
L'estigma social i l'adherència terapèutica en persones amb esquizofrènia

Projecte de recerca

Janira Gibert Martínez
Tutora: Dra. Sandra Gelabert Vilella
Treball de Final de Grau
Grau en Infermeria UDG
Curs 2022-2023

Índex

Resum	1
Abstract	3
Marc Teòric	5
Definició i criteris diagnòstics	5
Causes.....	6
Signes i símptomes.....	6
Epidemiologia	8
Tractament.....	9
L'estigma i prejudicis de l'esquizofrènia	11
Adherència terapèutica	13
Influència de prejudicis sobre Adherència Terapèutica.....	15
El paper de les infermeres i els infermers	16
Bibliografia	19
Objectius	26
Material i mètodes	26
1. Disseny de l'estudi.....	26
2. Àmbit	26
3. Població d'estudi i mostra.....	27
4. Criteris d'inclusió	27
5. Criteris d'exclusió	27
6. Variables	28
7. Instruments.....	29
8. Procediment	30
9. Anàlisi de dades	31
10. Consideracions ètiques	32

11. Limitacions	32
12. Implicacions pràctiques en infermeria	33
13. Cronograma:	34
14. Pressupost	35
Annexes	36
ANNEX 1: Full pel comitè d'ètica	36
ANNEX 2: Sol·licitud de participació a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona	37
ANNEX 3: Full informatiu	38
ANNEX 4: Consentiment informat.....	42
ANNEX 5: Escala Morisky per l'avaluació de l'adherència al tractament	44
ANNEX 6: Guió per la sessió amb el grup focal d'infermeria	46
ANNEX 7: Entrevista semiestructurada a persones amb esquizofrènia i una baixa adherència terapèutica	47

Resum

Marc teòric: L'esquizofrènia és un trastorn mental greu, que segons l'OMS, el pateixen uns 24 milions de persones, del qual no se'n coneix la causa. Aquesta forma part dels trastorns mentals psicòtics, els quals es caracteritzen per afectar el pensament, les emocions i la conducta conseqüentment a una alteració en la percepció de la realitat.

Per ser diagnosticat d'esquizofrènia, segons el manual DSMV, cal presentar com a mínim dos dels símptomes durant un mes mínim. Cal que presenti una disfunció social o ocupacional. La durada dels signes cognitius ha de ser almenys de 6 mesos incloent mínim un amb símptomes actius i la resta amb símptomes prodròmics o residuals. Els seus símptomes poden ser simptomatologia positiva, simptomatologia negativa i símptomes cognitius.

Troblem tres possibles tractaments. Trobem el tractament farmacològic, la teràpia electro-convulsiva (TEC) i la psicoteràpia.

L'estigma, que es defineix com el conjunt de creences, actituds i sentiments negatius cap a un grup minoritari, sol estar present en les persones diagnosticades d'esquizofrènia. Hi ha estudis que demostren que l'esquizofrènia pateix més prejudicis que altres malalties mentals.

L'adherència terapèutica es defineix per l'OMS com " el grau en que una persona realitza la presa de medicació, fa canvis en els estils de vida i segueix un règim alimentari, segons les recomanacions d'un sanitari". Aquesta, en persones amb el diagnòstic d'esquizofrènia, és molt baixa segons s'ha demostrat en diferents estudis.

L'estigmatització de la salut mental és una de les causes principals que contribueixen en la falta d'adherència terapèutica. Aquest fet dona lloc a més números d'ingressos hospitalaris.

El paper dels infermers i infermeres, que atenen en alguna ocasió a una persona amb el diagnòstic d'esquizofrènia, implica des de tenir cura de la persona amb algun trastorn mental a educar aquesta per fomentar la seva salut. És qui pot

aconseguir minimitzar l'impacte negatiu dels prejudicis i aconseguir una bona adherència terapèutica.

Objectiu: Determinar l'efecte dels prejudicis enfront l'adherència terapèutica de persones diagnosticades d'esquizofrènia.

Material i mètodes: Es tracta d'un estudi mixt, amb una part quantitativa observacional i transversal i una part qualitativa mitjançant entrevistes semiestructurades i grups focals.

Es realitzarà en els centres de salut mental d'adults de la regió sanitària de Girona, essent la mostra de l'estudi totes aquelles persones amb el diagnòstic d'esquizofrènia i els infermers i infermeres de salut mental d'aquests centres sanitaris.

Implicacions pràctiques: En cas que els resultats de l'estudi confirmessin l'efecte negatiu dels prejudicis en l'adherència terapèutica en persones amb esquizofrènia, es portarien a terme diferents activitats socials per donar a conèixer el trastorn. També hi haurà activitats individualitzades d'autoconeixença per aquells que el pateixen.

Paraules clau: esquizofrènia; adherència terapèutica; estigma; prejudicis.

Abstract

Background: Schizophrenia is a serious mental disorder, which according to the WHO, is affected by about 24 million people, of whom the cause is not known. This is part of psychotic mental disorders, which are characterized by affecting thought, emotions, and behaviours consequently altering perception of reality.

To be diagnosed with schizophrenia, according to the DSMV manual, at least two of the symptoms must be presented for a month minimum. It must exhibit social or occupational dysfunction. The duration of cognitive signs must be at least 6 months including at least one with active symptoms and the rest with prodromal or residual symptoms. Its symptoms can be positive symptomatology, negative symptomatology, and cognitive symptoms.

We find three possible treatments. Pharmacological treatment, electroconvulsive therapy (TEC) and psychotherapy are found.

Stigma, which is defined as the set of negative beliefs, attitudes and feelings towards a minority group, is usually present in people diagnosed with schizophrenia. Studies show that schizophrenia suffers more prejudice than other mental illnesses.

Therapeutic adherence is defined by the WHO as, 'the degree to which a person performs medication taking, makes changes in lifestyles and follows a food regime, according to the recommendations of a health care officer'. This, in people with the diagnosis of schizophrenia, is very low as demonstrated in different studies.

Stigmatization of mental health is one of the main causes contributing to the lack of therapeutic adhesion. This gives rise to more hospital income numbers.

The role of nurses, who occasionally serve a person with the diagnosis of schizophrenia, involves from caring for the person with some mental disorder to educating them to promote their health. It is they who can manage to minimise the negative impact of prejudice and achieve good therapeutic adherence.

Aim: To determine the effect of prejudices on therapeutic adhesion of people diagnosed with schizophrenia.

Methodology: This is a mixed study, with an observational and cross-cutting quantitative part and a qualitative part through semi-structured interviews and focal groups.

It will be carried out in adult mental health centres in the Girona health region, showing the study of all those with the diagnosis of schizophrenia and the mental health nurses and nurses in these health centres.

Practical implications: In case the results of the study confirmed the negative effect of prejudices on therapeutic adhesion in people with schizophrenia, different social activities would be carried out to publicize the disorder along. Also, there will be individualised self-knowledge activities for those suffering it.

Key words: schizophrenia; therapeutic adherence; stigma; prejudices.

Marc Teòric

Definició i criteris diagnòstics

Segons l'Organització mundial de la Salut (OMS), la salut mental consisteix en el benestar de la persona, la qual no presenta cap trastorn mental, coneix les seves capacitats, pot contribuir a la comunitat, treballar i afrontar les diferents tensions que se li presenten. Les dades confirmen que una de cada quatre persones al món pateixen en algun moment de salut mental (1).

Per ser diagnosticat d'esquizofrènia, segons el manual DSMV, cal presentar com a mínim dos dels símptomes durant un mes mínim. Cal que presenti una disfunció social o ocupacional. La durada dels signes cognitius ha de ser almenys de 6 mesos incloent mínim un amb símptomes actius i la resta amb símptomes prodròmics o residuals. Cal descartar altres trastorns, concretament trastorns esquizo-afectius o afectius, el consum de substàncies i també alguna malaltia física (2,3).

Per fer un diagnòstic d'esquizofrènia cal tenir en compte la història clínica psiquiàtrica i general de la persona, recollint també informació sobre antecedents familiars i tenint en compte l'entorn social on viu. És necessari la realització d'entrevistes i qüestionaris avaluats per professionals i també una valoració de l'estat de salut de la persona. Per tal de valorar el seu estat de salut caldrà la realització d'anàlisis de sang, anàlisis d'orina, fer un electroencefalograma i alguna prova d'imatge com la tomografia computeritzada o la ressonància magnètica (2).

Segons el DSMV hi ha diferents tipus d'esquizofrènia (4–8):

- Esquizofrènia paranoide: la més comuna. Els principals símptomes són deliris i al·lucinacions.
- Esquizofrènia catatònica: és la menys comuna. La simptomatologia és motora. Presenten moviments inusuals, repetitius o bé limitats. Poden repetir allò que se'ls hi diu o bé els moviments que veuen.

- Esquizofrènia desorganitzada: es sol desenvolupar entre els 15 i 25 anys. La simptomatologia va des de pensaments i comportaments desorganitzats a deliris i al·lucinacions de curta durada.
- Esquizofrènia indiferenciada: cap símptoma anteriorment esmentat es presenta de manera predominant.
- Trastorn esquizoafectiu

Causes

És un trastorn del qual no se'n coneix la causa. L'evidència posa de manifest que podria ser causada per alteracions bioquímiques on un desequilibri de la funció dopaminèrgica, donant un excés de dopamina, produeixi els símptomes psicòtics. (3,9) D'altra banda, una altra possible causa seria alteracions en l'estructura del cervell, ja que aproximadament la meitat de les persones amb aquest diagnòstic presenten dilatació dels ventricles, disminució del volum d'algunes àrees (sobretot lòbul temporal, tàlem i escorça prefrontal) o una disminució global del cervell (3,9).

Així i tot, podem trobar diferents factors predisposants com la genètica o alguns factors ambientals i psicosocials. També és cert que el consum de substàncies, com el cànnabis, de manera habitual augmenta el risc de patir el trastorn (3).

Pel que fa a la genètica, la malaltia pot ser hereditària tot i que no hi ha cap gen que per si sol en pugui ser causa. El grau de parentiu influeix directament amb el risc que aquesta sigui hereditària o no (5,6).

Signes i símptomes

Les persones amb esquizofrènia presenten diferent simptomatologia. Poden presentar simptomatologia positiva, la simptomatologia negativa i els símptomes cognitius (2,3,10).

Entre els símptomes positius hi podem trobar(2,3,11):

- Deliris: Molt comú. Creences falses sense base a la realitat, irracionals pels altres. Poden ser de grandiositat, celotípics, persecutoris, erotomaniacs o somàtics.
- Al·lucinacions: sentir coses que no existeixen sense tenir consciència que no és real. La més habitual a l'esquizofrènia són les al·lucinacions auditives.
- Pensament i/o discurs desorganitzat: agrupament de paraules sense sentit total o parcial, no sempre responen allò que els hi has preguntat. Presenten dificultats per organitzar les seves idees i allò que diran. Poden canviar el tema en qualsevol moment, inventar-se paraules o bé deixar de parlar en qualsevol moment.
- Comportament desorganitzat o anormal: poden presentar resistència a seguir unes normes, comportar-se de manera infantil, agitar-se o bé poden presentar catatonía.

S'anomena períodes prodròmics o residuals quan els signes del trastorn es presenten com signes negatius, és a dir, aplanament afectiu, abúlia o anhedonisme o bé si presenten la resta de simptomatologia de manera atenuada (creences i percepcions estranyes) (3,4).

També existeixen signes cognitius que inclouen problemes de concentració i de memòria. Aquests símptomes els hi dificulta l'aprenentatge i també la comunicació (3).

Aquesta es pot presentar de forma aguda o de manera insidiosa . És habitual que moltes persones presentin episodis psicòtics aguts en fases de remissió (4).

Aquesta malaltia es pot estructurar en tres fases (4):

- Fase aguda: crisi. Són símptomes psicòtics greus (al·lucinacions, pensament desorganitzat...), no poden cuidar de si mateixos correctament i presenten simptomatologia negativa més intensa.
- Fase d'estabilització: postcrisi. Pot durar 6 mesos o més. Els símptomes són menys intensos.

- Fase estable: pot ser que no presentin simptomatologia o bé que aquesta sigui controlada i, per tant, sigui més lleu. Aquí poden presentar tensió, ansietat, insomni entre altres. Durant aquesta fase els símptomes com per exemple les al·lucinacions es converteixen en versions més atenuades d'aquests, en aquest cas presentarien il·lusions en lloc d'al·lucinacions.

Epidemiologia

L'esquizofrènia és un trastorn mental greu, que segons l'OMS, el pateixen uns 24 milions de persones, no és un dels trastorns més comuns. Aquesta forma part dels trastorns mentals psicòtics, els quals es caracteritzen per afectar el pensament, les emocions i la conducta conseqüentment a una alteració en la percepció de la realitat (12).

Tot i no ser una de les malalties més comunes al món, l'esquizofrènia representa una de les 15 principals causes de discapacitat al món (13).

L'esquizofrènia sol afectar de forma similar als dos sexes tot i que en els homes l'edat d'inici sol ser a partir dels 30 anys, mentre que en les dones és més habitual un inici als 20 anys (4).

Es sol desenvolupar a l'inici de l'edat adulta fins als 40 anys, la qual cosa interromp els processos educatius i els dificulta la inserció laboral (3,14).

Les persones que pateixen aquest trastorn tenen un major risc de mortalitat amb una edat més primerenca que la resta de població. Essent 28,5 anys l'edat mitjana en què persones amb esquizofrènia moren als Estats Units (13). Un dels motius principals d'aquesta mortalitat prematura és la falta de detecció i de tractament (13).

Es calcula que 4,9% de les persones amb aquesta malaltia es suïciden, un percentatge molt superior a la de la població general. I aproximadament el 20% han intentat suïcidar-se mínim un cop des de l'inici dels símptomes (13,15).

La investigació ha trobat que la població de raça negra té més possibilitats de patir esquizofrènia (21,1%) que els de raça blanca (13,1%), essent els asiàtics els que menys la pateixen (5,4%) (15).

Tractament

Tot i que aproximadament la meitat de les persones que es troben ingressades a hospitals psiquiàtrics sigui per esquizofrènia, és només un 31,3% les persones que la pateixen que reben atenció especialitzada (8).

Gràcies al tractament amb medicaments, psicoeducació, intervencions familiars, teràpia cognito-conductual i rehabilitació psicosocial, un terç de les persones amb esquizofrènia presenten una remissió completa dels símptomes. Tot i així els tractaments actuals es basen en el control de la simptomatologia per tal que la persona pugui dur una vida on pugui assolir les seves metes, completar la seva educació, tenir un treball i poder-se relacionar satisfactòriament (3,11,12,16).

Trobem tres possibles tractaments. Trobem el tractament farmacològic, la teràpia electro-convulsiva (TEC) i la psicoteràpia (11,12,16).

Com a tractament farmacològic es solen utilitzar els neuroleptics o antipsicòtics per tal d'obtenir un control de la simptomatologia i evitar recaigudes (11,12,16). Actuen bloquejant l'efecte de la Dopamina en el cervell. Aquests poden ser receptats diàriament per via oral o bé un cop al mes o dos per via intramuscular (17).

S'utilitzen antipsicòtics típics (Chlorpromazine, Haloperidol, Fluphenazine), els quals tenen una gran eficàcia en els símptomes positius però no tanta sobre els negatius. D'altra banda, trobem els antipsicòtics més utilitzats actualment, els atípics, pel seu millor efecte sobre la simptomatologia i per presentar menys efectes secundaris (11,12,16,18).

Alguns dels fàrmacs antipsicòtics atípics més utilitzats són: Risperidona, Paliperidona, Olanzapina i Aripiprazol. Aquests es solen utilitzar com a fàrmacs de llarga durada, els quals s'administren via intramuscular, evitant així problemes

amb l'adherència terapèutica (11,12,16). Tot i la seva alliberació lenta, aquests medicaments presenten els mateixos efectes adversos que administrats via oral (17,19).

El tractament amb antipsicòtics sols durar entre 1 i 2 anys des de l'inici de l'episodi d'esquizofrènia, per tal de prevenir més episodis aguts (19).

Cal tenir molt en compte els efectes secundaris dels antipsicòtics, ja que són molt comuns. Poden donar augment de pes, visió borrosa, boca-seca, inquietud o somnolència, sobretot a l'inici del tractament. Respecte als efectes secundaris específics dels antipsicòtics típics trobem contraccions i espasmes musculars i tremolors (3,17).

També es poden utilitzar ansiolítics, hipnòtics i antidepressius. Els ansiolítics serveixen per tranquil·litzar a la persona en un brot psicòtic, gràcies a la seva ràpida actuació. Pel que fa als antidepressius cal prèviament haver fet un bon diagnòstic de depressió i assegurar-se que no és simptomatologia negativa de la pròpia esquizofrènia (9,11,12,20).

El TEC és una tècnica utilitzada per l'esquizofrènia catatònica o en l'esquizofrènia aguda amb molta simptomatologia afectiva. És una tècnica d'elecció quan la persona no respon a la teràpia farmacològica. Es realitza sota anestèsia, miorelaxació i ventilació assistida. En tot moment la persona es troba monitorat amb electroencefalograma (11,12,16,21).

Per la realització del TEC es col·loquen diferents elèctrodes al cap de la persona atesa. Durant un minut es passa una petita corrent elèctrica donant lloc a una convulsió controlada. Aquest procediment es sol realitzar unes tres vegades per setmana fins a la desaparició dels símptomes (21).

El TEC no és una teràpia sense efectes secundaris. És normal presentar confusió que pot durar unes hores, pèrdua temporal de memòria, i també algunes molèsties físiques com dolor muscular, de mandíbula o nàusees (21).

El tractament psicoterapèutic ajuda a reforçar l'adaptació social i a aconseguir un ambient estable en situacions d'estrès. Els beneficis d'aquestes teràpies són notables, ja que aquells que segueixen un tractament psicoterapèutic tenen menys probabilitat d'hospitalització i de reaparició de símptomes (3,20,22).

Diferents tècniques utilitzades són l'entrenament en habilitats socials, la teràpia familiar, el tractament dels dèficits cognitius i els símptomes i la rehabilitació ocupacional (11,12,16).

L'estigma i prejudicis de l'esquizofrènia

L'estigma, que es defineix com el conjunt de creences, actituds i sentiments negatius cap a un grup minoritari, sol estar present en les persones diagnosticades d'esquizofrènia. Aquest provoca discriminació, rumors i fins i tot violència cap a les persones que la pateixen. Això pot provocar un aïllament social, tot i que les creences no siguin certes. Segons Erving Goffman en el llibre "Estigma: la identidad deteriorada", aquest estigma té lloc quan unes expectatives o rols esperats no són satisfets (23–25).

En l'estudi de "Enfermería frente al estigma social de los trastornos mentales", Jorge Álvarez determina que els prejudicis modifiquen la qualitat de vida de les persones amb trastorns mentals provocant així una aparició de problemes socials i una disminució de l'autoestima. Aquests fan que la persona estigmatitzada senti una exclusió que el porti a prendre decisions no sempre acurades sobre el tractament (26).

Un dels efectes més destacables de l'estigmatització és l'autoestigma. L'autoestigma té lloc quan la persona que pateix el trastorn internalitza tots els estereotips i prejudicis del trastorn. Aquest dona lloc a una dificultat en la recuperació, provocant aïllament social a causa d'una anticipació al rebuig (26).

El judici social enfront la salut mental ha estat present durant segles arreu del món. Ben és cert que aquest judici social canvia en funció de la part del món on et trobis, i que en els darrers anys s'ha treballat molt la visualització d'aquestes malalties per tal de disminuir-lo. Tot i així, l'esquizofrènia és una de les malalties més estigmatitzades del món. Això generalment s'associa a la por al descontrol de la persona amb esquizofrènia i a la violència a què pugui portar aquest (27,28)

Segons l'estudi realitzat per el comitè de psicologia de Mèxic "Prejuicios que alimentan el estigma social de la esquizofrenia" i l'estudi realitzat pels

professionals de la web Aula Fàcil "Prejuicis de la Esquizofrenia"; els principals prejudicis de l'esquizofrènia i la seva desmitificació són (14,29):

- Personalitat múltiple: no és cert que puguin canviar de personalitat, de fet si això els hi succeeix seria un altre trastorn diferent. El que si és cert és que poden sentir veus que els puguin condicionar a actuar d'una manera concreta.
- Retard mental: el nivell mental de la persona amb esquizofrènia és totalment independent a la patologia. De fet si fan un bon seguiment i mantenen una bona adherència terapèutica poden seguir una vida normal.
- No es poden curar: hi ha persones que amb una bona adherència terapèutica no han presentat més episodis.
- No poden treballar pel risc que suposa: igual que la resta de prejudicis, amb una bona adherència terapèutica i un bon seguiment per professionals, poden treballar i portar una vida com qualsevol altra persona.
- Mala educació: un dels principals prejudicis, el qual recau sobre la família. Es creu que la malaltia està relacionada amb l'educació rebuda a la llar, tot i estar comprovada la seva falsedat.
- Violència o impredecibles: és cert que una persona amb esquizofrènia sense una bona adherència terapèutica pot presentar episodis de violència o descontrol. Tot i així no és cert que totes les persones que la pateixin estiguin condicionades per la malaltia a ser violentes. De fet, la majoria de les persones diagnosticades prefereixen estar soles i aïllar-se.
- Empitjorament amb els anys: es creu que l'edat empitjora el diagnòstic, però això no és cert si es fa un bon seguiment del tractament.

L'estigma no només afecta la persona amb la malaltia sinó també al seu entorn més proper. Aquest fet propicia a problemes dins la llar provocant que la persona amb esquizofrènia marxi de casa i visqui al carrer, agreujant així el seu trastorn. O bé també pot donar-se la situació contrària, una situació de sobreprotecció per por que no es puguin desenvolupar per si sols (14).

Tot aquest aïllament social causat pels prejudicis pot donar lloc a una negació de símptomes, abandó del tractament i a no buscar assistència (23).

Una de les grans fonts d'informació de la població són els mitjans de comunicació, i pel que fa a la salut mental encara ho és més. Com a conseqüència de la poca informació veraç a la qual podem accedir, trobem que la informació donada per la premsa agreugen l'estigmatització enfront l'esquizofrènia. No és només a la premsa on es tendeix a mostrar de manera desproporcionada les històries negatives de la malaltia, a les pel·lícules també. En aquestes se'ls mostra com a persones violentes i descontrolades, que realitzen actes violents justificant-los amb la malaltia (23,29,30).

Una altra de les fonts més utilitzades en els últims anys són les xarxes socials, on tothom pot publicar allò que consideri. Segons l'estudi realitzat per Álvaro Suárez, Giuliano Tardivo, Eduardo Díaz i Maximiliano Fernández, anomenat "Estereotipos sobre la depresión y la esquizofrenia en Twitter" la majoria de publicacions on s'utilitza la paraula "esquizofrènia" no és utilitzat com a alguna cosa relacionada amb un trastorn mental, sinó que amb un adjectiu negatiu. Referint-se sempre a persones incoherents, poc fiables i contradictòries (31).

En aquest estudi també van poder observar com l'esquizofrènia pateix més prejudicis que altres malalties mentals, essent negatives un 39% de les publicacions sobre esquizofrènia i un 11% sobre depressió i publicacions positives un 16% de l'esquizofrènia enfront un 49% de depressió (31).

Adherència terapèutica

L'adherència terapèutica es defineix per l'OMS com " el grau en que una persona realitza la presa de medicació, fa canvis en els estils de vida i segueix un règim alimentari, segons les recomanacions d'un sanitari" (32).

La falta de coneixement sobre els fàrmacs, característiques sociodemogràfiques i les creences sobre la malaltia són les principals causes d'uns resultats tan negatius davant l'adherència terapèutica. Pel que fa als resultats obtinguts en l'estudi de Maria Jesús Rodríguez i Fernanda del Castillo anomenat " Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta", l'edat de les persones és un factor important pel que fa a la consciència sobre la malaltia i, per tant, a més edat tenen, més conscients són donant lloc a un bon control del tractament (32).

Segons l'enquesta d'adherència terapèutica en l'esquizofrènia, tant el personal sanitari com els familiars de les persones que la pateixen són conscients de la poca adherència existent, i del problema que això suposa. L'estudi "Medication adherence in schizophrenia" realitzat per Francisco Javier Acosta, José Luis Hernández, José Pereira, Judit Herrera i Carlos Rodríguez, afirma que aproximadament el 50% de les persones diagnosticades no tenen una bona adherència al tractament, tot i que aquest valor varia en funció dels paràmetres que definim per determinar la no adherència (33).

En aquest mateix estudi també van concloure que la falta d'adherència és una causa de deterioració, d'hospitalització i de pitjor pronòstic, donant lloc a un major risc a suïcidi, a consum de drogues, pèrdua de treball i insatisfacció vital (33).

Amb els anys s'han realitzat diferents estudis on es valorava el motiu de la no adherència terapèutica en persones amb esquizofrènia com per exemple: l'estudi realitzat per Martijn Kikkert i Jack Dekker "Medication adherence decisions in patients with schizophrenia"; l'estudi de Hsieh WL, Yeh ST, Liu WI, Li IH, Lee SK i Chien WT "Improving medication adherence in community-dwelling patients with schizophrenia through therapeutic alliance and medication attitude: a serial multiple mediation model"; l'estudi "Interventions to improve medication adherence in people with schizophrenia: a systematic review" realitzat per Cahaya N, Kristina SA, Widayanti AW i Green J o l'estudi "Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia" de Jonathan Lacro, Laura Dunn, Christian Dolder, Susan Leckband i Dilip Jeste. On els diferents autors conclouen que una bona actitud de la persona diagnosticada d'esquizofrènia enfront la medicació donarà millors resultats en la seva adherència. I també que aquells que tenen suport familiar, que prenen la medicació sota supervisió i viuen acompanyats solen presentar millor adherència. Alguns dels altres motius pel qual deixen la medicació és l'abús de substàncies i una duració curta de la fase aguda de la malaltia (34-37).

Existeixen diferents teories que afirmen que les expectatives subjectives i la importància subjectiva del resultat definiran el resultat obtingut.

Per tal de dur a terme una intervenció o una altra, per millorar l'adherència, cal que infermeria tingui en compte tots els factors que poden alterar aquesta. Des

de factors personals, factors relacionats amb els fàrmacs, factors ambientals o la relació sanitari-pacient (38–40).

Les diferents intervencions dutes a terme fins al moment van des d'una teràpia ocupacional individualitzada amb entrevistes motivacionals, activitats artesanals i visites individualitzades, fins a la correcta supervisió a l'hora de la presa de la medicació o un missatge recordatori a l'hora de la presa de medicació (38–40).

Influència de prejudicis sobre Adherència Terapèutica

L'estigmatització de la salut mental és una de les causes principals que contribueixen en la falta d'adherència terapèutica. Aquest fet dona lloc a més números d'ingressos hospitalaris.

Per tal d'avaluar com afectaven els prejudicis en persones amb trastorns mentals, l'estudi "Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia" per Eba Abdisa, Ginenus Fekadu, Shimelis Girma, Tesfaye Shibiru, Temesgen Tilahun, et al, van utilitzar l'escala anomenada "Internalized Stigma of Mental Illness". Mitjançant aquesta escala van determinar que les persones amb trastorns de salut mental presentaven un alt autoestigma i que la majoria que el presentaven tenien una mala adherència a la medicació (41).

D'altra banda, trobem l'estudi realitzat per Tzipi Buchman-Wildbaum, Enikó Váradi, Ágoston Schmelowsky, Mark. D. Griffiths, Zsolt Demetrovics and Róbert Urbán "Targeting the problema of treatment non-adherence among mentally ill patients: the impact of loss, grief and stigma", en el qual van trobar que es podia aconseguir una millor adherència en aquells que entenguessin el seu trastorn mental. Ja que una bona comprensió del que li està passant el farà comprendre millor la necessitat de medicació per a revertir-ho (42).

Segons un altre estudi "Factors associated with medication non-adherence among patients with severe mental disorder" realitzat per Papiya Ghosh, Sivaprakash Balasundaram, Avudaiappan Sankaran, Vigneshvar Chandrasekaran, Sukanto Sarkar, Sunayana Choudhury, on valoraven els

diferents motius de la no adherència terapèutica en salut mental van determinar que aquells amb un nivell socioeconòmic més elevat, amb domicili urbà i un cuidador major que ell millorava l'adherència. També van determinar com una mala actitud enfront la malaltia, tant de la persona amb el diagnòstic com del seu entorn, provoquen una menor adherència (43).

Per tant, la bibliografia existent, podem determinar que part de la mala adherència terapèutica en persones amb esquizofrènia i altres trastorns mentals, ve donada per l'autoestigma i els prejudicis.

El paper de les infermeres i els infermers

El paper dels infermers i infermeres especialistes en salut mental i el d'infermeres i infermers que tot i no ser especialistes atenen en alguna ocasió a una persona amb el diagnòstic d'esquizofrènia, implica des de tenir cura de la persona amb algun trastorn mental a educar aquesta per fomentar la seva salut. És qui pot aconseguir minimitzar l'impacte negatiu dels prejudicis i aconseguir una bona adherència terapèutica (44,45).

Ja que serà qui durà a terme un seguiment més periòdic de la persona atesa. És el col·lectiu infermer que des d'un punt de vista preventiu haurà d'identificar aquelles persones amb tendència a l'abandonament del tractament. Aquest paper es fa més notable quan es tracta a persones polimedicades i amb malalties cròniques, com pot ser una persona amb esquizofrènia (44,45).

En els períodes d'hospitalització és on les infermeres i els infermers estan les 24 hores del dia amb la persona atesa i, per tant, és quan es crea una relació de confiança. Però també des de l'atenció primària la persona atesa pot mantenir aquest vincle, tenint un enfoc més ampli, ja que no només té en compte una patologia sinó tot el que envolta a la persona. És a dir el contacte amb el col·lectiu infermer és pròxim i permanent, fet que en qualsevol àmbit sanitari hi trobem infermers i infermeres, i això permet un millor seguiment del tractament (44,45).

El rol del col·lectiu d'infermeria es basa en la prevenció, la valoració i l'educació. Cal que el personal d'infermeria creï un vincle de confiança per poder conèixer

la manera de prendre's la medicació de les persones que atenen, les pors que els hi apareixen, i les resistències que posen ells mateixos (44–46).

En quant a la valoració infermera, cal que es realitzi una valoració exhaustiva mitjançant models estandarditzats com per exemple el model de Virginia Henderson. Aquesta permetrà als infermers i infermeres determinar diferents diagnòstics infermers pels quals generar uns objectius terapèutics i treballar sobre aquests. El diagnòstic que cal prevenir o si més no tenir en compte en persones amb aquest diagnòstic, és el diagnòstic NANDA 00079: incompliment. Aquest diagnòstic es defineix per "la conducta d'una persona o cuidador que no coincideix amb el pla terapèutic acordat amb el professional sanitari". És per això que si ens trobem amb un cas d'incompliment, serà infermeria qui haurà de proposar uns objectius a assolir juntament amb la persona atesa per obtenir la seva millora (47,48).

És important que infermeria simplifiqui la dificultat del tractament, realitzi entrevistes motivacionals, doni suport en tot moment a la persona i a la família i informi a la persona diagnosticada dels beneficis de seguir un bon tractament. Tot i així també és important que faci saber a la persona atesa els possibles efectes adversos i com es poden disminuir o revertir (44–46).

Altres mètodes per tal de millorar l'adherència són la participació en grups de suport, esbrinar les expectatives de la persona atesa i treballar-les i sobretot, reforçar la importància de l'actitud de la persona davant el seu tractament (46).

El personal del col·lectiu infermer ha d'evitar culpabilitzar a la persona atesa quan aquesta no segueixi el tractament. En lloc d'això caldrà buscar intervencions més individualitzades, reforçar les actituds positives i si cal demanar la participació d'altres professionals per tal d'enfortir la relació infermeria-pacient augmentant així l'adherència terapèutica (46).

Els infermers i infermeres de salut mental han de motivar a les persones que atenen a aprendre a viure amb la malaltia. Ha d'ensenyar a identificar els moments de crisi on podrien provocar algun dany (49–51).

Per tal d'assolir millors resultats cal que els infermers i infermeres treballin amb uns principis bàsics. Cal que acceptin a les persones tal com són, que els facin

mantenir el contacte en tot moment amb la realitat i que doni estabilitat a la persona atesa (48,50–52).

Principalment, el col·lectiu infermer treballarà l'emancipació, l'autoconfiança i l'autogestió de la persona atesa. Fent que aquesta sigui el més independent possible, per prendre decisions, per adquirir nous coneixements, per assolir objectius i alliberar-se de prejudicis. També serà necessari que intenti assegurar una bona nutrició, ja que les al·lucinacions poden donar lloc a què la persona atesa cregui que el menja està enverinat (49–52).

Bibliografia

1. Salut mental Sabadell. Què és la Salut Mental? | Salut Mental Sabadell [Internet]. 2022 [citat 10 desembre 2022]. Disponible a: <https://salutmentalsabadell.org/que-es-la-salut-mental/>
2. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
3. National Institutes of Health. Schizophrenia [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). 2021 [citat 11 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia>
4. Ministerio de Sanidad y consumo. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. 2009.
5. D'Arrigo T. What Is the Schizophrenia Spectrum? [Internet]. WebMD. 2022 [citat 13 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.webmd.com/schizophrenia/schizophrenia-types>
6. Mental Health United Kingdom. Types of schizophrenia [Internet]. Mental Health UK. 2022 [citat 13 desembre 2022]. Disponible a: <https://mentalhealth-uk.org/help-and-information/conditions/schizophrenia/types-of-schizophrenia/>
7. Legg TJ, Herndon J. Types of Schizophrenia: What Are They and Are They in the DSM-5? [Internet]. Healthline. 2018 [citat 13 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.healthline.com/health/schizophrenia-types>
8. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. 2022 [citat 10 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
9. Bernardo M, Bioque M. Causes i factors de risc de l'esquizofrènia [Internet]. Clínic Barcelona. 2022 [citat 10 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.clinicbarcelona.org/ca/asistencia/malalties/esquizofrenia/causes-i-factors-de-risc>

10. López C, Roiger E, Escañuelo M. ESQUIZOFRÈNIA - Causes, Síntomes i Tractament - FSFA [Internet]. Fundació St Francesc d'Assís. 2022 [citat 10 desembre 2022]. Disponible a: <https://fundaciosfda.cat/esquizofrenia/>
11. Mayo Clinic. Esquizofrenia. 29 juliol 2021 [citat 11 desembre 2022]; Disponible a: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizophrenia/diagnosis-treatment/drc-20354449>
12. Generalitat de Catalunya. Esquizofrènia [Internet]. Canal Salut. 2022 [citat 10 desembre 2022]. Disponible a: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/article/Esquizofrenia>
13. National Institutes of Health. Schizophrenia [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). 2021 [citat 15 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia>
14. Comité de Psicología. Prejuicios que alimentan el estigma social de la esquizofrenia - Psico.mx [Internet]. psico.mx. 2019 [citat 10 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.psico.mx/articulos/prejuicios-que-alimentan-el-estigma-social-de-la-esquizofrenia>
15. SingleCare. Schizophrenia statistics: Symptoms and treatment [Internet]. The Checkup. 2023 [citat 5 febrer 2023]. Disponible a: <https://www.singlecare.com/blog/news/schizophrenia-statistics/>
16. Farré JM, Lasheras G, Alberto M, Álvarez MJ. ¿Quin és el tractament de l'Esquizofrènia i els T. Psicòtics? |Psicod [Internet]. 2016 [citat 11 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/ca/unitats.cfm/ID/5471/CAT/-quin-es-tractament-esquizofrenia-t-psicotics-.htm>
17. Treatment - Schizophrenia [Internet]. nhs.uk. 2022 [citat 13 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/schizophrenia/treatment/>

18. Mind. Antipsychotics dosage [Internet]. 2020 [citat 15 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.mind.org.uk/information-support/drugs-and-treatments/antipsychotics/dosage/>
19. Royal College of Psychiatrists. Depot medication | Royal College of Psychiatrists [Internet]. www.rcpsych.ac.uk. 2018 [citat 15 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/depot-medication>
20. Bernardo M, Bioque M. Com es tracta l'esquizofrènia? [Internet]. Portal Clínic. 2022 [citat 15 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.clinicbarcelona.org/ca/asistencia/malalties/esquizofrenia/tractament>
21. McKenna J. Electroconvulsive Therapy (ECT) and Mental Illness [Internet]. WebMD. 2021 [citat 15 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.webmd.com/schizophrenia/electroconvulsive-therapy>
22. Abá E, Ortuño F, Grocin E, Alústiza I, Antón S, Beunza M. Esquizofrenia: causas, síntomas y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. 2022 [citat 15 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/esquizofrenia>
23. Jansen Cilag. Como impacta socialmente la esquizofrenia | Janssen Contigo [Internet]. 2022 [citat 15 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.janssencontigo.es/es-es/esquizofrenia/impacto-social>
24. Kenny A, Bizumic B, Griffiths KM. The Prejudice towards People with Mental Illness (PPMI) scale: structure and validity. BMC Psychiatry. 2018;18(1):293.
25. Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. 10ª. Buenos Aires: Amorrortu; 2006. 176 p.
26. Álvarez J. Enfermería frente al estigma social de los trastornos mentales - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. 2019 [citat 17 desembre 2022]. Disponible a: [21](https://www.revista-</div><div data-bbox=)

portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-frente-al-estigma-social-de-los-trastornos-mentales/

27. Blasco R. Esquizofrenia y prejuicios | Psicólogo especialista Barcelona [Internet]. 2012 [citad 17 de setembre 2022]. Disponible a: <https://psicologo-especialista-barcelona.com/blog/esquizofrenia-y-prejuicios/>
28. Bizumic B, Gunningham B, Christensen BK. Prejudice towards people with mental illness, schizophrenia, and depression among mental health professionals and the general population. *Psychiatry Res.* 2022;317:114817.
29. Aula Facil. Prejuicios de la Esquizofrenia - Estrategias Personales para Familiares de Personas con Esquizofrenia [Internet]. 2022 [citad 17 de setembre 2022]. Disponible a: <https://www.aulafacil.com/cursos/terapia/estrategias-personales-para-familiares-de-personas-con-esquizofrenia/prejuicios-de-la-esquizofrenia-l41937>
30. Pérez Álvarez C, Bosqued Molina L, Nebot Macías M, Guilabert Vidal M, Pérez Zaera J, Quintanilla López MÁ. Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* [Internet]. 2015 [citad 17 de setembre 2022];35(128):721-30. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352015000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Suárez-Vergne Á, Tardivo G, Cano ED, Fernández MF. Estereotipos sobre la depresión y la esquizofrenia en Twitter. *Espac Abierto* [Internet]. 2019 [citad 17 de setembre 2022];28(3):75-90. Disponible a: <https://www.redalyc.org/journal/122/12264369005/html/>
32. Rodríguez-García MJ, Castillo-Arévalo F del. Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta. *Index Enferm* [Internet]. 2011 [citad 17 de setembre 2022];20(3):160-4. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962011000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatry* [Internet]. 2012 [citad 17

- desembre 2022];2(5):74-82. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782179/>
34. Kikkert MJ, Dekker J. Medication Adherence Decisions in Patients With Schizophrenia. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2017 [citad 17 desembre 2022];19(6):26621. Disponible a:
<https://www.psychiatrist.com/pcc/schizophrenia/a-model-of-medication-adherence-in-schizophrenia/>
35. Hsieh WL, Yeh ST, Liu WI, Li IH, Lee SK, Chien WT. Improving Medication Adherence in Community-Dwelling Patients with Schizophrenia Through Therapeutic Alliance and Medication Attitude: A Serial Multiple Mediation Model. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2022 [citad 18 desembre 2022];16:1017-26. Disponible a: <https://www.dovepress.com/improving-medication-adherence-in-community-dwelling-patients-with-sch-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>
36. Cahaya N, Kristina SA, Widayanti AW, Green J. Interventions to Improve Medication Adherence in People with Schizophrenia: A Systematic Review. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2022 [citad 18 desembre 2022];16:2431-49. Disponible a: <https://www.dovepress.com/interventions-to-improve-medication-adherence-in-people-with-schizophr-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>
37. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(10):892-909.
38. Montes JM, Medina E, Gomez-Beneyto M, Maurino J. A short message service (SMS)-based strategy for enhancing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2012;200(2-3):89-95.
39. Farooq S, Nazar Z, Irfan M, Akhter J, Gul E, Irfan U, et al. Schizophrenia medication adherence in a resource-poor setting: randomised controlled trial

- of supervised treatment in out-patients for schizophrenia (STOPS). *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2011;199(6):467-72.
40. Shimada T, Ohori M, Inagaki Y, Shimooka Y, Sugimura N, Ishihara I, et al. A multicenter, randomized controlled trial of individualized occupational therapy for patients with schizophrenia in Japan. *PloS One.* 2018;13(4):e0193869.
41. Abdisa E, Fekadu G, Girma S, Shibiru T, Tilahun T, Mohamed H, et al. Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *Int J Ment Health Syst [Internet].* 2020 [citad 23 desembre 2022];14(1):56. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00391-6>
42. Buchman-Wildbaum T, Váradi E, Schmelowszky Á, Griffiths MarkD, Demetrovics Z, Urbán R. Targeting the problem of treatment non-adherence among mentally ill patients: The impact of loss, grief and stigma. *Psychiatry Res [Internet].* 2020 [citad 23 desembre 2022];290:113140. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120316176>
43. Ghosh P, Balasundaram S, Sankaran A, Chandrasekaran V, Sarkar S, Choudhury S. Factors associated with medication non-adherence among patients with severe mental disorder - A cross sectional study in a tertiary care centre. *Explor Res Clin Soc Pharm [Internet].* 2022 [citad 23 desembre 2022];7:100178. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667276622000774>
44. Domínguez S. El papel de la enfermería en la adherencia terapéutica [Internet]. Elsevier Connect. 2013 [citad 23 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-adherencia-terapeutica>
45. Aguado O. semFYC - Medicina familiar y comunitaria. Medicina resolutiva. [Internet]. semFYC. 2017 [citad 23 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.semfy.com>

46. Gonzalo A. Virginia Henderson: Need Theory Study Guide [Internet]. Nurseslabs. 2023 [citat 14 gener 2023]. Disponible a: <https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/>
47. Heather T, Kamitsuru S. NANDA Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª. Barcelona: Elsevier; 2021e.
48. Ferres MT, Bravo L, Ortega EM. Papel de la enfermera en la adherencia al tratamiento - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. 2016 [citat 27 diciembre 2022]. Disponible a: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermera-adherencia-al-tratamiento/>
49. Enfermería en salud mental: Definición, funciones, generalidades y más [Internet]. Carreras Universitarias. 2018 [citat 14 gener 2023]. Disponible a: <https://micarrerauniversitaria.com/c-enfermeria/enfermeria-en-salud-mental/>
50. La enfermería es una pieza clave en trastornos mentales graves [Internet]. Redacción Médica. 2022 [citat 27 diciembre 2022]. Disponible a: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/la-enfermeria-es-una-pieza-clave-en-trastornos-mentales-graves-7831>
51. Educaweb. Enfermero especialistas en salud mental - educaweb.com [Internet]. 2022 [citat 27 diciembre 2022]. Disponible a: <https://www.educaweb.com/profesion/enfermero-especialistas-salud-mental-505/>
52. RN IDT. Schizophrenia Nursing Care and Management [Internet]. Nurseslabs. 2016 [citat 14 gener 2023]. Disponible a: <https://nurseslabs.com/schizophrenia/>

Objectius

Objectiu principal:

- Determinar l'efecte dels prejudicis enfront l'adherència terapèutica de persones diagnosticades d'esquizofrènia.

Objectius específics:

- Conèixer el grau d'adherència al tractament en persones amb el diagnòstic d'esquizofrènia a la regió sanitària de Girona.
- Identificar els motius que predisposen una baixa adherència al tractament.
- Definir els prejudicis que predisposen una baixa adherència terapèutica a persones amb esquizofrènia, tant per part de les persones amb esquizofrènia com de les infermeres i els infermers.

Material i mètodes

1. Disseny de l'estudi

Es tracta d'un estudi mixt, amb una part quantitativa observacional i transversal i una part qualitativa mitjançant entrevistes semiestructurades i grups focals.

Es realitza amb una metodologia mixta, ja que es pretén obtenir resposta, mitjançant diferents variables, als motius principals pels quals les persones que pateixen esquizofrènia deixen el tractament i també es vol determinar si els prejudicis existents són una de les principals causes d'abandonament.

2. Àmbit

L'àmbit d'estudi d'aquest projecte seran els centres de salut mental (CSM) de la regió sanitària de Girona, formada per: CSMA Alt Empordà, CSMA Baix Empordà, CSMA Garrotxa, CSMA del Gironès-Pla de l'Estany, CSMA del Ripollès, CSMA la selva marítima, CSMA la selva interior.

Actualment, a la regió sanitària de Girona trobem aproximadament 3000 persones amb el diagnòstic d'esquizofrènia, essent el segon trastorn més comú de consulta en aquesta regió.

3. Població d'estudi i mostra

La població d'estudi en la part quantitativa serà un mostreig no probabilístic per conveniència de totes aquelles persones diagnosticades d'esquizofrènia i les infermeres i els infermers de salut mental dels centres de la Regió Sanitària de Girona que compleixin els criteris d'inclusió i acceptin la participació.

Per la part qualitativa es seleccionarà les persones que presenten esquizofrènia amb una baixa adherència terapèutica en els resultats de la part quantitativa.

4. Criteris d'inclusió

- Persones majors de 18 anys amb el diagnòstic d'esquizofrènia, que realitzin el seguiment i tractament de la malaltia en algun dels centres seleccionats.
- Infermers i infermeres que treballen als Centres de Salut Mental de la Regió Sanitària de Girona.

5. Criteris d'exclusió

- Persones diagnosticades d'esquizofrènia amb simptomatologia positiva en el moment de l'estudi.
- Persones que s'hagin negat a seguir cap tractament.
- Persones que no parlin català o castellà.

6. Variables

Les **variables sociodemogràfiques** d'aquest estudi seran avaluades a l'inici de l'escala Morisky i a l'inici de l'entrevista semiestructurada. D'aquesta manera es podran classificar els resultats per grups d'edat, gènere, anys del diagnòstic i el tractament que segueixen.

Edat: els anys complerts de les persones diagnosticades en el moment de l'estudi. Es dividirà en cinc grups: 18-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55 o més. Variable quantitativa.

Gènere: el gènere amb el qual les persones diagnosticades s'identifiquin (masculí, femení, queer, fluid, neutre o altres). Variable qualitativa.

Anys del diagnòstic: anys que fa que tenen el diagnòstic, anant des de menys d'un any, entre 1 i 5 anys, entre 6 i 10, entre 10 i 20 o més de 20. Variable quantitativa.

Tipus de tractament: qualitativa (farmacològic, farmacològic + teràpia, teràpia)

Les variables clíniques s'estudiaran en el grup focal i l'entrevista semiestructurada.

Motius d'abandonament del tractament: pensaments intrusius; prejudicis i crítiques de la gent; creure que ja no feia falta o altres. Variable qualitativa.

Plantejament d'abandonar per evitar els prejudicis: si; no; no hi havia pensat. Variable qualitativa.

Motius per tornar al tractament: simptomatologia; entorn o situacions descontrolades. Variable qualitativa.

Prejudicis existents: la resposta serà oberta, sense cap opció de resposta predeterminada. Variable qualitativa.

Certesa dels prejudicis: la resposta serà oberta, sense cap opció de resposta predeterminada. Variable qualitativa.

Les variables estudiades en l'escala Morisky seran també variables clíniques, de resposta tancada (sí o no).

Oblit de la medicació: variable qualitativa.

Omissió de la presa per motius diferents a l'oblit: variable qualitativa.

Omissió de la medicació per símptomes negatius: Variable qualitativa.

Omissió de la presa de medicació per estar fora de casa: Variable qualitativa.

Pressa de la medicació el dia anterior: Variable qualitativa.

Omissió de la medicació per absència de simptomatologia: Variable qualitativa.

Incomoditat per seguir el tractament: Variable qualitativa.

Dificultat de recordar les presses: en aquest cas les opcions de resposta seran: mai; de tant en quant; a vegades; normalment o sempre. Variable qualitativa.

7. Instruments

En la part quantitativa es farà servir l'escala Morisky, la qual ha estat validada en espanyol per tal de poder mesurar l'adherència al tractament de moltes patologies, entre elles l'esquizofrènia. Consta de 8 preguntes senzilles de resposta tancada. La puntuació màxima és de 8 i la mínima de 0.

Cada resposta afirmativa és 1 punt i cada resposta negativa 0 punts, a excepció de la cinquena pregunta; on la resposta afirmativa és 0 punts i la positiva 1; i l'última pregunta on trobem 5 opcions de resposta. En aquest cas la puntuació és:

Mai/Rarament = 1

De tan en quan = 0.75

A vegades = 0.5

Normalment = 0.25

Sempre = 0

A més puntuació millor adherència té la persona, essent 8 alta adherència; 6-7 adherència mitja i menys de 6 adherència baixa.

Aquesta escala ens permetrà saber el grau d'adherència terapèutica de les persones amb esquizofrènia que es visiten a la Regió Sanitària de Girona.

Per l'apartat qualitatiu es realitzarà una entrevista semiestructurada i grups focals. Pel que fa als grups focals, estaran formats pels infermers i les infermeres seleccionats i aquests duran a terme un diàleg entre ells amb la presència d'un moderador que gestionarà el temps de participació de cada integrant i fomentarà la participació de tots.

Serà una sessió única de 90 minuts on el moderador iniciarà el diàleg fent una pregunta als integrants del grup. En cas que aquest en algun moment el diàleg no flueixi o bé s'hagi donat per acabat, el moderador podrà realitzar més preguntes per iniciar un nou debat.

També es realitzarà una entrevista semiestructurada. Es preguntarà a les persones, que en els resultats obtinguts a la part quantitativa resultin tenir una baixa adherència, quines són les raons que els han portat a deixar la medicació, com els afecten els prejudicis i quin és el motiu pel qual han tornat al tractament un cop abandonar-lo.

8. Procediment

La primera fase del projecte constarà en la presentació d'aquest al d'Ètica d'Investigació de l'ICS-IAS de la regió sanitària de Girona. (Annex 1).

Una vegada obtingut el vistiplau del comitè, es contactarà amb la direcció de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona, per tal d'obtenir també el seu vistiplau. Seran ells qui ens permetran posar-nos en contacte amb el personal d'infermeria dels diferents centres seleccionats per tal de presentar-los el projecte i demanar-los la seva participació en aquest (Annex 2).

Seguidament, es donarà un full informatiu a tots els infermers i infermeres juntament amb el consentiment informat (Annexos 3 i 4). Una vegada tinguem el personal d'infermeria seleccionat es procedirà a la recollida de dades la qual es farà mitjançant entrevistes, enquestes i donat que una part de l'estudi es durà a

terme amb grups focals, la recollida de dades d'aquest es farà a partir dels resultats obtinguts de la interacció dels diferents professionals.

Primerament, el personal d'infermeria serà el que a cada persona amb diagnòstic d'esquizofrènia que vagi en un període d'1 mes al centre a visitar-se, li donarà el consentiment informat. A aquells que acceptin la participació, també se'ls donarà l'enquesta per valorar el grau d'adherència al tractament (Annex 5).

D'altra banda, en els integrants dels grups focals se'ls informarà que les sessions seran gravades per tal de poder transcriure els resultats posteriorment. Es realitzarà una primera pregunta per tal de conèixer la seva opinió sobre l'efecte dels prejudicis en l'adherència terapèutica en persones amb esquizofrènia. Després, un cop recollida la informació obtinguda del debat que realitzaran, se'ls hi realitzarà una nova pregunta on l'objectiu serà trobar els factors més predisposants a tenir una mala adherència terapèutica en aquest tipus de malaltia. En tot moment hi haurà un moderador que realitzarà si és necessari petites intervencions per a reconduir el debat. Al final de cada sessió es realitzarà un breu resum de la informació obtinguda (Annex 6).

Finalment, a aquelles persones amb la patologia que presentin una baixa adherència terapèutica se'ls realitzarà una entrevista semiestructurada (Annex 7) per conèixer si el motiu ha estat per la influència dels prejudicis existents. Aquesta enquesta també constarà d'un apartat on se'ls preguntarà pels prejudicis que creuen que té la gent cap a ells; si alguna vegada han intentat ocultar la patologia per evitar aquests prejudicis i com han enfrontat l'estigma existent cap a la Salut Mental.

9. Anàlisi de dades

L'anàlisi de les dades s'obtindrà a partir de dos programes informàtics; el programa ATLAS TI i el programa SPSS statics.

Les dades obtingudes en l'enquesta realitzada a les persones diagnosticades d'esquizofrènia s'analitzaran amb el programa SPSS statics. Amb aquest programa introduïrem les dades com a variables categòriques, fent així que els resultats es mostrin a partir de freqüències i percentatges, podent així ser

analitzades mitjançant valors numèrics els quals ens portaran a les persones amb baixa adherència al tractament per tal de poder realitzar la segona part del projecte.

Pel que fa a la informació obtinguda en els grups focals i les entrevistes semiestructurades s'introduiran en el programa ATLAS TI el qual agruparà les dades introduïdes segons diferents patrons repetitius fent així més senzill el seu anàlisi posterior, podent comparar les diferents respostes.

Aquests programes ens ajudaran a valorar la predisposició de les persones diagnosticades d'esquizofrènia a deixar el tractament a causa dels prejudicis existents.

10. Consideracions ètiques

El projecte es presentarà al Comitè d'Ètica de l'ICS-IAS el qual segueix els acords de la Declaració Helsinki i revisions posteriors com l'Informe Belmont, el Conveni d'Oviedo, els aspectes ètics i metodològics de les Bones Pràctiques Clíniques de la Unió Europea.

A cada participant se li farà signar un consentiment informat (Annex 4) on amb un llenguatge clar i concís s'explicaran els objectius del projecte, la metodologia en la que es durà a terme i la finalitat d'aquest. Per la realització d'aquest consentiment informat es tindrà en compte la Llei Orgànica de Protecció de Dades 3/2018 de caràcter personal per a la utilització de les dades i la publicació d'aquestes. En el consentiment informat hi constarà un apartat on s'informarà de la possibilitat d'abandonar l'estudi en qualsevol moment.

11. Limitacions

La principal limitació que ens podem trobar és que la mostra de la part qualitativa no sigui suficientment representativa. És possible que en la primera part de l'estudi trobem que existeix una adherència terapèutica elevada en persones amb el diagnòstic d'esquizofrènia a la regió sanitària de Girona. Aquests resultats

portarien a una mostra poc representativa de la població amb esquizofrènia per tal de realitzar la segona part de l'estudi.

Un altre factor a tenir en compte és la por. És possible que les persones amb esquizofrènia que acceptin estar dins de l'estudi ens ometin informació per por als prejudicis, tot i saber que és confidencial.

12. Implicacions pràctiques en infermeria

Els prejudicis en salut mental són encara molt presents en el dia a dia, i aquests poden influenciar en l'evolució de les persones amb algun diagnòstic de salut mental.

Si els resultats que s'obtinguin amb aquest estudi verifiquen que aquests prejudicis o aquest estigma cap a les persones que pateixen esquizofrènia afecta directament a la seva adherència terapèutica i, per tant, a la seva evolució, es proposarà alguna activitat pública per conscienciar més sobre aquest efecte negatiu. De tal manera que les persones amb el diagnòstic sentin més suport i potser així es podria evitar l'abandó de la medicació. També es podria donar a conèixer aquest trastorn juntament amb altres, per tal d'intentar reduir l'estigma existent.

Aquestes activitats públiques i generalitzades s'haurien d'acompanyar d'una intervenció individualitzada amb les persones que pateixen esquizofrènia. La intervenció hauria de consistir en un procés d'autoconeixença i un treball personal per tal de fer front als prejudicis podent diferenciar el cert del fals i acceptar els certs com a una característica més del trastorn amb la qual s'ha de conviure de la millor manera possible.

13. Cronograma:

	Juliol 2023	Agost 2023	Setembre 2023	Octubre 2023	Novembre 2023	Desembre 2023	Gener 2023	Febrer 2023	Març 2023	Abril 2023	Maig 2023	Agost 2023
Presentació del projecte al Comitè d'Ètica d'Investigació de l'ICS-IAS de la regió sanitària de Girona.	■											
Presentació del projecte a la direcció de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona		■										
Entrega del full informatiu i el consentiment informat al personal d'infermeria.		■										
Entrega del consentiment informat i la enquesta d'adherència al tractament a les persones amb esquizofrènia.			■									
Recull de les dades de l'enquesta mitjançant el programa SPSS statics .				■								
Sessió amb el grup focal d'infermeres i infermers				■								
Entrevista semiestructurada a les persones amb baixa adherència al tractament.					■	■						
Recollida i anàlisi de les dades obtingudes amb el programa ATLAS TI						■	■	■				
Elaboració d'un informe de resultats										■	■	
Difusió científica											■	■

14. Pressupost

Les despeses econòmiques per la realització d'aquest estudi seran les següents:

CONCEPTE	PRESENTACIÓ	PREU PER UNITAT	IMPORT
Follis A4	Paquet de 500	4€	4€
Llibreta A5	150 pàgines	2€	2€
Bolígrafs Bic color blau	20 unitats	5.90€	5.90€
Gravadora de veu		35€	35€
Fotocòpies en blanc i negre	Full informatiu:500 Escala Morisky: 600 Entrevista: 300	0.05€	70€
Programa ATLAS TI	1	18€/mes	54€
Programa SPSS Statics	1	1.146,36	1.146,36
Traducció i correcció	Català, castellà i anglès	100	300
Presentació a congressos	2 (ASEPP + SEDUP)	150€ +275€	425€
TOTAL			2.042,26€

Annexes

ANNEX 1: Full pel comitè d'ètica

Benvolgut/da Senyor/a,

Em dic Janira Gibert Martínez, amb ocupació a xxxxx, en qualitat d'investigador/a principal.

En el present document voldria exposar:

- La voluntat que el següent projecte sigui avaluat de forma ètica per part del Comitè.
 - o Títol: "l'estigma social i l'adherència terapèutica en persones amb esquizofrènia"
 - o Àmbit d'estudi: persones diagnosticades d'esquizofrènia i personal d'infermeria dels Centres de Salut Mental de la Regió Sanitària de Girona.
- L'estudi es portarà a terme respectant en tot moment la confidencialitat i protecció de dades personals dels participants, es donarà el consentiment informat i es vetllarà pel compliment dels principis bioètics descrits en el Conveni d'Oviedo.

Es sol·licita: L'autorització, per part del Comitè d'Ètica d'Investigació de l'ICS-IAS de la regió sanitària de Girona, per la realització del projecte d'investigació.

En, a, de..... de.....

Atentament, Janira Gibert Martínez

ANNEX 2: Sol·licitud de participació a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona

Benvolgut/da Senyor/a,

Em dic Janira Gibert Martínez, amb ocupació a xxxxx, en qualitat d'investigador/a principal.

En el present document voldria exposar:

- La voluntat que el següent projecte sigui avaluat de forma ètica per part del Comitè.
 - o Títol: "l'estigma social i l'adherència terapèutica en persones amb esquizofrènia"
 - o Àmbit d'estudi: persones diagnosticades d'esquizofrènia i personal d'infermeria dels Centres de Salut Mental de la Regió Sanitària de Girona.
- L'estudi es portarà a terme respectant en tot moment la confidencialitat i protecció de dades personals dels participants, es donarà el consentiment informat i es vetllarà pel compliment dels principis bioètics descrits en el Conveni d'Oviedo.

Es sol·licita: L'autorització, per part del govern de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona, per la realització del projecte d'investigació.

En, a, de..... de.....

Atentament, Janira Gibert Martínez

ANNEX 3: Full informatiu

(Català)

Benvolgut/da,

El meu nom és Janira Gibert Martínez, estudiant de quart curs d'infermeria a la Universitat de Girona.

Amb aquest full informatiu sol·licito la seva participació en el meu estudi anomenat: "l'estigma social i l'adherència terapèutica en persones amb esquizofrènia".

El propòsit d'aquest estudi és determinar si els prejudicis existents de la salut mental, més concretament cap a l'esquizofrènia, afecten o no a l'adherència terapèutica d'aquells que la pateixen.

En els darrers anys s'ha donat més visibilitat als diferents trastorns mentals i s'ha intentat normalitzar-los i posar la salut mental en el mateix nivell que la física. Tot i així, encara hi ha molts prejudicis, i hi ha trastorns que ho pateixen més que d'altres. L'estigma social enfront l'esquizofrènia dista molt del que verdaderament pateixen les persones que la viuen i això fa que aquest trastorn sigui un dels més estigmatitzats.

En aquest projecte participaran persones que pateixen esquizofrènia i professionals infermers que tracten amb ella a diari. Hem seleccionat el personal d'infermeria ja que aquests tenen un paper molt important en l'adherència terapèutica juntament amb un paper important en l'educació sanitària de tothom.

El projecte el formen dos grups diferents. Per una banda trobem les persones que tenen esquizofrènia. Aquells que acceptin participar en l'estudi, se'ls hi donarà una enquesta per valorar el seu grau d'adherència al tractament. Entre aquests, als que tinguin un grau d'adherència baix se'ls farà una petita entrevista on els preguntarem pels motius pels quals no han seguit sempre el tractament.

D'altra banda, amb aquells infermers i infermeres que decideixin participar es crearà un grup on s'intentarà que hi hagi personal dels diferents centres de salut mental de la Regió Sanitària de Girona. Aquestes persones es reuniran en una sessió d'aproximadament 90 minuts per grup. Durant la sessió se'ls hi faran unes preguntes obertes i debateran entre ells fins arribar a una conclusió conjunta.

Les dades obtingudes seran recollides i analitzades i en cas que els resultats confirmen l'efecte dels prejudicis sobre l'adherència terapèutica es realitzarà una proposta de millora. Aquesta proposta aniria enfocada a l'educació de la població en salut mental juntament amb un treball més individualitzat cap a la persona amb esquizofrènia per tal de millorar l'adherència i treballar l'enfoc dels prejudicis.

En tot moment es mantindrà la confidencialitat de la persona entrevistada i la protecció de dades serà garantitzada. Tota la obtenció de les dades i el posterior anàlisi d'aquestes serà realitzat segons la Llei orgànica 3/2018, del 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.

(Castellano)

Bienvenido/a,

Mi nombre es Janira Gibert Martínez, estudiante de cuarto curso de enfermería en la Universidad de Gerona.

Con esta hoja informativa solicito su participación en mi estudio llamado: "el estigma social i la adherencia terapéutica en personas con esquizofrenia".

El propósito de este estudio es determinar si los prejuicios existentes de la salud mental, más concretamente hacia la esquizofrenia, afectan o no a la adherencia terapéutica de aquellos que la sufren.

En los últimos años se ha dado más visibilidad a los distintos trastornos mentales i se ha intentado normalizarlos y poner la salud mental en el mismo nivel que la física. Aun así, siguen existiendo muchos prejuicios, y hay trastornos que lo sufren más que otros. El estigma social hacia la esquizofrenia se aleja bastante de lo que verdaderamente sufren las personas que la viven i esto hace que este sea uno de los trastornos más estigmatizados.

En este proyecto participan personas que sufren esquizofrenia y profesionales de enfermería que tratan con ellos a diario. Hemos seleccionado el personal de enfermería ya que estos tienen un papel muy importante en la adherencia al tratamiento juntamente con un papel muy importante en la educación sanitaria de todo el mundo.

El proyecto es formado por distintos grupos. Por un lado, tenemos las personas con esquizofrenia. Aquellos que acepten participar en el estudio se les dará una encuesta para valorar su grado de adherencia al tratamiento. Entre estos, a los que tengan un grado de adherencia bajo se les hará una pequeña entrevista donde se les preguntará por los motivos los cuales les han hecho no seguir siempre el tratamiento.

Por otro lado, con los enfermeros y las enfermeras que decidan participar se creará un grupo que se reunirán en una sesión de 90 minutos aproximadamente. Durante la sesión se les harán unas preguntas abiertas y debatirán entre ellos hasta llegar a una conclusión conjunta.

Los datos obtenidos serán recogidos y analizados y en caso de que los resultados confirmen el efecto de los prejuicios en la adherencia terapéutica, se realizará una propuesta de mejora. Esta propuesta irá enfocada hacia la educación de la población en salud mental juntamente con un trabajo más individualizado hacia la persona con esquizofrenia para mejorar su adherencia i trabajar el enfoque de los prejuicios.

En todo momento se mantendrá la confidencialidad de la persona entrevistada i la protección de datos está garantizada. Toda obtención de datos i el posterior análisis de estos será realizado según la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

ANNEX 4: Consentiment informat

(Català)

Signant aquest document, acceptes la participació en el estudi "l'estigma social i l'adherència terapèutica en persones amb esquizofrènia".

Tot i haver signat aquest document, la participació en aquest projecte és voluntària en tot moment i per tant està permès abandonar-lo en qualsevol moment si la persona ho decideix.

En cas de requerir més informació de la obtinguda en el full informatiu, cal que et posis en contacte amb la responsable de l'estudi.

Dades de contacte: +34 --- --- --- ; yyyyyyy@gmail.com.

° Declaro que se m'ha informat del procediment que es seguirà per la realització d'aquest projecte i l'objectiu d'aquest.

° Conec els meus drets de confidencialitat i de la possibilitat d'abandonar el projecte en qualsevol moment sense cap mena de repercussió.

Jo _____, amb DNI/NIE/Passaport, declaro que he llegit aquest consentiment informat i accepto la participació en el estudi "l'estigma social i l'adherència terapèutica en persones amb esquizofrènia", realitzat en el meu centre d'atenció a la salut mental.

Signatura del participant

Data:

Signatura del investigador/a

Data:

(Castellano)

Firmando este documento aceptas la participación en el estudio “el estigma social i la adherencia terapéutica en persones con esquizofrenia”.

Aun haber firmado este documento, la participación en este proyecto es voluntaria en todo momento y por lo tanto está permitido abandonarlo en cualquier momento si la persona lo decide.

En caso de requerir más información de la obtenida en la hoja informativa, hace falta que te pongas en contacto con la responsable del estudio.

Datos de contacto: +34 --- --- --- ; yyyyyyy@gmail.com.

º Declaro que se me ha informado del procedimiento que se seguirá para la realización de este proyecto y el objetivo de este.

º Conozco mis derechos de confidencialidad y la posibilidad de abandonar el proyecto en cualquier momento sin ninguna repercusión.

Yo _____, con DNI/NIE/Pasaporte, declaro que he leído este consentimiento informado y acepto la participación en el estudio “el estigma social i la adherencia terapéutica en persones con esquizofrenia”, realizado en mi centro de atención a la salud mental.

Firma del participante

Firma del investigador/a

Fecha:

Fecha:

ANNEX 5: Escala Morisky per l'avaluació de l'adherència al tractament

Selecciona la resposta que més s'adapti a la teva realitat:

Edat:

18-24 25-34 35-44 45-54 55 o més

Gènere:

Masculí Femení No binari Altres

Anys des del diagnòstic:

Menys de 1 Entre 1 i 5 Entre 6 i 10 Entre 10 i 20 Més de 20

Quin tractament segueixes?

Farmacològic Farmacològic + Teràpia Teràpia

1. Se'n descuida de prendre la medicació a vegades?	SI	NO
2. Algunes vegades les persones no es prenen la seva medicació per raons diferents a l'oblit. En les últimes dues setmanes, has deixat de prendre la teva medicació algun dia?	SI	NO
3. Alguna vegada ha pres menys pastilles o ha deixat de prendre-les sense dir-li al doctor perquè es trobava pitjor quan se les prenien?	SI	NO
4. Quan viatge o surt de casa, se'n descuida d'endur-se la medicació algunes vegades?	SI	NO
5. Va prendre's la medicació ahir?	SI	NO
6. Quan sent que els símptomes estan sota control, deixa de prendre la medicació a vegades?	SI	NO
7. Prendre medicines cada dia és realment incòmode per algunes persones. Sent vostè que és incòmode i fastidiós lidiar amb el seu tractament?	SI	NO
8. Amb quina freqüència li és difícil recordar que ha de prendre la medicació? <input type="checkbox"/> Mai/Rarament <input type="checkbox"/> De tan en quan <input type="checkbox"/> A vegades <input type="checkbox"/> Normalment <input type="checkbox"/> Sempre		

Selecciona la respuesta que se adapte a tu realidad:

Edad:

18-24 25-34 35-44 45-54 55 o más

Género:

Masculino Femenino No binario Otros

Años desde del diagnóstico:

Menos de 1 Entre 1 y 5 Entre 6 y 10 Entre 10 y 20 Más de 20

¿Qué tratamiento sigues?

Farmacológico Farmacológico + Terapia Terapia

1. ¿Olvida tomar su medicación algunas veces?	SI	NO
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al Olvido. ¿Dejó de tomar su medicación algún día?	SI	NO
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	SI	NO
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	SI	NO
5. ¿Se tomo sus medicinas ayer?	SI	NO
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicación algunas veces?	SI	NO
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas. ¿Siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	SI	NO
8. ¿Con que frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas? <input type="checkbox"/> Nunca/Raramente <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Normalmente <input type="checkbox"/> Siempre		

ANNEX 6: Guió per la sessió amb el grup focal d'infermeria

Bon dia, em dic Janira Gibert i estic realitzant un projecte de recerca per valorar l'efecte dels prejudicis en salut mental davant l'adherència terapèutica en persones amb esquizofrènia.

El que es vol aconseguir amb aquesta sessió és determinar com és aquest efecte vist des de un punt de vista professional. Per aquest motiu us hem reunit aquí perquè contestant un parell de preguntes debateu entre vosaltres i arribeu a una conclusió conjunta que ens permeti tenir una visió més pròxima del que comporta l'estigma social en trastorns mentals com l'esquizofrènia.

Per començar ens agradaria saber si considereu que l'adherència terapèutica en persones amb esquizofrènia és baixa, mitja o alta? Juntament amb quins creieu que són els factors més comuns en una baixa adherència terapèutica en aquests casos.

Seguidament, sabent que a dia d'avui segueixen existint molts prejudicis cap a la salut mental; considereu que aquests poden afectar al tractament i millora clínica de la persona que pateix un trastorn mental?

En cas afirmatiu. Creieu que l'esquizofrènia és una de les malalties amb més prejudicis dins la societat?

Per acabar ens agradaria saber si algun de vosaltres coneix algun cas on la persona amb esquizofrènia hagi verbalitzat que ha deixat o vol deixar el tractament a conseqüència de la crítica social existent.

ANNEX 7: Entrevista semiestructurada a persones amb esquizofrènia i una baixa adherència terapèutica

Selecciona la resposta que més s'adapti a la teva realitat:

Edat:

- 18-24 25-34 35-44 45-54 55 o més

Gènere:

- Masculí Femení No binari Altres

Anys des del diagnòstic:

- Menys de 1 Entre 1 i 5 Entre 6 i 10 Entre 10 i 20 Més de 20

- Podries especificar quins han estat els motius que t'han portat a deixar el tractament?
 - La pròpia malaltia (pensaments intrusius).
 - Els prejudicis i les crítiques de la gent.
 - Creure que ja no necessitava el tractament.
 - Altres:
- T'has plantejat alguna vegada abandonar el tractament per evitar que la gent et tractés com a un "malalt" i evitar així prejudicis i comentaris de la gent cap a la teva persona?
 - Si
 - No
 - No ho havia pensat, però pot ser si que m'ha influenciat una mica.
- D'altra banda, que és el que t'ha fet tornar a demanar ajuda?
 - La malaltia en si (apareixien nous símptomes que no podia controlar)
 - La gent del meu entorn.
 - Alguna situació que s'ha descontrolat.
- Quins creus que són els prejudicis de la gent cap a tu, pel fet de patir esquizofrènia?
 -
- D'aquests prejudicis i opinions que esmentes, creus que alguns són certs? Quins?
 -