la enfermedad mental como: “ Trastorno del pensamiento y/o la emoción y/o la conducta, de diferentes orígenes, que producen sufrimiento en el ser humano y alteran su integridad en el plano físico / psicológico/social”.

Algunos autores (Vázquez-Barquero, 1993), refieren que a lo largo de los años, y sobre la base de la delimitación de la población objeto de estudio, se han diferenciado tres grandes categorías de estudios epidemiológicos:

1. Estudios basados en la población tratada en los servicios psiquiátricos. Se trata de estudios de diseño simple generalmente utilizados para obtención de datos administrativos referidos a la población en tratamiento, pero poco idóneos para la obtención de datos sobre la morbilidad psiquiátrica existente en la población general.

2. Estudios de poblaciones en contacto con lo servicios de atención primaria de salud. La población a investigar se define por el hecho de estar en contacto con los servicios de atención primaria. Estos estudios permiten un

conocimiento más real de la morbilidad psiquiátrica, siendo su inconveniente principal su coste. El estudio más relevante realizado en pacientes de atención primaria, es el publicado por la OMS, llevado a cabo en 15 países, utilizando un diseño en dos fases (Üstün, 1995). En este estudio se cribaron 26.000 pacientes con edades comprendidas entre los 15 y 65 años, de los cuales se entrevistaron 5.438. Otros autores, en estudios de la prevalencia de los trastornos mentales en atención primaria, muestran prevalencias del 34.7% en un centro de salud de Granada (Fernández Logroño, 1997), 38.8% en un centro de salud de Gerona (Chocrón, 1995) y de un 31.5% en cuatro centros en Cantabria (Vázquez-Barquero, 1997).

3. Estudios comunitarios, este tipo de estudio son los que realmente posibilitan una aproximación fidedigna a la prevalencia real de la patología mental en la comunidad.

“El diseño más ampliamente utilizado en los estudios que investigan la presencia de psicopatología en la comunidad, es el de un estudio transversal de una muestra representativa de la población a estudiar a la que se aplican instrumentos diagnósticos estandarizados. Con esta metodología se puede obtener un conocimiento exacto de la morbilidad en un momento determinado, ya que reflejan la existencia de enfermedad mental libre de errores de selección identificando además a personas enfermas con un amplio rango de severidad. La visión que este tipo de estudios ofrecen de la prevalencia, o bien es puntual, es decir miden la morbilidad psiquiátrica presente en un momento determinado (generalmente el último mes) o abarcan distintos periodos de tiempo: seis meses, un año, o toda la vida” (Martín Pérez, 2005).

Actualmente se han desarrollado instrumentos de mayor calidad, como pueden ser el Risk Factor Surveillance System (BRFSS), en Estados Unidos, o el Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R), el Psicosis Screening Questionnaire (PSQ) y la Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), en el Reino Unido.

Dentro de las escalas generales, el instrumento más utilizado y evaluado internacionalmente (traducido a 16 idiomas) es el General Health Questionnaire de Goldberg (GHQ), diseñado para detectar la probabilidad de ser caso psiquiátrico (Goldberg, 1972).

Martín-Pérez (2005), recoge los principales estudios de prevalencia de trastorno mental en la comunidad (tabla 1). Hemos omitido los instrumentos de medida utilizados, así como las fases de estudio.

Tabla 1. Principales estudios de prevalencia puntual de trastorno mental en la comunidad.

AUTOR	AÑO	LUGAR	N	PREVALENCIA
Hodiamont	1987	Holanda	3232	7.3
McConnell	2002	Irlanda N	1156	7.5
Henderson	1979	Canberra	756	9.1
Lehtinen	1999	Finlandia	747	10.1
Bebbigton	1981	Londres	310	10.9
Lou	1990	Zaragoza	380	11.0
Seva-Díaz	1992	Zaragoza	1185	11.8
Ortega	1995	La Rioja	793	12.4
Henderson	2000	Australia	10600	13.9
Herrera	1990	Barcelona	832	14.2
Vázquez-Barquero	1989	Cantabria	1223	14.7
Regier	1988	EEUU	18571	15.4
Carta	1998	Italia	374	15.4
Andrade	2002	Brasil	1464	15.4
Mavreas	1996	Atenas	489	15.6
Bijil	1998	Holanda	7076	16.5
Villaverde	1993	Tenerife	660	17.2
Rajmil	1997	Cataluña	12455	17.4
Jenkins	1997	Gran Bretaña	10108	18.5
Dilling	1984	Alemania	1536	18.4
Jacobi	2004	Alemania	4181	20.0
Roca	1997	Formentera	697	21.4
Gornemann	2002	Andalucía	1600	22.0
Vázquez-Barquero	1981	Navarra	1156	23.8
Ortey	1979	Uganda	206	25.2

En España se han realizado laboriosas y esclarecedoras investigaciones epidemiológicas en la comunidad con el objetivo de conocer la distribución de la patología psíquica en nuestra población. Estudios pioneros fueron los realizados por Muñoz (1979), Vázquez-Barquero (1981) y Seva (1982). Posteriormente destaca el estudio epidemiológico en salud mental realizado por Herrera y cols.

(1987) del Baix Llobregat, en el que se encontró una prevalencia general del 23.92%, En Cantabria, Vázquez-Barquero y cols., (1989), encontraron una prevalencia general del 14.7%. Recientemente los realizados por la European Study of the Epidemiology of mental Disorders, (ESEMeD) en España, Alonso y cols. (2004); Haro (2006), y Martínez y cols, (2006), encontraron una prevalencia vida próxima al 20%. Estudios realizados por el Servicio Canario de Salud (2004), muestran tasas de prevalencia para las enfermedades mentales en la Comunidad Autónoma de Canarias es del 24.82%, siendo similares con las encontradas en otras CCAA y al resto del país.

II.3. DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA Y EN CANARIAS.

Algunas sociedades científicas, como la Sociedad Española de Salud Pública y administración Sanitaria (SESPAS, 2002) así como algunos autores expertos en la materia, Salvador-Carulla y cols, (2002) coinciden en situar el inicio de la Reforma Psiquiátrica en España a partir del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985). Informe que ha servido de base para la futura elaboración de la Ley General de Sanidad (LGS, 1986).

En España, el abordaje de la atención psiquiátrica y de salud mental, se inicia con la creación de una Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en el año 1983 (MSC, 1983), y culmina con el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (MSC, 1985).

La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica propone y presenta una serie de recomendaciones al ministro de sanidad y consumo para la Reforma de la Psiquiatría Española; así como una serie de principios, para un Plan General de Salud Mental y Atención Psiquiátrica. Resaltando en cuanto a recomendaciones los siguientes apartados:

Las Acciones para la protección y cuidado de la salud mental deben extenderse a todos los ciudadanos que utilicen servicios sanitarios, incluyéndose dentro de las prestaciones del sistema general de salud.

Deben garantizarse prestaciones básicas, con carácter general, a todos los enfermos psíquicos. Estas prestaciones han de incluir, en el marco de modelo de servicios de protección de la salud mental propuesto,

tanto la atención extra-hospitalaria como la hospitalaria, mediante los medios técnicos que puedan ser asumidos por el sistema sanitario.

Las prestaciones psiquiátricas y de protección de la salud mental de carácter básico, deben quedar bien definidas mediante la norma correspondiente.

Así mismo, propone una serie de principios, que han de quedar recogidos de modo expreso en la nueva Ley General de Sanidad en trámite parlamentario en esos momentos (1984). Estos principios en número de 36, son recogidos como disposiciones complementarias (Mejica, 1999) en un texto de legislación psiquiátrica; y que dada su importancia señalamos algunos de éstos principios de forma expresa:

El sistema general de salud debe integrar la atención psiquiátrica y la promoción de la salud mental, asumiendo los aspectos biopsicosociales del enfermo.

La salud mental es un aspecto específico, pero inseparable, de la salud general. Una mejor atención y promoción de la salud, al conseguir un mayor nivel de bienestar de las personas, incrementa la protección de la salud mental.

La reforma sanitaria, en la perspectiva del S.N.S. debe incluir la salud mental como parte de la misma. El proceso de integración de la Psiquiatría ha de ir articulado con las reformas globales de la sanidad.

La protección de la salud mental, mediante su necesario desarrollo normativo, debe situarse a un nivel acorde con la realidad socio-sanitaria actual.

Ha de ser responsabilidad de la Administración pública promover la integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general.

El paciente mental debe ser contemplado como un paciente más del sistema general de salud.

La ordenación de la salud mental debe garantizar la disponibilidad de servicios para abordar la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria de la población.

Objetivos de la Reforma Psiquiátrica:

Potenciar las acciones protectoras de la salud mental dentro del entorno social propio de la población en riesgo.

Reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica, mediante la creación de recursos alternativos eficaces.

Incentivar el desarrollo de programas de rehabilitación para el enfermo mental.

Establecer un nivel de prestaciones socio-sanitarias suficiente para el enfermo mental, cualquiera sea su edad o condición.

Tutela de los derechos civiles del paciente frente a acciones sanitarias que puedan limitar su libertad.

Con la publicación de la Ley General de Sanidad en (LGS, 1986), quedan perfectamente definidas las directrices en materia de Salud Mental en España. En su Capítulo III, artículo 20:

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

- 1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.*
- 2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.*
- 3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.*

4. *Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.*

El aumento de gasto sanitario, (el PIB, prácticamente se dobla entre la década de los años 60 y 70), las nuevas actitudes sociales, los cambios demográficos (aumento de la población > 65 años) y la aparición de nuevas tecnologías, llevan a una propuesta ministerial para la creación de una Comisión para el Análisis del Sistema Nacional de Salud (MSC, 1990). El 13 de Febrero de 1990 el Pleno del Congreso de los Diputados “insta al Gobierno a que promueva a través del Consejo Internacional de Salud la constitución de una comisión de expertos de reconocido prestigio para el análisis, evaluación y elaboración de propuestas para la mejora del SNS”. Esta comisión generó más de 1.300 documentos y en el cual han trabajado directamente unos 160 expertos independientes y de reconocido prestigio, parte de Organismos Nacionales e Internacionales, Asociaciones Profesionales, Sindicatos, etc.

Presidida por D. Fernando Abril Martorell y conocida popularmente como “Comisión Abril”, sus objetivos generales eran:

1. *Analizar de la estructura del S.N.S.*
2. *Establecer hipótesis sobre escenarios imaginarios*
3. *Proponer medidas de mejora del S.N.S.*

Se crearon nueve subcomisiones, encargadas del estudio y análisis de las diferentes esferas sanitarias:

1. *Subcomisión de Atención Primaria.*
2. *Subcomisión de Atención Farmacéutica.*
3. *Subcomisión de Asistencia Especializada.*
4. *Subcomisión de Asistencia Privada.*
5. *Subcomisión de Personal.*
6. *Subcomisión de Economía del Sistema.*
7. *Subcomisión de Urgencias Médicas.*
8. *Subcomisión de Salud Pública.*
9. *Subcomisión de Asistencia Sanitaria y Social.*

La metodología adoptada por la Comisión se desarrollo en varias fases simultáneas:

1. *Recogida y articulación de la información.*
2. *Análisis de la situación y elaboración de conclusiones provisionales.*
3. *Discusión de los resultados provisionales.*
4. *Conclusiones definitivas y redacción de un informe final.*

Conclusiones básicas de la Comisión:

- ✓ La Comisión considera que el Sistema Sanitario español ha contribuido notablemente a la mejora de la situación de la población y a la corrección de las desigualdades sociales. El dispositivo público de oferta se considera suficientemente amplio y garantiza la cobertura de toda la población, con unos niveles de esfuerzo económico y calidad técnica equiparable a la de los países del entorno. La financiación mayoritariamente pública, garantiza la equidad básica de acceso. El sistema en conjunto, y la seguridad social en particular, han hecho posible el logro de unos hospitales con un alto nivel asistencial, la formación de especialistas y enfermeras y el progreso de la investigación clínica.
- ✓ La Comisión detecta una serie de problemas, a través de cada una de las subcomisiones estudiadas, y que se concretan en tres líneas fundamentales: La organización, gestión y financiación del SNS, realizando una serie de propuestas, con el objetivo de dar soluciones a éstos.

El Estatuto de Autonomía de Canarias, aprobado por Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, en los apartados 7 y 9 del artículo 32, confiere a la Comunidad Autónoma competencias de desarrollo legislativo y ejecutivo en materia de sanidad e higiene, y de coordinación hospitalaria en general, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca. La Legislación básica del Estado en esta materia está contenida actualmente en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en cuya regulación destacan el protagonismo y suficiencia de las Comunidades Autónomas para diseñar y ejecutar una política propia en materia sanitaria.

La Ley de Ordenación Sanitaria en Canarias (LOSCA, 1994), establece el ámbito normativo de la política de la Comunidad Autónoma en materia de sanidad, plasmando normativamente tres decisiones políticas fundamentales:

En primer lugar, la constitución y ordenación de un Sistema Canario de la Salud en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que, con independencia de su titularidad pública o privada, tiene por fin la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud.

En segundo lugar, la regulación general de cuantas actividades, servicios y prestaciones, públicos o privados, determinen la efectividad del derecho constitucional a la protección de la salud.

En tercer lugar, la creación y organización del Servicio Canario de la Salud, bajo la dirección, supervisión y control del Gobierno de Canarias, de las actividades y los servicios y las prestaciones directamente asumidos, establecidos y desarrollados por la Administración de la Comunidad Autónoma en el triple campo de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria.

El Servicio Canario de Salud como Organismo Autónomo administrativo adscrito a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias, tiene la responsabilidad de gestionar todos los recursos, centros y servicios sanitarios públicos en Canarias y permita al propio tiempo la unificación funcional de los mismos (LOSCA, 1994).

La Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias sentó las bases para la regulación y creación del Servicio Canario de Salud (1995) como organismo autónomo dependiente de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y al mismo tiempo señaló las líneas generales para conseguir una alta calidad asistencial. Entre 1995 y 1998 se establecieron los principios para el desarrollo del sistema sanitario. Se elaboraron los distintos documentos que integrarían el primer Plan de Salud de Canarias (Servicio Canario de Salud, 1997).

Una cuestión fundamental que ha estado presente a lo largo de todo el proceso de elaboración del PSC, ha sido la participación de los diferentes colectivos relacionados con la salud. Para ello se ha incorporado por primera vez

en la CCAA Canaria, la opinión de la población general, profesionales sanitarios y líderes de opinión (Rodríguez y cols, 1997).

Sin entrar en detalles metodológicos y a modo de resumen, éste se realizó en tres partes:

I) consulta a la sociedad, con el objetivo de determinar las necesidades de salud, manifestadas o sentidas por la población.

II) consulta a profesionales sanitarios, obtener una información más objetiva de los profesionales de la salud, inicialmente de forma individual y posteriormente se canalizó su participación a través de colegios profesionales, sociedades científicas y universidades, entre otros.

III) consulta a líderes de opinión y expertos sanitarios, ésta se consulta se justifica en cuanto ofrecen una visión sociopolítica que complementa la visión de la sociedad y de los profesionales, por cuanto que son los responsables de definir las inversiones en materia socio-sanitaria.

Características demográficas de la población canaria.

1. La evolución del crecimiento de la población en Canarias, nos facilita, desde el punto de vista de la gestión sanitaria, planificar con mayor eficacia las políticas, programas, recursos, etc., que la población va a requerir en el futuro, además de realizar previsiones, basándonos en proyecciones futuras de la evolución de la población.
2. Datos epidemiológicos desde la década de los 50 (OMS, 1960), estiman que aproximadamente el 1% de la población padece o padecerá a lo largo de su vida un trastorno esquizofrénico. Las personas con trastorno esquizofrénico, constituirán un alto porcentaje de la muestra utilizada en este estudio, por lo que consideramos oportuno conocer las características demográficas de la población objeto de estudio (Tenerife).
3. La población en Canarias, ha tenido una tasa media de crecimiento acumulado de 1.89 % anual, entre los años 1940 y 1981; pasó de

650.000 habitantes en 1940, a 1.444.626 habitantes en 1981 (Alfonso, 1985).

4. La población residente en las Islas Canarias, aumentó en 52.740 personas durante el año 2005, con un crecimiento de un 2.8% respecto a 2004 (INE, 2005), únicamente superada, en términos porcentuales, por las Comunidades de Valencia (3.3%), Murcia (3.2%) y Baleares (2.9%), para el mismo periodo (tabla 2).

Tabla 2. Población en Canarias por grupos de edad

	Canarias	Lanzarote	Fuerteventura	Is. Canaria	Tenerife	Gomera	Palma	Hierro
Total	1.968.280	123.039	86.642	802.247	838.877	21.746	82.252	10.477
0-14	299.100	21.016	14.548	126.649	120.814	2.751	11.880	1.452
15-64	1.431.294	92.127	67.077	579.552	611.589	15.080	58.252	7.017
>65	237.886	9.296	5.017	96.046	106.474	3.925	15.120	2.008

Fuente: INE-2005

- ✓ Todas las islas han aumentado su población, aunque la Isla de Tenerife se destaca de forma espectacular en términos absolutos. En términos porcentuales, sin embargo, Fuerteventura se coloca a la cabeza con un crecimiento de un 8.3%.
- ✓ Por sexos, el 50.21% del total de empadronados son varones y el 49.79% mujeres. Por edades, el 15.2% de la población tiene menos de 14 años, el 72.72% tiene entre 14 y 64 años y el 12.09% más de 65 años.
- ✓ Según nacionalidades, de los 1.968.280 habitantes de Canarias, 1.7 millones de personas son de nacionalidad española y 222.260 son extranjeros, lo que supone ya el 11.9% del total de empadronados, de los cuales únicamente el 50% pertenece a países europeos.
- ✓ La población no se reparte de manera homogénea por todo el territorio nacional. Cuando la densidad media de España es de 87

habitantes/Km², la de Canarias es de 264 hab. / Km², sólo superada por Madrid (743 hab. / Km²) y País Vasco (300 hab. / Km²).

- ✓ Según fuentes del ISTAC, por medio de estudios inferenciales, la población canaria aumentará entre los años 2008 y 2013 en 162.000 personas (tabla 3).

Tabla 3. Previsión de la evolución de la población en Canarias año 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Canarias	2.093.092	2.129.927	2.163.168	2.194.889	2.225.333	2.254.944
Lanzarote	133.936	137.881	141.677	145.272	148.669	151.965
Fuerteventura	94.487	97.544	100.317	102.957.	105.509	108.053
G Canaria	839.085	850.369	861.041	871.303	881.231	890.869
Tenerife	904.529	921.452	935.918	949.629	962.647	975.181
La Gomera	23.215	23.804	24.228	24.655	25.110	25.568
La Palma	86.899	87.715	883.632	89.505	90.385	91.294
Hierro	10.941	11.162	11.35	11.568	11.782	12.014

Fuente: ISTAC 2008

La población en Canarias a 1 de Enero de 2008, es de 2.075.968 habitantes, correspondiendo a la provincia de Santa Cruz de Tenerife 1.0050936 habitantes (INE, 2009).

Canarias podría tener dentro de doce años una población cercana a los 2.5 millones de habitantes (incremento porcentual de un 15.75%), según estudio realizado por el ISTAC (2008). Esto se traduce en 329.504 habitantes más en Canarias para el año 2019 (tabla 3 y 4).

Ello supondría que en Canarias, tendríamos potencialmente 25.000 personas que sufrirían de un trastorno esquizofrénico en el año 2019.

Por islas la que más crece en términos absolutos en Tenerife, 139.366 habitantes más que en el año 2008, a continuación le sigue Gran Canaria, con 105.256. Entre las islas no capitalinas, Lanzarote tendría un aumento de 37.716,

Fuerteventura con 29.657, La Palma con 10.000, La Gomera 10.176, y El Hierro con 2.337 habitantes más que el año 2008.

En términos porcentuales las islas que mayor incremento registrarían son Fuerteventura con un incremento del 31.38% y Lanzarote con un 28.15%.

Tabla 4. Previsión de la evolución de la población en Canarias año 2014-2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Canarias	2.283.699	2.311.809	2.339.748	2.367.510	2.395.239	2.422.596
Lanzarote	155.206	158.428	161.681	164.962	168.302	171.652
Fuerteventura	110.596	113.203	115.858	118.574	121.349	124.144
G Canaria	900.183	909.229	918.157	926.981	935.746	944.341
Tenerife	987.201	998.881	1.010.372	1.021.684	1.032.905	1.043.895
La Gomera	26.050	26.474	26.908	27.340	27.776	28.211
La Palma	92.214	93.148	94.119	95.109	96.095	97.075
Hierro	12.249	12.446	12.653	12.860	13.066	13.278

Fuente: ISTAC 2008

Epidemiología en Salud Mental y Psiquiatría en Canarias.

Según la Encuesta de Salud de Canarias, recogida en el último Plan de Salud de Canarias (2004-2008), los patrones epidemiológicos de riesgo y vulnerabilidad para la salud mental en Canarias son similares a los encontrados en los países industrializados de nuestro entorno europeo y del resto de comunidades autónomas que integran el estado español, véase el estudio epidemiológico en salud mental del Baix Llobregat, Herrera y cols. (1987), en el que se encontró una prevalencia general del 23.92%; 15.96% en el caso de los hombres y 30.80% en las mujeres. En Cantabria Vázquez-Barquero y cols., (1987), encontraron una prevalencia general del 14.17%, correspondiéndose un 8,1% para los hombres y un 20,6% para las mujeres.

En Canarias, una de cada cuatro personas está en riesgo de padecer un trastorno mental a lo largo de su vida, siendo este ratio superior en las islas de Gran Canaria y Lanzarote. Esto supone que aproximadamente unas 398.000 personas están en riesgo. La prevalencia de las enfermedades mentales en la Comunidad Autónoma de Canarias es del 24.82%; como hemos señalado, estudios realizados en otras comunidades muestran tasas de prevalencia similares. La prevalencia por islas sería: (tabla 5)

Tabla 5. Prevalencia de los trastornos mentales en Canarias.

Lanzarote	31,42
Gran Canaria	29,28
Canarias	24,82
La Gomera	23,39
El Hierro	23,39
Tenerife	22,8
Fuerteventura	16,78
La Palma	15,17

Fuentes: Plan de Salud de Canarias 2004-2008

La esquizofrenia, por su gravedad y persistencia, es una de las patologías psiquiátricas más importantes, estimándose que de la población actual en Canarias, unas doce mil personas desarrollarán algún tipo de esquizofrenia a lo largo de su vida. La tasa de prevalencia de trastornos psicóticos en nuestra Comunidad es de un 8.1 x 1000 habitantes, siendo similar a la encontrada en otros estudios europeos. La sintomatología depresiva y ansiosa, se encuentra presente en un 25% de la población general, constituyendo uno de los principales problemas de salud por los que se acude a los Centros de Atención Primaria.

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, a través de la Dirección General de Programas Asistenciales, y según datos recogidos del Registro de casos psiquiátricos (RECAP, 2009), las consultas por trastornos mentales se incrementaron en Canarias en el año 2008 en un 21%, generando 279.706 consultas médicas en el archipiélago. 58.000 personas consultaron, en 2008 algún trastorno de salud mental, estimándose que 39 personas de cada 1000 fueron atendidas en las diferentes Unidades de Salud Mental Comunitaria

(USMC) de las islas, las causas más frecuentes de consultas fueron: trastornos neuróticos, trastornos del humor, y psicosis. Según la misma fuente, se produjeron 2.412 ingresos en las Unidades de Internamiento Breve (UIB) generando 49.921 estancias; siendo las causas más frecuentes los trastornos esquizofrénicos con un 32.4%, seguidos de psicosis afectivas, con un 22.9 %.

Grupos de riesgo: niños, adolescentes y mayores

Factores o situaciones como la edad, el género, el medio urbano, el estado civil, el nivel socioeconómico bajo, la marginación, el alcoholismo y otras toxicomanías, pueden favorecer la aparición y en ocasiones agravar la presencia de un trastorno mental. Los grupos de población más vulnerables a estos factores son los niños y los adolescentes, asociándose a menudo en los jóvenes con fenómenos como el alcoholismo, otras toxicomanías y la violencia.

En Canarias existen 303.586 menores de 14 años. Según estudios internacionales, el 6% de la población infantil en países similares al nuestro necesita algún tipo de intervención institucional específica (asistencial, educativa, sanitaria y/o nutricional). Las condiciones de marginación social, la desarticulación familiar y de pobreza grave constituyen factores que favorecen, entre otras, los malos tratos físicos y/o psicológicos en la infancia.

Otro grupo de riesgo es la población mayor, donde se asocian factores tales como la pérdida de trabajo, muerte del cónyuge, discapacidades físicas y psíquicas, lo cual da lugar a que la prevalencia de problemas mentales sea mayor que en otros tramos de edad. Por encima de los 65 y los 80 años se incrementa el riesgo de padecer un trastorno mental en un 10% y un 40% respectivamente, tal y como hemos podido confirmar en la Encuesta de Salud de Canarias (SCS, 1997).

Enfermedad mental y lugar de trabajo

La enfermedad mental es una de las principales causas de baja laboral en colectivos estratégicos en los Servicios Públicos como médicos y educadores. Por otra parte el trabajo aporta al individuo, no sólo contraprestaciones económicas, sino también otras muchas de orden individual, familiar y social,

como autoestima, reconocimiento, marco de relaciones, etc., que siempre deben tenerse en cuenta a la hora de la indicación de una incapacidad laboral transitoria o definitiva.

Gasto farmacéutico

El gasto farmacéutico generado al Servicio Canario de Salud en 2001 por los psicofármacos fue de 33.52 millones de euros. Constituye uno de los grupos de fármacos más dispensados. No obstante, los nuevos antipsicóticos, fármacos específicos para los pacientes con esquizofrenia, están experimentando un incremento notable en su representación económica para los Servicios Sanitarios Públicos, dado que son mejor tolerados por los pacientes y su elevado precio frente a los antiguos.

Recursos asistenciales en Salud Mental en Canarias.

La red de dispositivos asistenciales en salud mental y psiquiatría en Canarias: Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), Unidades de Internamiento Breve (UIB), Unidades de Subagudos (USA), Unidades de Rehabilitación Activa (URA), Centros de Día (CD), Unidad de Noche (UN), Pisos Asistidos (PA), etc., han sufrido una evolución dirigida hacia un modelo de psiquiatría comunitaria, aumentándose los recursos extra-hospitalarios, y adecuando los hospitalarios (disminución del nº de camas).

Un estudio realizado recientemente a nivel nacional y por comunidades autónomas (García, 2009), nos muestra, el nº de dispositivos en salud mental en Canarias, así como los recursos y la distribución de enfermería (tabla 6).

Tabla 6. Distribución del personal de Enfermería por dispositivos asistenciales: Canarias

	Dispositivo Tenerife	Enfermera Tenerife	Dispositivo G. Canaria	Enfermera G. Canaria	Disposit. Canarias	Enferm. Canarias
CSMA	12	17	17	25	29	42
CSM-J	-	-	2	2	2	2
UHBA	3	38	4	47	7	85
UHI-J	-	-	-	-	-	-
HPA	-	-	-	-	-	-
HPI-J	1	1	1	2	2	3
CRP-S	7	2	9	9	16	11
DRL	1	-	2	-	3	-
UHR/UME	2	23	2	27	4	50
AR	3	-	5	5	8	5
ULE	-	-	-	-	-	-
PG	-	-	-	-	-	-
EC	-	-	3	4	3	4
ESD	4	10	-	-	4	10
Otros	2	2	3	-	5	2
Total	35	93	43	121	78	214

Fuente: Situación de la Enfermería de Salud Mental en el SNS.AEN. Madrid 2009

CSMA: Centro de Salud Mental de Adultos / USMC: Unidades de Salud Mental Comunitaria

CSMI-J: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

UHBA: Unidad de Hospitalización Breve de Adultos. UIB: Unidad de internamiento Breve

UHBI-J: Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil

HPA: Hospitalización Parcial (Día) de Adultos

HPDI-J: Hospitalización Parcial (Día) Infanto-Juvenil

CRP-S: Centro de Rehabilitación Psico-Social

DRL: Dispositivos de Rehabilitación Laboral

UHR/UME/UTS: Unidades Hospitalarias de Rehabilitación/ Unidades de Media Estancia/ Comunidades Terapéuticas. URA: Unidades de Rehabilitación Activa, USA: Unidad de Subagudos

AR: Alternativas Residenciales. Miniresidencias

ULE: Unidades de Larga Estancia

PG: Psicogerítricos

ESD: Equipos de Soporte Domiciliario. ECA: Enfermería Comunitaria Asertiva

OTROS: Otros dispositivos

Tabla 7. Ratios de personal de Enfermería (2008)

CCAA	Población (nacionales y extranjeros)	Población que atiende cada enfermera	Ratio: enfermeras x 100.000 habitantes
S/C. Tenerife	1.005.936	10.816,52	9.25
L.P.G. Canaria	1.070.032	8.843,24	11.31
Canarias	2075.968	15.104,00	6.62

Fuente: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuaderno N°13. Madrid

Las USMC del Área de Gran Canaria, sufrió un importante incremento de, de 2 a 8 USMC, entre los años 1994 a 1995. En el resto de las áreas el número de dispositivos no han variado sustancialmente, con excepción de Tenerife en donde se ha incrementado en una Unidad, coincidiendo con la creación del Consorcio Sanitario de Tenerife (2008), organismo que integra al Servicio Canario de Salud (SCS) y al Excmo. Cabildo Insular de Tenerife. Sin embargo, sí está variando sustancialmente el número de profesionales que integran las USMC en el sentido de ir aumentando su dotación de recursos humanos.

A nivel hospitalario, la evolución de las UIB, aumentan a expensas de dispositivos ubicados en hospitales generales, tal y como se recomienda en la LGS. Con la apertura en el año 2002 de la UIB del Hospital Universitario de la

Candelaria con 30 camas, así como la remodelación de la UIB de Fuerteventura, se ha completado la red de hospitalización. En marzo de 2004, oficialmente, las 25 camas de agudos, actualmente denominadas Unidades de Internamiento Breve (UIB) que pertenecían al Hospital Psiquiátrico de Tenerife pasaron a ser de media estancia ó Unidad de Subagudos (USA), con lo que se completó el proceso de traslado de camas para pacientes agudos desde H. Psiquiátricos a los Hospitales Generales.

En cuanto a actividad asistencial se observa para el periodo 1994-2002, que desde el año 1998 hay una tendencia a la estabilización. No obstante el perfil de los pacientes que ingresan, así como las estancias medias aconsejan el desarrollo de dispositivos “intermedios” Unidad de Media Estancia. Unidad de Subagudos (USA), vinculados a las Unidades de Rehabilitación Activa (URA) para pacientes en los que los programas terapéuticos a desarrollar precisan de una estancia media superior a las registradas en las UIB, e inferior a las URA.

La Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, por el Decreto 83/1998, recoge la regulación por la que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC), para los enfermos mentales crónicos, órganos colegiados adscritos al Servicio Canario de Salud, cuyas funciones son:

1. Elaboración, a partir de los datos disponibles en los dispositivos asistenciales de Atención a la Salud Mental, Unidades de Salud Mental Comunitarias, Unidades de Media y Larga Estancia y de Rehabilitación de los Hospitales Psiquiátricos y otros, de un censo de pacientes crónicos con enfermedad mental, ordenándolo según el nivel de necesidades.
2. Diseño de Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial para enfermos mentales (P.I.R.P.), asegurándose de que sus diferentes subprogramas sean los más adecuados para los correspondientes niveles de necesidades, y enviándolos para su aprobación a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.

Las USMC tendrán que ir aumentando su participación en el tratamiento de las patologías psicóticas y delegando en el nivel de atención primaria la detección y el tratamiento de los trastornos neuróticos, siempre y cuando el proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica desde las instituciones hacia la comunidad continúe y vaya acompañado de la correspondiente sectorización de la población a atender; actualmente todas las CCAA tiene un plan de Salud Mental, revisados en la mayoría de ellas (SNS, 2004) y el desplazamiento de los recursos desde los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad, siendo especialmente sensibles, con las zonas de mayor desarrollo demográfico.

La formación continuada en el campo de los trastornos mentales a los profesionales de la Atención Primaria por parte de los profesionales de las USMC y las visitas domiciliarias dentro de los programas de seguimiento en la comunidad son, entre otras, algunas claves de esta necesaria transformación de los recursos existentes.

Las Unidades de Internamiento Breve (UIB) para pacientes con trastornos mentales agudos que están ubicadas actualmente y desde el año 2003, tal y como recomienda la LGS, en los Hospitales Generales, garantizan una atención al enfermo mental en igualdad de condiciones que cualquier otro enfermo agudo con otras patologías, permitiendo además una atención sanitaria completa física y psíquica cuando los pacientes acuden a los servicios de urgencias de dichos Hospitales Generales. Estas UIB deben ocuparse sólo de aquellos casos graves en donde no fuera posible la contención comunitaria en las USMC, con las que se debe trabajar en estrecha colaboración, garantizando la continuidad de cuidados.

II.4. EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA.

Hernández-Conesa (1999), a partir de hechos historiográficos, realiza una aproximación a la Historia de la Enfermería. Hace referencia a las “prácticas cuidadoras”, como actividad ligada a la conservación de la especie humana. Al mismo tiempo señala los distintos papeles jugados, por las diferentes concepciones acerca de la enfermedad y del enfermar, así como el valor otorgado en cada caso a los “elementos del cuidado”, desde una perspectiva socio-económica y religiosa, en relación a los determinantes espacio-temporales del momento histórico.

Los elementos constitutivos del cuidado, configuran, según la autora una constante sometida a los necesarios vaivenes de las distintas épocas, que lejos de ser adaptación o ajuste histórico, ha configurado esta disciplina como un saber especulativo, haciéndola olvidar que contenía elementos propios sobre los que construirse. Enlaza perfectamente conceptos tales como “prácticas cuidadoras”, “elementos constitutivos de los cuidados”, “hecho histórico”, para determinar, en definitiva, que los Cuidados de Enfermería, constituyen un hecho histórico, como cualquier manifestación de la vida social del hombre. Sin embargo, el “Conocimiento Histórico Enfermero”, precisa de la rigurosidad necesaria en cualquier investigación histórica, y en la que la autora basa el desarrollo de su trabajo.

No podríamos entender la enfermería actual, sin al menos subrayar algunos pensamientos, teorías y acontecimientos, ocurridos en la historia reciente de la enfermería, que influyeron y en algunos casos de forma decisiva en su evolución.

En el año 1859, con la publicación de “Notas de Enfermería”, Florence Nightingale, sentó las bases una forma de entender los cuidados para el futuro desarrollo de la enfermería como ciencia de la salud, coincidiendo con la primera revolución industrial, continuando aún vigentes algunas de sus recomendaciones en cuanto a planificación y cuidados se refiere (Nightingale, 2005). Su teoría se centró en las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que se pueden prevenir, detener o favorecer la

enfermedad, los accidentes y la muerte, y que algunos autores definieron posteriormente como “entorno” (Murray, 1975).

Es a partir del siglo XX, cuando se produce un desarrollo creciente y exponencial de la Enfermería como profesión; los avances técnicos, la situación social de la mujer, la expansión de los hospitales, la creación de asociaciones profesionales, programas de formación específicos y unificados, así como la acreditación de un título para el ejercicio profesional, han sido algunos de los factores determinantes.

Filosofías, Modelos Conceptuales y Teorías de Enfermería de importancia histórica, surgen a partir de la segunda mitad del siglo XX. Podríamos citar, como autoras más representativas: La propia Florence Nightingale, Hildegar Peplau, Virginia Henderson, Callista Roy, Dorothy Orem, Faye Glenn Adbellah, Ernestine Wiedwnbach, Lydia Hall, Joyce Travelbee, Kathryn E. Barnard, Evelyn Adam, Nancy Roper, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney; entre otros. Recientemente, Barker (2005) ha desarrollado y aplicado un modelo, denominado “Modelo de la Marea” (Tidel Model), basado en el paradigma de las relaciones interpersonales de H. Peplau y que sirve como modelo de referencia en enfermería de salud mental.

La incorporación en la Universidad (MEC, 1978), ha sido definitiva en el desarrollo y evolución de la Enfermería, como disciplina con un cuerpo de conocimientos propios; aunque no ha sido igual para todos los países.

En Estados Unidos de América, la creación de la American Nurses Association (ANA), en 1911, hace posible el desarrollo de objetivos centrados en el desarrollo de niveles elevados en la práctica enfermera.

En 1973 surge un grupo de enfermeras profesoras de la Saint Louis University School of Nursing, Missouri, Kristiene Gebbie y Mary Ann Lavin, que convocan a enfermeras de distintos ámbitos de gestión, asistenciales, investigadoras y docentes, con el objetivo de poner en común desde sus distintas perspectivas los problemas que Enfermería, relacionados con las personas, familias y comunidades, siendo ellas las máximas responsables en la valoración de dichas situaciones, teniendo capacidad para cuidar de forma independiente. Esta fue la primera Conferencia Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, y como tal se conoce.

En 1982, se creó la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), cuyo principal objetivo sigue siendo el desarrollo y perfeccionamiento de los Diagnósticos de Enfermería y la formación de una taxonomía diagnóstica propia (Luis, 1993). En la última edición de la NANDA (2009-2011), se han añadido 21 diagnósticos enfermeros nuevos, a los ya existentes, revisados 9 y retirados 6, propuestos por profesionales de países como España, Japón, Brasil o Estados Unidos, lo que refleja la creciente internacionalización de la terminología diagnóstica enfermera. Incrementándose de 188 a 206 diagnósticos en esta última edición.

En 1990 la NANDA propone como definición de Diagnóstico Enfermero:

“Es el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad, frente a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros, proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable”

En 1992, la Universidad de Iowa, publica la primera edición de la Nursing Interventions Classification (NIC), en ella se utiliza un lenguaje normalizado global, para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería; en la última edición (Mc Closkey et al, 2009), se recogen más de 500 intervenciones de enfermería. Cada intervención de enfermería recoge una serie de actividades en número variable para cada intervención, y susceptible de uso en la persona, familia o comunidad, en diferentes ámbitos (hospitalario, comunitario y/o domiciliario), y que pueden ser medidas en una escala tipo likert, de forma que el valor de 1 determina el peor resultado para ese indicador y 5 el resultado óptimo.

En 2001, La Universidad de Iowa, publica la primera edición de la Nursing Outcomes Classification (NOC), en la última edición (Moorhead et al, 2009), se recogen 385 etiquetas de resultados de enfermería. La “etiqueta” identifica el concepto que se quiere medir o evaluar en la NOC; cada etiqueta de resultados contiene una serie de indicadores que pueden ser medidos en una escala tipo

likert, de forma que el valor de 1 determina el peor resultado para ese indicador y 5 el resultado óptimo.

Las etiquetas y sus indicadores de resultados (NOC), se utilizan para evaluar el concepto que las define, en la persona, familia o comunidad, en un momento determinado, así como para establecer objetivos.

Existe una conexión lógica, entre las taxonomías NANDA, NIC y NOC, tal y como manifiestan diferentes autores (Marion, et al, 2006), de tal forma que partiendo de una valoración de los problemas de enfermería que presenta la persona, basada en la detección de las disfunciones o alteraciones reales o potenciales de sus necesidades básicas (Maslow, 1999), (Henderson, 1966), patrones funcionales de salud (Gordon, 1982), o dominios de la NANDA, (2009-2011), de forma que: El profesional de enfermería, tendría a su disposición las herramientas necesarias, para valorar (patrones funcionales de salud / dominios), detectar y definir los problemas de enfermería (diagnósticos-NANDA), planificar, estableciendo objetivos o criterios de resultados por medio de indicadores (NOC), intervenir, seleccionando las actividades ajustadas a los problemas (NIC) y medir los resultados a través de indicadores (NOC), en la persona, familia y/o comunidad, susceptible de atención o de cuidados de enfermería.

Evolución de la Enfermería en España.

El Decreto Ley de 4 de diciembre de 1953 (MEC, 1953), establece y unifica los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS); en el mismo queda establecido que las enseñanzas tenían que estar tuteladas por las Facultades de Medicina de la Universidad de referencia.

Con la publicación del Real Decreto de 23 de Julio de 1977 (Ministerio de Educación, 1977), donde se dictan las directrices para la elaboración de los planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería, las Escuelas donde se impartían las enseñanzas para la obtención del Título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), cumplidos los requisitos pasan a ser Escuelas Universitarias de Enfermería. En el mismo, conforme a lo establecido en el

artículo 37,1 de la Ley General de Educación del 4 de Agosto de 1970, dice textualmente:

Las Universidades se acomodarán en la elaboración de los planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería a las directrices:

1. Los planes de estudios se estructuran en tres años.
2. Las enseñanzas se distribuirán en las siguientes áreas de conocimientos:

Ciencias básicas

Ciencias médicas

Ciencias de la enfermería

Ciencias de la conducta

Salud pública

3. El número total de horas de enseñanza se fija en un mínimo de 4.600 horas, debiendo dedicarse a la formación práctica al menos, el cincuenta por ciento del total. La enseñanza teórica, la formación práctica, los conocimientos técnicos y el adiestramiento clínico deben estar coordinados e integrados.
4. Las asignaturas obligatorias señaladas por la Universidad para la totalidad de cursos que componen el plan de estudios no deberá sobrepasar en número de 18. A su vez, las asignaturas optativas que podrán proponer las Universidades, no serán más de cuatro, entre las que tendrá que incluirse necesariamente una signatura denominada “Ética Profesional” de manera que no rebase el número de veinte asignaturas el total de las incluidas por ambos conceptos en el Plan de Estudios.
5. De cada una de las disciplinas que se incluyan en los mencionados planes de estudio deberá figurar una breve descripción de su contenido.

6. Las Universidades procurarán adaptar los planes que propongan al que a título indicativo, se recoge en el anexo de la presente Orden ministerial.
7. Los correspondientes planes de estudio, una vez elaborados con el asesoramiento de la Comisión Gestora creada con dicha finalidad por el artículo 4º del Real Decreto 2128/1977, de 23 de Julio, habrán de ser elevados al Ministerio de Educación y Ciencia a través de la Dirección General de Universidades (Subdirección General de Ordenación Académica), en el plazo de quince días, desde el siguiente de la publicación de ésta Orden en el “Boletín Oficial del Estado”, para su posterior aprobación, previo dictamen de la Junta Nacional de Universidades.

La utilización de una estructura metodológica propia, Conocida como Proceso Enfermero (PE), y que consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Resultados, descrito por primera vez como Proceso de Atención de Enfermería (Hall,1955; Johnson,1959, Orlando,1961; y Wiedenbach,1963), estos autores, consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura & Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; Bloch (1974), Roy (1975), y Aspinall (1976) entre otros autores, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

En España la introducción, utilización y desarrollo de la taxonomía NANDA-NIC-NOC (NNN), se debe al trabajo realizado por diferentes instituciones y profesionales que han tenido la capacidad de valorar su importancia en el desarrollo de la Enfermería, así como la tenacidad y constancia para llevarlo a cabo; asociaciones profesionales como: la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE), Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Asociación Española de Enfermería en Salud Mental (AESM), Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), Escuelas Universitarias de Enfermería de las

diferentes CC.AA., Direcciones de Enfermería de las diferentes áreas de salud y hospitales, Colegios Profesionales, así como autores-investigadores y docentes de prestigio nacional e internacional reconocido; a nivel nacional podríamos citar: (Frías, 1990; Cuesta, 1994; Ugalde, 1995; Alfaro, 1996; Fornés, 2001; Carballal, 2001; Guirao, 2001; Teixidor, 2002; Lluch, 2005; García, 2007; Pacheco, 2007; y Amezcua, 2009), entre muchos otros.

Nuevos Planes de Estudio.

La configuración de un Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), aparece como una prioridad en los Acuerdos de Bolonia (Bolonia, 1999); en ella los 31 ministros que la componen, pretenden la integración de las titulaciones de todos los países miembros de la CE en el Espacio Común Europeo. Su objetivo es doble, por un lado facilitar la homologación de los títulos universitarios entre los diferentes países y, como consecuencia de este, facilitar la libre circulación de titulados. Los acuerdos de Bolonia, tienen su precedentes en los acuerdos de la Sorbona, firmados por cuatro países europeos, Francia, Italia, Reino Unido y Alemania (Sorbona, 1998), y posteriormente renovados y ratificados en el comunicado de Praga 2001, convenio de Salamanca 2001, comunicado de Berlín 2003, Bergen 2005 y Londres 2007.

En España, así como en los demás países miembros, estos acuerdos deben llevarse a cabo antes del año 2010.

En Enfermería en particular, la integración en el EEES, llevará consigo la puesta en marcha de la Titulación de Grado (RD. 1393/2007) y posterior acceso a ciclos superiores de educación universitaria (Máster y Doctorado).

II.5. ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA.

El Real Decreto de 3 de Julio de 1987, regula la obtención del Título de Enfermero Especialista; así mismo se crea el Consejo Nacional de especialidades de enfermería que, como órgano de consulta y asesoramiento de los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo en estos asuntos, permitirá a la administración tomar las decisiones que proceda con el debido apoyo científico y técnico. En dicho Consejo toman parte los representantes de los sectores académicos, científicos y profesionales, que tienen legítimo interés en la formación especializada de la enfermería.

Así mismo se crean las especialidades de enfermería: Obstétrico-ginecológica (matronas), enfermería pediátrica, enfermería de salud mental, enfermería comunitaria y enfermería de cuidados especiales.

Hasta el año 1992 no sale a la luz pública la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, publicándose en el BOE de 22 de Octubre de 1993 la convocatoria de pruebas selectivas para iniciar el programa de formación en las diferentes Unidades Docentes (Unidades donde será impartida la enseñanza para la obtención del título de Enfermero Especialista, según recoge el artículo 5 del RD 992/1987) y que se iniciarían en el año 1994.

En 1995 el Ministerio de Sanidad y Consumo convoca un grupo de trabajo con expertos en Enfermería en Salud Mental para elaborar el programa formativo de la especialidad de Enfermería en Salud Mental (Pacheco, 2004), resultando de este trabajo de expertos, la publicación de una orden ministerial que desarrolla el Decreto 992/1987 sobre la obtención del título de Enfermera especialista en Salud Mental.

El 9 de Junio de 1998 la Secretaría de estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Ciencia y Cultura establece el perfil profesional del Enfermero/a especialista en Salud Mental y aprueba con carácter provisional el programa formativo de la especialidad.

La aportación profesional específica de los enfermeros de Salud Mental viene definida por el trabajo que desarrollan con personas y con respuestas humanas derivadas de las alteraciones de la salud mental, con aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y la potencialidad de éstos

para incidir en la capacidad de integración socialmente aceptable de los individuos. Para ello prestan cuidados utilizando la relación interpersonal como instrumento terapéutico básico (García, 2007). Para ello deberán:

1. Prestar cuidados a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.
2. Asesorar, en calidad de experto, a profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud.
3. Educar en materia de salud mental a la persona, familia, grupos y comunidad.
4. Formar en materia de salud mental a los futuros profesionales de enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales.
5. Investigar en el campo de la Enfermería en Salud Mental y participar en otros proyectos de investigación.
6. Dirigir y/o participar en la organización y administración de los servicios de salud mental.
7. Participar en la determinación de objetivos y estrategias en materia de salud mental, dentro de las líneas generales de la política sanitaria y social del país.
8. Actuar como consultores de las diferentes Comunidades locales, autonómicas y estatal, así como de organismos internacionales en materia de Enfermería en Salud Mental.

El programa de la especialidad se desarrolla por el sistema de residencia a tiempo completo, constando de un total de 164 horas teórico-prácticas. La metodología docente preferente es el autoaprendizaje tutorizado, con métodos de participación activa, aprendizaje experiencial y evaluación continuada.

Las convocatorias a pruebas selectivas de la Especialidad de Salud Mental, aparecen por primera vez en el año 1998; es decir transcurren once años desde que se regulan las especialidades (RD 992/1987) hasta que se convocan las primeras pruebas selectivas para la Especialidad Enfermería de Salud Mental (BOE 30 Junio 1998).

El Hospital Universitario de Canarias, dispone una Unidad Docente acreditada para la formación de enfermeros especialistas en Salud Mental desde el año 2000, con capacidad para 5 Enfermeros Internos Residentes (EIR). Desde entonces se han formado 10 promociones de enfermeros especialistas en Salud mental (2000- 2010).

El RD 183/ 2008 de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, en su artículo 7.2., establece que se formarán en la misma unidad docente las especialidades que, aún requiriendo para su acceso distinta titulación universitaria, incidan en campos asistenciales afines, denominándose en este caso, Unidad Docente Multiprofesional (UDM).

Éstas UDM, cumplirán los requisitos de acreditación comunes y los específicos de las especialidades que se formen en las mismas.

La Comisión de Docencia, como órgano de representación de la Unidad Docente para la formación de Enfermeros Internos Especialistas en Salud Mental (EIR) del HUC perteneciente al Servicio Canario de Salud, reunida en convocatoria extraordinaria en el día 28 de Abril de 2010, acuerdan por unanimidad solicitar la integración de la Unidad Docente actual, en la nueva Unidad Docente Multidisciplinar (UDM) de Salud Mental de la CCAA de Canarias (HUC, 2010).

II.6. EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE TENERIFE.

La Excm. Diputación Provincial de Tenerife (Actual Excmo. Cabildo Insular de Tenerife), inaugura el 22 de Enero del año 1917, el “Manicomio Provincial”. A partir de 1929 se constituye el “Patronato del Asilo Provincial de Dementes de Santa Cruz de Tenerife”, presidido por D. Juan Febles y Campos y dependiente de la Mancomunidad Interinsular de Cabildos (Decreto 21 de Septiembre de 1927), órgano responsable de la gestión del Manicomio Provincial (Estévez, 2009).

Los Servicios de Enfermería ofertados en esa época a los pacientes ingresados en el “Manicomio Provincial”, estaban organizados por religiosas pertenecientes a la orden de “Las Hermanas de la Caridad”, contando con personal subalterno (cuidadores) para la realización de los cuidados básicos como higiene, alimentación y descanso de los pacientes. Se realizó una revisión de 60 historias clínicas que datan de los años 1928-1970, de entre un millar aproximadamente que aún se conservan en la biblioteca del Hospital Febles Campos, del Instituto para la Atención Social y Sociosanitaria (IASS), dependiente del Excmo. Cabildo Insular de Tenerife; con el propósito de revisar en ellas los registros de la actividad de enfermería realizada. Los registros de la actividad de enfermería han sido prácticamente nulos, siendo los registros médicos escasos, mientras que los administrativos constituyen más del 70% de las historia clínica. La actividad realizada por la enfermería en esa época, es conocida por medio de relatos verbales, de pacientes o personal que trabajó en la institución en los últimos periodos revisados, años 60-70.

A partir de la década de los 70, se incorporaron 5 Practicantes como funcionarios de carrera, aumentándose de esta forma los recursos de enfermería existentes (enfermeras - Hermanas de la Caridad).

En la década de los 80, se incorporan en la institución (Hospital Psiquiátrico Provincial) hasta un total de 8 Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), sumándose a los recursos de Enfermería ya existentes. Posteriormente se convertirán en ATS especialistas en Psiquiatría, con anterioridad a la publicación del Real Decreto de 3 de Julio de 1987, que regularía la formación de futuros

especialistas. Los registros de enfermería en las historias clínicas, aunque escasos, ya se hacen patentes en este periodo: gráficas de constantes vitales, anotaciones de incidencias, efectos adversos de medicamentos, registros de intervenciones realizadas (suturas y curas de heridas, actuación ante crisis epilépticas y atragantamientos, etc.).

Coincidiendo con la publicación de la Ley General de Sanidad (LGS, 1986), El Excmo. Cabildo Insular de Tenerife, inaugura la Unidad de Agudos en el Hospital Psiquiátrico de Santa Cruz de Tenerife, destinado a la hospitalización completa de personas con Trastorno Mental Severo que sufren de una descompensación psicopatológica; esta Unidad conjuntamente con las demás Unidades de hospitalización de H. Psiquiátrico y el Hospital Universitario de Canarias (HUC), será gestionada por un organismo autónomo perteneciente al propio Cabildo, y denominado Hospitales del Excelentísimo Cabildo Insular de Tenerife (HECIT).

Se crearon en ese momento 8 nuevas plazas de ATS y/o Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE), que conjuntamente con 3 ATS de otros Servicios, conforman la plantilla de enfermería de la Unidad de Agudos (11 ATS/DUE), para cubrir un total de 50 camas de hospitalización distribuidas en dos plantas de 25 camas, en todos los turnos (tabla 8).

Tabla 8. Distribución del personal de enfermería por planta y turnos Unidad de Agudos. 1986

MAÑANA	TARDE	NOCHE	Corretornos*	TOTAL
1 DUE	1 DUE	1+1 DUE*	1 DUE	5

Fuente: Archivos del H. Psiquiátrico de Tenerife

* Se denomina corretornos, al DUE, que cubre los descansos del personal en turnos de mañana y tarde.

* Las noches se cubrían de forma que 1 DUE hacia las noches impares y otro las pares.

El DUE número 11, se corresponde con la figura del Supervisor de la Unidad.

A partir de la apertura de la Unidad de Agudos, hubo un salto cuantitativo (nº de DUEs) y cualitativo, reflejado en los registros de los cuidados de enfermería en las historias clínicas por el personal de enfermería en cada uno de los turnos: mañana, tarde y noche (archivo del HUC). Sin embargo, los recursos existentes no se mostraban suficientes, para realizar un abordaje del cuidado de los pacientes utilizando la metodología adecuada (Proceso Enfermero), además del escaso auge de las taxonomías NANDA-NIC-NOC (N-N-N) en Canarias y en España. Su utilización en Canarias podríamos situarla a partir del año 2000.

Al asumir el Servicio Canario de la Salud (SCS) las competencias en materia de salud en la CCAA de Canarias, los hospitales del Excmo. Cabildo Insular de Tenerife (HUC y HP) tendrían que haberse integrado en él (SCS), de una forma natural; sin embargo se optó por una fórmula de gestión compartida, creándose el Consorcio Sanitario de Tenerife, constituido por el Servicio Canario de la Salud y el Excmo. Cabildo Insular de Tenerife (CST, 2000), con el objeto de asumir la gestión consorciada del Hospital Universitario de Canarias (HUC) y las Unidades del Hospital Psiquiátrico de Tenerife (HP). Posteriormente, se firma un Contrato Programa de Gestión Convenida, con el Servicio Canario de la Salud (CST, 2001), en el cual se hace referencia a las Zonas de Salud que deberá hacer provisión de servicios y que son:

Los Realejos, La Orotava-Dehesa, La Orotava-San Antonio, Puerto de la Cruz-Casco Botánico. Puerto de la Cruz-La Vera, Santa Úrsula, La Matanza, La Victoria, Tacoronte, Tejina-Tegueste, La Laguna-Geneto, La Laguna-Las Mercedes, La Laguna-La Finca España, La Laguna-La Cuesta, La Laguna-Taco.

Atendiendo a una población de referencia de 411.394 habitantes.

Así mismo, el HUC sería hospital de referencia de la isla de La Palma, tanto a efectos de urgencias y hospitalización, como de apoyo a especialidades para la atención de patología que sobrepasen el nivel de recursos ofrecidos en al citada isla.

En el apartado 11, del citado Contrato Programa (CST, 2001), se recoge el traslado de 25 plazas para pacientes de las Unidades de Internamiento Breve del Hospital Psiquiátrico a la nueva Unidad de Internamiento Breve (en adelante UIB) del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria (30 camas). El aumento del

número de camas de media y larga estancia hasta 110, incluyendo 24 de ellas para pacientes subagudos.

La creación de la nueva Unidad de Subagudos, coincide con la apertura de la Unidad de Internamiento Breve (UIB) del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria en el año 2002. Ello supuso un cambio importante en cuanto a una nueva redistribución de recursos humanos, así como de una nueva forma de entender los cuidados en la nueva Unidad de Subagudos, desde un enfoque de enfermería. En el instante en que dejamos de prestar cuidados a pacientes con trastornos mentales en fase aguda, para prestar cuidados a pacientes con trastornos mentales, en fase subaguda, se presentó la posibilidad de iniciar una nueva forma de cuidar, basada en el Proceso Enfermero y las nuevas taxonomías (NNN). Esta nueva situación se vio potenciada por el aumento de recursos humanos de enfermería, en número de tres enfermeros; pasando de seis a nueve, incluido el supervisor de la unidad, para 24 camas de hospitalización (tabla 9), de forma que:

Tabla 9. Distribución del personal de enfermería por turnos Unidad de Subgudos. 2003

MAÑANA	TARDE	NOCHE	Corretornos	TOTAL
2 DUE	2 DUE	1+1 DUE	2 DUE	8

Fuente: Archivos del H. Psiquiátrico de Tenerife

El nuevo sistema de rotación por turnos denominado “anti estrés” es aprobado en Comisión de Personal del Hospital Universitario de Canarias, en el año 2003, de forma que la rotación queda establecida de la siguiente forma: “Mañana-mañana-tarde-tarde-noche-libre-libre”.

El perfil de los pacientes hospitalizados en la nueva Unidad de Subagudos varía notablemente, éstos, ya no presentan patologías agudas, que requieran de una intervención crisis con una alta frecuencia relativa, aunque aún requieran de cuidados críticos en momentos puntuales, su abordaje adquiere un carácter mas rehabilitador, por lo que consecuentemente precisan de una estancia media mayor (130 días).

Ante esta nueva situación, los profesionales de enfermería de la Unidad de Subagudos, realizamos un replanteamiento de los cuidados prestados hasta

ese momento, haciendo una reflexión sobre que tipo de cuidados deberían ofertarse (objetivos) y como implementarlos (Planificación-formación).

Mediante reuniones periódicas del personal de enfermería de la nueva Unidad de Subagudos, coordinados por el supervisor de la misma, se propusieron en líneas generales, los siguientes objetivos:

1. Utilizar el Proceso Enfermero como metodología de trabajo. Se propuso e implementó un plan de formación, en coordinación con la Unidad de Formación Continuada del HUC, subrayando aquellos aspectos formativos relacionados con la metodología enfermera en Salud mental (taxonomías enfermeras NNN, así como la valoración por Patrones Funcionales de Salud, según M. Gordon).
2. Valoración de los pacientes hospitalizados en la Unidad por Patrones Funcionales de M. Gordon. Ésta se inició a partir del año 2002/2003, diseñando un formato de valoración propio, que sería revisado, actualizado, y consensuado por una Comisión de Enfermería, constituida por enfermeros/as del HUC, coordinados por la Unidad de formación Continuada, durante el año 2004 (ANEXO 1), formando parte del proyecto para el “Desarrollo del Proceso Enfermero en el Consorcio Sanitario de Tenerife” (Alonso, 2005).
3. Utilizar los diagnósticos de enfermería según la NANDA, para denominar los problemas de enfermería que tratamos en Salud Mental. Se inició a partir del año 2003.
4. Iniciar los Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE) al alta hospitalaria del paciente, así como ajustar las intervenciones de enfermería realizadas en la Unidad a la taxonomía NIC. Se inició en el año 2004, conjuntamente con inicio de la implementación del módulo de enfermería informatizado con el programa SAP, y la puesta en funcionamiento a nivel de todo el CST del Proceso Enfermero (Alonso, 2005).

A partir del año 2005, se inició el trabajo con los indicadores de resultados según la taxonomía NOC, con el objetivo de evaluar la calidad de los cuidados que realizábamos en la Unidad de Subagudos. Se realizó previamente un estudio descriptivo, con el fin de conocer cuales eran los problemas de enfermería según la NANDA más prevalentes en la Unidad (tabla 10), con el siguiente resultado:

Tabla 10. Diagnósticos de enfermería (NANDA), más prevalentes / U. de Subagudos (2004).

00130. Trastornos de los procesos del pensamiento	72,5%
00052. Deterioro de la interacción social	57,5%
00097. Déficit de actividades recreativas	35%
00079. Incumplimiento del tratamiento	20%
00108. Déficit de autocuidados: baño/higiene	17,5%
00109. Déficit de autocuidados: vestido/acalamiento	10%
00138. Riesgo de violencia dirigida a otros	10%

Datos obtenidos de los informes de continuidad de cuidados de los pacientes

Resultados que en general coinciden con los obtenidos en otras comunidades españolas (Sales, 2005).

Trabajos posteriores realizados en la Unidad de Subagudos, iban dirigidos a determinar la calidad de los cuidados enfermeros, para ello se opta por el uso de los indicadores de resultados de la Nursing Outcome Classification (NOC), par evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería realizadas en la Unidad.

En el año 2007, se realizó un estudio comparativo entre indicadores seleccionados de la NOC: Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y un cuestionario externo validado: Lawton & Brody, con el objetivo de valorar si existían diferencias significativas entre los resultados obtenidos entre una y otra escala para evaluar la capacidad que presentaban los pacientes al realizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Obteniéndose como resultado, que no se evidenciaron diferencias significativas en los resultados obtenidos al medir con una u otra escala (Calo, 2007).

II.7. CALIDAD EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Cuando hablamos de calidad, intuitivamente pensamos en algo que es bueno, o mejor que otro. Podríamos, mencionar múltiples definiciones del concepto de calidad; casi tantas como autores escriben sobre ella (Leal, 2008); en general todas ellas se han formulado en función tanto de las características del bien o servicio, como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor (Varo, 1993).

Algunas definiciones de calidad:

“La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor” (RAE, 2001)

“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”, (OMS, 2000).

“El conjunto de propiedades y características de un servicio, que le confiere la aptitud para satisfacer las necesidades implícitas o explícitas, o lo que sería lo mismo expresado en terminología adaptada a lo cotidiano, la prestación de los mejores servicios posibles con un presupuesto determinado, entendiendo que no se trata de trabajar más o de gastar más, se trataría de hacerlo de una forma más racional y que cubra las necesidades de nuestros clientes, con efectividad obteniendo los mejores resultados asistenciales, que satisfagan las necesidades de nuestro cliente-paciente, y con eficiencia, obteniendo los resultados con un menos gasto para el mismo, y con una aceptación por parte del paciente tanto de nuestro trato, como en la técnica utilizada en la prestación del servicio” (Yetano, 2006).

Donabedian realizó una revisión sistemática de los trabajos sobre evaluación y mejora de la calidad asistencial en la década de los 60, formulando el marco de análisis estructura-proceso-resultados (que continúan siendo en la actualidad los paradigmas en el que se fundamenta el concepto de calidad), explicando la importancia de los resultados y el coste para la calidad y su valoración (Donabedian, 1966).

La estructura, los procesos y los resultados; son los tres paradigmas en los que se fundamenta el concepto de calidad, según Donabedian es precisamente este tercer aspecto, el de los resultados en el que los estudios realizados han sido menos prolíferos.

Lorenzo y cols. (2006), hacen referencia a la importancia de medir los resultados. En calidad se trabaja sobre la base de datos y hechos. La única forma de saber si estamos mejorando, es de disponer de la información sobre cómo estamos y cómo evolucionamos. Según los autores, normalmente se trabaja sobre criterios (definidos como qué consideramos que es una práctica de calidad), estándares (metas que deseamos alcanzar, o dicho de otra forma, hasta donde debemos llegar para afirmar que lo que lo estamos haciendo razonablemente bien), e indicadores que nos permiten conocer por donde vamos y si alcanzamos los estándares de calidad que nos fijamos.

CRITERIO – Objetivo

INDICADOR – Cómo mido

ESTÁNDAR - Donde llego

La OMS, bajo el título de “Quality improvement for mental health” (WHO 2003), realiza un estudio cuyo objetivo es la mejora de la calidad de la salud mental en el mundo. La OMS, propone una serie de recomendaciones, a raíz de este documento, en número de diez y que tienen como finalidad mejorar la calidad de la atención a la salud mental en el mundo, y que son:

1. Dispensar tratamiento en atención primaria.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos
3. Prestar asistencia en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, familias y consumidores.
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.
9. Vigilar la salud mental de las comunidades.
10. Apoyar nuevas investigaciones.

Sin embargo, para que éstas medidas tengan los efectos deseados, la OMS, propone tres escenarios posibles, que se corresponden con diferentes niveles de recursos nacionales para la salud mental en el mundo:

- a) Países más pobres. Recursos muy limitados o inexistentes
- b) Países con recursos intermedios.
- c) Países con recursos altos.

Estas recomendaciones son traducidas al español, bajo el mismo título “Mejora de la Calidad de la Salud Mental”, pudiendo observar en ellas el concepto que nos ofrece el autor, sobre la calidad en la atención a la salud mental:

“Es una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia”. (Santirso, 2003).

El autor subraya dos aspectos de ésta definición:

- 1) Para las personas con trastornos mentales, sus familias y la población en general, la calidad enfatiza que los servicios deben arrojar resultados positivos.
- 2) Para los médicos, planificadores de servicios y gestores políticos, resalta el mejor uso posible del conocimiento y de la tecnología actual.

Continuando con las recomendaciones de la OMS, para la mejora de la calidad en la salud mental, una buena calidad en los servicios implica:

- Preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales.
- Proveer cuidados, tanto clínicos como no clínicos, aceptados y relevantes, destinados a reducir el impacto del trastorno y a mejorar la calidad de la vida de las personas con trastornos mentales.

- Usar intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales a afrontar por sí mismas, la discapacidad derivada de tales trastornos.
- Hacer uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de la salud mental.
- Asegurar que la calidad de la atención mejora en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria, así como los dispositivos residenciales comunitarios, ambulatorios y de internamiento.

En muchos países, los servicios para las personas con trastornos mentales están bajo mínimos y no están a la altura de éstos Principios. La atención comunitaria no está disponible en el 37% de los países. Ciertos medicamentos psicotrópicos esenciales no están disponibles en el nivel de la atención primaria en casi un 20% de los países, existiendo una notable variabilidad entre los países y dentro de ellos. Cerca de un 70% de la población tiene acceso a menos de un psiquiatra por cada 100.000 habitantes.

En un contexto donde los recursos son inadecuados y la salud mental está emergiendo como una nueva prioridad, la preocupación por la calidad puede parecer prematura o incluso un lujo. La calidad puede parecer más un tema de los sistemas bien organizados y con recursos adecuados, que de los sistemas que están en proceso de constitución (OMS, 2001).

La calidad es importante para todos los sistemas de salud mental, desde una variedad de perspectivas. Desde la perspectiva de la persona con un trastorno mental, la calidad asegura que ésta reciba los cuidados que precise y que sus síntomas y calidad de vida mejoren. Desde la perspectiva de un familiar, la calidad proporciona apoyo y ayuda a preservar la integridad familiar. Desde la perspectiva del proveedor de servicios o administrador de programas, la calidad asegura efectividad y eficiencia. Desde la perspectiva del gestor de políticas, la calidad es la clave para mejorar la salud mental de la población, asegurando los resultados más rentables (OMS, 2001).

Estos son los requisitos esenciales para cualquier servicio de salud mental, tanto si el servicio está dando sus primeros pasos con unos recursos mínimos, como si se trata de un servicio sólidamente establecido y con abundantes recursos. La calidad del servicio es importante no sólo para modificar las negligencias del pasado, como fueron los abusos de los derechos humanos en las instituciones psiquiátricas, sino también para asegurar el desarrollo de unos cuidados efectivos y eficientes en el futuro. Cimentar la calidad de los servicios de salud mental, incluso en situaciones de servicios escasos, proporciona una base firme para el futuro desarrollo de éstos servicios (OMS, 2001).

II.8. INDICADORES HOSPITALARIOS DE CALIDAD.

La Ley General de Sanidad (1986) y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), recogen como una de las características del Sistema Nacional de Salud, “la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados”. Del mismo modo la Unión Europea (1997) recomienda a todos los estados miembros el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de mejora de la calidad en los servicios de salud, que recoge entre otros aspectos, que los sistemas de calidad deberán ser objeto de control público bajo la forma de una evaluación objetiva realizada por organismos independientes.

En España, el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2009), realiza un estudio, basado en los criterios del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management, 2003) de excelencia, con el propósito de evaluar si las prácticas de cuidados basadas en niveles de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales, se relaciona con una mejora en la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

En el esquema del modelo EFQM (tabla 11), podemos observar dos bloques diferenciados en los cuales se recoge la prioridad o importancia de cada indicador expresados en porcentajes; uno de ellos hace referencia a los “Agentes facilitadores” (liderazgo 10%, personas 9%, política y estrategia 8% y Alianzas y recursos 9%) y el otro corresponde a los “Resultados” (resultados en

personas 9%, resultados en clientes 20%, resultados en la sociedad 6% y resultados clave).

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2009), en un amplio estudio sobre la construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente, refiere en su estudio, que los principales enfoques actuales para la monitorización de la seguridad de los pacientes, son los llamados indicadores centinelas, y los indicadores de resultado. Los indicadores centinela, son aquellos que detectan casos únicos y que ya son per se indicativo del problema, estos indicadores reconocen situaciones que ponen sobre la pista de la probable existencia de un efecto adverso. Estos indicadores (triggers) han sido desarrollados por el Institute Improvement de Estados Unidos, existiendo actualmente seis herramientas de este tipo para diferentes entornos y tipos de efecto adverso (medicamentos, intervención quirúrgica, UCI, UCI neonatal y consultas externas), (IFHI,2007).

En cuanto a los indicadores de resultado, existen iniciativas internacionales de gran relevancia, como propuestas de indicadores sobre la seguridad del paciente de la Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos de América (AHRQ, 2003), y las del grupo de trabajo de la Organización para la Coordinación y el Desarrollo Económico (OCDE), parcialmente basadas en la AHRQ. Si embargo la propia AHRQ, cuestiona su validez en cuanto a su utilidad inmediata para las dinámicas de mejora de la calidad.

Un enfoque alternativo, apunta a que Indicadores basados en aspectos estructurales y de proceso, que serían mucho más fáciles de interpretar y comparar. El documento: Safe Practices for Better Health Care, del National Quality Forum de EEUU (NQF, 2007), es el punto de partida para la elaboración de los indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente, y motivo de éste estudio por parte de la ACSNS, cuyos objetivos fueron entre otros, convertir en indicadores, las 30 “buenas prácticas” recomendadas en el documento del National Quality Forum (NQF) y valorar su fiabilidad, aplicabilidad y utilidad para la monitorización de los problemas de seguridad del paciente.

Los autores, analizaron y agruparon las recomendaciones contenidas en el documento del NQF, en las siguientes áreas principales: cultura de seguridad,

capacidad/recursos de las instituciones, comunicación /información, uso de medicamentos y situaciones clínicas específicas. El grupo de trabajo multidisciplinar incluyó personal de enfermería, farmacia hospitalaria, UCI, cirugía y gestión de calidad, con experiencia en el manejo de indicadores.

Dada la diversidad de recomendaciones e indicadores, se vio necesario establecer varios métodos y estrategias de medición, incluyendo indicadores a medir mediante encuestas, entrevista estructurada, auditoría, inspección, observación, revisión de historias clínicas e indicadores a medir mediante revisión de otros documentos.

Como resultados se construyeron y validaron 68 indicadores para 25 recomendaciones de las 30 propuestas. Se excluyeron 5 propuestas por no ser aplicables en nuestro entorno o por evidencia controvertida, que hacían muy difícil su formulación y utilización.

En nuestro entorno (Canarias), y recientemente, autoras como Leal, (2008) ha realizado un análisis pormenorizado de la descripción y aplicación de los indicadores hospitalarios en un área concreta (Servicio de Urgencias) del Hospital Universitario de Canarias durante el periodo 2004-2005. Desde el punto de vista metodológico, la autora clasifica para su estudio los indicadores en: indicadores actividad-calidad (urgencias totales, nº de consultas urgentes, urgencias día, urgencias derivadas...) e indicadores de calidad, aquellos que miden aspectos cualitativos del proceso desde el punto de vista organizativo y de la calidad de procesos (tiempo medio de permanencia en urgencias, tiempo de respuesta asistencial, información a pacientes y familia...). En la recogida de la información, utilizó una versión adaptada del Servicio Nacional de Salud, basada en el uso del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Algunas de las conclusiones a las que llega la autora, fueron: 1) que la utilización de un modelo para la elaboración de los indicadores es un aspecto fundamental, para que las mediciones se realicen con validez y fiabilidad 2) La estructura de los criterios, base del modelo original es un marco de trabajo oportuno y válido para abordar estrategias de calidad en los servicios de urgencias hospitalarios.

Así mismo, Arroyo, (2008), haciendo uso de indicadores hospitalarios, que clasifica básicamente en indicadores de recursos (nº de camas, nº de camas

funcionantes, y nº de quirófanos) y de actividad (nº ingresos, nº de estancias, insise de ocupación, presión de urgencias, tasa de mortalidad...) analiza y compara de una forma concienzuda, la actividad quirúrgica de dos Servicios (Traumatología y Cirugía) en dos hospitales canarios: el Hospital Universitario de Canarias en Tenerife, y el Hospital Universitario Doctor Negrin en Las Palmas de gran Canaria durante el periodo 2004-2005, planteándose como objetivos: 1) Estudiar la actividad quirúrgica de ambos servicios en ambos hospitales durante el periodo 2004-05 a partir de un protocolo estandarizado de indicadores y 2) establecer el grado de cumplimiento de los objetivos quirúrgicos acordados en los convenios de gestión, así como los indicadores de actividad quirúrgica. Deducimos por los resultados obtenidos en el estudio, que los indicadores utilizados han sido de utilidad, llegando a una serie de conclusiones relacionadas con las actividades referidas en ambos hospitales.

II.9. INDICADORES DE CALIDAD EN ENFERMERÍA.

“Los resultados en el paciente conseguidos por la enfermería se definen como cambios del estado de salud en los que la enfermería ha tenido una influencia directa” (Ke-Ping, 1999). Los indicadores de resultados logrados por la enfermería tienen por objeto establecer correlaciones entre las intervenciones de enfermería que los pacientes han recibido y su estado de salud resultante.

“Desde una perspectiva de mejora de la calidad, es importante poder identificar un resultado realista que hay que conseguir. Las expectativas poco realistas del resultado, son ineficaces, ya que pueden gastarse los recursos y no conseguir ningún efecto positivo” (Mills, 1994).

El uso de medidas de resultados, para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros empezó a mediados de los años sesenta, cuando Eydlotte utilizó los cambios en las características físicas y de conducta de los pacientes, para evaluar la efectividad de los sistemas de administración de cuidados enfermeros (Aydelotte, 1962). Desde entonces se vienen desarrollando medidas adicionales de resultados y ensayando en enfermería (Heater, 1988), del mismo modo se han utilizado diferentes resultados de pacientes para evaluar la calidad de los

cuidados enfermeros y los efectos de las intervenciones de enfermería (Naylor, 1991).

Además de del desarrollo y ensayo de medidas de resultados, se iniciaron trabajos para la clasificación de éstas medidas de resultados a mediados de la década de los setenta. Hover & Zimmer (1978), identificaron las siguientes cinco medidas generales de resultados, basadas en una revisión sobre los resultados de pacientes utilizadas en enfermería en esa época:

1. El conocimiento del paciente sobre la enfermedad y sus tratamientos.
2. El conocimiento del paciente de las medicaciones
3. Las habilidades de autocuidados del paciente
4. Las conductas adaptativas del paciente
5. El estado de salud del paciente

Horn & Swain (1978), realizaron un importante esfuerzo investigador para identificar las medidas útiles de los resultados para la investigación enfermera, y categorizaron más de 300 indicadores.

En la década de los ochenta se formularon dos categorizaciones de resultados basadas en las extensas revisiones de resultados utilizadas en investigación enfermera. Lang & Clinton (1984), identificaron las siguientes categorías de resultados:

1. El estado de salud físico
2. El estado de salud mental
3. El funcionamiento social y físico
4. Las actitudes, el conocimiento y la conducta sanitaria
5. El uso de los recursos profesionales de la salud
6. Las percepciones del paciente sobre la calidad de los cuidados enfermeros

Marek (1989), identificó las siguientes categorías de resultados que describen el estado del paciente y los recursos según una revisión de resultados utilizada para evaluar los cuidados enfermeros:

1. Medidas fisiológicas
2. Medidas psicosociales
3. Medidas funcionales
4. Conductas del cliente
5. Conocimiento del cliente
6. Control de los síntomas
7. Mantenimiento del hogar
8. Bienestar
9. Consecución de objetivos
10. Satisfacción del paciente
11. Seguridad
12. Frecuencia del servicio
13. Coste
14. Rehospitización
15. Resolución de los diagnósticos enfermeros

La creciente importancia de la efectividad de los cuidados sanitarios en los años noventa produjo un énfasis renovado en el desarrollo de resultados en enfermería. McCormick (1991), propuso una lista de resultados mensurables que incluía el proceso y los resultados del paciente, como un medio para evaluar la efectividad enfermera.

En EE.UU., se vienen utilizando dos sistemas de resultados en enfermería, el OASIS (Outcome Assessment Information Set), desarrollado en el Centro de Investigación Sanitaria de la Universidad de Colorado, que desde 1998, las organizaciones de salud domiciliaria acreditadas por Medicare, la incorporan en sus procesos de cuidados (Clark, 1998). OASIS incluye información sobre el estado sensorial, tegumentario, respiratorio, de eliminación, neurológico, emocional, conductual y funcional del paciente. El otro sistema de clasificación importante en enfermería es la Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera (CIPE) / International Classification for Nursing Practice (ICNP).

Gerolano (2004), realizó una revisión de artículos publicados entre el año 1991 y 2004 relacionados con resultados obtenidos en el paciente, después de

un tratamiento psiquiátrico, de entre los cuales se revisaron 47 estudios. La autora observó la existencia de limitaciones conceptuales y metodológicas en los estudios revisados, afirmando que la organización de los cuidados de enfermería psiquiátricos, en relación con los resultados obtenidos es inexistente en la literatura. La autora afirma que los resultados sensibles a los cuidados de enfermería, deben ser conceptualizados teóricamente y examinados empíricamente.

Yakimo et al. (2004), describen y evalúan resultados de la práctica enfermera en psiquiatría, basados en los paradigmas de Donavedian (1982), de estructura, proceso y resultado, haciendo un análisis por medio del Psychiatric Consultation-Liason Nursing (PCLN). Se trata de estándares de práctica enfermera, desarrollados por la International Society of Psychiatric Consultation-Liasosn Nursing, y publicados por la American Nurse Asociation (ANA) en 1990. Estos autores recomiendan ir más lejos en el desarrollo de herramientas capaces de medir resultados, basándose en las limitaciones de la literatura publicada hasta el momento.

Mongomery et al. (2009), reunieron e identificaron entre los años 1997 y 2007, 156 estudios empíricos relacionados con evidencias encontradas entre la relación intervención enfermera y resultados en los pacientes, de los cuales y según los autores únicamente 25 cumplían los criterios de inclusión. Los instrumentos utilizados con mayor frecuencia fueron los que se correspondían con la severidad de los síntomas psiquiátricos, la alteración de la percepción y las alteraciones sanguíneas fueron las dos categorías de síntomas más utilizados. Otros instrumentos de medida utilizados fueron clasificados en dominios como: Autocuidados, funcionalidad, calidad de vida y satisfacción. Unas de las conclusiones de la revisión realizada, según sus autores es la ausencia de evidencias los suficientemente consistentes que soporten las decisiones concernientes a los instrumentos de medida utilizados.

Stocker et al. (2008), se propusieron como uno de los objetivos, comparar la sensibilidad (referida a la habilidad de un instrumento para detectar cambios en un paciente, atribuidos a las intervenciones realizadas) del cuestionario OASIS frente a indicadores de la NOC. La autora realiza un estudio cuasi-experimental en pacientes no hospitalizados en tratamiento cardiológico, que precisan

cuidados de enfermería. Las intervenciones de enfermería utilizadas, se correspondían con la clasificación NIC. Como resultados encuentra que el NOC, se muestra más sensible a cambios específicos que el OASIS.

La utilización de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, en Enfermería como parte integrante del Proceso Enfermero, aunque conocidas y aceptadas internacionalmente, son escasas las iniciativas orientadas a implementar las citadas taxonomías. Especialmente en España, y en sus diferentes Comunidades Autónomas (CCAA), su implantación en la práctica habitual de enfermería es muy heterogénea.

Calo y cols. (2010), realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de conocer el nivel de implementación del Proceso Enfermero basado en las taxonomías NANDA, NOC, NIC, en los servicios de Salud Mental de las diferentes Comunidades Autónomas en España, evaluando las características de su utilización en los citados servicios. Así mismo se enumeraron los entes públicos de los cuales dependen los diferentes dispositivos asistenciales de Salud Mental, el ratio de enfermeras/os y el carácter especialista o no de éstas, los métodos de valoración enfermera utilizados, así como las taxonomías NANDA, NOC, NIC utilizadas.

El estudio se realizó entre los meses de Junio y Octubre del año 2009, utilizando para ello una encuesta a ad hoc, diseñada por el propio equipo de investigación. La población a estudio la componen un total de 125 dispositivos los dispositivos de salud mental de hospitalización completa de las diferentes CCAA españolas.

III MATERIAL Y MÉTODO

III.1. ÁMBITO DE ESTUDIO.

El estudio fue realizado en la Unidad de Sugagudos del Área Externa de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias (HUC), antiguo hospital Psiquiátrico, en el periodo comprendido entre Enero de 2007 y Diciembre de 2008.

La Unidad de Subagudos (USA) es una unidad de hospitalización completa, con una estancia media programada de 120 días, cuyo propósito fundamental es la recuperación de las personas que padecen de un trastorno mental severo susceptible de mejoría clínica, y que precisan de un periodo de hospitalización superior al ofertado en las Unidades de Internamiento Breve (UIB), con estancia media menor (20 días).

Los indicadores de producción de la U.de Subagudos durante el periodo de estudio se reflejan en la tabla 11.

Tabla 11 Indicadores de producción Unidad de Subagudos años 2007-2008

	Ingresos	Altas	Nº de Estancias	Estancia media	Índice de Ocupación	Índice de Rotación
2007	71	58	7,694	108	87%	2.4
2008	62	47	8,119	131	92%	1.9

Fuente: Servicio de Admisión del Hospital Universitario de Canarias.

Criterios de admisión en la Unidad de Subagudos:

Pacientes procedentes de las Unidades de Internamiento Breve (UIB), que obedezcan a necesidades de tratamiento más prolongados que los indicados en las UIB, por causas de resistencia al tratamiento; déficits de adaptación o mal ajuste pre-mórbido (con mal pronóstico tras la remisión sintomatología) y dificultad o déficit de autocuidados con baja autonomía.

Criterios de no admisión en la Unidad de Subagudos:

1. Pacientes con toxicomanía como diagnóstico principal
2. Pacientes con trastorno de la personalidad como diagnóstico principal o único.
3. Pacientes con diagnóstico principal de retraso mental.
4. Pacientes con demencias
5. Pacientes con problemática orgánica severa
6. Pacientes de larga evolución, residuales, que serían candidatos a ingreso en unidades residenciales o de larga estancia.

Los pacientes al ingreso en la Unidad de Subagudos son recibidos por el personal de enfermería de turno según protocolo de acogida de la Unidad (ANEXO 1), realizándoles una valoración de enfermería al ingreso y planificando las intervenciones de enfermería requeridas hasta que se les asigna un enfermero/a de referencia. A cada uno de ellos le corresponde la responsabilidad de valorar, planificar, ejecutar y evaluar de los cuidados de enfermería de tres pacientes, realizando un informe de continuidad de cuidados a cada uno de los pacientes asignados, al alta clínica.

En los primeros días de hospitalización, el enfermero/a responsable realiza una valoración de enfermería, utilizando como modelo los Patrones Funcionales de Salud según Gordon (1996), aplicados a Salud Mental (Fornés, 2001), utilizando el protocolo de valoración establecido a tal efecto (ANEXO 2) y consensuado por los profesionales de enfermería del Hospital Universitario de Canarias (HUC), representados en una comisión, constituida por enfermeros a tal efecto.

Los diagnósticos enfermeros que presenta el paciente a lo largo de su hospitalización, son identificados en el proceso de valoración y registrados en un formato establecido (ANEXO 3). El enfermero/a responsable priorizará los diagnósticos de enfermería, sobre los cuales basará su planificación en protocolo establecido (ANEXO 4), determinando objetivos utilizando la taxonomía de la Nursing Outcome Classification (NOC), planificando intervenciones, según la Nursing Intervention Classification (NIC) y

evaluando los resultados (NOC), registrándose la fecha y firma del enfermero/a responsable .

III.2. DISEÑO.

Se realizó una búsqueda bibliográfica, relacionada con la utilización de los diagnósticos enfermeros utilizados en enfermería de salud mental, así como un estudio para conocer las prevalencias de los diagnósticos enfermeros utilizados en la Unidad de Subagudos, por medio de los datos registrados en la historia clínica informatizada (módulo de enfermería) e informes de continuidad de cuidados de enfermería.

Se diseñó y puso en funcionamiento un programa que denominamos “Autoadministración de los medicamentos prescritos”, dirigido a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Subagudos con el objetivo de mejorar sus conocimientos sobre la medicación que tienen prescrita, así como capacitarles para autoadministrarse los medicamentos de forma segura a partir del alta clínica.

Criterios de inclusión en el programa:

1. Pacientes con escaso apoyo familiar al alta médica, o que viven solos.
2. Pacientes que al alta disponen de un piso tutelado.
3. Pacientes con tratamiento farmacológico estable durante el periodo evaluado
4. Pacientes con capacidad cognitiva conservada y suficiente para comprender instrucciones básicas sobre su tratamiento.

Criterios de exclusión en el programa:

1. Pacientes con déficit cognitivo
2. Pacientes con descompensación psicopatológica

ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS.

Se trata de un programa dirigido a pacientes con trastornos mentales en régimen de hospitalización con el objetivo principal de incrementar los conocimientos sobre la medicación que tienen prescrita, así como capacitarles para autoadministrarse los medicamentos de forma segura a partir del instante en que sean dados de alta clínica.

Enmarcado dentro de la intervención de enfermería según la Nursing Intervention Classification (NIC): 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos, definida como: "Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos" (NIC, 2008).

Los objetivos principales del programa son: 1) Que el paciente identifique correctamente la medicación que tiene prescrita, 2) Administre las dosis correctamente, 3) Describa los efectos indeseados, 4) Utilice ayudas para memorizar, y 5) Se administre la medicación prescrita de forma correcta. Paralelamente se trabaja con el paciente la importancia y los beneficios que suponen un adecuado cumplimiento del tratamiento.

La metodología utilizada en el programa, se fundamenta en el modelo de aprendizaje conocido como observacional por modelado o aprendizaje cognitivo social (Bandura, 1977), estructurándose de la siguiente forma:

1. Se Informó al paciente la finalidad del programa (objetivos).
2. Se realizó una valoración previa de los conocimientos del paciente sobre los medicamentos prescritos, utilizando como herramienta los indicadores de resultados propuestos por la NOC: Autocuidados: Medicación no parenteral, seleccionados y motivo de análisis en este estudio (Identifica la medicación, administra la dosis correcta, describe los efectos indeseables, utiliza ayudas para memorizar, administra la medicación de forma correcta).
3. Se trabajó con el paciente en cada sesión, de forma individual, aquellos aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales

relacionados con los objetivos del programa: (identificación de la medicación, administración de las dosis correctas, descripción de los posibles efectos indeseables, ayudas para memorizar, y forma de preparar y autoadministrarse la medicación). Se informó en todo momento al paciente de la importancia de tomar los medicamento indicados, así como la importancia de cumplir los horarios establecidos, no duplicando las dosis en caso de olvido de la toma anterior, de utilizar la vía de administración del medicamento correcta, la Importancia de verificar la fecha de caducidad y como hacerlo. Se insistió especialmente en la importancia de no abandonar o modificar el tratamiento, sin consulta previa a su psiquiatra, ante cualquier duda, malestar o efecto adverso.

4. Antes de finalizar cada sesión el paciente, repetía lo aprendido, como confirmación haber asimilado el aprendizaje.
5. En cada sesión, se aumentaba el nivel de dificultad de forma que al finalizar las últimas sesiones, el paciente debía preparar por si mismo la medicación que tenía prescrita, sin ayuda, bajo la supervisión del enfermero/a.
6. Finalizado el programa / intervención, el paciente fue evaluado, utilizando los mismos indicadores de resultados que al inicio del programa, por el mismo modelo (enfermero/a).

El programa se realizó las semanas previas al alta clínica, a cada uno de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, de forma individual, con una duración total entre 7 y 10 sesiones. Una única sesión por día, con una duración media de 40 minutos.

INDICADORES DE RESULTADOS

Se utilizaron indicadores de resultados según la Nursing Outcome Classification (NOC), para evaluar el programa: Autoadministración de la medicación prescrita.

La etiqueta NOC (0307): Autocuidados: medicación no parenteral, consta de 14 indicadores de resultados. Expertos, enfermeros/as de la Unidad de Subagudos, especialistas en enfermería de salud mental y psiquiatría, seleccionaron 5 de los 14 indicadores propuestos por la NOC, en función de su uso práctico en la evaluación del programa de autoadministración de medicamentos prescritos, que se realizó y realiza en la Unidad.

NOC (0307): Autocuidados: medicación no parenteral.

Definición: Capacidad para administrar medicamentos orales y tópicos para cumplir los objetivos terapéuticos independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores:

030701 Identifica la medicación

030702 Administra la dosis correcta

030716 Controla la respuesta terapéutica

030704 Ajusta las dosis de forma apropiada

030705 Sigue las precauciones de los medicamentos

030706 Describe los efectos indeseables

030707 Utiliza ayudas para memorizar

030708 Realiza actividades de supervisión

030709 Utiliza el equipamiento de monitorización de forma precisa

030710 Mantiene los suministros necesarios

030711 Administra la medicación de forma correcta

030712 Almacena la medicación de forma adecuada

030713 Desecha la medicación de forma apropiada

030714 Solicita las pruebas de laboratorio adecuadas

Los indicadores de resultados marcados en negrilla, fueron los seleccionados. Cada uno de ellos fueron puntuados en una escala tipo Likert, que utiliza la NOC, con valores comprendidos entre uno y cinco, siendo la puntuación de cinco la condición del paciente más deseable en relación al resultado y uno la menos deseable, de forma que:

- 1 = Gravemente comprometido
- 2 = Sustancialmente comprometido
- 3 = Moderadamente comprometido
- 4 = Levemente comprometido
- 5 = No comprometido

Aplicar esta medida de puntuación, para cada uno de los indicadores seleccionados, por diferentes enfermeros, planteaba dificultades, para decidir que puntuación asignar en cada indicador. Por lo que se estableció el significado de cada una de estas medidas en la escala, por consenso y ad hoc (tablas, 12, 13, 14, 15 y 16).

Tabla 12. Indicador: Identifica la medicación.

1 Gravemente comprometido	Incapacidad del paciente para identificar los medicamentos prescritos.
2 Sustancialmente comprometido	El paciente es capaz de identificar un tercio (30%) de los medicamentos prescritos.
3 Moderadamente comprometido	El paciente identifica hasta la mitad (50%) de los medicamentos prescritos.
4 Levemente comprometido	El paciente identifica más de la mitad de los medicamentos prescritos.
5 No comprometido	El paciente es capaz de identificar todos los medicamentos prescritos.

Tabla 13. Indicador: Administra la dosis correcta

1 Gravemente comprometido	Incapacidad para administrar la dosis correcta de los medicamentos prescritos.
2 Sustancialmente comprometido	Administra la dosis correcta hasta un tercio (30%) de los medicamentos prescritos.
3 Moderadamente comprometido	Administra la dosis correcta hasta el 50% de los medicamentos prescritos.
4 Levemente comprometido	Administra la dosis correcta en más del 50% de los medicamentos prescritos.
5 No comprometido	Administrar las dosis correctas en todos los medicamentos prescritos.

Tabla 14. Indicador: Describe los efectos indeseables

1 Gravemente comprometido	Incapacidad para describir algún efecto indeseable relacionado con los medicamentos prescritos.
2 Sustancialmente comprometido	Describe efectos indeseables, expresados como sensaciones (mareo, sedación, rigidez, inquietud, otros.) asociados de forma genérica a los medicamentos prescritos.
3 Moderadamente comprometido	Describe efectos indeseables, expresados como sensaciones (mareo, sedación, rigidez, inquietud, otros.) asociados a un medicamento en particular de los prescritos.
4 Levemente comprometido	Describe efectos indeseables, expresados como sensaciones (mareo, sedación, rigidez, inquietud, otros.) asociados a más de un medicamento de los prescritos.
5 No comprometido	Describe efectos indeseables, expresados como sensaciones (mareo, sedación, rigidez, inquietud, otros.) asociados a cada uno de los medicamentos prescritos.

Tabla 15. Indicador: Utiliza ayuda para memorizar

1 Gravemente comprometido	Incapacidad para memorizar los medicamentos prescritos.
2 Sustancialmente comprometido	Utiliza asociaciones primarias (denominación y color) de los medicamentos prescritos.
3 Moderadamente comprometido	Utiliza más de una asociación (denominación, color y forma) de los medicamentos prescritos.
4 Levemente comprometido	Utiliza más de dos asociaciones (denominación, color, forma, tamaño, formato...) de los medicamentos prescritos.
5 No comprometido	Utiliza reglas nemotécnicas más complejas para memorizar los medicamentos prescritos.

Tabla 16. Indicador: Administra la medicación de forma correcta

1 Gravemente comprometido	Incapacidad para administrar la medicación de forma correcta de los medicamentos prescritos.
2 Sustancialmente comprometido	Administra de forma correcta hasta un tercio (30%) de los medicamentos prescritos.
3 Moderadamente comprometido	Administra de forma correcta hasta el 50% de los medicamentos prescritos.
4 Levemente comprometido	Administra de forma correcta a más del 50% de los medicamentos prescritos.
5 No comprometido	El paciente es capaz autoadministrarse de forma correcta todos los medicamentos prescritos.

Se seleccionaron dos grupos de pacientes hospitalizados que cumplieran con los criterios de inclusión en el programa; un grupo formado por 84 pacientes que participaron en el programa (grupo intervención), y otro grupo de 25 pacientes que no participaron en el programa (grupo no intervención). Los pacientes fueron incluidos en un grupo u otro de una forma progresiva, a medida que eran hospitalizados, durante los dos años que duró el estudio (2007-2008). La pertenencia a uno u otro grupo no fue realizada de forma aleatoria, por razones éticas. El programa de autoadministración de los medicamentos prescritos se diseñó y puso en funcionamiento en la Unidad de Subagudos, como una actividad que se suponía beneficiosa para el paciente, dejar de realizarla en pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, por la única razón de configurar un grupo no intervención no nos pareció éticamente correcto.

El grupo no intervención, fue constituido por pacientes que eran trasladados desde la Unidad de Subagudos a la Unidad de Rehabilitación Activa, ubicada físicamente en una planta de hospitalización superior, en la

cual no se realiza el programa. Estos pacientes cumplían con los criterios de inclusión en el estudio, siendo por tanto adecuados para ser asignarlos al grupo no intervención.

Los conocimientos adquiridos por los pacientes relacionados con su medicación, fueron evaluados con el grupo de indicadores de resultados seleccionados (identifica la medicación, utiliza la dosis correcta, describe efectos indeseados, utiliza ayudas para memorizar, administra la medicación de forma correcta), de forma que a los pacientes que formaron el grupo intervención, se les realizó una valoración antes de realizar el programa y otra después de realizar el programa, por el mismo evaluador - enfermero/a para evitar sesgos producidos al realizar las mediciones personas diferentes en los momentos antes y después de haber realizado el programa. Los resultados obtenidos entre ambas valoraciones (antes y después), nos proporcionó información acerca de los cambios producidos en el paciente, relacionados con la adquisición de conocimientos sobre su medicación.

Igualmente se realizaron dos mediciones con el mismo grupo de indicadores de resultados en el grupo de pacientes que no realizaron el programa (no intervención), de forma que las mediciones realizadas, se hicieron en dos momentos en el tiempo con una diferencia de dos meses entre uno y otro y realizada igualmente por el mismo evaluador ambas mediciones. La diferencia entre las mediciones de los dos momentos en éste grupo nos proporcionaron información acerca de los cambios producidos relacionados con la adquisición de conocimientos por el paciente sobre su medicación.

III.3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

El grupo de estudio se constituyó con 109 pacientes hospitalizados en la Unidad de Subagudos y que cumplían con los criterios de inclusión en el programa, de los cuales 84 formaron parte del grupo intervención y 25 del grupo no intervención.

La edad media de la muestra fue de 42 años, siendo de 39 años para el grupo intervención y de 44 años, la del grupo no intervención (tabla 17)

Tabla 17 Distribución de la edad en años por grupos

Grupo	N	Media	Desv. Típica.
Intervención	84	39	± 10.1
No intervención	25	44	± 10.4

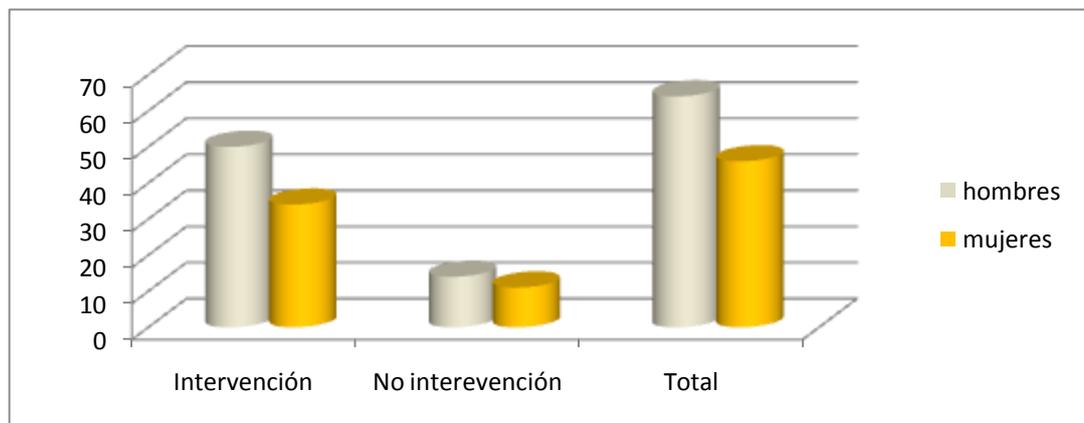
La estancia media fue de 190 días, siendo de 130 días para el grupo intervención y 250 días, para el grupo no intervención (tabla 18). La estancia media en el grupo no intervención es mayor, debido a que estos pacientes precisan una estancia más prolongada en la mayoría de los casos por estar en situación de espera para acceder a un dispositivo extrahospitalario (piso protegido o minirresidencia).

Tabla 18: Distribución de la estancia media en días por grupos

Grupo	N	Media	Desv. Típica.
Intervención	84	13	± 108
No intervención	25	250	± 140

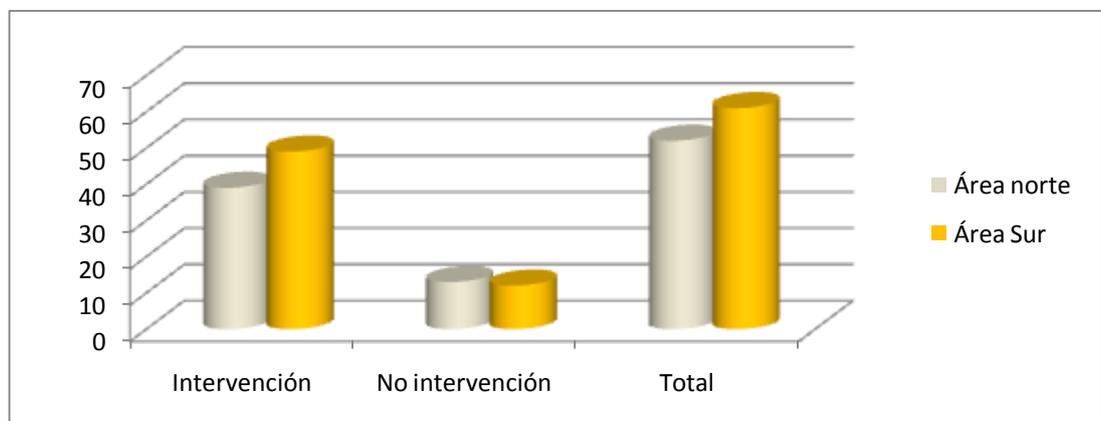
El 58.7 % de la muestra estuvo constituida por hombres y el 41.2% por mujeres, correspondiéndose con el grupo intervención el 59.5% de hombres, frente a 40.4% mujeres. En el grupo no intervención el 56% fueron hombres frente al 44% mujeres (figura 1).

Figura 1. Distribución por sexo



El 46% de las personas que formaron la muestra, procedían del área norte de la Isla de Tenerife y el 54% del área sur, correspondiéndose un 41% al área norte frente al 59% al área sur en el grupo intervención, 52% al área norte, frente a 48% al área sur en el grupo no intervención (figura 2).

Figura 2. Distribución por área geográfica de procedencia.



La categoría diagnóstica F.20, según el CIE-10, que se corresponde con el diagnóstico médico de psicosis esquizofrénica, constituyó el 53% de las frecuencias obtenidas sobre todas las categorías diagnósticas registradas (un total de 10). Correspondiéndose el 48% al grupo intervención, y 56% al grupo no intervención.

VARIABLES DE ESTUDIO:

Las variables principales y motivo de estudio, fueron los indicadores de resultados seleccionados:

- 030701. Identifica la medicación
- 030702. Administra la dosis correcta
- 030706. Describe los efectos indeseables
- 030707. Utiliza ayudas para memorizar
- 030711. Administra la medicación de forma correcta

Las puntuaciones para cada una de las variables se obtuvieron en los pacientes antes y después de haber realizado el programa en el grupo intervención y en dos ocasiones con un intervalo de tiempo de dos meses en el grupo no intervención.

Se registraron otras variables sociodemográficas y clínicas, que podrían influir en el resultado:

1. Edad del paciente
2. Sexo del paciente
3. Categoría diagnóstica (CIE -10)
4. Zona de procedencia
5. Estancia media

III.4. REGISTRO Y ANÁLISIS DE DATOS.

El estudio de las frecuencias de los diagnósticos enfermeros utilizados en la Unidad de Subagudos, se realizó mediante el análisis de los registros de éstos, en la historia clínica informatizada del paciente (módulo de enfermería). Durante el año 2007, únicamente se obtuvieron datos relativos al último trimestre del año.

Para el estudio de los indicadores de resultados seleccionados, los datos fueron recogidos y registrados según los criterios de puntuación establecidos por la Nursing Outcome Classification (NOC), utilizando como

referencia las definiciones ad hoc establecidas por el personal de enfermería de la Unidad de Subagudos para el grupo intervención. Para el grupo no intervención fueron registrados, por el personal de enfermería de la Unidad de Rehabilitación Activa, según los mismos criterios de puntuación establecidos. Las variables edad, sexo, lugar de procedencia, estancia media y categoría diagnóstica, fueron obtenidas de la historia clínica del paciente.

Para el análisis descriptivo de la muestra, se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables nominales, y medidas de centralización y dispersión para las variables ordinales o de escala.

Se realizó un Análisis de las Varianzas para cada una de las variables principales (Identifica la medicación, administra la dosis correcta, describe los efectos indeseables, utiliza ayudas para memorizar, administra la medicación de forma correcta) estimando la influencia de las covariantes (edad, sexo, estancia media, zona de procedencia y categoría diagnóstica del paciente) en el resultado. Este análisis se hizo mediante ANOVA para las variables cualitativas (sexo, zona de procedencia y categoría diagnóstica) y ANCOVA para las variables cuantitativas (edad y estancia media) utilizando el estadístico F de Fischer en ambos casos.

En las comparaciones múltiples siempre se empleo el ajuste de Sidak para corregir y mantener la probabilidad del error tipo I en 0,05.

La validez de criterio o de concurrencia, exige de un criterio externo o Gold Standard que nos permita evaluar la concordancia entre los resultados obtenidos con la nueva herramienta (indicadores de resultados) y los de la externa, que se dan por válidos. Para nuestro estudio no se encontró un Gold Standard con el que pudiésemos comparar la concordancia de los resultados obtenidos por ambas.

Para determinar la validez de constructo del grupo de indicadores de resultados seleccionados, realizamos un análisis factorial, mediante el Análisis de Componentes Principales (ACP), con el fin de determinar si las variables de estudio (indicadores de resultados) se estructuran en una única dimensión (un único componente), en torno al constructo (programa

autoadministración de los medicamentos prescritos) o por el contrario se agrupan de forma independiente constituyendo dimensiones diferentes.

Se utilizó el índice alfa de Cronbach, para determinar la fiabilidad, o consistencia interna, cuantificamos mediante éste índice el nivel de fiabilidad de los cinco indicadores de resultados.

La efectividad del programa realizado (autoadministración de los medicamentos prescritos), la estimamos determinando el poder predictivo del grupo de indicadores seleccionados respecto a la pertenencia al grupo de intervención o al grupo no intervención. Para ello se realizó un análisis discriminante, mediante el estadístico Lambda de Wilks, que siendo significativo, nos permitiría predecir con un porcentaje de acierto determinado, si un paciente pertenece al grupo intervención o al grupo no intervención, además de valorar las diferencias en los resultados obtenidos en el grupo intervención y no intervención.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS, 17.0., para el procesamiento estadístico de los datos.

IV RESULTADOS

IV.1. FRECUENCIA DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS EN LA UNIDAD DE SUBAGUDOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS EN EL PERIODO 2007-2008.

Los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA-2007 más frecuentes en la Unidad de Subagudos del Hospital Universitario de Canarias, obtenidos en el último trimestre del año 2007 (tabla 12), fueron: 00130. Trastorno de los procesos del pensamiento, 00052. Deterioro de la interacción social y 00079. Incumplimiento del tratamiento con una prevalencia del 70.8%, 54.2% y el 45.8% respectivamente del total de los diagnósticos de enfermería utilizados en la Unidad de Subagudos (HUC, 2007).

Tabla 12. Diagnósticos enfermeros más frecuentes en la Unidad de Subagudos/ año 2007.

Diagnóstico Enfermero /NANDA	Nº casos	Prevalencia
00130 Trastorno de los procesos del pensamiento	17	70.8%
00052 Deterioro de la interacción social	13	54.25%
00079 Incumplimiento del tratamiento	11	45.8%
00099 Mantenimiento inefectivo de la salud	7	29.7%
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico	5	20.8%
00097 Déficit de actividades recreativas	5	20.8%
00069 Afrontamiento inefectivo	4	16.7%
00072 Negación ineficaz	4	16.7%
00048 Deterioro de la dentición	3	12.5%
00001 Desequilibrio nutricional por exceso	2	8.3%
00198 Deterioro del patrón del sueño	2	8.3%
00108 Déficit de autocuidados/ baño-higiene	2	8.3%
00122 Trastorno de la percepción sensorial	2	8.3%
00002 Desequilibrio nutricional por defecto	1	4.2%
00011 Estreñimiento	1	4.2%

Fuente: Subdirección de Enfermería HUC/ Explotación de datos Sistema informático SAP

Los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA más frecuentes en la Unidad de Subagudos del Hospital Universitario de Canarias, durante el año 2008 (tabla 13), fueron: 00079. Incumplimiento del tratamiento (92.8%), 00130. Trastorno de los procesos del pensamiento (85.5%), 00099. Mantenimiento infeccioso de la salud (39%), y 00052. Deterioro de la interacción social (36%), del total de los diagnósticos de enfermería utilizados en la Unidad de Subagudos (HUC, 2008).

Tabla 13. Diagnósticos enfermeros más frecuentes en la Unidad de Subagudos/ año 2008.

Diagnóstico Enfermero /NANDA	Nº casos	Prevalencia
00079 Incumplimiento del tratamiento	64	92.8%
00130 Trastorno de los procesos del pensamiento	59	85.5%
00099 Mantenimiento inefectivo de la salud	27	39%
00052 Deterioro de la interacción social	25	36% ¹
00122 Trastorno de la percepción sensorial	23	33%
00198 Deterioro del patrón del sueño	19	27.5%
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico	16	23.2%
00069 Afrontamiento inefectivo	15	21.7%
00097 Déficit de actividades recreativas	14	20.3%
00053 Aislamiento social	11	15.9%
00011 Estreñimiento	11	15.9%
00146 Ansiedad	10	11.6%
00001 Desequilibrio nutricional por exceso	8	8.7%
00126 Conocimientos deficientes (especificar)	6	7.2%
00102 Déficit de autocuidados alimentación	6	7.2%

Fuente: Subdirección de Enfermería HUC/ Explotación de datos Sistema informático SAP

IV.2. INDICADORES DE RESULTADOS:

IV.2.1. Identifica la medicación.

En la tabla 14 se exponen los resultados correspondientes a la capacidad que tiene el paciente para identificar la medicación que tiene prescrita, obtenidos antes y después de la intervención realizada (programa de autoadministración de la medicación) en el grupo intervención, y en dos momentos diferentes en el tiempo con un intervalo de dos meses entre ambas medidas, para el grupo no intervención.

Tabla 14. Identifica la medicación por grupos de pacientes, antes / después de la intervención

Identifica la medicación		Antes del programa	Después del programa	Diferencia antes/desp.	
Grupo intervención	N	84	84	84	
	Media	2,77	4,36	1,59	
	Mediana	3,00	5,00	2,00	
	Desv. típ.	1,22	0,90	0,32	
	Mínimo	1	1	0,00	
	Máximo	5	5	0,00	
	Percentil	25	2,00	4,00	2,00
		50	3,00	5,00	2,00
		75	4,00	5,00	1,00
Grupo no interv.	N	25	25	25	
	Media	3,48	3,52	0,04	
	Mediana	4,00	4,00	0,00	
	Desv. típ.	1,33	1,30	0,03	
	Mínimo	1	1	0,00	
	Máximo	5	5	0,00	
	Percentil	25	2,00	2,00	0,00
		50	4,00	4,00	0,00
		75	5,00	5,00	0,00

En cuanto a la distribución de las puntuaciones, resulta destacable que en el grupo de intervención, en el momento antes de la intervención, un 66,7% es evaluado como moderadamente comprometido o muy comprometido, siendo este porcentaje del 48% en el grupo no intervención. Después de la intervención, el grupo no intervención prácticamente no varía, sin embargo el grupo intervención pasa a ser solamente el 15,5%, el que está muy comprometido o moderadamente comprometido (tabla 15).

Tabla 15. Distribución de la muestra según las puntuaciones obtenidas antes / después de la intervención

Antes de la intervención		Frecuenc.	Porcentaj	Porcentaj acumulad
Grupo intervención	1 gravemente comprometido	14	16,7	16,7
	2 sustancialmente comprometido	25	29,8	46,4
	3 moderadamente comprometido	17	20,2	66,7
	4 levemente comprometido	22	26,2	92,9
	5 no comprometido	6	7,1	100,0
	Total	84	100,0	
Grupo no interv.	1 gravemente comprometido	1	4,0	4,0
	2 sustancialmente comprometido	7	28,0	32,0
	3 moderadamente comprometido	4	16,0	48,0
	4 levemente comprometido	5	20,0	68,0
	5 no comprometido	8	32,0	100,0
	Total	25	100,0	
Después de la intervención		Frecuenc.	Porcentaj	Porcentaj acumulad
Grupo intervención	1 gravemente comprometido	1	1,2	1,2
	2 sustancialmente comprometido	3	3,6	4,8
	3 moderadamente comprometido	9	10,7	15,5
	4 levemente comprometido	23	27,4	42,9
	5 no comprometido	48	57,1	100,0
	Total	84	100,0	
Grupo no interv.	1 gravemente comprometido	1	4,0	4,0
	2 sustancialmente comprometido	6	24,0	28,0
	3 moderadamente comprometido	5	20,0	48,0
	4 levemente comprometido	5	20,0	68,0
	5 no comprometido	8	32,0	100,0
	Total	25	100,0	

En cuanto a la covariante edad del paciente, resulta significativo el efecto de ésta sobre la variable identifica la medicación ($F_{1,103}=7,19$; $p=0,009$; $\eta^2=0,065$), según el Análisis de Varianza con covariante. Si neutralizamos este efecto, resulta únicamente significativa la interacción momento de la medida x grupo ($F_{1,104}=32,718$; $p=0,000$; $\eta^2=0,239$). Es decir, las diferencias entre grupos dependen del momento de la medida y/o las diferencias entre los momentos de medida dependen del grupo.

Para el estudio de esta interacción comparamos en primer lugar los momentos antes de la intervención y después de la intervención en cada grupo. Aquí se revela la existencia de diferencias significativas entre el momento antes y después en el grupo intervención ($F_{1,104}=99,563$; $p=0,000$; $\eta^2=0,489$) de tal manera que la media del grupo intervención en el momento antes es inferior a la media en el momento después (tabla 16)

Tabla 16. Medias y Desviaciones Típicas del grupo intervención antes y después de la intervención

GRUPO INTERVENCIÓN	MEDIA	DESV. TIPICA
Antes de la intervención	2.77	± 1.22
Después de la Intervención	4.36	± 0.90

En el grupo no intervención esta diferencia entre los momentos 1 y 2 (intervalo de 2 meses entre ambas evaluaciones), no es significativa ($F_{1,104}=0,087$; $p=0,769$; $\eta^2=0,001$). Tabla 17

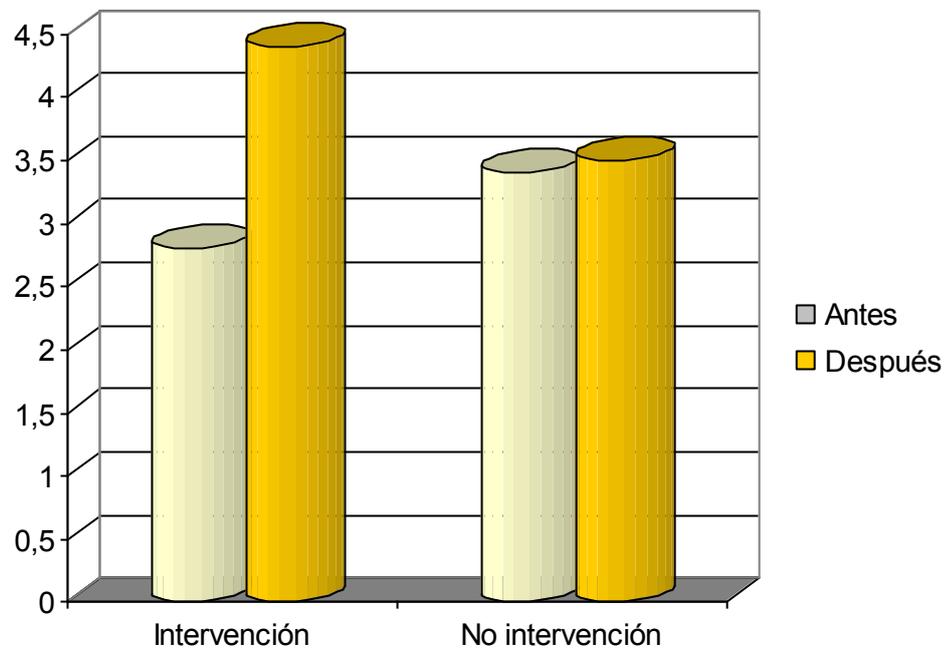
Tabla 17. Medias y Desviaciones Típicas del grupo en los dos momentos de la valoración

GRUPO NO INTERVENCIÓN	MEDIA	DESV. TIPICA
Momento 1	3.48	± 1.32
Momento 2 (transcurridos 2 meses)	3.52	± 1.30

En segundo lugar estudiamos la diferencia entre ambos grupos antes y después de la intervención. En el momento antes de la intervención resulta significativa ($F_{1,104}=7,88$; $p=0,006$; $\eta^2=0,07$) teniendo el grupo intervención una media inferior. En el momento después de la intervención desaparece esta diferencia ($F_{1,104}=3,099$; $p=0,081$; $\eta^2=0,029$). Dado que ambos grupos no parten de una situación equivalente en cuanto a esta variable dependiente, es aconsejable realizar un ANOVA sobre la misma incluyendo como covariante la medida en el momento antes de la intervención. Este análisis revela que, abstrayendo la diferencia antes de la intervención existente, sigue siendo significativo el efecto del grupo ($F_{1,108}=23,767$; $p=0,00$; $\eta^2=0,187$), teniendo una diferencia media superior el grupo de intervención (figura 3).

Figura 3. Indicador: Identifica la medicación

X de valores obtenidos



IV.2.2. Administra la dosis de forma correcta.

En la tabla 18 se exponen los resultados correspondientes a la capacidad que tiene el paciente administrarse la dosis de la medicación que tiene prescrita de forma correcta, obtenidos antes y después de la intervención realizada (programa de autoadministración de la medicación) en el grupo intervención, y en dos momentos diferentes en el tiempo con un intervalo de dos meses entre ambas medidas, para el grupo no intervención.

Tabla 18. Administra la dosis de forma correcta por grupos de pacientes, antes / después de la intervención.

Administra la dosis correcta		Antes del programa	Después del programa	Diferencia Pos-Pre	
Grupo intervención	N	84	84	84	
	Media	2,67	4,19	1,52	
	Mediana	2,50	5,00	2,50	
	Desv. típ.	1,25	1,07	-0,18	
	Mínimo	1	1	0,00	
	Máximo	5	5	0,00	
	Percentil	25	2,00	3,25	1,25
		50	2,50	5,00	2,50
		75	4,00	5,00	1,00
Grupo no interv.	N	25	25	25	
	Media	2,96	3,00	0,04	
	Mediana	3,00	3,00	0,00	
	Desv. típ.	1,27	1,29	0,02	
	Mínimo	1	1	0,00	
	Máximo	5	5	0,00	
	Percentil	25	2,00	2,00	0,00
		50	3,00	3,00	0,00
		75	4,00	4,00	0,00

En cuanto a la distribución de las puntuaciones, resulta destacable que en ambos grupos, en el momento antes de la intervención, más de un 60% es evaluado como moderadamente comprometido o muy comprometido. Después de la intervención, el grupo no intervención prácticamente no varía, sin embargo el grupo intervención pasa a ser solamente el 25% el que está muy comprometido o moderadamente comprometido (tabla 19)

Tabla 19. Distribución de la muestra según las puntuaciones obtenidas antes / después de la intervención

Antes de la intervención		Frecuen.	Porcent.	Porcent. Acumul.
Grupo intervención	1 gravemente comprometido	18	21,4	21,4
	2 sustancialmente comprometido	24	28,6	50,0
	3 moderadamente comprometido	15	17,9	67,9
	4 levemente comprometido	22	26,2	94,0
	5 no comprometido	5	6,0	100,0
	Total	84	100,0	
Grupo no interv.	1 gravemente comprometido	4	16,0	16,0
	2 sustancialmente comprometido	5	20,0	36,0
	3 moderadamente comprometido	7	28,0	64,0
	4 levemente comprometido	6	24,0	88,0
	5 no comprometido	3	12,0	100,0
	Total	25	100,0	
Después de la intervención		Frecuenc	Porcent.	Porcent. Acumul.
Grupo intervención	1 gravemente comprometido	2	2,4	2,4
	2 sustancialmente comprometido	5	6,0	8,3
	3 moderadamente comprometido	14	16,7	25,0
	4 levemente comprometido	17	20,2	45,2
	5 no comprometido	46	54,8	100,0
	Total	84	100,0	
Grupo no interv.	1 gravemente comprometido	4	16,0	16,0
	2 sustancialmente comprometido	5	20,0	36,0
	3 moderadamente comprometido	6	24,0	60,0
	4 levemente comprometido	7	28,0	88,0
	5 no comprometido	3	12,0	100,0
	Total	25	100,0	

El efecto de la covariante edad del paciente, resulta significativo sobre la variable administra las dosis de forma correcta ($F_{1,103}=8,10$; $p=0,005$; $\eta^2=0,072$). Si neutralizamos este efecto, resulta únicamente significativa la interacción momento de la medida x grupo ($F_{1,104}=34,437$; $p=0,000$; $\eta^2=0,249$). Es decir, las diferencias entre grupos dependen del momento (antes /después de la intervención) y/o las diferencias entre los momentos de medida dependen del grupo (intervención /no intervención).

Para el estudio de esta interacción comparamos en primer lugar los momentos en cada grupo. Aquí se revela la existencia de diferencias significativas entre el momento antes y después en el grupo intervención ($F_{1,104}=102,888$; $p=0,000$; $\eta^2=0,497$) de tal manera que la media del grupo intervención en el momento antes es inferior a la media en el momento después (tabla 20)

Tabla 20. Medias y Desviaciones Típicas del grupo intervención antes y después de la intervención

GRUPO INTERVENCIÓN	MEDIA	DESV. TIPICA
Antes de la intervención	2.67	± 1.25
Después de la Intervención	4.19	± 1.07

En el grupo no intervención esta diferencia entre los momentos 1 y 2 (intervalo de 2 meses entre ambas evaluaciones), no es significativa ($F_{1,104}=0,053$; $p=0,819$; $\eta^2=0,001$). Tabla 21.

Tabla 21. Medias y Desviaciones Típicas del grupo no intervención en los dos momentos de evaluación

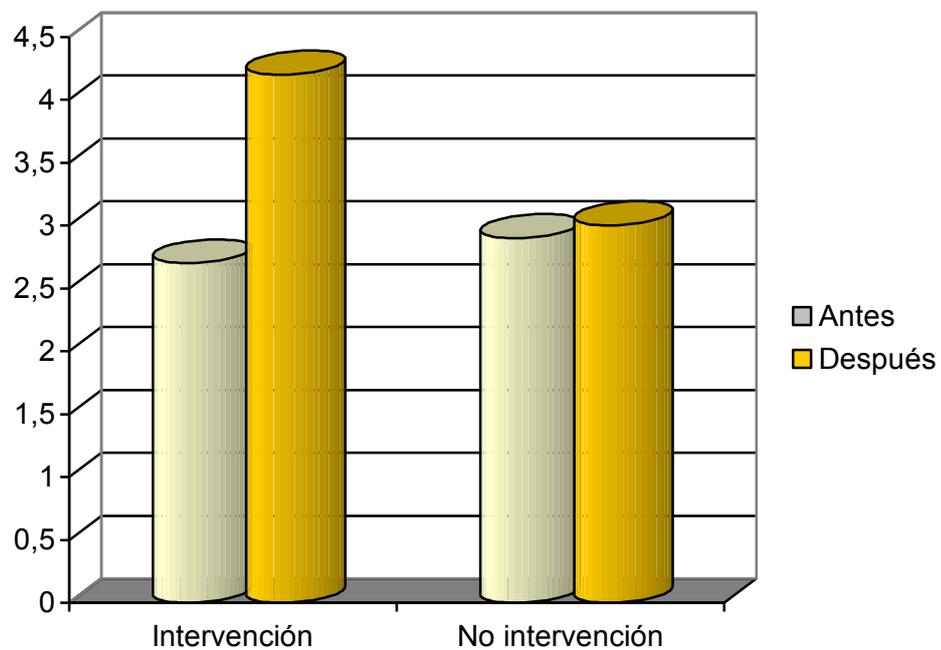
GRUPO NO INTERVENCIÓN	MEDIA	DESV. TIPICA
Momento 1	2.96	± 1.27
Momento 2 (transcurridos 2 meses)	3.00	± 1.29

En segundo lugar estudiamos la diferencia entre ambos grupos dentro de cada momento. Esta diferencia es significativa tanto en el momento antes de la intervención ($F_{1,104}=5,092$; $p=0,026$; $\eta^2=0,047$) teniendo el grupo intervención una media inferior, como en el momento después de la intervención ($F_{1,104}=8,311$; $p=0,005$; $\eta^2=0,074$), teniendo el grupo de

intervención una media superior. Aunque los grupos no partan de una situación equivalente en cuanto a esta variable dependiente no es necesario abundar en el análisis ya que intercambian completamente los patrones (figura 4).

Figura 4. Indicador: Administra la dosis de forma correcta

X de valores obtenidos



IV.2.3. Describe los efectos indeseables.

En la tabla 22 se exponen los resultados correspondientes a la capacidad que tiene el paciente para describir los posibles efectos indeseables de la medicación que tiene prescrita, obtenidos antes y después de la intervención realizada (programa de autoadministración de la medicación) en el grupo intervención, y en dos momentos diferentes en el tiempo con un intervalo de dos meses entre ambas medidas, para el grupo no intervención.

Tabla 22. Describe los efectos indeseables por grupos de pacientes, antes / después de la intervención.

Describe los efectos indeseables		Antes del programa	Después del programa	Diferencia Pos-Pre
Grupo intervención	N	84	84	84
	Media	2,01	3,37	1,36
	Mediana	2,00	3,00	1,00
	Desv. típ.	0,96	1,08	0,12
	Mínimo	1	1	0,00
	Máximo	5	5	0,00
	Percentil 25	1,00	3,00	2,00
	50	2,00	3,00	1,00
	75	3,00	4,00	1,00
Grupo no interv.	N	25	25	25
	Media	2,08	2,08	0,00
	Mediana	2,00	2,00	0,00
	Desv. típ.	1,08	1,08	0,00
	Mínimo	1	1	0,00
	Máximo	4	4	0,00
	Percentil 25	1,00	1,00	0,00
	50	2,00	2,00	0,00
	75	3,00	3,00	0,00

En cuanto a la distribución de las puntuaciones, en el momento antes de la intervención, un 91,7% y un 88% de los grupos intervención y no intervención, respectivamente, es evaluado como moderadamente comprometido o muy comprometido. Después de la intervención, el grupo no intervención no varía, sin embargo el grupo intervención pasa a ser solamente el 52,4% el que está muy comprometido o moderadamente comprometido (tabla 23).

Tabla 23. Distribución de la muestra según las puntuaciones obtenidas antes / después de la intervención.

Antes de la intervención		Frecuenc.	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Grupo intervención	1 gravemente comprometido	29	34,5	34,5
	2 sustancialmente comprometido	33	39,3	73,8
	3 moderadamente comprometido	15	17,9	91,7
	4 levemente comprometido	6	7,1	98,8
	5 no comprometido	1	1,2	100,0
	Total	84	100,0	
Grupo no interv.	1 gravemente comprometido	10	40,0	40,0
	2 sustancialmente comprometido	6	24,0	64,0
	3 moderadamente comprometido	6	24,0	88,0
	4 levemente comprometido	3	12,0	100,0
	5 no comprometido	0	0,0	
	Total	25	100,0	
Después de la intervención		Frecuenc.	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Grupo intervención	1 gravemente comprometido	4	4,8	4,8
	2 sustancialmente comprometido	14	16,7	21,4
	3 moderadamente comprometido	26	31,0	52,4
	4 levemente comprometido	27	32,1	84,5
	5 no comprometido	13	15,5	100,0
	Total	84	100,0	
Grupo no interv.	1 gravemente comprometido	10	40,0	40,0
	2 sustancialmente comprometido	6	24,0	64,0
	3 moderadamente comprometido	6	24,0	88,0
	4 levemente comprometido	3	12,0	100,0
	5 no comprometido	0	0,0	
	Total	25	100,0	

El efecto de la covariante edad del paciente, resultó significativo sobre la variable describe los efectos indeseables ($F_{1,103}=4,82$; $p=0,030$; $\eta^2=0,044$). Si neutralizamos este efecto, resulta únicamente significativa la interacción momento de la medida x grupo ($F_{1,104}=48,73$; $p=0,000$; $\eta^2=0,319$). Es decir, las diferencias entre grupos dependen del momento (antes/después) y/o las diferencias entre los momentos de medida dependen del grupo (intervención/no intervención).

Para el estudio de esta interacción comparamos en primer lugar los momentos antes y después de la intervención en cada grupo. Aquí se revela la existencia de diferencias significativas entre el momento antes y después en el grupo intervención ($F_{1,104}=136,737$; $p=0,000$; $\eta^2=0,568$) de tal manera que la media del grupo intervención en el momento antes es inferior a la media en el momento después (tabla 24)

Tabla 24. Medias y Desviaciones Típicas del grupo intervención antes y después de la intervención

GRUPO INTERVENCIÓN	MEDIA	DESV. TIPICA
Antes de la intervención	2.01	± 0.96
Después de la Intervención	3.37	± 1.08

En el grupo no intervención esta diferencia entre los momentos 1 y 2 (intervalo de 2 meses entre ambas evaluaciones), no existe ($F_{1,104}=0,00$; $p=0,986$; $\eta^2=0,000$). Tabla 25

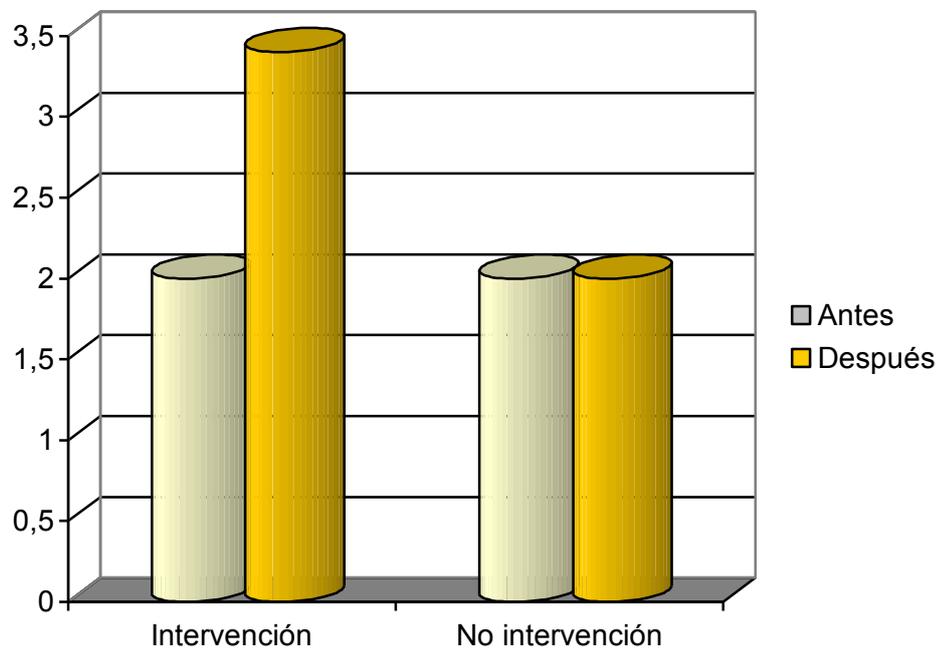
Tabla 25. Medias y Desviaciones Típicas del grupo no intervención en los dos momentos de evaluación

GRUPO NO INTERVENCIÓN	MEDIA	DESV. TIPICA
Momento 1	2.08	± 1.08
Momento 2 (transcurridos 2 meses)	2.08	± 1.08

En segundo lugar estudiamos la diferencia entre ambos grupos dentro de cada momento. Esta diferencia no es significativa en el momento Pre-intervención ($F_{1,104}=3,240$; $p=0,075$; $\eta^2=0,030$), pero sí en el momento Post-intervención ($F_{1,104}=11,962$; $p=0,001$; $\eta^2=0,103$), teniendo el grupo de intervención una media superior (figura 5).

Figura 5. Indicador: Describe los efectos indeseables

X de valores obtenidos



IV.2. 4. Utiliza ayudas para memorizar.

En la tabla 26 se exponen los resultados correspondientes a la capacidad que tiene el paciente para utilizar ayudas para memorizar la medicación que tiene prescrita, obtenidos antes y después de la intervención realizada (programa de autoadministración de la medicación) en el grupo intervención, y en dos momentos diferentes en el tiempo con un intervalo de dos meses entre ambas medidas, para el grupo no intervención.

Tabla 26. Utiliza ayudas para memorizar por grupos de pacientes, antes / después de la intervención.

Utiliza ayudas para memorizar		Antes del programa	Después programa	Diferencia Pos-Pre
Grupo intervención	N	84	83	83
	Media	2,36	3,80	1,44
	Mediana	2,00	4,00	2,00
	Desv. típ.	1,20	1,27	0,07
	Mínimo	1	1	0,00
	Máximo	5	5	0,00
	Percentil			
	25	1,00	3,00	2,00
	50	2,00	4,00	2,00
75	3,00	5,00	1,00	
Grupo control	N	25	25	25
	Media	2,76	2,80	0,04
	Mediana	2,00	3,00	1,00
	Desv. típ.	1,30	1,30	0,20
	Mínimo	1	1	0,00
	Máximo	5	5	0,00
	Percentil			
	25	2,00	2,00	0,00
	50	2,00	3,00	1,00
75	4,00	4,00	0,00	

En cuanto a la distribución de las puntuaciones, resulta destacable que en ambos grupos, en el momento antes de la intervención, más de un 60% es evaluado como moderadamente comprometido o muy comprometido. Después de la intervención, el grupo no intervención prácticamente no varía, sin embargo el grupo intervención pasa a ser solamente el 37.3%, el que está muy comprometido o moderadamente comprometido (tabla 27).

Tabla 27. Distribución de la muestra según las puntuaciones obtenidas antes / después de la intervención.

Antes de la intervención		Frecuenc.	Porcentaj	Porcentaj acumulad
Grupo intervención	1 gravemente comprometido	29	34,5	34,5
	2 sustancialmente comprometido	16	19,0	53,6
	3 moderadamente comprometido	20	23,8	77,4
	4 levemente comprometido	18	21,4	98,8
	5 no comprometido	1	1,2	100,0
	Total	84	100,0	
Grupo no interv.	1 gravemente comprometido	4	16,0	16,0
	2 sustancialmente comprometido	9	36,0	52,0
	3 moderadamente comprometido	4	16,0	68,0
	4 levemente comprometido	5	20,0	88,0
	5 no comprometido	3	12,0	100,0
	Total	25	100,0	

Después de la intervención		Frecuenc.	Porcentaj	Porcentaj acumulad
Grupo intervención	1 gravemente comprometido	5	6,0	6,0
	2 sustancialmente comprometido	10	11,9	18,1
	3 moderadamente comprometido	16	19,0	37,3
	4 levemente comprometido	18	21,4	59,0
	5 no comprometido	34	40,5	100,0
	Total	83	98,8	
Grupo no interv.	1 gravemente comprometido	4	16,0	16,0
	2 sustancialmente comprometido	8	32,0	48,0
	3 moderadamente comprometido	5	20,0	68,0
	4 levemente comprometido	5	20,0	88,0
	5 no comprometido	3	12,0	100,0
	Total	25	100,0	

Para esta variable no resulta significativo el efecto de la covariante edad del paciente ($F_{1,103}=1,602$; $p=0,208$; $\eta^2=0,015$). Excluyendo esta variable del modelo resulta únicamente significativa la interacción momento de la medida x grupo ($F_{1,104}=46,314$; $p=0,000$; $\eta^2=0,308$). Es decir, las diferencias entre grupos dependen del momento (antes/después) y/o las diferencias entre los momentos de medida dependen del grupo (intervención/no intervención).

Para el estudio de esta interacción comparamos en primer lugar los momentos antes y después de la intervención en cada grupo. Aquí se revela la existencia de diferencias significativas entre el momento antes y después en el grupo intervención ($F_{1,104}=125,573$; $p=0,000$; $\eta^2=0,547$) de tal manera que la media del grupo intervención en el momento antes es inferior a la media en el momento después (tabla 28)

Tabla 28. Medias y Desviaciones Típicas del grupo intervención antes y después de la intervención

GRUPO INTERVENCIÓN	MEDIA	DESV. TIPICA
Antes de la intervención	2.36	± 1.20
Después de la Intervención	3.80	± 1.27

En el grupo no intervención esta diferencia entre los momentos 1 y 2 (intervalo de 2 meses entre ambas evaluaciones), no es significativa ($F_{1,104}=0,024$; $p=0,877$; $\eta^2=0,000$). Tabla 29.

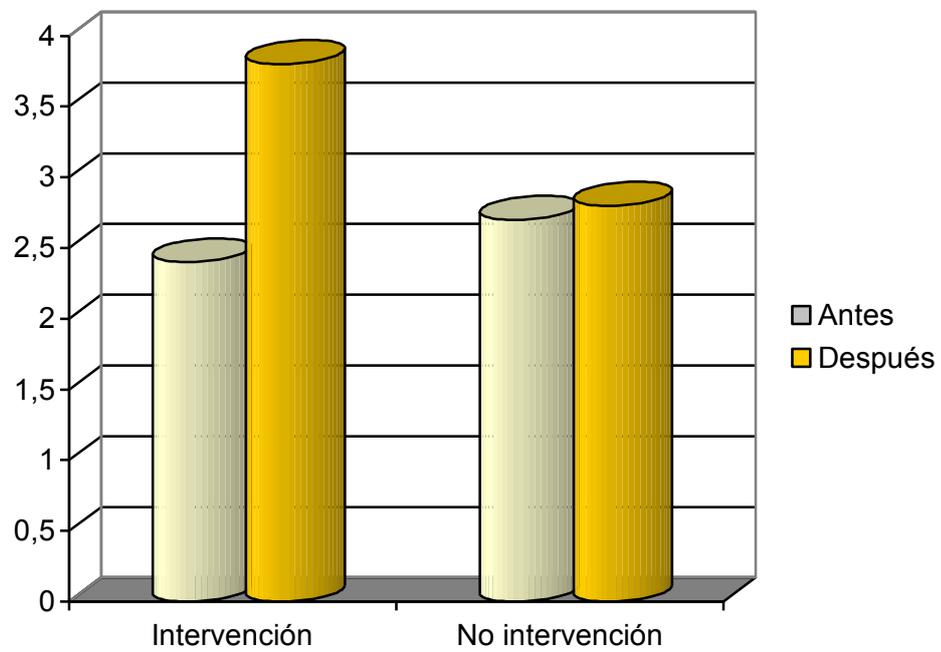
Tabla 29. Medias y Desviaciones Típicas del grupo no intervención antes y después de la valoración

GRUPO NO INTERVENCIÓN	MEDIA	DESV. TIPICA
Momento 1	2.76	± 1.30
Momento 2 (transcurridos 2 meses)	2.80	± 1.30

En segundo lugar estudiamos la diferencia entre ambos grupos dentro de cada momento (antes/después). Esta diferencia no es significativa en el momento antes de la intervención ($F_{1,104}=2,596$; $p=0,110$; $\eta^2=0,024$) pero sí en el momento Post-intervención ($F_{1,104}=10,166$; $p=0,002$; $\eta^2=0,089$), teniendo el grupo de intervención una media superior (figura 6).

Figura 6. Indicador: Utiliza ayudas para memorizar

X de valores obtenidos



IV.2.5. Administra las dosis correctas.

En la tabla 30 se exponen los resultados correspondientes a la capacidad que tiene el paciente para administrarse de forma correcta la medicación que tiene prescrita, obtenidos antes y después de la intervención realizada (programa de autoadministración de la medicación) en el grupo intervención, y en dos momentos diferentes en el tiempo con un intervalo de dos meses entre ambas medidas, para el grupo no intervención.

Tabla 30. Administra la medicación de forma correcta por grupos de pacientes, antes/después

Administra la medicación de forma correcta		Antes del programa	Después programa	Diferencia Pos-Pre	
Grupo intervención	N	84	84	84	
	Media	2,69	4,29	1,60	
	Mediana	3,00	5,00	2,00	
	Desv. típ.	1,31	1,06	-0,29	
	Mínimo	1	1	0,00	
	Máximo	5	5	0,00	
	Percentil	25	2,00	4,00	2,00
		50	3,00	5,00	2,00
75		4,00	5,00	1,00	
Grupo no interv.	N	25	25	25	
	Media	3,04	3,08	0,04	
	Mediana	3,00	3,00	0,00	
	Desv. típ.	1,24	1,22	0,02	
	Mínimo	1	1	0,00	
	Máximo	5	5	0,00	
	Percentil	25	2,00	2,00	0,00
		50	3,00	3,00	0,00
75		4,00	4,00	0,00	

En cuanto a la distribución de las puntuaciones, resulta destacable que en ambos grupos, en el momento antes de la intervención, más de un 60% es evaluado como moderadamente comprometido o muy comprometido. Después de la intervención, el grupo no intervención no varía, sin embargo el grupo intervención pasa a ser solamente el 21,4%, el que está muy comprometido o moderadamente comprometido (tabla 31).

Tabla 31. Distribución de la muestra según las puntuaciones obtenidas antes / después de la intervención.

Antes de la intervención		Frecuencia	Porcentaje	Porcent acumul
Grupo intervención	1 gravemente comprometido	20	23,8	23,8
	2 sustancialmente comprometido	21	25,0	48,8
	3 moderadamente comprometido	15	17,9	66,7
	4 levemente comprometido	21	25,0	91,7
	5 no comprometido	7	8,3	100,0
	Total	84	100,0	
Grupo no interv.	1 gravemente comprometido	2	8,0	8,0
	2 sustancialmente comprometido	8	32,0	40,0
	3 moderadamente comprometido	6	24,0	64,0
	4 levemente comprometido	5	20,0	84,0
	5 no comprometido	4	16,0	100,0
	Total	25	100,0	

Después de la intervención		Frecuencia	Porcentaje	Porcent acumul
Grupo intervención	1 gravemente comprometido	2	2,4	2,4
	2 sustancialmente comprometido	5	6,0	8,3
	3 moderadamente comprometido	11	13,1	21,4
	4 levemente comprometido	15	17,9	39,3
	5 no comprometido	51	60,7	100,0
	Total	84	100,0	
Grupo no interv.	1 gravemente comprometido	2	8,0	8,0
	2 sustancialmente comprometido	7	28,0	36,0
	3 moderadamente comprometido	7	28,0	64,0
	4 levemente comprometido	5	20,0	84,0
	5 no comprometido	4	16,0	100,0
	Total	25	100,0	

Resulta significativo el efecto de la covariante edad del paciente ($F_{1,103}=7,943$; $p=0,006$; $\eta^2=0,071$). Si neutralizamos este efecto, resulta únicamente significativa la interacción momento de la medida x grupo ($F_{1,104}=34,688$ $p=0,000$; $\eta^2=0,250$). Es decir, las diferencias entre grupos dependen del momento y/o las diferencias entre los momentos de medida dependen del grupo.

Para el estudio de esta interacción comparamos en primer lugar los momentos antes y después de la intervención en cada grupo. Aquí se revela la existencia de diferencias significativas entre el momento antes y después en el grupo intervención ($F_{1,104}=103,776$; $p=0,000$; $\eta^2=0,499$) de tal manera que la media del grupo intervención en el momento antes es inferior a la media en el momento después (tabla 32)

Tabla 32. Medias y Desviaciones Típicas del grupo intervención antes y después de la intervención

GRUPO INTERVENCIÓN	MEDIA	DESV. TIPICA
Antes de la intervención	2.69	± 1.31
Después de la Intervención	4.29	± 1.06

En el grupo no intervención esta diferencia entre los momentos 1 y 2 (intervalo de 2 meses entre ambas evaluaciones), no es significativa ($F_{1,104}=0,56$; $p=0,814$; $\eta^2=0,001$). Tabla 33.

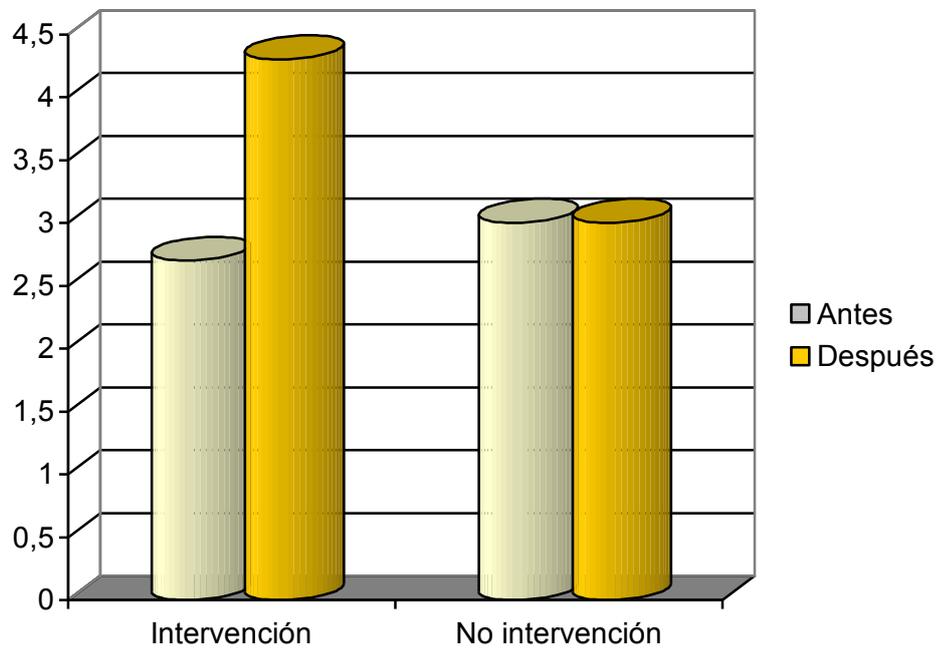
Tabla 33. Medias y Desviaciones Típicas del grupo no intervención en los dos momentos de la valoración

GRUPO NO INTERVENCIÓN	MEDIA	DESV. TIPICA
Momento 1	3.04	± 1.24
Momento 2 (transcurridos 2 meses)	3.08	± 1.22

En segundo lugar estudiamos la diferencia entre ambos grupos dentro de cada momento antes y después. Esta diferencia es significativa tanto en el momento antes de la intervención ($F_{1,104}=5,056$; $p=0,027$; $\eta^2=0,046$) teniendo el grupo de intervención una media inferior, como en el momento después de la intervención ($F_{1,104}=10,116$; $p=0,002$; $\eta^2=0,089$), teniendo el grupo de intervención una media superior. Aunque los grupos no partan de una situación equivalente en cuanto a esta variable dependiente no es necesario abundar en el análisis ya que intercambian completamente los patrones (figura 7).

Figura 7. Indicador: Administra la medicación de forma correcta

X de valores obtenidos



IV.3. ESTUDIO DE LA VALIDEZ DEL CONSTRUCTO.

Para confirmar que los indicadores seleccionados se estructuran en una única dimensión formando un constructo (conjunto de enunciados que constituyen el concepto que se va a medir), se realizó un análisis de componentes principales. Para el conjunto de las variables en el momento antes de la intervención se obtiene un único componente que apresa el 77,67% de la variabilidad contenida en los datos (tabla 34).

Tabla 34. Varianza total explicada de las variables antes de la intervención

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,883	77,665	77,665	3,883	77,665	77,665
2	,555	11,099	88,764			
3	,289	5,771	94,535			
4	,166	3,314	97,848			
5	,108	2,152	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

La matriz de componentes muestra cargas entre 0,72 y 0,94. Es decir, las correlaciones de las distintas variables con el constructo latente son muy altas (tabla nº 35).

Tabla nº 35. Matriz de componentes de las variables antes de la intervención

identifica la medicación	0,916
administra la dosis a describe los efectos indeseables	0,940
utiliza ayudas para memorizar	0,723
administra la medicación de forma correcta	0,890
	0,920

Para el conjunto de las variables después de la intervención se obtiene un único componente que apresa el 82,09% de la variabilidad contenida en los datos (tabla 36).

Tabla 36. Varianza total explicada de las variables después de la intervención

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,105	82,090	82,090	4,105	82,090	82,090
2	,450	8,999	91,089			
3	,246	4,929	96,018			
4	,126	2,523	98,542			
5	,073	1,458	100,000			

La matriz de componentes muestra cargas entre 0,79 y 0,95. Es decir, también en el momento después de la intervención, las correlaciones de las distintas variables con el constructo latente son muy altas (tabla 37).

Tabla 37. Matriz de componentes de las variables después de la intervención

identifica la medicación	0,925
administra la dosis	0,959
describe los efectos indeseables	0,794
utiliza ayudas para memorizar	0,889
administra la medicación de forma correcta	0,954

Para el conjunto de las variables Diferencia se obtiene un único componente que apresa el 76,90% de la variabilidad contenida en los datos (tabla 38).

Tabla 38. Varianza total explicada de las variables Pos-intervención

Componentes	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la	%	Total	% de la	%
		varianza	acumulado		varianza	acumulado
1	3,845	76,899	76,899	3,845	76,899	76,899
2	,551	11,013	87,911			
3	,271	5,416	93,327			
4	,191	3,821	97,148			
5	,143	2,852	100,000			

La matriz de componentes muestra cargas entre 0,79 y 0,90. Es decir, también para las diferencias entre los momentos antes y después de la intervención, las correlaciones de las distintas variables con el constructo latente son muy altas (tabla 39).

Tabla 39. Matriz de componentes de las variables diferencia

identifica la medicación	0,860
administra la dosis a	0,931
describe los efectos indeseables	0,785
utiliza ayudas para memorizar	0,900
administra la medicación de forma correcta	0,902

IV.4. ESTUDIO DE LA FIABILIDAD DEL CONSTRUCTO.

En aras de determinar la consistencia interna de las componentes obtenidas en el análisis anterior se calcula el alfa de Cronbach para el conjunto de variables, tanto en el momento antes como en el momento después de la intervención. Este índice se basa en la correlación inter-elementos promedio y resulta ser de 0,928 para las 5 medidas obtenidas antes de la intervención (valor máximo=1). La única variable cuya exclusión provocaría un aumento hasta 0,945 es describe los efectos indeseables antes del programa. Si observamos la correlación de esta variable en relación a las demás, podemos constatar que sus correlaciones son menores que las el resto. Sin embargo, dado el alto coeficiente alfa no es recomendable eliminar esta variable. Exceptuando las de esta variable las correlaciones oscilan entre 0,75 y 0,84 (tabla 40).

Tabla 40. Matriz de correlaciones de Pearson de las variables Pre-intervención

	identifica la medicación	administra la dosis	describe los efectos indeseables	utiliza ayudas para memorizar	administra la medicación de forma correcta
identifica la medicación	1	0,885(**)	0,578(**)	0,748(**)	0,789(**)
administra la dosis	0,885(**)	1	0,599(**)	0,783(**)	0,835(**)
describe los efectos indeseables	0,578(**)	0,599(**)	1	0,533(**)	0,563(**)
utiliza ayudas para memorizar	0,748(**)	0,783(**)	0,533(**)	1	0,828(**)
administra la medicación de forma correcta	0,789(**)	0,835(**)	0,563(**)	0,828(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). N=109

En el conjunto de las variables medidas obtenidas después de la intervención obtenemos un índice aún más alto, alfa resulta ser de 0,942 y vuelve a ser la variable describe los efectos indeseables después del programa, la única cuya exclusión aumentaría ligeramente el índice hasta llegar a 0,953.

En la matriz de correlaciones observamos que las correlaciones en general son buenas y, exceptuando las de la variable describe los efectos indeseables, oscilan entre 0,71 y 0,92. En esta ocasión las correlaciones de

describe los efectos indeseables son algo mayores que en el momento antes de la intervención. (Tabla 41)

Tabla 41. Matriz de correlaciones de Pearson de las variables Post-intervención

	identifica la medicación	administra la dosis	describe los efectos indeseables	utiliza ayudas para memorizar	administra la medicación de forma correcta
identifica la medicación	1	0,903(**)	0,621(**)	0,783(**)	0,862(**)
administra la dosis	0,903(**)	1	0,705(**)	0,805(**)	0,915(**)
describe los efectos indeseables	0,621(**)	0,705(**)	1	0,617(**)	0,712(**)
utiliza ayudas para memorizar	0,783(**)	0,805(**)	0,617(**)	1	0,811(**)
administra la medicación de forma correcta	0,862(**)	0,915(**)	0,712(**)	0,811(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). N=109

En el conjunto de las Diferencias de las medidas antes y después de la intervención obtenemos también un índice alto, alfa resulta ser de 0,924 y vuelve a ser la variable describe los efectos indeseables después del programa, la única cuya exclusión aumentaría ligeramente el índice hasta llegar a 0,929.

En la matriz de correlaciones observamos que las correlaciones en general son buenas y, exceptuando las de la variable describe los efectos indeseables, oscilan entre 0,73 y 0,83. Las correlaciones de describe los efectos indeseables oscilan entre 0,52 y 0,73 (Tabla 42).

Tabla 42. Matriz de correlaciones de Pearson de las variables Diferencia

	identifica la medicación	administra la dosis	describe los efectos indeseables	utiliza ayudas para memorizar	administra la medicación de forma correcta
identifica la medicación	1	0,816(**)	0,524(**)	0,668(**)	0,744(**)
administra la dosis	0,816(**)	1	0,640(**)	0,773(**)	0,828(**)
describe los efectos indeseables	0,524(**)	0,640(**)	1	0,731(**)	0,589(**)
utiliza ayudas para memorizar	0,668(**)	0,773(**)	0,731(**)	1	0,767(**)
administra la medicación de forma correcta	0,744(**)	0,828(**)	0,589(**)	0,767(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). N=109

Determinada la correcta agrupación de las variables y con el objetivo de calibrar el poder predictivo del constructo respecto a la pertenencia al grupo de intervención o al grupo control, realizamos un análisis discriminante con las medidas tomadas después de la intervención.

Este análisis revela la existencia de una función discriminante significativa (Lambda de Wilks=0.747; $X^2_5=30,157$; $p=0,000$) que permite predecir con una tasa total de acierto del 79,6% si los pacientes han participado en el programa o no.

V DISCUSIÓN

V.1. SOBRE LA FRECUENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Durante el año 2004, se recogieron las frecuencias de los diagnósticos enfermeros según la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) en la Unidad de Subagudos del Hospital Universitario de Canarias, obtenidos de los informes de continuidad de cuidados de enfermería de la historia clínica del paciente, los resultados obtenidos, nos muestran que los diagnósticos de enfermería más frecuentes, fueron: 00130. Trastorno de los procesos del pensamiento (72.5%), 00052. Deterioro de la interacción social (57.5%), 00097. Déficit de actividades recreativas (35%) y 00079. Incumplimiento del tratamiento (20%).

En nuestro estudio, observamos que los diagnósticos de enfermería más prevalentes en la Unidad de Subagudos en el año 2007, fueron: 00130. Trastorno de los procesos del pensamiento (70.8%), 00052. Deterioro de la interacción social (54.2%) y 00079. Incumplimiento del tratamiento (45.8%), del total de los diagnósticos de enfermería utilizados y registrados en la Unidad de Subagudos (HUC, 2007).

Durante el año 2008, se obtuvieron las siguientes frecuencias: 00079. Incumplimiento del tratamiento (92.8%), 00130. Trastorno de los procesos del pensamiento (85.5%), 00099. Mantenimiento infeccioso de la salud (39%), y 00052. Deterioro de la interacción social (36%), del total de los diagnósticos de enfermería utilizados en la Unidad de Subagudos (HUC, 2008).

Algunos autores como Lluch et al., (2009), identificaron los diagnósticos enfermeros según la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) utilizados en dos unidades de salud mental comunitaria de Barcelona, en un estudio realizado durante los años 2007 y 2008, determinando su prevalencia. Dentro de los resultados obtenidos por las autoras, encontramos que los cinco diagnósticos enfermeros más prevalentes fueron: Deterioro de la interacción social 66.7%, Mantenimiento inefectivo de la salud 62.1%, Trastornos de los procesos del pensamiento 54.5%, Desequilibrio nutricional por exceso 48.5%, y Déficit de actividades

recreativas 47%, el incumplimiento del tratamiento se encontró en el lugar número trece, con una prevalencia del 18.7%.

Sales (2005), recoge diagnósticos enfermeros según la NANDA, utilizados en hospitalización de salud mental, que coinciden en un alto porcentaje con los registrados en nuestro ámbito de estudio, si bien no determinan su prevalencia, diagnósticos enfermeros como, el incumplimiento del tratamiento, trastorno de los procesos del pensamiento, deterioro de la interacción social, mantenimiento inefectivo de la salud, déficit de autocuidados, estreñimiento, déficit de actividades recreativas, entre otros son registrados como diagnósticos enfermeros utilizados en dicho dispositivo asistencial.

Como podemos observar en los datos obtenidos, el incumplimiento del tratamiento, siempre esta presente en los registros de enfermería de salud mental como uno de los diagnósticos enfermeros más prevalentes.

V.2. SOBRE LOS INDICADORES DE RESULTADOS EN ENFERMERÍA

Las referencias encontradas relacionadas con la utilización de los indicadores de resultados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), utilizadas en la evaluación de intervenciones de enfermería, han sido escasas; entre las posibles causas podríamos encontrar el escaso tiempo que se ha venido utilizando esta taxonomía, además de tratarse de una taxonomía que engloba a todos los ámbitos de la enfermería, hospitalaria, comunitaria y domiciliaria, incluyendo a todas las especialidades, con lo cual en una etiqueta de resultados podremos encontrar indicadores de resultados que son susceptibles de uso en todos los ámbitos y especialidades. Por otra parte no existe en la escala de medición (tipo Likert de cinco niveles), una definición concreta para cada nivel, produciéndose un sesgo en la medida, en función de lo que el evaluador interprete para cada uno de los niveles.

Revisiones recientes de la literatura, dirigidas a encontrar evidencias que relacionen intervenciones de enfermería y los resultados obtenidos en los pacientes como consecuencia de éstas, han puesto de manifiesto

algunas dificultades y limitaciones conceptuales y metodológicas. Gerolano (2004), realizó una revisión de artículos publicados entre el año 1991 y 2004 relacionados con resultados obtenidos en el paciente, después de un tratamiento psiquiátrico, de entre los cuales se revisaron 47 estudios. La autora observó la existencia de limitaciones conceptuales y metodológicas en los estudios revisados, afirmando que la organización de los cuidados de enfermería psiquiátricos, en relación con los resultados obtenidos es inexistente en la literatura. La autora afirma que los resultados sensibles a los cuidados de enfermería, deben ser conceptualizados teóricamente y examinados empíricamente.

Yakimo et al. (2004), describen y evalúan resultados de la práctica enfermera en psiquiatría, basados en los paradigmas de Donavedian (1982), de estructura, proceso y resultado, haciendo un análisis por medio del Psychiatric Consultation-Liason Nursing (PCLN). Se trata de estándares de práctica enfermera, desarrollados por la International Society of Psychiatric Consultation-Liasosn Nursing, y publicados por la American Nurse Asociation (ANA) en 1990. Estos autores recomiendan ir más lejos en el desarrollo de herramientas capaces de medir resultados, basándose en las limitaciones de la literatura publicada hasta el momento. Montgomery et al. (2009), reunieron e identificaron entre los años 1997 y 2007, 156 estudios empíricos relacionados con evidencias encontradas entre la relación intervención enfermera y resultados en los pacientes, de los cuales y según los autores únicamente 25 cumplían los criterios de inclusión. Los instrumentos utilizados con mayor frecuencia fueron los que se correspondían con la severidad de los síntomas psiquiátricos, la alteración de la percepción y las alteraciones sanguíneas fueron las dos categorías de síntomas más utilizados. Otros instrumentos de medida utilizados fueron clasificados en dominios como: Autocuidados, funcionalidad, calidad de vida y satisfacción. Unas de las conclusiones de la revisión realizada, según sus autores es la ausencia de evidencias los suficientemente consistentes que soporten las decisiones concernientes a los instrumentos de medida utilizados.

Stocker et al. (2008), en un estudio publicado en el *Journal of Nursing Scholarchip*, se propusieron como uno de los objetivos, comparar la sensibilidad (referida a la habilidad de un instrumento para detectar cambios en un paciente, atribuidos a las intervenciones realizadas) del cuestionario OASIS frente a indicadores de la NOC (Nursing Outcome Classification). La autora realiza un estudio cuasi-experimental en pacientes no hospitalizados en tratamiento cardiológico, que precisan cuidados de enfermería. Las intervenciones de enfermería utilizadas, se correspondían con la clasificación NIC (Nursing Intervention Classification). La autora encuentra que los indicadores de la NOC, se muestran más sensibles a cambios específicos que el OASIS.

La utilización de las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcome Classification), y NIC (Nursing Intervention Classification), en enfermería como parte integrante del Proceso Enfermero, aunque conocidas y aceptadas internacionalmente, son escasas las iniciativas orientadas a implementar las citadas taxonomías.

En España, y en sus diferentes Comunidades Autónomas (CCAA), su implantación en la práctica habitual de enfermería es muy heterogénea. Calo y cols. (2010), realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de conocer el nivel de implementación del Proceso Enfermero basado en las taxonomías NANDA, NOC, NIC, en los servicios de Salud Mental de las diferentes Comunidades Autónomas en España, evaluando las características de su utilización en los citados servicios. Así mismo se enumeraron los entes públicos de los cuales dependen los diferentes dispositivos asistenciales de Salud Mental, el ratio de enfermeras/os y el carácter especialista o no de éstas, los métodos de valoración enfermera utilizados, así como las taxonomías NANDA, NOC, NIC utilizadas.

El estudio se realizó entre los meses de Junio y Octubre del año 2009, utilizando para ello una encuesta a ad hoc, diseñada por el propio equipo de investigación. La población a estudio estuvo constituida por 125 dispositivos de Salud Mental de hospitalización completa, en representación de las de diferentes CCAA españolas. Algunos de los resultados obtenidos

fueron: Existen en España 150 dispositivos de hospitalización completa de Salud Mental, perteneciendo el 96.7% a los Servicios de Salud de cada CCAA, y un 3.3% de Consejerías de Asuntos Sociales y/o Diputaciones o Cabildos. La disponibilidad de la Historia Clínica Informatizada, únicamente es una realidad en el 36.81%, de los cuales el 60.38%, posee módulo de Enfermería. Siendo éste tan variable como los múltiples programas informáticos utilizados.

El formato de valoración de Enfermería utilizado, obedece en un 41.67% a la clasificación por Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon, un 40.28%, Necesidades Fundamentales de V. Henderson, y un 2.78%, una clasificación propia de la NANDA (Dominios). No se reporta información en un 13.89%.

La implementación de las taxonomías NANDA, NOC y NIC, el 57.64% de las unidades encuestadas trabaja actualmente con las taxonomías NANDA I, de éstas un 44.58% utiliza la taxonomía NIC para definir sus intervenciones y tan solo un 8.43%, utiliza la taxonomía NOC, para definir objetivos y resultados. La distribución por CCA se recoge en la tabla 43.

Tabla 43. Utilización de las Taxonomías NANDA, NOC y NIC por CCAA

CCAA	% NANDA	% NANDA, NOC y NIC
Andalucía	91.30	91.30
Aragón	71.43	7.14
Asturias	50.	25.
Baleares	77.78	22.22
Canarias	77.78	22.22
Cantabria	47.06	27.27
Castilla la Mancha	11.11	0.
Castilla León	100.	33.33
Cataluña	55.56	44.44
Comunidad de Madrid	33.33	16.67
Comunidad Valenciana	45.45	27.27
Extremadura	30.	30.
Galicia	47.06	0.
La Rioja	0.	0.
Navarra	0.	0.
País Vasco	100.	33.
Comunidad de Murcia	66.67	50.

Como podemos observar, la implementación de las taxonomías NANDA, NOC, y NIC en las diferentes CCAA en España, es bastante heterogénea, siendo inexistente en algunos casos. El nivel de informatización de la Historia Clínica (36.81%), así como el desarrollo específico de un módulo de Enfermería (60.38%). Si a esto añadimos que debido a la descentralización de la sanidad pública en cada una de las diferentes CCAA, los programas informatizados utilizados son de una gran variedad, la dificultad en la implementación y desarrollo de las taxonomías citadas, se hace bastante costoso.

En otro orden de cosas, los autores observaron que no existe una correspondencia clara entre la fase de diagnóstico y la fase de planificación y ejecución, ya que si bien se utilizan los diagnósticos enfermeros en casi un 60% de los dispositivos asistenciales de hospitalización en Salud Mental de las diferentes CCAA, únicamente se utilizan los criterios de resultados y sus indicadores en un 8%, aumentándose estos porcentajes hasta un 45% en lo que a intervenciones y actividades se refiere. Lo cual indica que queda por realizar un extenso trabajo de investigación en Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría en cuanto a la implementación de los indicadores de resultados y su vinculación con los diagnósticos enfermeros e intervenciones y actividades de enfermería.

Sin embargo, las taxonomías NANDA, NOC, NIC (NNN), son utilizadas, en las diferentes Comunidades Autónomas en España, como a nivel internacional, a pesar de los escasos estudios y dificultades metodológicas para su validación.

En el caso de los indicadores de resultados según la NOC, que nos ocupa en este estudio, entendemos al igual que Gerolano (2004), que los resultados sensibles a los cuidados de enfermería, deben ser conceptualizados teóricamente y examinados empíricamente. Para ello es necesario extraer aquellos indicadores de resultados (NOC), que se adecuan a la intervención de enfermería que pretendemos evaluar y definir cada uno de los niveles de medida (escala tipo Likert). Posteriormente mediante un

diseño metodológico adecuado, se podría valorar su validez y fiabilidad de forma empírica.

V.3. SOBRE INDICADORES DE RESULTADOS ESTUDIADOS

V.3.1. Identifica la medicación.

Se valora en este indicador la capacidad del paciente para identificar la medicación que tiene prescrita por su médico. Observando los resultados en la distribución de las puntuaciones obtenidas, resulta destacable que en el grupo de intervención, antes de realizar el programa o intervención (autoadministración de los medicamentos prescritos) un 66,7% es evaluado como moderadamente comprometido o peor, siendo este porcentaje del 48% en el grupo que no participó en el programa (no intervención). Después de la intervención, el grupo no intervención prácticamente no varía, sin embargo el grupo intervención pasa a ser solamente el 15,5%. Ello nos indica que el indicador es sensible a los cambios producidos en el grupo intervención, y que estos cambios son favorables; es decir que el programa ha sido efectivo en los pacientes que han participado en él.

Cuando valoramos la posible influencia de otras variables de estudio sobre el indicador estudiado (identifica la medicación) mediante un análisis de las varianzas (ANOVA), observamos que las variables categóricas: sexo, zona de procedencia y criterio diagnóstico, no resultan ser significativas. La variable cuantitativa estancia media, utilizando el ANCOVA para el análisis de la varianza, tampoco resultó ser significativa, sin embargo, la edad del paciente si fue significativa. Si neutralizamos el efecto de la edad del paciente, se observa que únicamente el haber participado o no en el programa, influye en los resultados para ambos grupos (intervención y no intervención).

V.3.2. Administra la dosis de forma correcta.

Se valora en este indicador la capacidad del paciente para administrarse la dosis correcta de la medicación que tiene prescrita por su médico. Si observamos los resultados en la distribución de las puntuaciones obtenidas, resulta destacable que en ambos grupos, antes de realizar el programa/intervención más de un 60% es evaluado como moderadamente comprometido o peor. Después de haber realizado el programa/intervención, el grupo no intervención prácticamente no varía, sin embargo el grupo intervención pasa a ser solamente el 25%. Ello nos indica que el indicador es sensible a los cambios producidos en el grupo intervención, y que estos cambios son favorables; es decir que el programa ha sido efectivo en los pacientes que han participado en él.

Cuando valoramos la posible influencia de otras variables de estudio sobre el indicador estudiado (identifica la medicación) mediante un análisis de las varianzas (ANOVA), observamos que las variables categóricas: sexo, zona de procedencia y criterio diagnóstico, no influyen en los resultados, resultando no ser significativas. La variable cuantitativa estancia media, utilizando el ANCOVA para el análisis de la varianza, tampoco resultó ser significativa, sin embargo, la edad del paciente si fue significativa. Si neutralizamos el efecto de la edad del paciente, se observa que únicamente el haber participado o no en el programa, influye en los resultados para ambos grupos (intervención y no intervención).

V.3.3. Describe los efectos indeseables.

Se valora en este indicador la capacidad del paciente para describir los posibles efectos indeseables de la medicación que tiene prescrita por su médico. Observando los resultados en la distribución de las puntuaciones obtenidas en el momento antes de la intervención, un 91,7% y un 88% de los grupos intervención y no intervención, respectivamente, es evaluado como moderadamente comprometido o peor. Después de la intervención, el grupo no intervención no varía, sin embargo el grupo intervención pasa a ser

solamente el 52,4%. Ello nos indica que el indicador es sensible a los cambios producidos en el grupo intervención, y que estos cambios son favorables; es decir que el programa ha sido eficaz en los pacientes que han participado en él.

Cuando valoramos la posible influencia de otras variables de estudio sobre el indicador estudiado (identifica la medicación) mediante un análisis de las varianzas (ANOVA), observamos que las variables categóricas: sexo, zona de procedencia y criterio diagnóstico, no influyen en los resultados, resultando no ser significativas. La variable cuantitativa estancia media, utilizando el ANCOVA para el análisis de la varianza, tampoco resultó ser significativa, sin embargo, la edad del paciente si fue significativa. Si neutralizamos el efecto de la edad del paciente, se observa que únicamente el haber participado o no en el programa, influye en los resultados para ambos grupos (intervención y no intervención).

V.3.4. Utiliza ayudas para memorizar.

Se valora en este indicador la capacidad del paciente para utilizar ayudas para memorizar la medicación que tiene prescrita por su médico. Si observamos los resultados en la distribución de las puntuaciones obtenidas, resulta destacable que en ambos grupos, en el momento antes de la intervención, más de un 60% es evaluado como moderadamente comprometido o peor. Después de la intervención, el grupo no intervención prácticamente no varía, sin embargo el grupo intervención pasa a ser solamente el 37.3%. Ello nos indica que el indicador es sensible a los cambios producidos en el grupo intervención, y que estos cambios son favorables; es decir que el programa ha sido efectivo en los pacientes que han participado en él.

Cuando valoramos la posible influencia de otras variables de estudio sobre el indicador estudiado (identifica la medicación) mediante un análisis de las varianzas (ANOVA), observamos que las variables categóricas: sexo, zona de procedencia y criterio diagnóstico, no influyen en los resultados,

resultando no ser significativas. La variable cuantitativa estancia media, y edad del paciente, utilizando el ANCOVA para el análisis de la varianza, tampoco resultaron ser significativos. Únicamente el haber participado o no en el programa, influye en los resultados para ambos grupos (intervención y no intervención).

V.3.5. Administra la medicación de forma correcta.

Se valora en este indicador la capacidad del paciente para administrarse la medicación que tiene prescrita por su médico de forma correcta. Si observamos los resultados en la distribución de las puntuaciones obtenidas, resulta destacable que en ambos grupos, en el momento antes de la intervención, más de un 60% es evaluado como moderadamente comprometido o peor. Después de la intervención, el grupo no intervención prácticamente no varía, sin embargo el grupo intervención pasa a ser solamente el 21.4%. Ello nos indica que el indicador es sensible a los cambios producidos en el grupo intervención, y que estos cambios son favorables; es decir que el programa ha sido efectivo en los pacientes que han participado en él.

Cuando valoramos la posible influencia de otras variables de estudio sobre el indicador estudiado (identifica la medicación) mediante un análisis de las varianzas (ANOVA), observamos que las variables categóricas: sexo, zona de procedencia y criterio diagnóstico, no influyen en los resultados, resultando no ser significativas. La variable cuantitativa estancia media, utilizando el ANCOVA para el análisis de la varianza, tampoco resultó ser significativa, sin embargo, la edad del paciente si fue significativa. Si neutralizamos el efecto de la edad del paciente, se observa que únicamente el haber participado o no en el programa, influye en los resultados para ambos grupos (intervención y no intervención).

V.4. SOBRE EL PROGRAMA REALIZADO

Son escasas las evidencias en enfermería en salud mental, en general la investigación en enfermería de salud mental es muy descriptiva, muchos trabajos encierran hipótesis para otros futuros (Marqués, 2008). Autores como Kathryn et al. (2006), evaluaron intervenciones de enfermería de tipo educativo, dirigidas a la promoción de la salud mental en jóvenes adolescentes de una población rural americana con sintomatología depresiva, utilizando el RAD2 (Reynolds Adolescent Depression Scale 2) como instrumento de evaluación de las intervenciones de enfermería; otros autores como Casañas y cols (2009), evaluaron la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa, constituida por 12 sesiones de 90 minutos de duración cada una, en pacientes con sintomatología ansioso-depresiva, utilizando las escalas de Goldberg y HAD, pre-post intervención. Los resultados obtenidos de estos y otros estudios similares, nos proporcionan en general pautas de actuación de enfermería, aunque escasas evidencias. También han sido escasos los estudios encontrados en los cuales, se evalúen la efectividad de las intervenciones de enfermería utilizando indicadores de resultados según la Nursing Outcome Classification (NOC).

Nieves y cols. (2010), evaluaron un programa de enfermería (taller de yoga) dirigido a pacientes con trastorno mental severo de larga evolución, enmarcado en la intervención según la Nursing Intervention Classification (NIC): 4310. Terapia de actividad, con indicadores según la Nursing Outcome Classification (NOC): 2004. Forma física, 0905. Concentración, 0001. Resistencia, 0208. Movilidad y 2002. Bienestar personal. Los resultados obtenidos mostraron un incremento en las puntuaciones medias obtenidas en los pacientes que realizaron la actividad, según los indicadores analizados. Los autores valoraron la intervención como positiva en base a los resultados obtenidos para los diferentes indicadores, aunque según los propios autores sería necesario un mejor diseño y una muestra más amplia, para poder establecer evidencias. Del mismo modo Calo y cols. (2007),

evaluaron de forma indirecta actuaciones de enfermería dirigidas a mejorar la capacidad de pacientes con trastornos mentales hospitalizados en relación con las actividades instrumentales de la vida diaria, con resultados positivos, pero no evidentes.

En el estudio que presentamos, uno de nuestros objetivos es el de valorar la efectividad del programa de enfermería: “Autoadministración de los medicamentos prescritos”, enmarcado dentro de la intervención de enfermería según la Nursing Intervention Classification (NIC): Enseñanza medicamentos prescritos.

El programa “Autoadministración de los medicamentos prescritos”, realizado en el grupo intervención, y evaluado con los indicadores de resultados seleccionados según la NOC, han presentado una diferencia de puntuaciones antes y después de la intervención, superiores a un punto en la escala tipo Likert, para cada uno de los indicadores estudiados, mientras que ésta diferencia es mínima o no existe en el grupo en el que no se ha realizado la intervención, lo cual nos indica que la intervención realizada ha influido en el resultado.

Calibramos el poder predictivo del constructo (conjunto de conceptualizaciones capaces de medir la efectividad del programa de autoadministración de los medicamentos prescritos) respecto a la pertenencia al grupo de intervención o al grupo no intervención, realizando un análisis discriminante con las medidas tomadas después de la intervención.

Este análisis revela la existencia de una función discriminante significativa (Lambda de Wilks=0.747; $X^2_5=30,157$; $p=0,000$) que permite predecir con una tasa total de acierto del 79,6% si los pacientes han participado en el programa o no, acertando en un 91,6% cuando se predice la pertenencia al grupo de intervención y realmente lo eran.

En base a los resultados obtenidos, podemos afirmar, que el programa realizado a los pacientes “autoadministración de la medicación prescrita”, ha sido efectivo.

V.5. VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL CONSTRUCTO

La validez de constructo, nos determina en que medida el grupo de indicadores de resultados seleccionado, es congruente con el constructo (efectividad o calidad del programa: autoadministración de los medicamentos prescritos); es decir, si los indicadores forman una única unidad de medida, o si por el contrario cada uno de ellos son independientes, o se agrupan en más de una dimensión. Se estimó realizando un Análisis de Componentes Principales (ACP). Mediante este análisis y a la vista de los resultados obtenidos, las cinco variables (indicadores de resultados) se estructuran en un componente único en torno al mismo constructo.

En los grupos, antes y después de la intervención, se observa que un único componente apresa el 77.67% de la variabilidad en el grupo antes de la intervención, y un 82.09% en el grupo después de la intervención, siendo de un 76.90% para el conjunto de las variables diferencia. El hecho de que las cinco variables estudiadas o indicadores de resultados, se constituyan en una dimensión única, nos indica que pueden ser consideradas como un constructo único susceptible de ser utilizado para evaluar la efectividad del programa.

Las correlaciones entre los diferentes indicadores con el constructo latente, muestra cargas muy altas entre 0.72 del indicador “describe los efectos indeseable” y 0.94 del indicador “administra las dosis correctamente” en el momento antes de la intervención. Cargas entre 0.79 del indicador “describe los efectos indeseable” y 0.95 del indicador “administra las dosis correctamente” en el momento después de la intervención.

Estas correlaciones tan altas manifestadas en todos los indicadores, nos indican que la validez de constructo es muy sólida, teniendo en cuenta que la máxima correlación = 1.

La validez de criterio, no se ha podido determinar, debido a que no se encontró un criterio externo o Gold Estándar, con el cual comparar el grupo de indicadores de resultado seleccionados.

La fiabilidad, se estimó por el método de la consistencia interna, utilizando el alfa de Cronbach para el conjunto de variables (indicadores), antes y después de la intervención.

Este índice se basa en la correlación inter-elementos (inter-indicadores) promedio, y refleja la fiabilidad interna de los indicadores estudiados. Una alta puntuación en éste índice nos revelaría una alta consistencia interna entre los indicadores estudiados, pudiendo afirmar que forman parte del mismo constructo, resultando ser de 0,928 para las 5 medidas antes de la intervención (valor máximo=1). La única variable cuya exclusión provocaría un aumento hasta 0,945 es “describe los efectos indeseables”. Si observamos la correlación de esta variable en relación a las demás, podemos constatar que sus correlaciones son menores que las el resto. Sin embargo, dado el alto coeficiente alfa no es recomendable eliminar esta variable. Exceptuando las de esta variable las correlaciones oscilan entre 0,75 y 0,84.

Para el conjunto de las variables medidas después de la intervención, obtenemos un índice aún más alto, alfa resulta ser de 0,942 y vuelve a ser la variable describe los efectos indeseables después del programa, la única cuya exclusión aumentaría ligeramente el índice hasta llegar a 0,953.

En la matriz de correlaciones observamos que las correlaciones en general son buenas y, exceptuando las de la variable describe los efectos indeseables, oscilan entre 0,71 y 0,92.

Algunos autores refieren que resultados con un alfa de Cronbach por debajo de 0.5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0.5 y 0.6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0.6 y 0.7, se estaría ante un nivel débil; entre 0.7 y 0.8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0.8-0.9, se podría calificar como un nivel de fiabilidad bueno, siendo excelente con un resultado superior a 0.9 (George & Mallery, 1995), otros autores consideran que resultados superiores a 0.8 son considerados como fiables, correspondiéndose la fiabilidad máxima con resultados iguales a la unidad (Cea, 2001).

Si observamos los resultados obtenidos, podemos afirmar que los indicadores de resultados de enfermería seleccionados, tienen una alta consistencia interna en relación al constructo (efectividad o calidad del programa: autoadministración de los medicamentos prescritos), mostrando un nivel de fiabilidad bueno (George & Mallery, 1995).

VI CONCLUSIONES

1. Los diagnósticos de enfermería (NANDA) más frecuentes encontrados en la Unidad de Subagudos del Hospital Universitario de Canarias durante el periodo estudiado, han sido: “incumplimiento del tratamiento” y “trastorno de los procesos del pensamiento”.
2. El conjunto de indicadores de resultados de enfermería seleccionados, e incluidos en la etiqueta de la Nursing Outcome Classification (NOC): “Autocuidados: medicación no parenteral”,; Identifica la medicación, Administra la dosis de forma correcta, Describe los efectos indeseables, Utiliza ayuda para memorizar, y Administra la medicación de forma correcta, se han mostrado sensibles a los cambios producidos como consecuencia de la intervención de enfermería “Autoadministración de los medicamentos prescritos”.
3. El conjunto de indicadores de resultados de enfermería seleccionados, e incluidos en la etiqueta de la NOC: “Autocuidados: medicación no parenteral, es adecuado para evaluar la efectividad del programa de enfermería “Autoadministración de medicamentos prescritos”, mostrándose como un instrumento de medida válido y fiable.
4. El conjunto de indicadores de resultados seleccionados (NOC): Autocuidados: medicación no parenteral, se comportan como un constructo de dimensión única, que podríamos denominar “Calidad de la autoadministración de los medicamentos prescritos”
5. El programa “Autoadministración de los medicamentos prescritos”, encuadrado en la Nursing Intervention Classification (NIC): “Enseñanza: medicamentos prescritos”, realizado a de los pacientes incluidos en el estudio, y evaluado con el conjunto de indicadores de resultados seleccionados, NOC: Autocuidados: medicación no parenteral, se mostró efectivo.
6. Es necesario diseñar e implementar intervenciones de enfermería específicas, dirigidas a personas con trastornos mentales, encuadrando éstas intervenciones en la NIC, así como seleccionar indicadores de resultados, incluidos en la NOC, por especialidades de enfermería, y ámbitos de actuación: hospitalario / extrahospitalario susceptibles de ser utilizados para valorar la calidad de las intervenciones específicas de enfermería.

VII BIBLIOGRAFIA

- AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2008). Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007). Informe. Mayo 2008. *Ministerio de Sanidad y Política Social*. Madrid.
- AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2009). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA. Informe técnico diciembre 2008. *Ministerio de Sanidad y Política Social*. Madrid.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. AHRQ (2003). Guide to patient safety indicators. Disponible en: <http://www.ahrq.gov>.
- AIKEN, L.H., CLARKE, S.P., SLOANE, D.M., SOCHALSKI, J. & SILVER, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 23-30.
- ALFARO-LEFEVRE, R. (2007). *Aplicación del Proceso Enfermero*. Barcelona: Edit. Elsevier-Masson.
- ALFONSO, M., y MARTÍN, F. (1985). *Geografía de Canarias*. Tomo II. Santa Cruz de Tenerife: Edit. Interinsular Canaria.
- ALONSO, J., ARGENMEYER, M.C., BERNET, S., BRUFFAERTS, R., BRUGHA, T.S., & BRYSON, H. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 420, 28-37.
- ALONSO, M., VILLAMANDOS, R., PÉREZ, B., CHICO, R., PÉREZ, J., ARROYO, M.C., CARRIÓN, L., LEAL, A., DELGADO, D., PÉREZ, D., RAVELO, L., RODRIGUEZ, A., ESTEVEZ, C., PERAZA, A., y RODRIGUEZ, M.P. (2005). Plan Estratégico de Enfermería SIGCEHUC. Premios profesor Barea a la Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, (IV edición). Madrid: *Fundación Signo*, 29-39.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3ª ed). Washington.
- ANDLIN, P., & RÖSSLER, W. (2005). Cost of psychotic disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 12, 74-77.
- ARGIMON, J.M., & JIMENEZ, J. (2000). *Métodos de investigación Clínica y epidemiología*. Madrid: Ediciones Harcourt.
- ARROYO, M.C. (2008). *Actividad Quirúrgica de los Servicios de Traumatología y Cirugía General y Digestivo del HUC*. Tesis doctoral, Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. AEN (2005). Organización de la atención a la Salud Mental. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 93, 7-16.

- AYDELOTTE, M. (1962). The use of patient Welfare as a criterion measure. *Nursing Research*, 11, 10-14
- AYUSO, D., y GRANDE, R.F. (2006). *La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias*. Madrid: Díaz de Santos.
- BANDURA, A. (1977). Social Learning Theory. *General Learning Press*. New York.
- BARKER, P., & BUCHANAN, P. (2005). *The Tidel Model. A Guide for Mental Health Professionals*. Bruner Routledge. New York.
- BARKER, R.H., KATERMANS, M.C., & DASSEN, T.V. (1995). An anlysis of the nursing diagnosis ineffective management of therapeutic regimen compared to noncompliance and Orem's self-care deficit theory of nursing. *Nurs Diagn*, 6(4), 161-166.
- BERNARDO, M. (1989). Epidemiología Clínica: Viejas y nuevas perspectivas. *Rev. Med. Clín*. Barcelona, 92, 269-275.
- BERNARDO, M., & FUENTE, E. (2006). *Epidemiología psiquiátrica*, en Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología psiquiátrica. Barcelona: Masson, 4, 47-56.
- BOBES, J., GARCÍA RIVERA, C., y BULBENA, A. (2007). *Medición de la adherencia en la esquizofrenia*, en Cañas, F. y Roca, M. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. Barcelona: Ars Medica, 3, 85-94.
- BUTLER, M., TREACY, M., SCOTT, A., HYDE, A., MACNEELA, P., IRVING, K., BYRNE, A. & DRENNAN, J. (2006). Towards a nursing minimum data set for Ireland: making Irish nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 364–375.
- CALDWELL, C.L., WASSON, D., ANDERSON, M.A., BRIGHTON, V., & DIXON, L. (2005). Development of Nursing Outcome (NOC) Label: Hyperactivity Level. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing (JCAPN)*, 18 (3), 95-102.
- CALO, B.J. Resultados de Enfermería en Salud Mental. NOC Autocuidados: medicación no parenteral. (2008). *Revista de Enfermería ENE*, 2, 31- 40. Disponible en: <http://www.enfermeros.org/revista/>
- CALO, B.J., CARRETERO, J., CUESTA, D., LAGUNA, J.M., y MEGÍAS, F. (2010). Características y prevalencia de uso de las taxonomías enfermeras en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental en las diferentes regiones españolas. *Congreso Internacional AENTDE- NANDA*, Madrid, 12-14 Mayo.
- CALO, B.J., MARTIN, R., SICILIA, J.C., ROLDAN, R., RODRIGUEZ, E., y MESA, N.(2007). Resultados de enfermería en Salud Mental. NOC-AIVD vs, Lawton & Brody. *Revista de Enfermería ENE*; 0, 78-86. Disponible en: <http://www.enfermeros.org/revista/>

- CAMPOS, J., y ROCA, I. (1971) *Reglas monásticas de la época visigoda*, 122-123 Madrid. Biblioteca de autores cristianos.
- CAÑAS, F., y ROCA, M. (2007). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Medica.
- CASAÑAS, R., RAYA, A., VALLS, M., TORIBIO, A., IBAÑEZ, L., LÓPEZ-HERVÁS, A., e HIDALGO, L. (2009). Psicoeducación grupal en pacientes con ansiedad y depresión: Intervención enfermera. *Rev Presencia*, 5(10). Disponible en: <http://www.index.f.com/presencia/>
- CEA, M. (2001). *Metodología cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social*. (3 ed.). Madrid: Síntesis S.A.
- CHOCRÓN, L., VILALTA, J., LEGAZPI, I., AUQUE, K., & FRANCH, L. (1995). Prevalencia de psicopatología en un centro de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 16, 586-593.
- CIE-CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA (2004). *Desarrollar los recursos de enfermería para la salud mental*. Disponible en: www.icn.ch/masters_mentalhearth04sp.html.
- CLARK, L.C. (1998). Incorporating OASIS into the visiting nurses association. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2 (1), 24-28.
- CLARKE, S.P., & ALIEN, L.H. (2003). Failure to rescue. *American Journal of Nursing*, 103, 42-47.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROEPAS (2005). Libro verde (Mejorar la salud mental de la población/ hacia una estrategia sobre salud mental en la Unión Europea). Bruselas.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO DE CANARIAS (1998). BOC nº 75. De 19 de Junio de 1998. Por el que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC), para Enfermos Mentales.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO DE CANARIAS (2000). BOC nº 73. 14 de junio de 2000. Creación del Consorcio Sanitario de Tenerife.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO DE CANARIAS (2001). Consorcio Sanitario de Tenerife. Contrato Programa de Gestión Convenida para el año 2001. Gobierno de Canarias.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO DE CANARIAS (2009). BOC nº 13. De 21 de Enero de 2009. Acuerdo entre la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias y el Excmo. Cabildo Insular de Tenerife por el que se instrumentalizan las condiciones para la integración de los centros sanitarios dependientes del Consorcio Sanitario de Tenerife en el Servicio Canario de la Salud.

- COOMBS, T., DEANE, F.P., LAMBERT, G., & GRIFFITHS, R. (2003). What patients medication adherence?. Mental health and a need for education and training. *International Journal Mental Health Nursing*, 12, 148-152.
- CUESTA, A., GUIRAO, J.A., y NENAVENT, A. (1994). *Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español*. Madrid: Díaz de Santos.
- CUETO, A., GARCIA, J., IGLESIAS, C., ALVAREZ, J.A., y ALONSO, M.J. (2008). *Epidemiología y prevención de las enfermedades mentales*, en Sierra, A. Medicina Preventiva y de Salud Pública. Madrid: Elsevier Masson, 64, 908-917.
- DE GEYNDT, W. (1994). Managing the Quality of Health in Developing Countries. *World Bank Technical Papers*, 258.
- DEMYTTENEARE, K., & HADDAD, P. (2000). Compliance with antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatr Scan*, 403, 50-56
- DIAZ, F. (2001). *Salud mental en la isla de Tenerife: un estudio epidemiológico*. Tesis doctoral. Departamento de Personalidad, Evolución y Tratamientos Psicológicos. Universidad de La Laguna.
- DOHRENWEND, B., & DOHRENWEND, B. (1982). Perspective on the past and the future of psychiatric epidemiology. *Am. J. Public Health*, 72, 1271-1279.
- DONABEDIAN, A. (1982). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank und Quarterly*, 44, 166-206.
- ELOLA, J.F. (1991). La evaluación de la Reforma Sanitaria. Una base necesaria para reformas futuras. *Rev San Hig Públ.*, 65 (4).
- ESTÉVEZ, C.M. (2009). Hospital Psiquiátrico de Tenerife: Evolución histórica y situación actual. *Revista de Enfermería ENE*, 3, 8-23.
- ESTRABROOKS, C.A., MIDODZI, W.K., CUMMINGS, G.S., RICKER, K.L., & GIOVANNETTI, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs. Res*, 54, 74-84.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT, EFQM (2003). *Modelo EFQM de Excelencia*. Madrid: Club Gestión de Calidad.
- FERNÁNDEZ LOGROÑO, J. (1997). *Morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- FORNES, J. (2005). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de Cuidados*. Madrid: Panamericana.
- FORNES, J., y CARBAJAL, M.C. (2001). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Madrid: Panamericana.

- FRÍAS, A. (1990). *Control de calidad en enfermería comunitaria. Criterios y estándares de Proceso*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- GARCÍA-LABORDA, A. (2007). Formación en enfermería de salud mental. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27, 467-471. Madrid.
- GARCÍA-LABORDA, A., y RODRÍGUEZ, JC. (2009). Situación de la Enfermería en Salud Mental en Sistema Nacional de Salud. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid, cuaderno N°13.
- GEROLANO, A.M. (2004). State of the science: outcomes of acute inpatient psychiatric care. *Rev. Archives of Psychiatric Nursing*, 18, 203-214. USA.
- GOBIERNO DE CANARIAS. (1997). Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales Servicio Canario de Salud. Encuesta de Salud de Canarias.
- GOBIERNO DE CANARIAS. (1999). Servicio Canario de Salud. Dirección General de Servicios Asistenciales. Recursos de Salud Mental en Canarias.
- GOBIERNO DE CANARIAS. (2004) Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales Servicio Canario de Salud. Encuesta de Salud de Canarias.
- GOLDBERG, DP. (1972). *The detection of psychiatric illness by Questionnaire*. Maudsley monograph. London. Oxford University Press.
- GOMEMANN, I. (2002). *Prevalencia del trastorno mental en la población de Andalucía*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- GOMEZ-BENEYTO, M., (Coord.). (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- GONZÁLEZ, J.L., RODRIGUEZ, F., y SIERRA, A. (1993). *El método epidemiológico en Salud Mental*. Barcelona: Edit. Masson-Salvat.
- GORDON, M. (1996). *Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación*. Madrid: Edit. Mosby/Doyma.
- HARO, JM., PALACÍN, C., VILLAGUT, G., MATINEZ, M., BERNAL, M., y LUQUE, I. (2006). Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 442-451.
- HEAD, B.J., MAAS, M., & JOHNSON, M. (2003). Validity and community-health nursing sensitive of six outcomes for community health nursing with older clients. *Public Health Nursing*, 20(5), 85-98.
- HEAD, B.J., AQUILINO, M.L., JOHNSON, M., REED, D., & MOORHEAD, S. (2000). Content validity and nursing sensitivity of community-level outcomes from the Nursing Outcomes Classification (NOC). *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), 252-255.

- HEATER, T., HEAT, C., LUNNEY, M., SCROGGINS, L., VASSALO, B., BECKER, A.M., & OLSON, R.K. (1988). Nursing interventions and patient outcomes. A meta-analysis of studies. *Nursing Research*, 37, 303-307.
- HERNANDEZ-CONESA, J. (1999). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: Edit. Mc. Graw Hill.
- HERRERA, R., AUTONELL, J., ESPAGNOLO, E., DOMENECH, J., y MARTIN, S. (1987). Estudio epidemiológico de salud mental de la comarca del Baix de Llobregat. *Informaciones. Psiquiátricas*, 107, 12-40. Barcelona.
- HORN, B.J., & SWAIN, M.A. (1978). Criterion Measures of Nursing Care. *Journal of Nursing Quality*, 5 (2), 1-6.
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (2008). Diagnósticos de enfermería NANDA. *Historia Clínica informatizada (SAP) Módulo de Enfermería*.
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS-HUC (2010), Unidad Docente de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, *Acta de la Comisión de Docencia del 28 de Abril de 2010*. Servicio Canario de Salud.
- HUESO, F. (2005). *El Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en los pacientes que acuden a consulta de enfermería de crónicos en Navarra*. Biblioteca Lascasas. Fundación Index.
- IGNACIO, E. (2007). Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales. Tesis doctoral. UCA.
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, IFHI (2007). Introduction to trigger tools for identifying adverse events. Disponible en: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/IntrotriggerToolsforIdentifyingAEs/>.
- INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA, ISTAC (2008).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, INE (2005). Datos demográficos de la población española.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, INE (2005). Revisión del Padrón Municipal de Habitantes para la población Canaria.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDITACION, ISO (2001). NORMA ESPAÑOLA, UNE-EN-ISO 9001:2000. Sistemas de gestión de la Calidad: Requisitos. Madrid.
- JEREZ, M.R., LAGUNA, J.M., y LORITE, C. (2003). Influencia del manejo del régimen terapéutico en la hospitalización. *Anesm*. Disponible en: <http://www.anesm.net/>
- JIMENEZ, R.E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30 (1), 17-36.

- JOHNSON, M. (1994), The nursing outcomes classification. *Journal of Nursing Care Quality*, 12 (5).
- JOHNSON, M., BURLECHEK, G., MCCLOSKEY, J., MAAS, M., MOORHEAD, S., & SWANSON, E. (2006). *Interrelaciones NANDA-NIC-NOC* (2 ed.). Madrid: Elsevier-Mosby
- JOHNSON, M., MAAS, M., & MOORHEAD, S. (2001). *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC)*. (2 ed.). Madrid. Harcourt S.A.
- JOINT COMITION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORAGANIZATION, JCAHO (1991). Características de los indicadores clínicos. *Control de calidad asistencial*, 6, 65-74
- KATHRYN, R., PUSKAR, H., STARK, I., FERTMAN, L., RICHARD, A., & ENGBERG, B. (2006). School Based Mental Health Promotion: Nursing Intervention for Depressive Symptoms in Rural Adolescents. *California Journal of Health Promotion*. 4(4), 13-20
- KE-PING A. YANG., LILLIAN M. SIMMS., & JEO-CHEN T. YIN. (1999) Factors Influencing Nursing-Sensitive Outcomes in Taiwanese Nursing Homes, *Online Journal of Issues in Nursing*, 4 (2)
- KLERMAN, G. (1986). Scientific and public policy perspective on the NIM-ECA program. Barret, J., y Rose, R. *Mental Disorders in the community*. New York: Guilford Press
- LEAL, A. (2008). *Indicadores de calidad del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias*. Tesis doctoral, Universidad de La Laguna.
- LEE, B. (2007). Identifying outcomes from the nursing outcomes as indicators of quality of care in Korea: A modified delphi study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 1021-1028
- LEY 11/1994, de Ordenación Sanitaria en Canarias (LOSCA).
- LEY 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- LEY 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia.
- LEY 44/2003 de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. (LOPS).
- LEY 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenamiento de las profesiones sanitarias. BOE nº 280.
- LEY Orgánica 10/1982, de 10 de Agosto, de Autonomía de Canarias.
- LGS. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE nº 112.

- LLUCH, MT., y BIEL, A. (2006). La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. *Revista de Enfermería Presencia*, 2,(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/>
- LLUCH, MT., SABADEL, M., PUIG, M., CECERRADO, MA., NAVAS, D., FERRET, M., MORENO, T., y UGALDE, M. (2009). Diagnósticos enfermeros en pacientes con trastorno mental severo con seguimiento de enfermería en centros de salud. *Rev Presencia*. 5(10). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/>
- LOPEZ-IBOR, J.J. (Edit.) (2004). CIE-10. *Clasificación Internacional de Enfermedades (10 ed.)*. Trastornos Mentales y del Comportamiento. OMS. Madrid: Meditor
- LORENZO S., MIRA J.J., IGNACIO, E. (2006). *La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias*, 21, 527-543. Madrid: Díaz de Santos.
- LUIS, M.T. (1993). *Diagnósticos de Enfermería*. Barcelona: Edit. Doyma.
- MACLUNG, D. (1929). *Student Handbook on Nursing*. New Haven: Yale University.
- MARQUES, S. (2008). Revisión de evidencias en enfermería en salud mental. *Rev Presencia*, 4(8). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/>
- MARRINER, A., & ALLIGOOD, M.R. (2007). *Modelos de Enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- MARSHAL, M., & LOCKWOOD, A. (2005). Tratamiento asertivo en la comunidad para personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida), en: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005. nº 3. Oxford.
- MARTINEZ, M., DOLZ, M., ALONSO, J., LUQUE, I., PALACIN, C., BERNAL, M., CODONY, M., HARO, J.M., y VILAGUT, G. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
- MARTÍN-PÉREZ, C. (2005). *Prevalencia y atención de los trastornos mentales en una comunidad rural*. Tesis doctoral, Universidad de Granada.
- MCCORMICK, K.A. (1991). Future data needs for quality care monitoring., DRG considerations, reimbursement and outcome measurement. *Image*, 23 (1), 29-32.
- MCKLOSKEY, J., & BULECHEK, G.M. (2009). *Nursing Interventions Classification. (NIC). (4 ed.) Clasificación de Intervenciones en Enfermería (CIE)*. Barcelona: Elsevier.
- MCKORMICK, K.A., CUMMING, M.A., & KOVNER, C. (1997). The role of the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) in improving outcomes of care. *The Nursing Clinics of North América*, 32 (3), 521-542.

- MEJICA, J. (1999). *Legislación Psiquiátrica y otras disposiciones complementarias*, 296-299. Madrid: Colex
- MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (1994). R.D. 446/1994. Acuerdo de traspaso de funciones y servicios del INSALUD a la CCAA de Canarias. BOE Nº 98.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (2004). Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Libro blanco para el Título de Grado de la Enfermería, Madrid: Autor.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA. RD. 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2003). BOE Nº 128. Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007). Conjunto Mínimo Básico de Datos. Sistema de Información de asistencia Especializada: *Manual de explotación*. Madrid. Instituto Nacional de la Salud.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL (2009). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en hospitales del SNS. Proyecto Séneca. *Informe técnico 2008*.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2007). R.D. 504/2007 del 20 de Abril. Baremo de valoración de la situación de dependencia.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1983). Orden de 27 de julio de 1983, bases para creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1985). Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1990). Comisión para el análisis del SNS.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2002). Informe de situación de Salud Mental. Observatorio de Sistema Nacional de Salud, Madrid: Autor
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007). Estrategia de Salud mental del Sistema Nacional de Salud, Madrid: Autor
- MONGOMERY, P., ROSE, D., & CARTEL, L. (2009). Patient health outcomes in psychiatric mental nursing. *Rev. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16 (1), 32-45.
- MOORHEAD, S., JOHNSON, M., & MAAS, M. (2009). *Nursing Outcomes Classification. NOC, (4 ed.) Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)*. Barcelona: Elsevier.

- MORALES, H.M. (2004). Investigación de Resultados en Enfermería, El camino hacia la efectividad de los cuidados. *INDEX de Enfermería*. Granada,13(44).
- MORON, MD., GÓMEZ, P., CASTRO, E., y CARRASCO, J.L. (2007). *Trastorno afectivo depresivo*, en Cañas, F. y Roca, M. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos, 21,17-23. Madrid: Ars Medica.
- NATIONAL QUALITY FORUM, NQF (2007). Safe practices for better healthcare. *Hosp Health Netw*, 81:26-27
- NAYLOR, M.D., MUNRO, B.M., & BROOTEN, D.A. (1991). Measuring the effectiveness of nursing practice. *Clinical nurse specialist*, 5, 210-215.
- NIELSEN, G.H., & MORTENSEN, R.A. (1998). The Architecture of ICNP: Time for outcomes- Part II. *International Nursing Review*, 45, 27-31
- NIEVES, P., MARRERO, D., RODRIGUEZ, A., PEDREIRA, B., y MONTESINOS, E. (2010). Evaluación del taller de yoga como terapia de actividad en pacientes psiquiátricos de larga estancia. *Rev. ENE*, 4(2), 45-48. Disponible en: <http://enfermeros.org/>
- NIGHTINGALE, F. (2005). *Notas de Enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Masson. (Versión Original 1859)
- NORMA UNE 66175: 2003. Guía para la implantación de sistemas de indicadores. Madrid: AENOR.
- OLESEN, J., & LEONARDI, M. (2003). The burden of brain diseases in Europe. *European Journal of Neurology*, 10, 471-477
- OMS (2001). Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. *Informe sobre la salud en el mundo* .Ginebra, 2, 26-29.
- OMS (2005). Declaración Europea de Salud Mental. Helsinki, 12-15.
- PACHECO, G. (2004). Informe sobre las especialidades de Enfermería. Documento de trabajo interno de la ANESM.
- PACHECO, G. (2007). La adherencia en “otras modalidades terapéuticas” en Salud Mental. *Revista de Enfermería Presencia*, 3 (5). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n5/63articulo.php>.
- POLK, V., & GREEN, M.(2007). Contamination: Nursing Diagnoses with Outcome and Intervention Linkage. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18 (2), 37-44.
- RAE. (2001). Real Academia de la Lengua Española. XXI Edición, Madrid: Espasa Calpe.

- RECAP-REGISTRO DE CASOS PSIQUIÁTRICOS EN CANARIAS (2009). Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Santa Cruz de Tenerife.
- RODRIGUEZ-PULIDO, F. (2008). Informe del desarrollo del PAD en el sector de la Salud Mental. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Santa Cruz de Tenerife.
- RODRIGUEZ-PULIDO, F., VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L., y DESVIAT MUNÑOZ, M. (1997). *Psiquiatría Social y Comunitaria*. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS.
- SALDIVIA, S. (2000). *Estimación del coste de la esquizofrenia asociado a uso de servicios*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- SALES, R. (2005). *Análisis del proceso de cuidados de enfermería en una sala de psiquiatría*. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.
- SALVADOR, I. (Coord.). (2003). El observatorio de Salud Mental: Análisis de los recursos de Salud Mental en España. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 93, 46-54.
- SALVADOR, L., BUBENA, A., VAZQUEZ-VARQUERO, J.L., MUÑOZ, P., COMEZ, M., y TORRES, F. (2002). La salud mental en España: Cenicienta en el país de las maravillas. *Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP)*, 15, 321-326.
- SALVADORES, P., SÁNCHEZ, FM., JIMENEZ, R. (2002). *Manual de Administración de los Servicios de Enfermería*. Barcelona: Ariel S.A.
- SANTIRSO, M. (2003). *Mejora de la Calidad de la Salud Mental*, versión española de "Quality improvement for mental health". WHO. 2003
- SCHERB, C. (2003). Describing Nursing Effectiveness Through Standardized Nursing Languages and Computerized Clinical Data. *International Journal of Nursing*, 14 (4), 29 – 39
- SERVICIO CANARIO DE SALUD (1997). Plan de Salud de Canarias (1997-2001). Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias.
- SERVICIO CANARIO DE SALUD (2003). Protocolo del Servicio de Continuidad de cuidados de Enfermería. Dirección General de Programas Asistenciales.
- SERVICIO CANARIO DE SALUD (2004). Plan de Salud de Canarias (2004-2008). Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias.
- SERVICIO NACIONAL DE SALUD, SNS (2005). Informe anual.

- SEVA, A. (1982). *Aproximación al estudio a la estructura y dinámica psicosocial en el medio rural aragonés*. Zaragoza: Publicaciones de la Universidad de Zaragoza.
- SIERRA, A. (2008) (coord.). *Medicina Preventiva y de Salud Pública*. Barcelona: Elsevier Masson.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA, SESPAS (2002). Informe anual.
- STOCKER, J., BARKAUSKAS, V., & KEENAN, G. (2008). Evaluating Home Health Care Nursing Outcomes With OASIS and NOC. *Journal of Nursing Scholarship*, 40 (1), 76-82.
- TEIXIDOR, M. (2002). El producto Enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (IV). *Revista Rol Enfermería*, 25(10), 650-652
- TELMES, J.L. (2006). *Gestión de procesos asistenciales. Aplicación práctica*. Madrid: Hill-Interamericana.
- TELMES, J.L., PASTOR, V., DÍAZ, J.L. (1992). *Manual de Gestión hospitalaria*. Madrid: Mc. Garw-Hill – Interamericana.
- UGALDE, M., y RIGOL, A. (1995). *Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios*. Barcelona: Masson.
- ÜSTÜN, T. (1995). Diagnosis and Management of Sleep Problems in Primary Care: A Challenge for Public Health. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization Geneva, Switzerland.
- VALLEJO, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (6 ed.). Barcelona: Masson-Elsevier.
- VARO, J. (1993). *Gestión Estratégica de la calidad de los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Díaz de Santos.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L., DÍEZ, J.F., PEÑA, C., ALDANA, J., SAMANIEGO, C., & MENENDEZ, J. (1987) A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychology Medical*, 17, 227-241
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L., GARCÍA, J., ARTAL, J., IGLESIAS, C., MONTEJO, J., HERRAN, A., & DUNN, G. (1997). Mental Health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of Health. *Br.J. Psychiatry*, 170, 529-535.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L., y GARCÍA, J. (1993). *Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución*, en González de la Riviera, J.L. (eds.). *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona. Masson-Salvat.

- VILLAVERDE, M.L. (1991). *Estudio epidemiológico de morbilidad psiquiátrica en población urbana de la isla de Tenerife*. Tesis doctoral. Universidad de La Laguna. Departamento de Medicina Interna y Psiquiatría.
- VILLAVERDE, M.L., GRACIA, R., DE LA FUENTE, J., GONZÁLEZ DE RIVERA, J.L., y RODRÍGUEZ, F. (1993) *Estudio comunitario en salud mental en la población urbana de Tenerife*, en González de Rivera, J.L., (eds.), *El método epidemiológico en salud mental*, 187-214. Barcelona: Masson-Salvat.
- VUORI, H.V. (1991). *El control de la calidad de los servicios sanitarios*. Barcelona: Masson.
- WARE, J.E., & KOSINSKI, M. (1992). The MOS- 36 item short-form health survey (SF-36).I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-481.
- WEISMAN, M., & KLERMAN, G. (1978). Epidemiology of mental disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 35, 705-712.
- WHO (1994). Resolución del Consejo de Europa sobre la Promoción de la Salud Mental.
- WHO (2000). *Improving Performance*. Ginebra.
- WHO (2003). *Quality improvement for mental health*.
- WHO (2004). *Promoting the mental health: Concepts, emerging, evidence, practice*. Geneva. WHO.
- WHO (2005). *Declaración Europea de Salud Mental*. Helsinki. 12-15.
- WHO. (2005). *Mental Health Atlas*. Geneva.
- WHO.(2001).CIF.Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.
- YAKIMO, R., KURLOWICZ, L.H., & BECKMANN MURRAY, R. (2004). Evaluation of outcomes in Psychiatric Consultation-Liasion Nursing practice. *Rev. Archive of Psychiatric Nursing*, 18 (6), 215-227.
- YETANO, J., LÓPEZ, G., GUAJARDO, J., BARRIOLA, M.T., GARCÍA, M. y LADRÓN, J.M. (2006). Trescientos indicadores de calidad hospitalarios automáticos a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB). *Revista Calidad Asistencial*, 21, 207-212.
- YOM, YOUNG-HEE., AI CHI, SUNG., & YOO, HYUNG SOOK. (2002). Application of nursing Diagnoses, Intervention, and Outcomes to Patients Undergoing Abdominal Surgery in Korea. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 13 (3), 77-87.

VIII ANEXOS

ANEXO 1

PROTOCOLO DE ACOGIDA EN LA
UNIDAD DE SUBAGUDOS
DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CANARIAS

PROTOCOLO DE RECEPCION Y ACOGIDA DE ENFERMERIA UNIDAD DE SUBAGUDOS / AREA EXTERNA DEL HUC

RECEPCION Y ACOGIDA

El enfermero/a de turno que reciba al paciente procederá de la siguiente forma:

1. Se presentará él/ella y el equipo de tarde al paciente y su familia
2. Se le hará entrega y explicará a su familia una guía de derechos y obligaciones del paciente y familiares para con la Unidad.
3. Recogerá teléfono de contacto de algún familiar.
4. Se acompañará al paciente a su habitación, presentará las instalaciones.

CHEQUEO DE SEGURIDAD INICIAL

1. Se le hará entrega al paciente de la ropa de la Unidad y se recogerá la suya junto con sus pertenencias.
2. El paciente se cambiará de ropa acompañado por una auxiliar de enfermería. Que será el responsable del chequeo de seguridad inicial.

NORMAS DE FUNCIONAMIENTO.

1. El enfermero/a que recibe al paciente le informará de la normativa de funcionamiento de la Unidad (horarios de visitas, comidas, consultas, actividades, etc.)

CUSTODIA DE PERTENENCIAS.

1. Si viene acompañado/a de un familiar se le entregará la ropa y las pertenencias del paciente, dejándole a éste una pequeña cantidad de dinero (<50 €) y tabaco (si es fumador/ora) que se le guardará en el botiquín de la Unidad.
2. Si viene solo, se le guardará su ropa en su armario y los objetos de valor y documentación, se registrarán en un sobre a su nombre que será entregado a sus familiares

ANEXO 2

FORMATO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
EN SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Nombre habitual:
Lugar de nacimiento:
Estado civil:
Profesión:
Diagnóstico médico de ingreso:
Fecha del 1º ingreso:
Antecedentes:

Cuidador principal:

Teléfonos:

Centro de salud mental:
Psiquiatra habitual:
Enfermera/o de zona:
Fecha del último ingreso:
Antecedentes familiares:

Fecha:

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

1. PATRÓN PERCEPCIÓN- MANEJO DE SALUD				
Aspecto físico	<input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Descuidado	<input type="checkbox"/> Extravagante	<input type="checkbox"/> Meticuloso
	<input type="checkbox"/> Sucio	<input type="checkbox"/> Deteriorado	<input type="checkbox"/> Impresiona enfermedad:	
Salud autopercebida	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala	
Actitud ante su enfermedad	<input type="checkbox"/> Aceptación	<input type="checkbox"/> Rechazo	<input type="checkbox"/> Indiferencia	<input type="checkbox"/> Sobrevalorac. <input type="checkbox"/> Infravaloracion
Conocimientos sobre su enfermedad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, especificar:		
Ante los síntomas	<input type="checkbox"/> Actúa:		<input type="checkbox"/> Avisa	<input type="checkbox"/> Nada
	<input type="checkbox"/> Correctamente		<input type="checkbox"/> Incorrectamente	
Cumple los tratamientos	<input type="checkbox"/> No (motivo)		<input type="checkbox"/> Parcialmente	
	<input type="checkbox"/> Por falta de información/conocim.		<input type="checkbox"/> Solo	
	<input type="checkbox"/> Falta de interés / motivacion		<input type="checkbox"/> Con ayuda	
	<input type="checkbox"/> Por escasez recursos económicos		<input type="checkbox"/> Solo	
	<input type="checkbox"/> Otros:		<input type="checkbox"/> Con ayuda	
Automedicación	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> A veces	
	Especificar:		Especificar:	
Realiza revisiones periódicas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Consume cigarrillos Nº.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		Escalas de Fageström
Consume alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		Escalas de Malt
Consume otras sustancias tóxicas	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí (especificar):	
Alergias	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí (especificar):	
Condiciones de la vivienda:				
Observaciones:				

2. PATRON NUTRICIONAL-METABÓLICO				
Temperatura.....° C	Talla:.....cm			
Peso:.....Kgr	<input type="checkbox"/> Ganancia	<input type="checkbox"/> Pérdida	<input type="checkbox"/> Sin cambios	IMC:.....Kg/m2 <input type="checkbox"/> > 27 Kg/m2 <input type="checkbox"/> < 27 Kg/m2
Número de comidas al día:.....	La ingestión de líquidos es		<input type="checkbox"/> < 1 litro <input type="checkbox"/> 1-2 litros <input type="checkbox"/> > 2 litros	
Toma suplementos dietéticos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces (especificar):	
Restricciones-evitaciones alimenticias:	Motivo:			
Tipo de dieta habitual	<input type="checkbox"/> Sin sal	<input type="checkbox"/> Sin azúcar	<input type="checkbox"/> Sin grasas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras:	
Conocimientos sobre dieta equilibrada	<input type="checkbox"/> Suficientes <input type="checkbox"/> Insuficientes (especificar):			
Dieta prescrita:.....	Vía de administración		<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Parenteral	
Dificultad para el cumplimiento de la dieta	<input type="checkbox"/> Por falta de conocimiento		<input type="checkbox"/> Por escasez recursos económicos <input type="checkbox"/> Otros:	
Apetito	<input type="checkbox"/> Aumentado		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido	
Cambios en el patrón alimenticio	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí (especificar):	
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> Masticación	<input type="checkbox"/> Deglución	<input type="checkbox"/> Digestión <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Dispepsia	
	<input type="checkbox"/> Evidencia de flatulencia		<input type="checkbox"/> Depresión de los reflejos nauseosos y tusigenos	
	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Otros:	
Inducción del vómito	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí (especificar):	
Hábitos en la mesa	<input type="checkbox"/> Masticación correcta		<input type="checkbox"/> Usa cubiertos <input type="checkbox"/> Ingesta organizada	
	<input type="checkbox"/> Rituales (especificar):			
Dentición	<input type="checkbox"/> Ausencia	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Postiza <input type="checkbox"/> Faltan piezas <input type="checkbox"/> Cáries	
Mucosa oral	<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Seca		<input type="checkbox"/> Lesiones (especificar):	
Sialorrea	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	

Piel	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Tatuajes	<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Heridas
			<input type="checkbox"/> Estigmas	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Quemaduras
Riesgo úlcera por presión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Escala de Braden:.....		
Edemas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (especificar):			
Catéter venoso	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Periférico	Fecha de implantación		
		<input type="checkbox"/> Central	tipo de catéteres:		
Observaciones:					

3. PATRON ELIMINACION

Urinaria.....Frecuencia	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Poca	<input type="checkbox"/> Mucho	Características de la orina:	
Eneuresis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Patrón	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Disuria	<input type="checkbox"/> Retención	<input type="checkbox"/> Incontinencia (especificar):	
	<input type="checkbox"/> Nicturia	<input type="checkbox"/> Otros:			
Dispositivo de ayuda	<input type="checkbox"/> S.V. nº.....Fecha:.....Tpo:.....		<input type="checkbox"/> Pañal	<input type="checkbox"/> Otros:	
Intestinal.....Frecuencia	<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> 2-3 días	<input type="checkbox"/> Autodiagnóstico de estreñimiento		
		<input type="checkbox"/> > 3 días	<input type="checkbox"/> Antecedentes de episodios de estreñimiento		
Características de las heces:					
Hemorroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Malestar	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (especificar):
Patrón	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> Pañal	<input type="checkbox"/> Incapacidad para reconocer la urgencia de defecar	
			<input type="checkbox"/> Ostomía. Tipo:.....		
Uso de laxantes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces (especificar):		<input type="checkbox"/> Sí (especificar):	
Sudoración	<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Alterada (especificar):		
Observaciones:					

4. PATRON ACTIVIDAD- EJERCICIO

Pulso	FC.....	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Rítmico	<input type="checkbox"/> Arritmico	
Respiración	FR.....	Patrón	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Taquipnea	<input type="checkbox"/> Bradipnea	<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Otros:
T.A.	Sist.....Diast.....	Actividad laboral	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Incapacitado	<input type="checkbox"/> Empleado (tipo trabajo):		<input type="checkbox"/> IT
			<input type="checkbox"/> Pensionista	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Área doméstica		<input type="checkbox"/> Otros:
Expresión facial	<input type="checkbox"/> Tensa	<input type="checkbox"/> Alegre	<input type="checkbox"/> Enfadado	<input type="checkbox"/> Otros:			
	<input type="checkbox"/> Relajada	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Dirección de la mirada				
Comportamiento motor	<input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Tics	<input type="checkbox"/> Rigidez	<input type="checkbox"/> Agitación/inquietud		<input type="checkbox"/> Otros:	
	<input type="checkbox"/> Inhibición	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Estereotipia	<input type="checkbox"/> Reacciones extrapiramidales			
Capacidad para*:	Alimentarse	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	
	Baño/higiene	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	
	Uso del WC	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	
	Vestido/acicalarse	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	
Escala de Lawton Brody.....				Índice de Barthel			
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada (especificar):			<input type="checkbox"/> Sujeción física	
Movilidad	Inestabilidad en la marcha		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
	Dispositivo ayuda		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (especificar):			
	Ejercicio físico		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tipo:	Frec:	
	Actividades de ocio		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> La hospitalización no permite		<input type="checkbox"/> Sí	
Observaciones:							

* 5=Autocuidado 4=Dispositivo 3=Supervisión 2=Ayuda 1=Dependencia

5. PATRON SUEÑO- DESCANSO

Se siente descansado	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (especificar):				
Energía durante el día	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Disminución de la capacidad funcional			
Horas de sueño	<input type="checkbox"/> < 6 horas	<input type="checkbox"/> De 6 a 8 h.	<input type="checkbox"/> > 8 horas	Duerme de día	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí:.....horas
Problemas de sueño	<input type="checkbox"/> Interrumpido		<input type="checkbox"/> Pesadillas	<input type="checkbox"/> Narcoleosia	<input type="checkbox"/> Despertar temprano	
	<input type="checkbox"/> Somnolencia		<input type="checkbox"/> Apnea	<input type="checkbox"/> Hipersomnio	<input type="checkbox"/> Dificultad conciliación	
	<input type="checkbox"/> Otros:					
Posibles factores que alteran el sueño:						
Ayudas para dormir	<input type="checkbox"/> Medicación		<input type="checkbox"/> Otras:			
	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca			
Observaciones:						

6. PATRON COGNITIVO- PERCEPTIVO

Audición	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Dispositivo	<input type="checkbox"/> Mala			
Visión	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Mala	Usa gafas/lentillas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Prótesis ocular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tacto	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado (especificar):	

Gusto	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado (especificar):	
Olfato	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado (especificar):	
Estado de conciencia	<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Obnubilado	<input type="checkbox"/> Somnoliento <input type="checkbox"/> Coma
Actitud respecto al entorno	<input type="checkbox"/> Hipervigilancia	<input type="checkbox"/> Despersonalización	<input type="checkbox"/> Otros:
	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Desrealización	
Orientación	<input type="checkbox"/> En persona	<input type="checkbox"/> En tiempo	<input type="checkbox"/> En espacio
Atención	<input type="checkbox"/> Atento	<input type="checkbox"/> Atención fluctuante	<input type="checkbox"/> Distractibilidad
Percepción	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada:	<input type="checkbox"/> Alucinaciones (Tipo):..... <input type="checkbox"/> Ilusiones
Memoria	Reciente	<input type="checkbox"/> Normal	Remota <input type="checkbox"/> Normal
		<input type="checkbox"/> Alterado (especificar):	<input type="checkbox"/> Alterado (especificar):
Pensamiento-Lenguaje	Test de Pfeifer:.....		TIN:.....
	Contenido	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ideas delirantes (Tipo):
			<input type="checkbox"/> Ideas no delirantes : <input type="checkbox"/> Fóbicas <input type="checkbox"/> Obsesivas
		<input type="checkbox"/> Comportamiento en relación al contenido	
	<input type="checkbox"/> Violencia dirigida a si mismo		
	<input type="checkbox"/> Violencia dirigida a otros		
	<input type="checkbox"/> Ritualista		
	<input type="checkbox"/> Defensivo		
	<input type="checkbox"/> Otros:		
Curso	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bradipsiquia	<input type="checkbox"/> Fuga de ideas
	<input type="checkbox"/> Bloqueo	<input type="checkbox"/> Taquipsiquia	<input type="checkbox"/> Incoherente
	<input type="checkbox"/> Perseverante	<input type="checkbox"/> Disgregado	
Expresión del lenguaje	Velocidad	<input type="checkbox"/> Normal	Cantidad <input type="checkbox"/> Normal
		<input type="checkbox"/> Rápido	<input type="checkbox"/> Abundante
		<input type="checkbox"/> Lento	<input type="checkbox"/> Escaso
			Volúmen <input type="checkbox"/> Normal
			<input type="checkbox"/> Alto
			<input type="checkbox"/> Bajo
	Tono/modulación	<input type="checkbox"/> Tranquilo	<input type="checkbox"/> Nervioso <input type="checkbox"/> Hostil
	Otras alteraciones	<input type="checkbox"/> Tartamudeo	<input type="checkbox"/> Ecolalia <input type="checkbox"/> Coprolalia <input type="checkbox"/> Mutismo
	<input type="checkbox"/> Pobreza de lenguaje	<input type="checkbox"/> Neologismos	<input type="checkbox"/> Logoclonia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Otros:
Conocimiento	Incapacidad / dificultad de	<input type="checkbox"/> Leer	<input type="checkbox"/> Aprender <input type="checkbox"/> Comunicarse <input type="checkbox"/> Comprender
		<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Fin previsible < 6 meses <input type="checkbox"/> Dolor > 6 meses
Dolor	Localización/tipo:		
	Medidas antiálgicas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (especificar):
Observaciones:			

7. PATRON AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO			
Reactividad emocional	<input type="checkbox"/> Ánimo expansivo	<input type="checkbox"/> Anhedonia	<input type="checkbox"/> Labilidad afectiva
	<input type="checkbox"/> Tristeza patológica	<input type="checkbox"/> Indiferencia afectiva	<input type="checkbox"/> Otros
Percepción de la imagen corporal	<input type="checkbox"/> Real	<input type="checkbox"/> Distorsionada	
Actitud frente a su cuerpo	<input type="checkbox"/> Aceptación	<input type="checkbox"/> Rechazo	<input type="checkbox"/> Otros:
Autodescripción de si mismo	<input type="checkbox"/> Sobrevaloración de logros y capacidades	<input type="checkbox"/> Infravaloración de éxitos	
	<input type="checkbox"/> Exageración de errores y desgracias	<input type="checkbox"/> Ajustada a la realidad	
Autoestima	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa	Escala de Autoestima de Rosemberg:.....	
Sentimiento respecto a la autoestima	<input type="checkbox"/> Inferioridad	<input type="checkbox"/> Culpabilidad	<input type="checkbox"/> Impotencia <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Rabia <input type="checkbox"/> Otros
	<input type="checkbox"/> Superioridad	<input type="checkbox"/> Inutilidad	<input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Miedo <input type="checkbox"/> Depresión
Escala ansiedad- depresión de Goldberg:.....			
Autolesiones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ideación autolítica:	<input type="checkbox"/> Reciente
	<input type="checkbox"/> Hª autolesión		<input type="checkbox"/> Anterior
Observaciones:			

8. PATRON ROL- RELACIONES			
Estructura familiar	Nº de hermanos:.....	Familia propia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nº hijos:...
			Nº relaciones:...
Vive con	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Institucionalizado <input type="checkbox"/> Otros (especificar):
Rol-Responsabilidad dentro del núcleo familiar:			
Percepción sobre el rol/responsabilidad	<input type="checkbox"/> Satisfactoria	<input type="checkbox"/> Insatisfactoria	
Es cuidador principal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Sobrecarga del cuidador:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Riesgo	Escala de Zarit:.....
Conflicto en funcionamiento / relaciones familia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (especificar):	
Percepción de la relación con la familia	<input type="checkbox"/> Satisfactoria	<input type="checkbox"/> Insatisfactoria (especificar):	
Reacción de la familia a la enfermedad / hospitalización	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Tranquilidad	<input type="checkbox"/> Desinterés <input type="checkbox"/> Otros:
	<input type="checkbox"/> Apoyo	<input type="checkbox"/> Culpa	<input type="checkbox"/> Ansiedad
Conocimientos de la familia sobre la enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> No
Persona más significativa de su entorno:			Apgar- familiar:.....

Tiempo que pasa sólo y por qué:					
Relaciones sociales	<input type="checkbox"/> Verbaliza satisfacción	<input type="checkbox"/> Se objetiva satisfacción	<input type="checkbox"/> Verbaliza insatisfacción	<input type="checkbox"/> Se objetiva insatisfacción	
Percepción de la relación laboral/escolar	<input type="checkbox"/> Satisfactoria	<input type="checkbox"/> Insatisfactoria			
Nivel de estudios	<input type="checkbox"/> Primarios	<input type="checkbox"/> Secundarios	<input type="checkbox"/> Universitarios	<input type="checkbox"/> Sin estudios	
Dificultades con el idioma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Aceptación de una pérdida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Observaciones:					

9. PATRON SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN					
Conoce el uso de los anticonceptivos	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal		
Anticoncepción	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (especificar):			
Relaciones satisfactorias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No (especificar):			
Disfunción sexual	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (especificar):			
Cambios reales o percibidos en las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (especificar):			
Problemas de identidad sexual:					
Disfunción reproductiva	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (especificar):			
Menstruación	Problemas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (especificar):	F.U.R.:.....	Menarquia:.....
	Menopausia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Número de:	Embarazos:...	Abortos:...	Hijos:...		
Observaciones:					

10. PATRON ADAPTACION- TOLERANCIA ESTRÉS					
Estado de tensión/ansiedad	<input type="checkbox"/> Controlado	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Generalizado		
Hay factor desencadenante de estrés	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí:	<input type="checkbox"/> Traumas previos	<input type="checkbox"/> Problemas laborales	
			<input type="checkbox"/> Ideas/pensamientos	<input type="checkbox"/> Miedos/fobias	
			<input type="checkbox"/> Otros:		
Percepción de control de la situación	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Expresión incapacidad para afrontar situación			
	<input type="checkbox"/> Expresiones verbales carencia de control	<input type="checkbox"/> Fallo en logro de sensación óptima de control			
Grado de incapacitación personal/familiar/laboral/social	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Alto		
Respuestas/estrategias habituales de adaptación	<input type="checkbox"/> Somatizaciones	<input type="checkbox"/> Consumo de tóxicos/medicamentos/alimentos			
	<input type="checkbox"/> Inhibición/evitación	<input type="checkbox"/> Análisis del problema			
	<input type="checkbox"/> Agitación/agresión	<input type="checkbox"/> Comparte/comenta el problema			
	<input type="checkbox"/> Otros:				
Efectividad de las respuestas/estrategias utilizadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Traslado del paciente de la unidad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí:	<input type="checkbox"/> Aceptación del traslado	<input type="checkbox"/> No aceptación o preocupación por traslado	
Observaciones:					

11. PATRON VALORES- CREENCIAS					
Consideraciones que debemos saber en cuanto a sus creencias/valores :					
Desea asistencia religiosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Planes de futuro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Observaciones:					

MEDICACIÓN DOMICILIARIA

FARMACO	DOSIS	HORARIO	OBSERVACIONES

Fdo.
nº Colegiado:

ANEXO 3

FORMATO DE REGISTRO DE
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS
EN SALUD MENTAL POR
PATRONES FUNCIONALES DE SALUD
EN LA UNIDAD DE SUBAGUDOS DEL HUC

ETIQUETA
IDENTIFICATIVA

NANDA POR PATRONES DE SALUD 2009-2011

1) PATRON PERCEPCION - MANEJO DE LA SALUD.	
00078 Gestión ineficaz de la propia salud	00193 Descuido personal
00079 Incumplimiento.	
00080 Gestión ineficaz del regimen terapéutico (familiar)	
00099 Mantenimiento ineficaz de la salud	
2) PATRON NUTRICIONAL - METABOLICO.	
00001 Desequilibrio nutricional. Ingesta superior a las neces	00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable.
00002 Desequilibrio nutricional. Ingesta inferior a necesidac	00102 Deficit de autocuidados. Alimentación.
00008 Termoregulación ineficaz	00046 Deterioro de la integridad cutánea.
	00103 Deterioro de la deglución.
3) PATRON ELIMINACION.	
00016 Deterioro de la eliminación urinaria.	00011 Estreñimiento.
00021 Incontinencia.	00013 Diarrea.
00023 Retención urinaria.	
4) PATRON ACTIVIDAD - EJERCICIO.	
00108 Deficit de autocuidados /baño-higiene	00168 Sedentarismo
00109 Deficit de autocuidados/ vestido-acicalamiento	00088 Deteriro de la deambulaci3n
00110 Deficit de autocuidados/uso del water.	00092 Intolerancia a la actividad.
00098 Deteriro en el mantenimiento del hogar.	00093 Fatiga.
00039 Riesgo de aspiraci3n.	00036 Riesgo de asfixia.
	00155 Riesgo de caídas
5)PATRON SUEÑO - DESCANSO.	
00095 Insomnio	00165 Disposici3n para mejorar el sueño
00198 Trastorno del patr3n del sueño	
6) PATRON COGNITIVO - PERCEPTUAL.	
00128 Confusi3n aguda.	00199 Planificaci3n ineficaz de las actividades
00129 Confusi3n cr3nica.	00232. Dolor agudo
00126 Conocimientos deficientes (especificar)	00233. Dolor Cr3nico.
00130 Trastornos de los procesos del pensamiento	00131. Deterioro de la memoria
00051 Deteriro de la comunicaci3n verbal.	00122. Trastorno de la percepci3n sensorial.
	00127. Sindrome de deterioro de interpret - entorno
7) PATRON AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO.	
00118 Deterioro de la imagen corporal.	00146 Ansiedad (especificar)
00119 Baja autoestima cr3nica.	00148 Temor.
00110 Baja autoestima situacional.	00124 Desesperanza.
00121 Trastorno de la identidad personal.	00125 Impotencia
00150 Riesgo de suicidio.	00151 Riesgo de automutilaci3n.
8) PATRON ROL - RELACIONES.	
00052 Deterioro de la interacci3n social.	00207. Disposici3n para mejorar las relaciones
00053 Aislamiento social.	00135 Duelo disfuncional
00054 Riesgo de soledad.	00136 Duelo anticipado.
00055 Desempeño inefectivo del rol.	00060 Interrupci3n procesos familiares.
	00097 Deficit de actividades recreativas
9) PATRON SEXUALIDAD - REPRODUCCION.	
00059 Disfunci3n sexual.	00142 S3ndrome traumático de la violaci3n.
00065 Patron sexual ineficaz.	
10) PATRON ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS	
00069 Afrontamiento ineficaz.	00210 Deterioro de la capacidad de recuper personal
00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	00074 Afront. familiar comprometido.
00071 Afrontamiento defensivo.	00072 Negaci3n ineficaz.
00138 Riesgo de violencia dirigida a otros	00149 Riesgo de s3ndrome de estr3s del traslado
	00140 Riesgo de violencia autodirigida
11) VALORES Y CREENCIAS.	
00066 Sufrimiento espiritual.	00175 Sufrimiento moral
00067 Riesgo de sufrimiento espiritual.	00083 Conflicto de decisiones

ANEXO 4

FORMATO DE REGISTRO DEL
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA U. DE SUBAGUDOS DEL HUC

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SUBAGUDOS

DIAGNOSTICOS -NANDA	OBJETIVOS - NOC	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES - NIC	RESULTADOS
FECHA:			FECHA Y FIRMA