Valoración de la Salud Mental Positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem

Mª Dolores Miguel Ruiz

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (**www.tdx.cat**) i a través del Dipòsit Digital de la UB (**diposit.ub.edu**) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (**www.tdx.cat**) y a través del Repositorio Digital de la UB (**diposit.ub.edu**) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

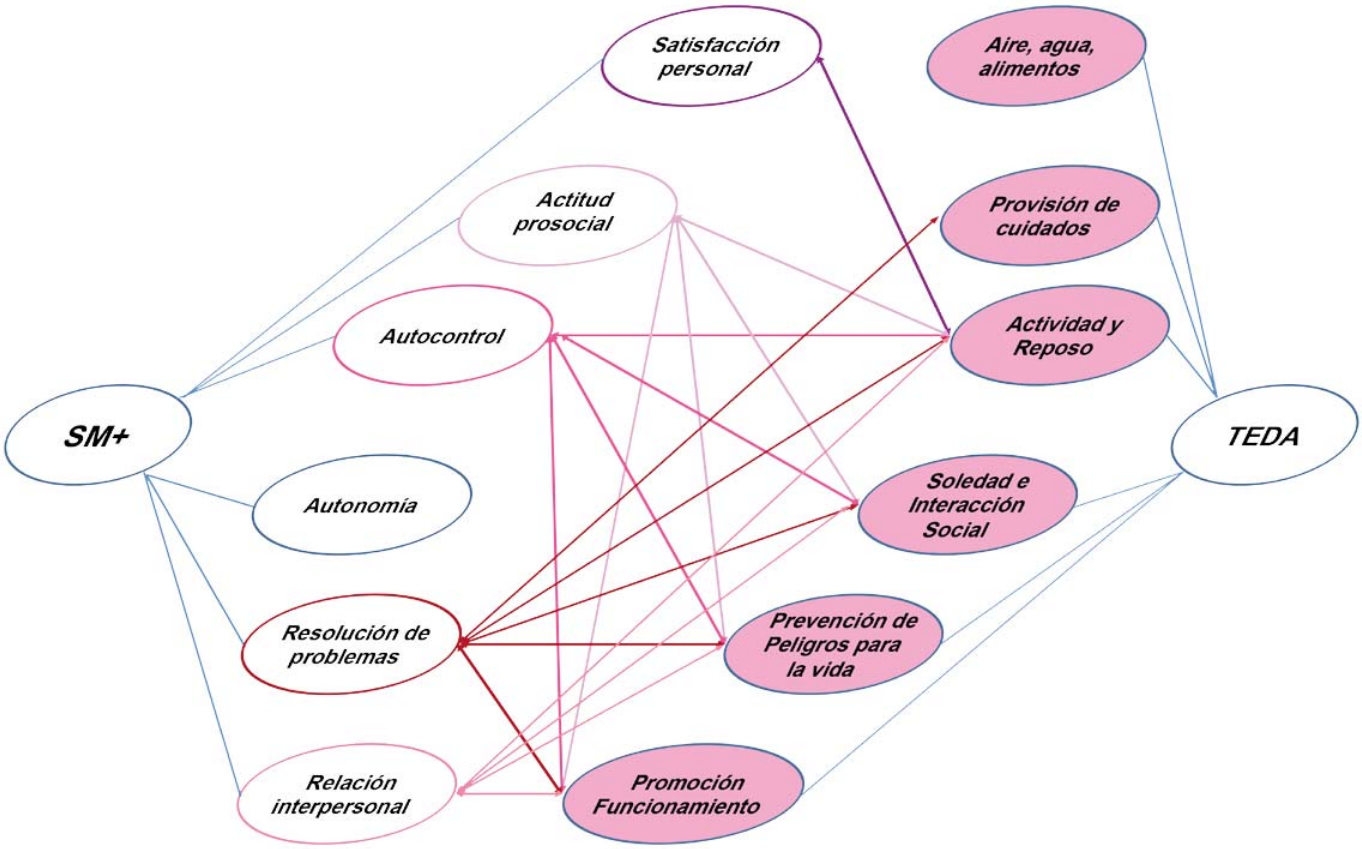
WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (**www.tdx.cat**) service and by the UB Digital Repository (**diposit.ub.edu**) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

UNIVERSITAT DE BARCELONA
Programa de Doctorat en Ciències Infermeres

TESIS DOCTORAL

Valoración de la Salud Mental Positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem

Mª Dolores Miguel Ruiz



Universitat de Barcelona

EU d'Infermeria

Dos Campus d'Excel·lència Internacional

B:KC Barcelona Knowledge Campus

HUBc Health Universitat de Barcelona Campus

TESIS DOCTORAL

Valoración de la Salud Mental Positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem

Mª Dolores Miguel Ruiz

Directores
Dra. Mª Teresa Lluch Canut
Dr. Juan Francisco Roldán Merino

Barcelona, 2014

Con todo mi cariño a Ramón, mi amor, a mis niñas, Mercè, Anna y Lourdes,
a mis chicos, Braulio, Jaume y Valentí,
a mis peques, Teo, Josep, Martí y Lluc

Agradecimientos

Mi más sincera gratitud a todas y a cada una de las personas que me han acompañado en este caminar. Sintiendo su afecto y su amistad.

Con todo mi cariño, a mis directores de tesis Mª Teresa Lluch y Juan Roldán por la confianza que han depositado en mi. Sin ellos y sin su soporte, su paciencia, sus consejos y grandes dosis de humor no hubiera podido superar la distancia existente entre el inicio de una tesis y su finalización. Por todo ello, muchas gracias.

Al Dr. Joan Guàrdia, por dedicarme su tiempo como profesor con sus agradables clases de estadística y posteriormente por su acompañamiento y ayuda.

Quiero agradecer a Amèlia Guilera por todas las facilidades que me ha brindado para llevar a buen puerto esta tesis.

A Judit Boluña, por gestionar de forma excelente todos los recursos para editarla.

A Ana María Merino, por su ayuda en la gestión de las referencias bibliográficas.

A mis compañeras y compañeros de la EUI Sant Joan de Déu que han soportado durante este tiempo mis alegrías y mis penas. Quiero hacer una especial mención a Àngels, que ha puesto en mí su ilusión, y a Bárbara por su apoyo y coraje.

A mis colegas de la EUI de Bellvitge que me han acogido durante mi estancia predoctoral como una más entre ellas. Y sobre todo, especial agradecimiento a la Dra. Assumpta Rigol, que me ha dado su apoyo y facilitado los recursos necesarios para avanzar día a día.

Agradezco a mis compañeros que me han ayudado a recoger la muestra de este estudio, en especial a Isabel Márquez, Pilar Herrero, Isabel Feria y Jordi Quilez.

Quiero dar mis más sinceras gracias a todos los pacientes que han participado en el estudio, por su colaboración desinteresada. Sin ellos hubiera sido imposible esta investigación.

Yo no sería ni estaría si no fuera por mis padres, Juan y Josefa, quiero agradecerles desde mi interior y mirando al cielo todo lo que han hecho por y para mí.

Gracias a mi familia, a todos y cada uno de ellos, mi marido, mis hijas, mis yernos y mis nietos, ya que han estado presentes ofreciéndome ayuda y ánimo, pero sobre todo mucho amor.

Al padrí Melcior y a la padrina Montserrat les agradezco darme todas las tardes un paréntesis a mi trabajo de investigación y hacerme centrar en las fichas del dominó.

A Maribel, mi amiga incondicional desde la infancia, que me ha dado siempre su soporte y me ha acompañado, sin tener que pedírselo, en esta nueva aventura.

No quiero olvidar a mis amigos que están siempre a mi lado y que me han animado en todo momento, a Eduard, Dori, Javier, Bea, José Luis, Amaya, Pere, Mari, Xavi, Rosa y Eva.

Índice

Índice

Resumen 1

I. Introducción 9

1. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem 12

1.1 Evolución de los cuidados de enfermería y concepto de la disciplina enfermera 12

1.2 Aspectos centrales de la TEDA- Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado 17

1.3 Evaluación del autocuidado 24

2. Esquizofrenia: Características y requisitos de autocuidado 27

2.1 Evolución histórica de la esquizofrenia y estado actual 27

2.2 Requisitos de autocuidado en la esquizofrenia 41

3. Autocuidado y Salud Mental Positiva 42

3.1 Concepto y evolución de la Salud Mental Positiva 43

3.2 Evaluación de la Salud Mental Positiva 48

3.3 Relación entre el Autocuidado y la Salud Mental Positiva 51

II. Justificación del estudio 59

III. Objetivos de la investigación 65

General 65

Específicos 65

IV. Metodología 69

4.1 Diseño del estudio 69

4.2 Lugar de estudio 69

4.3 Población y muestra 69

4.4 Variables objeto de estudio 70

4.5 Fuentes de información e instrumentos de medida 72

4.6 Procedimiento de la recogida de datos 81

4.7 Análisis estadístico 83

V. Resultados 89

Resultados del objetivo 1 89
5.1 Análisis descriptivo de los ítems 90
5.2 Análisis de la fiabilidad de la escala ERA-h 92
5.3 Análisis de la validez de la escala ERA-h 103
Resultados del objetivo 2 111
5.4 Análisis descriptivo del déficit de autocuidado de la muestra de estudio 111
5.5 Perfil de Autocuidado de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia 117
Resultados del objetivo 3 131
5.6 Valores descriptivos de Salud Mental Positiva (SM+) 131
5.7 Correlación entre la salud mental positiva y los requisitos de autocuidado 136

VI. Discusión 143
VII. Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras 157
VIII. Conclusiones 163
IX. Referencias bibliográficas 167
X. Financiación y difusión de la investigación 187
10.1 Financiación de la investigación 187
10.2 Difusión de la investigación 188
XI. Anexos 195
Anexo I: Formulario de datos sociodemográficos y clínicos 195
Anexo II: Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-c) de Roldán 2011 199
Anexo III: Diferencias de contenido entre las dos versiones de la escala ERA (ERA-c y ERA-h) 211
Anexo IV: Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-h) 225
Anexo V: Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana. *Life Skill Profile*.(LSP) 237
Anexo VI: Cuestionario de Salud Mental Positiva (SM+) 249
Anexo VII: Escala de Funcionamiento Global (GAF) 253

Anexo VIII: Aprobación del comité ético de investigación clínica.....257

Anexo IX: Consentimiento informado para el estudio 261

Índice de Tablas

Tabla 1: Descripción de las escalas de Autocuidado basadas en la Teoría de D. Orem 26
Tabla 2: DSM-IV TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales) 31
Tabla 3: Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9 32
Tabla 4: Escalas de medición de la esquizofrenia 33
Tabla 5: Perfil de la persona con diagnóstico de esquizofrenia 42
Tabla 6: Definición de los Factores de SM+ de Lluch 48
Tabla 7: Conductas de criterio de SM(+) por categoría de funcionamiento 54
Tabla 8: Distribución de los ítems de la escala ERA-h, según requisitos de Autocuidado y dimensiones 77
Tabla 9: Distribución por factores de los ítems del CSM+ y valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global 79
Tabla 10: Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala ERA-h 91
Tabla 11: Coeficiente de consistencia interna de la Escala ERA-h 93
Tabla 12: Correlación ítem – total de la escala ERA-h 94
Tabla 13: Escala ERA-h: Coeficiente de Correlación intraclase (CCI) test-retest 96
Tabla 14: Distribución de las diferencias absolutas entre las medidas de las dos escalas ERA-h 99
Tabla 15: Evaluación de la validez discriminante mediante la comparación de medias de la escala ERA-h entre distintos grupos (GAF inferior o igual a 50 y GAF superior a 50 105
Tabla 16: Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij}) 106
Tabla 17: Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio 108
Tabla 18: Características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio 111
Tabla 19: Puntuación media en la escala total ERA-h, según variables sociodemográficas y GAF 115
Tabla 20: Puntuaciones medias en cada dimensión de la escala ERA-h, según variables sociodemográficas y GAF 116

Tabla 21: Relación entre la puntuación media total de la escala ERA-h y el sexo, edad y años de evolución 117
Tabla 22: Baremación escala ERA-h 119
Tabla 23: Media y Desviación Estándar de las Puntuaciones directas de la escala ERA-h 120
Tabla 24: Puntuaciones T para la subescala: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos 121
Tabla 25: Puntuaciones T para la subescala: Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación 121
Tabla 26: Puntuaciones T para la subescala: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo 122
Tabla 27: Puntuaciones T para la subescala: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social 122
Tabla 28: Puntuaciones T para la subescala: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano 123
Tabla 29: Puntuaciones T para la subescala: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales 124
Tabla 30: Puntuaciones T para el Total escala ERA-h 125
Tabla 31: Puntuaciones medias en la escala total SM+, según variables sociodemográficas y GAF 134
Tabla 32: Puntuaciones medias en cada subescala de la escala SM+, según variables sociodemográficas y GAF 135
Tabla 33: Análisis de correlación entre factores específicos de la escala SM+ y los diferentes Requisitos de Autocuidado de la escala ERA-h 138

Índice de Figuras

Figura 1: Metaparadigma de D. Orem 15
Figura 2: Configuración de la disciplina enfermera 15
Figura 3: Requisitos de autocuidado de desviación de la salud 20
Figura 4: Sistemas de enfermería según la Teoría de D. Orem 24
Figura 5: Situación geográfica de los hospitales de la provincia de Barcelona 69
Figura 6: Distribución de los ítems de la escala ERA-c y de la escala ERA-h 76
Figura 7: Procedimiento de la recogida de datos 82
Figura 8: Distribución de los pacientes según el centro de hospitalización 89
Figura 9: Histograma de frecuencias de la puntuación total escala ERA-h 90
Figura 10: Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de las dos escalas ERA-h 95
Figura 11: Diferencias en los valores de la puntuación de la escala ERA-h entre dos observadores en relación a su promedio 97
Figura 12: Método de Bland y Altman: Diferencia de las puntuaciones frente a la media de las dos escalas ERA-h 98
Figura 13: Histograma de las diferencias de las puntuaciones de las dos escalas ERA-h 98
Figura 14: Gráfico de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA-h 100
Figura 15: Gráficos de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA-h según género 101
Figura 16: Gráficos de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA-h según grupos de edad 101
Figura 17: Gráficos de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA-h según años de evolución 102
Figura 18: Gráficos de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA-h según el GAF 102
Figura 19: Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de la escala LSP y escala ERA-h 103

Figura 20: Puntuación total de la escala ERA-h según los diferentes grupos de GAF (media e intervalo de confianza del 95%) 104
Figura 21: Parámetros estandarizados del modelo 107
Figura 22: Perfil Gráfico con las puntuaciones directas para cada subescala y para el total de la escala ERA-h 128
Figura 23: Modelo Bidireccional de relaciones significativas entre los Requisitos de Autocuidado y la Salud Mental Positiva 139

Abreviaturas

ABDV	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AGFI	*Adjusted Goodness of fit Index*
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
ASA	*The Appraisal of Self –Care Agency Scale*
BBNFI	*Bentler Bonnet Normed Fit Index*
BBNNFI	*Bentler Bonnet Non Normed Fit Index*
BPRS	*Brief Pschiatric Rating Scale*
BSI	*Brief Symptom Inventory*
CCI	Coeficiente de Correlación Intraclase
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS
CGI-S	Escala de Impresión de Gravedad Clínica Global
CSM+	Cuestionario de Salud Mental Positiva
DCA	*Dependent Care Agent Questionnaire*
DCSES	*The Depression Coping Self-Eficacy Scale*
DE	Desviación Estándar
DSCAI	*The Denyes Self –Care Agency Instrument*
DSCPI	*The Denyes Self –Care Practice Instrument*
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la *American Psychiatric Association*
ERA	Escala de Requisitos de Autocuidado
ERA-c	Escala de Requisitos de Autocuidado comunitaria
ERA-h	Escala de Requisitos de Autocuidado hospitalaria
ESCA	*The exercice of Self-Care Agency*
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
EU-GEI	*The European Network of Schizophrenia Network Ford the estudy of Gen-Environtment Interactions*

EUROHIS	Encuesta de salud europea
GAF	*Global Assessment of Functioning*
GAS	*Global Assessment Scale*
GFI	*Gooness-of-Fit Index*
GWAS	*Genomewide Association Studies*
GWBS	*General Well-Being Shedule*
LOT	*Life Orientation Test*
LSP	*Life Skills Profile Scale*
MH-SCA	*The Mental Helath-Related Self-Care Agency Scale*
MIDUS	*Midlife in the United States*
NANDA	*North American Nursing Diagnosis Association International*
NIC	*Nursing Interventions Classification*
NNN	NANDA-NOC-NIC
NOC	*Nursing Outcomes Classification*
OMS	Organización Mundial de la Salud
P	Nivel de significación
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
PANNSS	*Positive and Negative Sindrome Scale*
PD	Puntuación Directa
PSCA	*The Perception of Self –Care Agency Questionnaire*
PSP	*Personal and Social Performance Scale*
R	Coeficiente de Correlación de Pearson
RFS	*The Role Functioning Scale*
RMSE	*Root Mean Standard Error*
SANS	*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*
SAPS	*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*
SBS	*Social Behaviour Schedule*

SCI	*Self-As Carer Inventory*
SCL	*Symptom Checklist*
SF36	*Health Survey Update*
SM+	Salud Mental Positiva
T	Puntuación T
TEDA	Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado
WEMWBS	*Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*

Resumen

Resumen

Introducción

La enfermería es una ciencia incipiente que precisa robustecer sus planteamientos conceptuales y métricos para incrementar la base científica de los cuidados. En la mitad del siglo pasado se desarrollaron diversos modelos y teorías de enfermería que tenían como finalidad explicar el metaparadigma enfermero de persona-entorno-salud y cuidados en función de relaciones específicas, según el enfoque conceptual que se adoptara. Asimismo, se desarrolló un proceso sistemático de cuidados denominado Proceso de Atención de Enfermería que, siguiendo los pasos del método científico, orientó la aplicación de los distintos modelos y teorías en el ámbito específico del cuidar.

Dorothea Orem formuló un planteamiento conceptual de la enfermería desglosado en tres teorías que giran entorno al concepto de Autocuidado entendido como "aquellos cuidados impartidos por uno mismo y para uno mismo". *La Teoría de Enfermería del Autocuidado*, *la Teoría del Déficit de Autocuidado,* junto con *la Teoría de los Sistemas de Enfermería* permiten explicar los cuidados de enfermería desde una perspectiva integral del ser humano (bio-psico-social y espiritual). Son múltiples los problemas de salud-enfermedad que la enfermera atiende. En nuestro estudio nos hemos centrado en la esquizofrenia, una enfermedad crónica que tiene una elevada incidencia, que evoluciona por fases y que en todo el proceso precisa de algún tipo de atención de enfermería.

Nuestro estudio es la continuación de una línea de investigación iniciada por Roldán-Merino, centrada en la operativización de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Orem, en la fase de valoración de requisitos de autocuidado de personas afectadas de esquizofrenia. Roldán-Merino construyó una Escala para evaluar los Requisitos y la validó en pacientes atendidos en la comunidad. Siguiendo esta línea de trabajo y tenido en cuenta las aportaciones que Orem realiza en relación a la importancia de que la

enfermera tenga en cuenta los comportamientos de salud mental positiva de las personas a quien cuida, la finalidad de este estudio ha sido por un lado la continuidad y por otro el avance en nuevos aspectos del cuidado enfermero, especialmente en relación al Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999) configurado por 6 factores: Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de Problemas y Autoactualización, y Habilidades de Relación Interpersonal.

Objetivos:

Tomando en cuenta todos los planteamientos que acabamos de señalar el objetivo general fue evaluar el nivel de Salud Mental Positiva y el nivel de Autocuidado en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem y los objetivos específicos fueron: validar a nivel clínico la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-h) adaptada a población hospitalizada; identificar el perfil de Autocuidado de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia según la Teoría de D. Orem; y explorar la relación entre la capacidad de Autocuidado y la SM+.

Metodología:

Se trata de un estudio psicométrico, descriptivo y correlacional, realizado en las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y subagudos de cuatro hospitales de la provincia de Barcelona. La muestra de estudio estuvo configurada por 264 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y edad igual o superior a 18 años. Se recogieron variables referidas a características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios); variables referidas a aspectos clínicos de la muestra (tipo de medicación, años de evolución de la enfermedad, puntuación de la actividad del funcionamiento global); variables referidas a los requisitos de autocuidado (nivel de déficit global de autocuidado y de cada uno de los ocho requisitos específicos de autocuidado); variables referidas a la salud mental positiva (nivel global de salud mental positiva y de cada uno de los seis factores específicos de salud mental positiva).

Los instrumentos utilizados para la recogida de las variables fueron: a) formulario de datos sociodemográficos y clínicos construidos ad hoc por el equipo investigador; b) Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-c) de Roldán-Merino (2011) y Roldán-Merino, Lluch-Canut, Menarguez-Alcaina, Foix-Sanjuan, y Haro Abad (2014) adaptada a población hospitalaria (ERA-h); c) Escala Life Skills Profile de Rosen, adaptada al castellano por Bulbena, Fernández de Larrinoa, y Domínguez (1992); y d) Cuestionario de Salud Mental Positiva CSM+ de Lluch Canut (1999).

Para validar a nivel clínico la Escala ERA-h se analizó las propiedades métricas de la escala: análisis de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, análisis de la repetibilidad mediante la concordancia interobservador (coeficiente de correlación intraclase). La validez discriminante se analizó mediante la comparación de medias de la escala ERA con distintos grupos de pacientes (GAF inferior o igual a 50 y superior a 50). La validez convergente o de criterio se realizó mediante el análisis de correlación de la escala ERA con la escala LSP (coeficiente de correlación de Spearman). La validez de constructo se realizó mediante el análisis factorial confirmatorio por el método de mínimos cuadrados generalizados. A continuación se realizó la baremación de la escala ERA-h según la edad del paciente y años de evolución de la enfermedad mediante las puntuaciones directas y puntuaciones Z.

Posteriormente se calculó la correlación mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre la Salud Mental Positiva y la capacidad de autocuidado. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y se consideró que la diferencia entre variables es significativa cuando el grado de significación (p) es menor o igual a 0,05. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (SPSS versión 17.0; SPSS Inc, Chicago, IL, USA) y el EQS para Windows (EQS versión 6.1; Multivariate Software, Inc., Encino, CA, USA) para el análisis factorial confirmatorio.

Resultados:

De los 264 pacientes incluidos en la muestra de estudio la media de edad fue de 43,5 años (DE 12,4), siendo el 70,5% hombres. Un 73,9% estaban solteros y un 13,2% casados o en pareja en el momento del estudio. El 87,1% tenían estudios primarios y/o secundarios, un 8,3% era analfabeto o tan sólo sabía leer y escribir, y sólo el 2,7% tenía estudios universitarios. El 65,2% estaba con tratamiento farmacológico oral. La media de años de evolución de la enfermedad fue de 15,9 años (DE 11,5), El 47,7% tenían una puntuación inferior o igual a 50 en la escala GAF.

En relación a los resultados psicométricos de la escala ER-h: la consistencia interna para el total de la escala ERA-h fue de 0,94 y para cada una de las dimensiones se obtuvieron puntuaciones superiores a 0,70. a excepción del factor 4: provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación que se obtuvo una puntuación de 0.66. El Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para la escala ERA- h total fue de 0,89 y para cada una de las dimensiones se obtuvo un valor superior a 0,70. La media de la puntuación de la escala ERA-h fue superior en los pacientes con un GAF inferior o igual a 50 con diferencias estadísticamente significativa (p=0,0001). La correlación entre la escala ERA-h y la escala LSP, según el coeficiente de Spearman, fue de -0,48 (p<0,0001). El análisis factorial confirmatorio mostró la existencia de 6 dimensiones o variables latentes y 33 ítems o indicadores con un adecuado ajuste del modelo.

Respecto a los resultados del perfil de autocuidado de los pacientes en la escala ERA-h, se obtuvo una puntuación total media de 76,1 (DE 21,0) siendo la mediana de 73,5, con un valor mínimo obtenido de 39 y el valor máximo de 148.

En relación a los resultados obtenidos en el cuestionario de SM+, la puntuación media de los pacientes estuvo situada en 107,8 (DE 16,1) con una mediana de 103, siendo el valor mínimo de 66 y el valor máximo de 156.

Los resultados de la correlación entre la salud mental positiva y el autocuidado como constructos globales fue de r=-0,219 (p=0.001). Todos los Requisitos de Autocuidado de la escala ERA-h correlacionaron significativamente con el cuestionario de SM+ a excepción del requisito I, II y III "Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos" y el Requisito IV "Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación" que no correlacionaron con ningún factor de SM+. El Requisito de Autocuidado que mostró un mayor número de correlaciones fue el requisito V, que correlacionó con cinco de los seis factores de SM+ (F1, F2, F3, F5, F6). Los requisitos de autocuidado VI, VII y VIII correlacionaron con cuatro factores específicos de la escala de SM+ (F2, F3, F5, F6).

Conclusiones:

La Escala ERA-h ha obtenido valores psicométricos favorables tanto en términos de fiabilidad como en términos de validez.

El perfil de Requisitos de Autocuidado de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en unidades de hospitalización de agudos y subagudos, evaluado mediante la escala ERA-h, mostró que a más años de evolución de la enfermedad y mayor edad del paciente más déficit de autocuidado.

En el contexto de la Teoría del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Orem, para un nivel bajo de Requisitos de Autocuidado será suficiente el sistema de cuidados de enfermería basado en el "Apoyo educativo", en tanto que para un nivel medio-alto de Requisitos de Autocuidado será necesario un sistema de cuidados de enfermería "parcialmente o totalmente compensatorio".

La capacidad global de autocuidado evaluada a partir de la escala ERA mostró una relación estadísticamente significativa con la escala de Salud Mental Positiva (SM+), en los requisitos de autocuidado de la esfera psicosocial de la persona. Lo cual nos lleva a plantear un Modelo Bidireccional de Relación entre el Autocuidado y la Salud Mental Positiva de forma que ambos constructos se influyen mutuamente en la esfera psicosocial: a más salud mental positiva más autocuidado y a más autocuidado más salud mental positiva.

I. Introducción

I. Introducción

El trabajo de investigación que aquí se presenta está fundamentado en dos pilares importantes. Por un lado, un primer pilar que refleja el concepto de continuidad del trabajo enfermero. En este sentido, el trabajo de investigación que se ha desarrollado en esta tesis doctoral es la continuación, en parte, de otra anterior presentada por el Dr. Juan Francisco Roldán. Nuestra aportación tiene un componente de continuidad y un conjunto de avances novedosos que en su totalidad contribuyen a incrementar la evidencia científica disponible en relación a los conceptos claves de nuestra línea de investigación: reforzar la operativización de las Teorías de Enfermería y explorar el vínculo entre los conceptos de salud-enfermedad mental y autocuidado.

En concreto, esta tesis doctoral, titulada "Valoración de la Salud Mental Positiva y de los Requisitos de Autocuidado en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem" es un trabajo de investigación basado en una Teoría enfermera, en el que se pretende validar un instrumento construido para valorar los requisitos de autocuidado que presentan las personas afectadas de esquizofrenia, en una fase de evolución de la enfermedad que requiere ingreso hospitalario. Asimismo, se pretende analizar el perfil de capacidad de autocuidado de las personas afectadas de esquizofrenia (total compensatorio, parcialmente compensatorio o apoyo educativo) y explorar la relación con aspectos positivos de salud mental.

Se han elaborado nueve capítulos. Los tres primeros son teóricos, centrados en aportar información acerca de conceptos que sirven para enmarcar posteriormente el planteamiento del problema objeto de estudio. El primero de ellos gira entorno a la Teoría de Dorothea Orem, una enfermera contemporánea importante que desde hace años es fuente de orientación en nuestro desarrollo profesional, tanto a nivel docente como en el ámbito de la investigación. En el segundo capítulo hemos planteado de forma sintetizada una visión global de una de las enfermedades mentales de mayor prevalencia y sobre la que hemos centrado nuestro trabajo empírico: la esquizofrenia. Una

enfermedad que por sus características de cronicidad requiere cuidados de enfermería continuos en mayor o menor grado. Y dado nuestro contexto de trabajo –Escuela de Enfermería de Sant Joan de Déu, siempre hemos estado participando y contribuyendo, desde la docencia, la asistencia y la investigación, en proyectos comunes para potenciar la finalidad última de la Orden, que es la de ofrecer cuidados integrales y de calidad a las personas afectadas de problemas de salud mental. En esta línea, el tercer capítulo teórico de esta tesis "Autocuidado y salud mental positiva" se ha planteado para reforzar el vínculo entre los cuidados de enfermería centrados en la Teoría de Autocuidados de Orem y la perspectiva positiva de la salud mental, reforzando la idea de que para incrementar la calidad del cuidado es importante que la enfermera sea sensible tanto a los requisitos de autocuidado que la propia enfermedad mental genera como a las respuestas positivas que la persona conserva.

El cuarto capítulo describe los puntos básicos de la justificación de esta tesis doctoral. Y en el capítulo quinto se desarrollan los objetivos e hipótesis formulados que nos sirven de guía para nuestra investigación.

El trabajo empírico se ha descrito en cuatro capítulos: el sexto, correspondiente a la metodología en el que se presenta el diseño, estructura y procedimientos utilizados en el estudio para alcanzar los objetivos e hipótesis planteados; el séptimo, en el que se detallan los resultados obtenidos del estudio en relación a la adaptación y validación de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) basada en la Teoría de D. Orem, así como el perfil de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y la correlación del autocuidado y la salud mental positiva y, por último, los capítulos octavo y noveno donde se explica la discusión y las conclusiones, respectivamente.

El segundo pilar en que se fundamenta esta investigación tiene un componente personalizado que describiré desde la primera persona. En mi trayectoria profesional realicé la especialidad de enfermería de salud mental. Tanto antes de iniciar la formación especializada como a lo largo de los años posteriores, mi

sensibilidad y mi interés por los cuidados de enfermería de salud mental han estado presentes continuamente, asistiendo a congresos de salud mental de ámbito nacional y autonómico y participando en grupos de discusión y en proyectos de investigación. Formo parte de la *"Xarxa de Recerca d'Infermeria de Salut Mental i Addicions de Catalunya"*. Asimismo, en mi actividad docente, impartiendo la asignatura de Enfermería Comunitaria, siempre he transmitido a mis estudiantes, por un lado, la importancia de valorar el cuidado de la propia salud, y por otro, el interés por detectar precozmente situaciones potenciales de riesgo que pueden abocar a un problema de salud mental. Y por supuesto he intentado en todo momento transmitir las actitudes, los conocimientos y las habilidades para la práctica asistencial, así como los valores de profesionalidad, generosidad y respeto (entre otros muchos que, por no dejarme ninguno, no menciono) que todo ser humano se merece, de forma especial las personas afectadas de un problema de salud mental.

Apoyándonos en estos dos pilares (continuidad del trabajo enfermero y experiencia personal), hemos realizado un trabajo de investigación que pensamos que aporta conocimientos suficientes para generar nuevos interrogantes de estudio y facilitar que futuros enfermeros puedan continuar aportando evidencia científica en la línea de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de D. Orem, en la validación de la escala de requisitos de autocuidado ERA y/o en la perspectiva de la salud y la enfermedad mental.

1. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

1.1 Evolución de los cuidados de enfermería y concepto de la disciplina enfermera

La historia de enfermería se ilustra desde el inicio de la humanidad, ya que siempre ha habido personas con déficit de capacidad para valerse por sí mismas y por tanto siempre ha existido la necesidad de cuidar. A partir de *Florence Nightingale* se inicia la enfermería profesional. Esta enfermera, durante la guerra de Crimea se dedicó a planificar y organizar los cuidados que necesitaban los heridos.

Nightingale tenía una visión muy clara, refiriéndose a la enfermería como el arte del cuidado:

> "… la Enfermería es un arte, y si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor, pero ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las bellas artes casi diría, la más bella de las bellas artes..." (Nightingale, 1990).

La filosofía de Nightingale ha estado presente durante más de un siglo, pero durante la primera mitad del siglo xx el rol que la enfermería adoptó fue el de dar asistencia al médico. La mayor parte de los textos que se utilizaban en la formación académica de las enfermeras eran escritos por médicos y también a ellos se les solicitaba que dieran la formación en las aulas y en las salas de los hospitales. La mayoría de ellos basaban la formación en aspectos fisicoquímicos, lo cual hizo que la filosofía del cuidado quedara reducida a aspectos patológicos (Dominguez-Alarcon, 1986, 1999; García, Pancorbo, y Rodriguez, 2001; Santo Tomas, 2000).

A partir de mediados del siglo XX se reinicia el desarrollo y conceptualización de la teoría de enfermería. La enfermería comienza a ser una profesión

autónoma, basada en el conocimiento científico y teórico propio (Collière, 1993, 1997; Fernandez, 2000; Tontini, 1998).

Entre los motivos que se señalan en la literatura por los que se cree que surgen nuevos intentos de conceptualización de la disciplina enfermera, en Estados Unidos entre 1950 y 1959, se encuentran los siguientes:

- El desencanto con el modelo médico.
- El empleo y la liberación de las mujeres durante el período de guerra.
- El surgimiento de instrucción universitaria para las enfermeras.
- El establecimiento de la primera revista de enfermería académica *Nursing Research.*
- La búsqueda de un estatus profesional.
- La necesidad de desarrollar una base científica para la enfermería.
- Las expectativas y la participación creciente del paciente en su proceso de salud-enfermedad.

Una de las ramas de la enfermería que reinició el pensamiento teórico fue la enfermería psiquiátrica, con Hildegard Peplau en el año 1952 (Peplau, 1988, 1992). Ella fue quien elaboró el primer modelo de enfermería, que posteriormente sirvió de base para otros modelos y teorías (Cutcliffe, McKenna, y Hyrkäs, 2011).

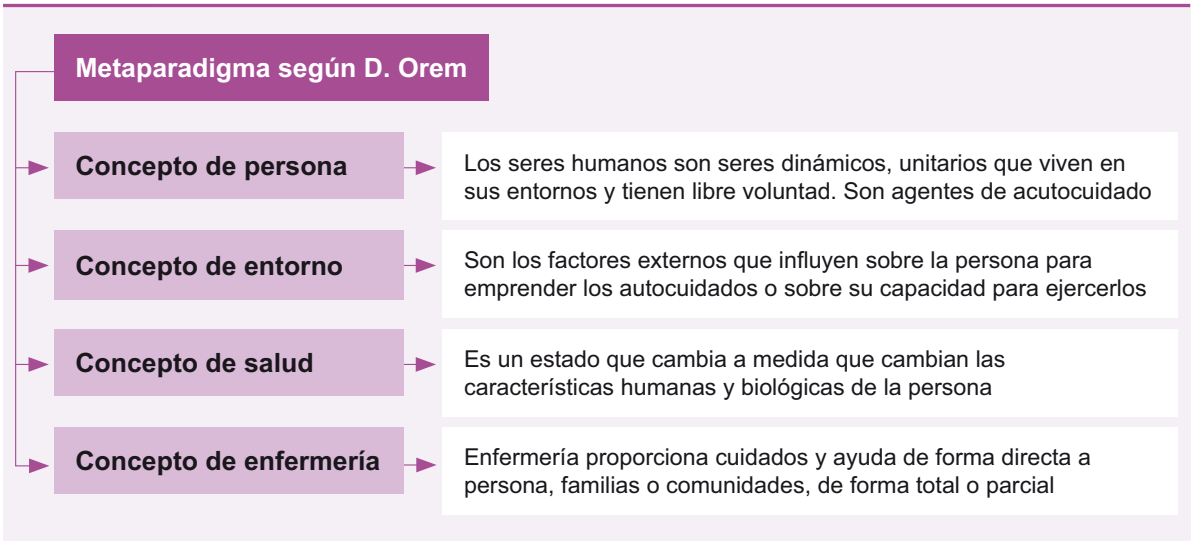
No obstante, la evaluación de los primeros 25 años de la revista *Nursing Research*, en la década de los setenta del siglo pasado (Alligood, 2011), reveló que los estudios de enfermería carecían de conexiones conceptuales y marcos teóricos de referencia. Por tanto, aparece una nueva toma de conciencia de la necesidad del desarrollo de conceptos y teoría. Esta inquietud aparece por dos situaciones concretas del momento: la estandarización de programas educativos para los estudios de másteres en enfermería según los criterios de reconocimiento de la *National League for Nursing*, y la decisión de que los estudios de doctorado deberían tratar sobre enfermería. Todo ello hace que el desarrollo de las teorías y modelos evolucione significativamente en las últimas cinco décadas, lo que ha llevado finalmente al reconocimiento de la enfermería

como disciplina, con un cuerpo de conocimientos propios y una profesión disciplinar dirigida al cuidado de las personas.

La disciplina enfermera tiene una estructura que se basa en afirmaciones teóricas, en relación a la persona (entendida como paciente, familia, comunidad), la salud (sensación de sentirse bien), el entorno (aspectos internos o externos que afectan a las personas) y el cuidado (intervenciones de enfermería, contemplando el grado de autocuidado del propio paciente) (Camaño, 2001; Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, y Major, 1994; Kozier, Erb, Blais, y Wilkinson, 1999).

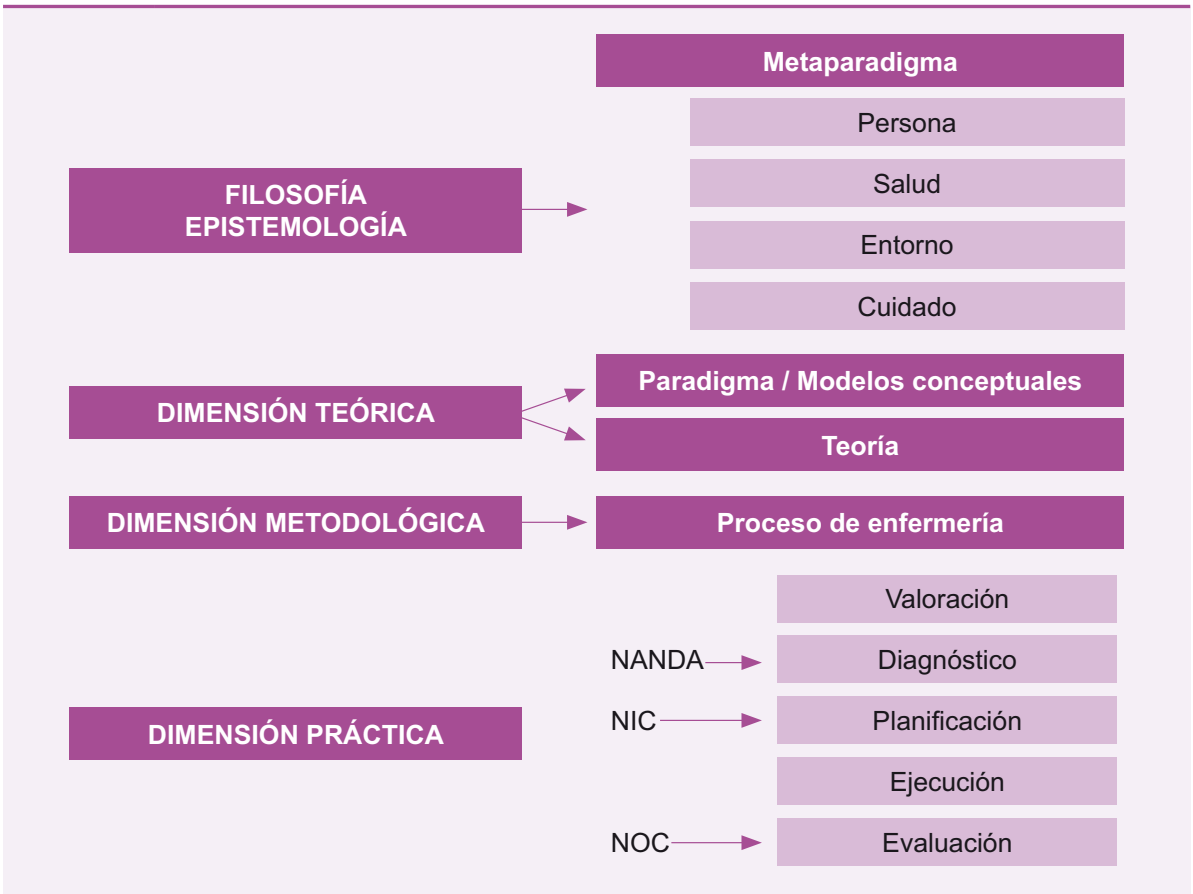
Todo los componentes anteriores: la persona, la salud, el entorno y el cuidado configuran el *metaparadigma* enfermero**;** este es el componente más abstracto de la filosofía de la disciplina enfermera (Fawcett, 1995; Marriner y Raile, 2003; Riehl-Sisca, 1992; Wesley, 1997). Todos los modelos y teorías de enfermería se basan en el metaparadigma y son considerados el *paradigma* de la disciplina, sirven como base para la práctica, la docencia, la administración y la educación enfermera. Según Fawcett (1984) esta relación entre metaparadigma y paradigma mejora la comprensión de los modelos enfermeros, que sirven como marco de referencia y explican cómo observar, analizar e interpretar los fenómenos que interesan a la disciplina. (Alligood, 2011). En España el modelo más utilizado ha sido el modelo de necesidades de Virginia Henderson (Henderson, 1971, 1978, 1987, 1994). Pero como en nuestro trabajo de investigación nos hemos basado en la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Dorothea Orem, en la Figura 1 se detallan los conceptos que según dicha autora configuran el metaparadigma enfermero.

Figura 1 **Metaparadigma de D. Orem**



Gracias a la aportación de los trabajos de las grandes teóricas de la profesión, el concepto de cuidados de enfermería ha evolucionado y desarrollado los contenidos a través de la filosofía, los modelos y las teorías de enfermería que ahora configuran la esencia enfermera, la que podemos llamar "esencia del cuidar" y que describimos de forma gráfica en la Figura 2.

Figura 2 **Configuración de la disciplina enfermera**



Para llevar a la práctica toda la conceptualización teórica ha servido de gran ayuda el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) basado en el método científico y, por lo tanto, da la capacidad de analizar, sintetizar, reflexionar e interrelacionar para explicar los conceptos y valores que componen la teoría. El PAE está estructurado por cinco etapas: valoración de necesidades o problemas, diagnóstico de enfermería, planificación de los cuidados, ejecución de las intervenciones y evaluación de los resultados (Alfaro-LeFevre, 1999; Almansa, 1999; Benavent Garcés, Camaño, y Cuesta Zambrana, 1999; Hernández-Conesa, Moral de Calatrava, y Esteban-Albert, 2003; Iyer, Taptich, y Bernocchi-Losey, 1997; Luckmann, 2000; Luis, 2002; Phaneuf, 1999; Rigol Cuadra y Ugalde Apalategui, 2001; Serrano y Garrido, 2000).

También ha sido relevante la creación y la utilización de las taxonomías enfermeras, las cuales se han adaptado al PAE, proporcionando unos instrumentos de lenguaje unificado. Hay tres taxonomías:

- Taxonomía NANDA I *(North American Nursing Diagnosis Association International)* (Herdman, 2013). Esta taxonomía consiste en las definiciones y clasificación de diagnósticos de enfermería. En el año 1990 se aceptó oficialmente el concepto de “diagnóstico de enfermería”, definido como *“un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera”.*

- Taxonomía NOC *(Nursing Outcomes Classification)* (Moorhead, Johnson, Maas, y Swanson, 2013). Esta taxonomía proporciona resultados e indicadores de resultado sensibles a la intervención de enfermería. Responde a la necesidad de obtener resultados de los pacientes, para medir la calidad de los cuidados que ofertan las enfermeras.

- Taxonomía NIC *(Nursing Interventions Classification)* (Bulechek, Butcher, Dochterman, y Wagner, 2013). La NIC incluye las intervenciones y actividades de enfermería. Las intervenciones van dirigidas a fomentar y proteger la salud así como a tratar y prevenir la enfermedad.

1.2. Aspectos centrales de la TEDA- Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado

Las ideas principales sobre enfermería para Dorothea Orem se fundamentaron en sus experiencias prácticas. Orem se preguntó *"¿En qué estado se encuentra una persona cuando se decide que una enfermera o grupo de enfermeras intervengan en la situación?* Respondiéndose a la pregunta, indica que la necesidad de intervención enfermera es *"la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesarios según las situaciones de la salud personal"* (Orem, 2001). Es así como, mediante sus reflexiones sobre las situaciones prácticas de la enfermera, identificó el núcleo u objeto real de la enfermería.

Orem publica su primera edición de *Nursing: Concepts of Practice* en el año 1971. Desde ese momento, y hasta su última edición y publicación en el año 2001, estuvo implicada en el desarrollo y la conceptualización de la Teoría del Déficit de Autocuidados. Con un grupo de trabajo conocido como el *Orem Study Group* continuó desarrollando y estructurando la conceptualización y el conocimiento enfermero utilizando elementos de la Teoría. Con este trabajo desarrolló la teoría de cuidados dependiente (Taylor, Renpenning, Geden, Neuman, y Hart, 2001) y la ciencia fundamental del autocuidado (Denyes, Orem, Bekel, y SozWiss, 2001).

La Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Dorothea E. Orem está presente a nivel internacional con la traducción de su obra a numerosos idiomas, así como la aplicación empírica en la práctica asistencial en la formación y en la investigación (Berbiglia y Banfield, 2011; Taylor, 2011).

La TEDA se compone de una teoría general que describe la enfermería en el campo de la práctica y que está integrada por tres teorías relacionadas entre sí. Estas son:

a) Teoría del Autocuidado. Describe la práctica que desarrollan las personas para cuidarse de sí mismas.

b) Teoría del Déficit de Autocuidado. Explica las causas o factores que provocan que las personas no puedan cuidarse de sí mismas. También determina el grado de ayuda que ha de proporcionar la enfermera según el déficit de autocuidados que presenten las personas.

c) Teoría de los Sistemas de Enfermería. Explica y describe las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero de forma óptima.

a) Teoría del Autocuidado

Orem define el concepto de autocuidado como “la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano” (Berbiglia y Banfield, 2011). El autocuidado va dirigido hacia “uno mismo” y es realizado por “uno mismo” (Lluch Canut y Novel, 1997). Asimismo, Orem denomina *Cuidado Dependiente* cuando las personas, debido a distintos factores como la edad y/o la presencia de enfermedad física o mental, las personas no pueden mantener el autocuidado para garantizar su bienestar y por tanto necesitan de los cuidados “de otros” (Orem, 1993). En éste sentido podemos considerar el autocuidado y el cuidado dependiente como conceptos iguales, con la única excepción de quién es la persona que realiza la acción.

También Orem identifica el autocuidado como una conducta, una actividad aprendida; en esta línea el autocuidado es un proceso de aprendizaje que se realiza a lo largo de la vida mediante las relaciones interpersonales y la comunicación.

Asimismo define los requisitos de autocuidados como el consejo o acción formulado y expresado, a desarrollar por o para las personas, con la finalidad de controlar los factores de riesgo que afectan al funcionamiento y el desarrollo humano. De hecho, los requisitos de autocuidado son los objetivos a alcanzar y los resultados esperados, por tanto, son la razón del autocuidado (Berbiglia y Banfield, 2011).

La formulación de un requisito de autocuidado comprende dos elementos: uno es el factor que se debe controlar para el buen desarrollo y funcionamiento humano; el otro es la naturaleza de la acción requerida.

Define tres tipos de requisitos de autocuidado: requisitos de autocuidado universales, requisitos de desarrollo y requisitos de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado universales deben alcanzarse mediante el cuidado o cuidado dependiente y están relacionados con la integridad de la estructura y funcionalidad del ser humano en las distintas etapas de la vida. Orem propone en su TEDA ocho requisitos comunes para mujeres, hombres y niños:

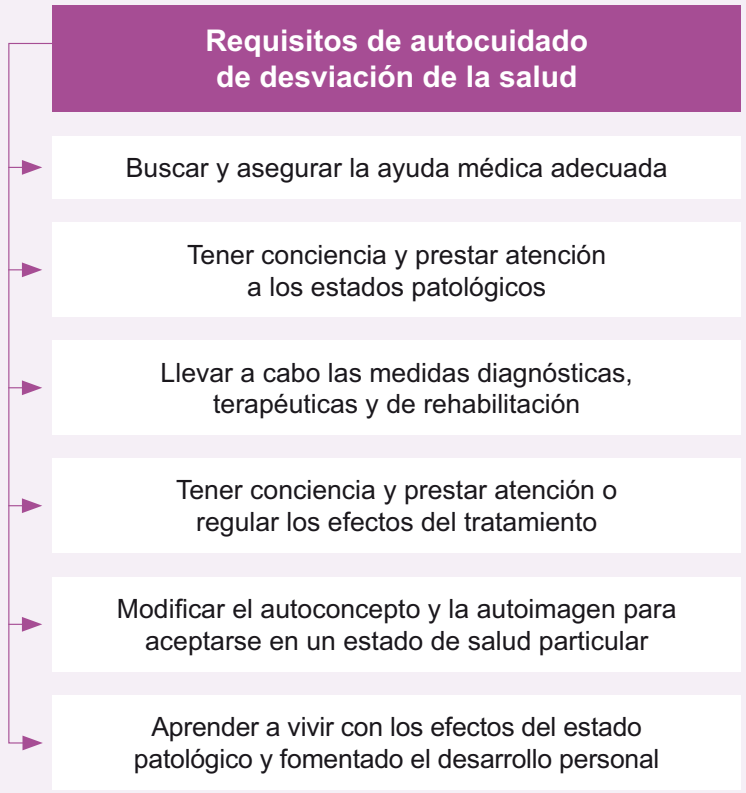
1. El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
3. El mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes.
4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal (Orem, 1993).

Los requisitos de autocuidado de desarrollo están asociados a los acontecimientos que se producen durante todo el ciclo vital, así como algunas situaciones que aparecen y que son adversas, pudiendo afectar al desarrollo del ser humano. Describe dos tipos de requisitos de desarrollo: la provisión de cuidados en las distintas etapas del ciclo vital y la provisión de cuidados para prevenir las situaciones adversas que aparecen durante la vida.

b) Teoría del Déficit de Autocuidado

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud tienen relación con defectos de las personas de tipo constitucional y genético, así como desviaciones humanas estructurales y funcionales. En su Teoría, Orem describe seis categorías, que se detallan en la Figura 3.

Figura 3 Requisitos de autocuidado de desviación de la salud



Por tanto, los individuos se conceptualizan como personas con requisitos de autocuidado y necesidades de autocuidado terapéutico. La *necesidad de*

autocuidado terapéutico se considera como la totalidad de medidas de cuidado regulador que precisan las personas en momentos concretos de su vida. Y, en consecuencia, las medidas de cuidado son las tecnologías desarrolladas o en desarrollo que se utilizan para intentar regular el funcionamiento humano de forma efectiva.

Asimismo, las personas tienen potencial para el desarrollo y ejercicio de una capacidad de acción compleja denominada *agencia de autocuidado*. Este tipo de agencia humana se entiende como la capacidad adquirida y compleja de conocer y satisfacer los componentes de una *necesidad de autocuidado terapéutico* estable o cambiante (Orem y Taylor, 2011). Tanto la agencia de autocuidado como la necesidad de autocuidado terapéutico se entienden como variables del paciente, cuyos valores en el tiempo y a través del tiempo se ven afectados por una gama de factores denominados *factores de condicionamiento básico*.

Estos factores de condicionamiento básico incluyen la edad, el sexo, el estado de desarrollo, el estado de salud, el modelo de vida, los factores del sistema sanitario, los factores del sistema familiar, los factores socioculturales, la disponibilidad de recursos y los factores externos del entorno (Berbiglia y Banfield, 2011). Los factores pueden ser estables en sus efectos de condicionamiento o inestables, como cuando un factor en sí experimenta un cambio continuo o un cambio periódico (por ejemplo, características del estado de salud en caso de lesiones graves o enfermedades críticas del individuo (Orem, 1993).

Cuando las capacidades de agencia de autocuidado de las personas no son adecuadas para conocer o satisfacer sus necesidades de autocuidado terapéutico, se dice que estas dos variables del paciente “conocimiento” y “satisfacción” están en una relación de déficit que se identifica como un *déficit de autocuidado*.

En la práctica de la enfermería, es esencial para las enfermeras prestar atención a las condiciones y comportamientos específicos de los pacientes, para reconocer o buscar información sobre su naturaleza y para determinar su significado para el paciente y para el logro de los resultados en enfermería. Algunas enfermeras tienden a hacer juicios globales sobre los comportamientos del paciente, considerándolos solamente como partes de unos patrones más complejos de funcionamiento o como manifestaciones de la personalidad. Puede que se ignoren comportamientos específicos, que no se les preste atención, y que, por tanto, no se les asigne un significado de cuidado en enfermería.

Los componentes de acción esenciales de los procesos de enfermería revelan hechos sobre dichas carencias. Dos componentes son la determinación de las enfermeras de los componentes de las necesidades (actuales y proyectadas) de autocuidado terapéutico de los pacientes; y de las capacidades y limitaciones (existentes o potenciales) de los pacientes para conocer y satisfacer los componentes acordados de sus necesidades de cuidado (Berbiglia y Banfield, 2011; Orem, 2001).

Frank citado por Orem (1993) afirma que “la salud mental se basa en un cierto grado de tensión” entre los logros de las personas y lo que aún deberían lograr. Pero en situaciones que intervienen las enfermeras, lo que los pacientes deberían lograr en el cuidado de su salud, a menudo se ve, desde su perspectiva enfermera, como algo muy grande e incluso imposible de comprender o de alcanzar.

Otro proceso de enfermería es la intervención de las enfermeras para determinar cómo regulan o pueden regular mejor los pacientes el ejercicio y desarrollo de capacidades para realizar su autocuidado (agencia de autocuidado). Cuando el proceso de enfermería se realiza adecuadamente, las enfermeras tienen conocimiento de la distancia existente entre lo que los pacientes deberían hacer y lo que pueden y no pueden hacer para conocer y satisfacer los componentes de sus necesidades de autocuidado terapéutico,

así como lo que se puede y se debe hacer ahora o en el futuro para salvar esta distancia, hasta el punto en que se pueda salvar (Orem, 1993).

c) Teoría de los sistemas de enfermería

La Teoría de los sistemas de enfermería indica la relación que se establece entre los conocimientos y dominio de las personas sobre los déficits de autocuidado y las acciones que enfermería establece para la resolución de dichos déficits. Las acciones de enfermería vendrán determinadas por un ejercicio deliberado según las capacidades de especialización de enfermería, abarcando el diagnóstico, la prescripción, el control y el seguimiento de la persona (Berbiglia y Banfield, 2011; Orem, 1983).

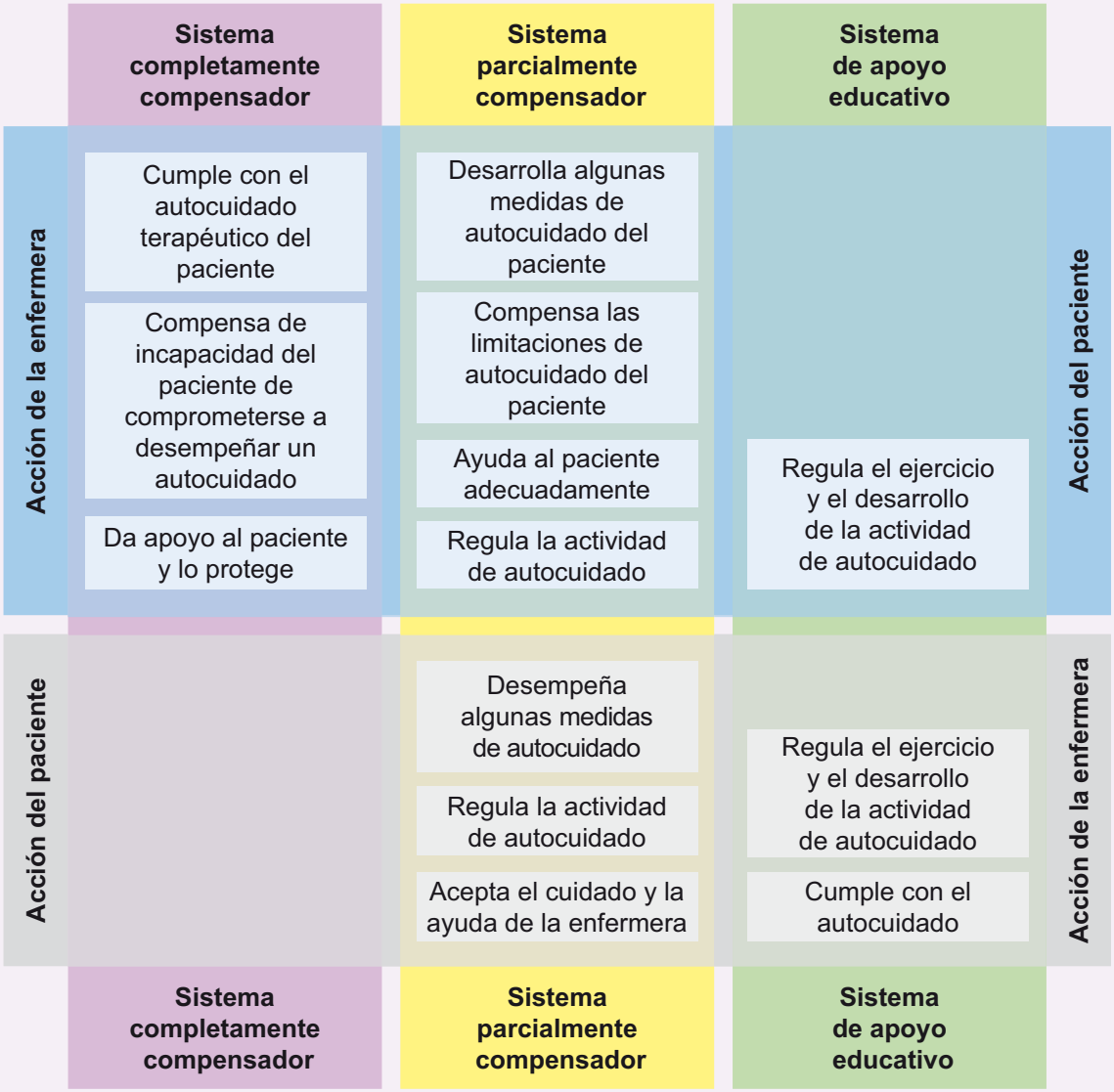
En esta Teoría Orem describe y desarrolla los métodos de ayuda más adecuados para las personas, dependiendo del plan de cuidados individualizado que las enfermeras han diseñado.

Los sistemas de enfermería que define la autora son:

1. Sistema completamente compensatorio: es cuando el paciente no puede desarrollar acciones de autocuidado, la enfermera realiza una suplencia total al paciente.
2. Sistema parcialmente compensatorio: el paciente colabora en su autocuidado pero no es suficiente para cubrir sus necesidades. En este supuesto la enfermera ayuda a realiza aquellos cuidados en los que el paciente no puede y así paciente y enfermera realizan ambos acciones de autocuidado para el paciente.
3. Sistema educativo de apoyo: el paciente consigue el autocuidado y la enfermera participa en la regulación del ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Estos tres sistemas se muestran de forma sintetizada en la Figura 4.

Figura 4 **Sistemas de enfermería según la Teoría de D. Orem**



Fuente: Roldán-Merino, J. (2011). *Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona.

1.3. Evaluación del autocuidado

Para poder planificar los cuidados que necesitan los pacientes es necesario previamente valorar los requisitos de autocuidado. Para ello se han diseñado escalas de medición que se han basado sobre todo en dos áreas de autocuidado: las que valoran la capacidad del paciente para el cumplimiento o adherencia de la medicación prescrita y las que valoran el manejo de los síntomas por el propio paciente (Cutler, 2003).

Según indican varios estudios, cuando el paciente tiene capacidad para reconocer los síntomas de la enfermedad, aparecen acciones de autocuidado, mejorando el funcionamiento global y previniendo las recaídas (Chien y Lee, 2013; Morriss, Vinjamuri, Faizal, Bolton, y McCarthy, 2013; Zou et al., 2013).

Roldán-Merino realizó una revisión exhaustiva para localizar escalas de medición del autocuidado, tanto las fundamentadas en el concepto general de autocuidado como aquellas elaboradas bajo la TEDA de Orem. En relación a las escalas que evalúan el concepto general de autocuidado y analizando con detalle estas escalas cuando se utilizan en pacientes psiquiátricos (población objeto de nuestro estudio), encontró que existían pocas investigaciones con escalas aplicadas a pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional es la escala PSP (*Personal and Social Performance Scale)* que mide el funcionamiento social (Patrick et al., 2009), pero no está traducida ni validada al castellano. En nuestro contexto, la escala más utilizada es la LSP *(Life Skills Profile)* adaptada al castellano por Bulbena (Bulbena et al., 1992)

En el estudio de las escalas basadas en la TEDA de Orem, los resultados de la revisión realizada por Roldán-Merino aportaron 9 escalas, cuyos aspectos más destacados se presentan de forma resumida en la Tabla 1. Ninguna de las escalas localizadas ha sido diseñada para pacientes con esquizofrenia.

Con estos resultados, Roldán-Merino elaboró una escala específica para evaluar los requisitos de autocuidado en pacientes con esquizofrenia basada en la TEDA de Orem. La escala de Roldán-Merino (2011), denominada ERA-Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) ha sido diseñada en castellano y validada en población con esquizofrenia en el ámbito de la atención comunitaria. Está escala será descrita en profundidad en el apartado de metodología de nuestro trabajo de investigación ya que configura uno de los instrumentos de medida principales de esta tesis doctoral.

Tabla 1 Descripción de las escalas de Autocuidado basadas en la Teoría de D. Orem

Instrumento	Autor/es	Dimensiones	Tipo de escala
The exercice of Self-Care Agency (ESCA)	Kearney y Fleischer 1979	– Autoestima – Respuesta activa hacia respuestas pasivas a situaciones – Conocimientos – Motivación	Likert
The Denyes Self-Care Agency Instrument (DSCAI)	Denyes 1980	– Capacidad para tomar decisiones – Valoración relativa de la salud – Conocimientos – Niveles de energía física – Sentimientos – Atención a la salud	Likert
The Denyes Self-Care Practice Instrument (DSCPI)	Denyes 1980	– Nutrición y salud – Descanso e interacción social	0 a 100
The Perception of Self-Care Agency Questionnaire (PSCA)	Hanson y Beckel 1985	– Motivación – Capacidades cognitivas para tomar decisiones – Limitaciones cognitivas – Capacidad de movimiento – Repertorio de habilidades	Likert
The Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA)	Evers 1986	– Combina el poder de los componentes de autocuidado con la capacidad para desempeñar productivamente operaciones de autocuidado	Likert
Dependent Care Agent Questionnaire (DCA)	Moore JB, Gaffney KF 1989	– Requisitos de autocuidado – Responsabilidad social – Interacción social	Likert
Self-As-Carer Inventory (SCI)	Geden y Taylor 1991	– Conocimiento de sí mismo – El juicio y decisiones que afectan la producción del autocuidado – Conciencia de sí mismo – Las habilidades físicas y satisfacción con las actividades del autocuidado	Likert
The Mental Health – Related Self-Care Agency Scale (MH-SCA)	West e Isenberg 1997	– La capacidad para mantener la atención, la vigilancia del ejercicio con respecto a uno mismo, uso controlado de la energía disponible, motivación, capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de sí mismo, capacidad para adquirir conocimientos técnicos, repertorio de habilidades cognitivas y perceptivas, capacidad para ordenar distintas acciones de autocuidado	Likert
Cuestionario basado en la Teoría de Orem de Clark	Clark 1998	– Nutrición, descanso, sueño, forma física, actividad, manejo del estrés, apoyo social, seguridad ambiental, calidad de vida y permanecer activo e independiente	Preguntas abiertas
Escala de requisitos de autocuidado (ERA) basada en la Teoría de Orem	Roldán 2011 Roldán et. al 2014	– Requisito de autocuidado: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos – Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación – Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo; soledad y la interacción social – Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano – Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	Likert

Fuente: Adaptado de Roldán-Merino, J. (2011). *Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona.

2. Esquizofrenia: Características y requisitos de autocuidado

2.1. Evolución histórica de la esquizofrenia y estado actual

Los trastornos psiquiátricos presentan en general gran variabilidad en relación a la fenomenología, evolución de la enfermedad o respuesta al tratamiento. Se puede considerar a la esquizofrenia una de las enfermedades psiquiátricas más variables; incluso su variabilidad es considerada como una característica intrínseca de la propia enfermedad (Bernardo y Bioque, 2011; Kaplan, Sadock, y Sadock, 2009; Tandon, 1995).

Son diversos los autores que han descrito la evolución histórica de la esquizofrenia. Señalamos algunos de los trazos históricos más relevantes.

La esquizofrenia ha estado presente a lo largo de los tiempos y en todas las culturas. Pero no es hasta el siglo XIX cuando es observada desde un prisma científico. En Francia, Morel (1809-1873) describió una enfermedad que afectaba a jóvenes que presentaban un lenguaje y gestos estereotipados, con actitud negativa, pérdida de las capacidades mentales y evolución a la demencia; la denominó “demencia precoz”. Posteriormente, Hecker (1843-1909) caracterizó este tipo de demencia como un proceso clínico que presentaba conductas regresivas y deterioro mental en los pacientes y le dio el nombre de “hebefrenia”. Por su parte Kahlbaun (1828-1899), analizando de forma detallada los trastornos psicomotores que presentaban los pacientes, la denominó “catatonía”.

Después, Kraepelin (1856-1926) instauró el paradigma que duró hasta principios del siglo XX y según el cual “el curso del deterioro cognitivo era la característica esencial de la *Dementia praecox”* (Mira y López, 1958). Kraepelin escribió diversos textos sobre la demencia precoz, pero sobre todo cabe mencionar el de “Introducción a la clínica psiquiátrica”. En él relata diversos casos de demencia precoz, formas paranoides y estados finales de esta. Kraepelin describió tres formas clínicas de presentación de la esquizofrenia: la

paranoide, la catotónica y la hebebrénica (Gasto y Vallejo Ruiloba, 2001; Kaplan et al., 2009; Kraepelin y Rubiano, 1905).

Más tarde, Bleuler en 1911, observó que el deterioro no se producía por igual en todos los casos y creyó más oportuno denominarla "esquizofrenia", literalmente *mente escindida*. Utilizó la palabra esquizofrenia para señalar que una de las características principales era la ruptura de las diversas funciones (Bernardo y Bioque, 2011; Garrabé, 1996; López y Moyano, 1943; Novella y Huertas, 2010). Bleuler describió los síntomas de la esquizofrenia y elaboró 4 grupos principales, denominados las 4 A de Bleuler:

- Trastornos de las *Asociaciones* de ideas. Las personas realizan asociaciones de ideas y conceptos sin ninguna lógica entre ellos.
- Trastornos *Afectivos.* Suelen presentar retraimiento, indiferencia, labilidad afectiva y emociones antiguas que las viven como actuales.
- *Ambivalencia.* Los pensamientos, sentimientos y actitudes son contradictorios.
- *Autismo.* Los pacientes están encerrados en un mundo interior sin relación con el mundo exterior.

Bleuler realizó una segunda clasificación considerando los síntomas surgidos directamente del proceso patológico como *síntomas primarios*, y, aquellos que aparecen cuando la psique enferma reacciona, como *síntomas secundarios*. Finalmente, estableció un total de cinco formas clínicas, coincidiendo en tres de ellas con las formas descritas por Kraepelin (paranoide, catatónica y hebefrénica), añadiendo una forma simple y otra "latente", compensada o con poca sintomatología (Novella y Huertas, 2010; Spoerri, 1975).

Durante la década de los cincuenta, Schneider (1887-1967) avanzó con sus aportaciones al desarrollo del concepto de la esquizofrenia desde el punto de vista del diagnóstico clínico. Clasificó la esquizofrenia en: a) *Síntomas de primer orden*, relacionados directamente con la esquizofrenia (sonoridad del pensamiento, escuchar voces que dialogan entre sí, vivencias de influencias corporales, robos del pensamiento); y b) *Síntomas de segundo orden*, que

representan las reacciones del paciente a las vivencias propias del proceso esquizofrénico (ideas delirantes, empobrecimiento afectivo, distimia, perplejidad) (Rodríguez, 2009; Spoerri, 1975). Por otro lado, Crow en el año 1980, clasificó la esquizofrenia en Tipo I (síntomas positivos) y esquizofrenia Tipo II (síntomas negativos) (Bernardo y Bioque, 2011).

Los síntomas positivos son los más llamativos de la enfermedad y se caracterizan por: a) Alucinaciones: se consideran pequeños engaños de los sentidos, percepciones interiores sin un estimulo externo**.** Pueden ser auditivas, táctiles, visuales, gustativas, olfativas; b) Delirio: para el paciente el delirio es la única realidad existente pueden ser delirios de grandeza, religiosos, de culpa o somáticos entre otros; c) Trastornos del pensamiento: la forma en que expresan sus pensamientos deja entrever el pensamiento alterado o trastornado (Kaplan y Sadock, 1999)**.** Estos síntomas positivos pueden ir acompañados por síntomas relacionados con: los sentimientos (excitabilidad, angustia), con alteraciones del sistema vegetativo (palpitaciones, sudores, insomnio, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios) y/o con la motricidad (movimientos extraños, comportamiento agresivo y/o agitado, inquietud corporal, conducta repetitiva) (Centeno, Pino, y Rojo, 2006).

Los síntomas negativos hacen referencia a la disminución o ausencia de conductas y funciones que suelen estar presentes, como desmotivación, apatía, disminución del habla y del pensamiento. Estos síntomas negativos por lo general son más crónicos y persistentes, presentan más resistencia al tratamiento neuroléptico, suelen asociarse con ajuste premórbido anormal y deficiente desempeño en el rol social. Se acompañan de mayor probabilidad de tener trastorno cognoscitivo y evidencias de atrofia cerebral detectable con tomografía computerizada.

Los síntomas negativos tienden a ocurrir unos cinco años antes del episodio psicótico inicial, y los síntomas positivos cerca de la primera hospitalización (Messias, Chen, y Eaton, 2007). A nivel general se considera que la esquizofrenia se inicia con síntomas negativos en un 70% de los casos y con

síntomas positivos en un 10% (Häfner, 1995). Los primeros teóricos incluyendo a Kraepelin y Bleuler, consideraron que los síntomas negativos eran los más representativos de la esquizofrenia pero a lo largo del tiempo se han ido destacando en mayor proporción los síntomas positivos o de primer orden como destacaba Schneider.

Posteriormente otros autores continuaron planteando nuevas propuestas de clasificación como por ejemplo Andreasen, en 1982, que habló de esquizofrenia positiva y esquizofrenia negativa; o como Carpenter y otros, en 1985, que distinguieron dos categorías en los síntomas negativos: primarios y secundarios.

En la actualidad, la comunidad científica internacional define la esquizofrenia a partir de sistemas de clasificación que describimos a continuación.

Sistemas de clasificación actual

Los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales son dos: el DSM (Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la American Psychiatric Association específico para las enfermedades mentales y que refleja las aportaciones de Kraepelin, Bleuler y Schneider (López-Ibor Aliño y Valdés Miyar, 2002) y la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), de la Organización Mundial de la Salud, que tiene un capítulo específico para las enfermedades mentales (*CIE.9.MC: Clasificación Internacional de Enfermedades: 9 revisión: modificación clínica*, 2010). Estas clasificaciones han aportado a la psiquiatría un lenguaje común, ya que por primera vez clínicos e investigadores de diversas partes del mundo empiezan a aplicar el mismo conjunto de criterios diagnósticos operativos para definir trastornos psiquiátricos.

Desde su creación, ambos sistemas han ido evolucionando. En la actualidad, en España, está vigente el DSM-IV (Tabla 2) (aunque el DSM-V ya está publicado en inglés y pendiente de su traducción al castellano). Y la CIE 10. No obstante, en nuestro entorno la versión de la CIE que más se utiliza es la CIE 9 (Tabla 3).

Tabla 2 DSMIV TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales)

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):
(1) ideas delirantes
(2) alucinaciones
(3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
(4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
(5) síntomas negativos, (p. ej., aplanamiento afectivo, alogia o abulia)

Nota: solo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social / laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado del ánimo: El trastorno esquizoafectivo y del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedades médicas: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno de angustia o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:
Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados) especificar también si: *con síntomas negativos acusados.*
Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.
Continuo: (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); especificar también si: *con síntomas negativos acusados.*
Episodio único en remisión parcial; especificar también si: *con síntomas negativos acusados.*
Episodio único en remisión total.
Otro patrón o no especificado.
Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Fuente: American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Tabla 3 Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9

(F20-29) Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas o signos de la lista (1), o al menos dos de los signos y síntomas de la lista (2): que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más (o algún tiempo durante la mayor parte del día).

(1) Al menos uno de los siguientes: a) eco, robo, inserción del pensamiento o difusión de este; b) ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos o percepción delirante; c) voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo; d) ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (p. ej., de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

(2) O al menos dos de los siguientes: e) alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente; f) interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos; g) manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor; h) síntomas negativos, tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

G2. Criterios de exclusión más comúnmente usados: si el paciente cumple los criterios de episodio maníaco (F30) o de episodio depresivo (F32), los síntomas esquizofrénicos (listas [1] y [2]) deben anteceder claramente al trastorno del humor (afectivo).

G3. El trastorno no es atribuible a enfermedad cerebral manifiesta o a intoxicación por alcohol o sustancias psicotropas o una abstinencia de estos.

Fuente: *CIE.9.MC: clasificación internacional de enfermedades: 9 revisión: modificación clínica*. (2010). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Para evaluar las principales características de la enfermedad se han creado diversas escalas que evalúan la esquizofrenia. En la tabla 4 se presenta un resumen de las más utilizadas. (Tabla 4).

Tabla 4 Escalas de medición de la esquizofrenia

Nombre	Autor y año
Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve *(Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)*	Overall y Garham (1962)
Lista de Chequeo de Síntomas 90 *(Symptom Checklist 90, SCL-90)*	Derogatis, Lipman y Covi (1973) Revisada por Derogatis (1983)
Escala de Evaluación del Funcionamiento Global-GAF *(Global Assessment Scale, GAS)*	Endicott, Spitzer y Fleiss (1976)
Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos y Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos *(Scale for the Assessment of Positive Symptoms SAPS, and Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS)*	Andreasen (1982)
Escala de Síntomas Positivos y Negativos *(Positive and Negative Symptoms Scale, PANSS)*	Kay, Opler y Lindenmayer (1989)
Breve Inventario de Síntomas *(Brief Symptom Inventory, BSI)*	Derogatis (1993)

Tipos de esquizofrenia y fases

La esquizofrenia presenta distintas formas de inicio y diferentes fases clínicas. Según las formas clínicas de la esquizofrenia, el DSMIV establece los siguientes **tipos de esquizofrenia**:

Esquizofrenia paranoide. Es la más frecuente, caracterizada por la presencia de delirios y alucinaciones normalmente auditivas. El tipo de delirios son de persecución: “La gente me persigue” de autorreferencia: “La gente me mira” de perjuicio: “La gente me quiere perjudicar”. La edad de inicio está situada alrededor de los 25 años. Es la forma clínica que tiene mejor pronóstico.

Esquizofrenia desorganizada. Los pacientes suelen presentar trastornos de atención, trastornos del lenguaje, trastornos afectivos y trastornos de la personalidad. El inicio de la patología suele ser insidioso y empieza entre los 17/18 años.

Esquizofrenia catatónica. Presenta básicamente síntomas psicomotores. Afecta a la motricidad voluntaria y no a la involuntaria. En los períodos inhibidos el paciente puede presentar una grave y prolongada inmovilidad motriz con catalepsia, pudiendo llegar a la flexibilidad cérea (el paciente se queda inmóvil en la postura que se le ha colocado), hay estupor y puede existir peligro de deshidratación. Cada vez se diagnostica menos esta forma de esquizofrenia.

Esquizofrenia indiferenciada. Los síntomas son variados pero no acaban de ser típicos de ninguna de las formas anteriores.

Esquizofrenia residual. Existe algún episodio previo de esquizofrenia, y en el episodio actual presenta síntomas negativos y no se detectan síntomas positivos. En realidad refleja más una forma de evolución que un subtipo de esquizofrenia.

Asimismo, la clínica de la esquizofrenia varía dependiendo de la **fase que se encuentra** el paciente. En este sentido se establecen los siguientes períodos o fases.

Período o fase prodrómica. Aparición de síntomas inespecíficos. Hay dos tipos de síntomas, los que corresponden a una serie ansiosa (angustia, inestabilidad, inseguridad) y los que corresponden a una serie apática (inhibición, aislamiento social). En la etapa de la adolescencia es difícil discernir entre sintomatología de la propia etapa adolescente y posibles pródromos de la esquizofrenia.

Período o fase inicial. Puede iniciarse de forma aguda: brote psicótico. Suele ser un episodio agudo, inesperado, con o sin antecedentes prodrómicos o de personalidad premórbida (previo a la patología hay rasgos del carácter que hacen pensar en la esquizofrenia). El paciente está confuso, tiene disociación del pensamiento, delirio. No obstante se calcula que el 1% de los pacientes con

esquizofrenia no inicia esta de forma aguda, sino de una forma insidiosa. Las formas insidiosas se caracterizan por un episodio lento, imperceptible pero progresivo. Aparecen síntomas como, trastornos de la conducta, trastornos afectivos, ideas delirantes, alucinaciones auditivas, despersonalización (signo de Abely): el adolescente se mira al espejo y no se reconoce.

Período o fase de estado. En esta fase es cuando aparecen todos los síntomas típicos de la esquizofrenia. Es difícil ver todos los síntomas en un único paciente y dependiendo de la sintomatología predominante se clasificará en un tipo de esquizofrenia o en otro.

Curso y pronóstico

Los trastornos esquizofrénicos no presentan un curso único, sino que dependerá de forma muy particular de cada paciente. Existe una cierta relación del curso de la esquizofrenia con las formas de inicio insidiosas, ya que estas suelen evolucionar hacia un estado de esquizofrenia residual cronificada, con un nivel importante de deterioro en el área cognitiva, social y de adaptación al ambiente, lo que representa que estos pacientes deberán estar al cuidado de sus familias o de las instituciones durante toda su vida.

Por el contrario las formas de inicio agudas evolucionan de forma variable. En primer lugar, estaría el grupo de personas que tras un episodio o brote agudo se recuperan totalmente y vuelven a la situación anterior a la enfermedad. Otro grupo sería el que presenta también un solo brote inicial pero no se recupera quedando una cierta residualización, con conductas que coinciden con los síntomas negativos. Por último, el grupo más numeroso es el que presenta varios episodios agudos con períodos más o menos libres de síntomas positivos. La aparición de los períodos de recaída no solo depende de la dinámica de la enfermedad en sí, si no de varios factores: abandono de la medicación, relación comunicativa y afectiva familiar inadecuada, consumo de sustancias y/o situaciones estresantes, entre otras (Jarner y Talarn, 2010)

Manfred Bleuler clasificó la tipología de la evolución de la enfermedad en dos tipos: uno de curso sencillo, sin remisiones y con inicio agudo (en un período

de unos pocos días, semanas o meses) o bien con inicio crónico (casi desapercibido durante muchos meses o años); y otro de curso episódico con períodos de enfermedad separados por lo menos durante una semana de tiempo de remisión de los síntomas (Modestin, Huber, Satirli, Malti, y Hell, 2003). Diversas investigaciones demuestran que un inicio precoz del tratamiento puede mejorar considerablemente el curso de la enfermedad (Bertelsen et al., 2008; Eack et al., 2009; Horan et al., 2012).

Epidemiología

En las últimas décadas se ha avanzado mucho sobre la epidemiología de la esquizofrenia. Los nuevos datos que han aportado las revisiones sistemáticas han permitido revaluar los datos más antiguos. La mayoría de los estudios señalan que es una enfermedad que afecta aproximadamente al 1% de la población (Stilo y Murray, 2010; Xia y Li, 2007).

Los resultados de distintas revisiones sistemáticas demuestran que existen variaciones sustanciales entre los distintos lugares en relación al número de casos de esquizofrenia, pero por lo general la prevalencia muestra valores similares, 4-7/1.000 habitantes, dependiendo del tipo de estimación utilizado. Pero si que coinciden los estudios en que hay una mayor prevalencia en poblaciones inmigrantes y en países desarrollados (McGrath, Saha, Chant, y Welham, 2008; Saha, Chant, Welham, y McGrath, 2005).

Analizando la incidencia a nivel internacional, la publicación del informe preliminar del estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ocho lugares de siete países, mostró una tasa de esquizofrenia con un rango de entre 7-14/100.000 habitantes. Los autores concluyeron que la incidencia de la esquizofrenia era similar en las distintas poblaciones (Jablensky et al., 1992; Sartorius et al., 1986). Sin embargo, hay discrepancias con otros estudios que si han encontraron una mayor variación de la incidencia entre los distintos países (Messias et al., 2007).

Según diversos estudios, se aprecian diferencias en el género, con tasas significativamente más altas en varones; superior en población urbana frente a las zonas rurales; existe un riesgo relativo de 2,7 en la primera generación de inmigrantes y de 4,5 para la segunda generación y un mayor predominio durante los meses de invierno (Kirkbride et al., 2012; McGrath et al., 2008; Saha et al., 2005; Sutterland et al., 2013)

En España, un estudio realizado por Ayuso et al. estableció una prevalencia promedio de 3 casos por cada 1000 habitantes por año para los hombres y ligeramente más baja para las mujeres, con un 2,86/1000 habitantes, con una incidencia según el género de 0,84/10.000 para los hombres y 0,79/10.000 para las mujeres (Ayuso-Mateos, Gutierrez-Recacha, Haro, y Chisholm, 2006).

En relación a la morbilidad y mortalidad, existe una clara diferencia en población general respecto a la población diagnosticada de esquizofrenia (Casey y Hansen, 2004). Ya Krapelin y Bleuler indicaban en sus estudios que entre los 15 y los 35 años la tasa de morbilidad era más elevada en pacientes con esquizofrenia, situándose la morbilidad para Krapelin en el 75% y para Bleuner en el 60% (Ey, Bernard, y Brisset, 1978). En la actualidad existen varios estudios que demuestran que los pacientes con esquizofrenia presentan un riesgo de muerte significativamente superior que la población general (Saiz, Bobes, Vallejo, y Giner, 2008). La mortalidad en relación con el género es superior en hombres (Bobes García, Saiz Ruiz, Bernardo i Arroyo, Caballero-Martínez, y Gilaberte-Asín, 2012; Hoang, Stewart, y Goldacre, 2011).

En este sentido, se calcula que la esperanza de vida se ve reducida en un 20% en relación a la población general aproximadamente en 15 años (Dean y Thuras, 2009; Parker, Coupland, y Hippisley-Cox, 2010; Saha et al., 2005; Saiz et al., 2008).

Etiología y factores de riesgo

Se desconocen las causas principales de la esquizofrenia, pero la mayoría de los trabajos se decantan por señalar la influencia de factores genéticos, constitucionales, biológicos y psicosociales (De Frutos, Moltó, y Sanjuán, 2012; Jarner y Talarn, 2010; Kaplan et al., 2009).

Se han desarrollado múltiples estudios genéticos desde el año 2005 hasta la actualidad (Ripke et al., 2013). Estos estudios son conocidos como *Genomewide Association Studies (GWAS)*. El objetivo de todos ellos es relacionar las patologías o trastornos con diversos genes. Estas investigaciones no encontraron una relación clara que asocie un gen o cromosoma a mayor susceptibilidad de padecer esquizofrenia. Sin embargo han encontrado que en el 80% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia había algún componente hereditario. En los próximos años el proyecto *The European Network of Schizophrenia Network Ford the estudy of Gen-Environtment Interactions (Eu-GEI)* deberá investigar la interacción existente entre Gen-Ambiente. Consideran que este nuevo enfoque puede contribuir a un mayor conocimiento del trastorno esquizofrénico, su etiología y la mejora en el tratamiento (Andreassen et al., 2013; Neyndorff, de Winter, y Blom, 2014; Ripke et al., 2013; Valiente, Lafuente, y Bernardo, 2011).

También hay estudios que demuestran que los familiares de pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan un riesgo de padecer la enfermedad 5-10 veces mayor que la población general (Bernardo y Bioque, 2011; Jarner y Talarn, 2010; Valiente et al., 2011). Asimismo la tasa de pacientes diagnosticados de esquizofrenia es más alta en gemelos homocigóticos (Kaplan et al., 2009; Maziade y Raymond, 1995; Sullivan, Kendler, y Neale, 2003).

Los trabajos sobre bioquímica cerebral han aportado resultados sobre la acción de factores biológicos en la etiopatogenia de la esquizofrenia. Las hipótesis

más importantes son las que se refieren a los neurotransmisores, y entre ellas, las que implican a la dopamina (De Frutos et al., 2012; Jarner y Talarn, 2010; Liu, Liu, An, Zhang, y Wang, 2012; Rodriguez, Bagney, y Palomo, 2011).

Durante décadas la comunidad científica ha investigado y aportado varios estudios sobre factores de riesgo modificables causantes de la esquizofrenia. Hemos de destacar, entre otros:

- *Las complicaciones obstétricas* (definido por una puntuación de Apgar baja) y el retraso motor en la infancia (McGrath y Lawlor, 2011).
- *Los trastornos autoinmunes y la presencia de cualquier infección* se asocian con un aumento de riesgo de la esquizofrenia (Jarner y Talarn, 2010; McGrath y Lawlor, 2011).
- *Los factores asociados a sufrimientos o traumas* durante la infancia: niños que han sufrido abusos, muerte o separación de los padres, parece ser que tienen mayor probabilidad de padecer esquizofrenia (McGrath y Lawlor, 2011; Morgan et al., 2007; Sideli, Mule, La Barbera, y Murray, 2012).
- *La migración:* en algunos países los inmigrantes tienen un mayor riesgo de sufrir esquizofrenia en comparación con individuos nacidos en el propio país o con sus propios compatriotas en su país de origen. Han sido implicados en estos hallazgos mecanismos relacionados con el estrés (Veling, Hoek, Selten, y Susser, 2011).
- *El Déficit de vitamina D* puede ser un factor de riesgo. Algunos estudios consideran que personas con déficit de vitamina D tienen mayor probabilidad de padecer esquizofrenia El crecimiento del cerebro es extremadamente rápido en los primeros años de la vida y la ausencia de vitamina D podría interrumpir el ciclo celular (McGrath y Lawlor, 2011).
- *Consumo de cannabis.* Los estudios indican que el consumo de cannabis se asocia con un aumento de casi el doble de probabilidad de desarrollar esquizofrenia (Foti, Kotov, Guey, y Bromet, 2010).

En general, no hemos encontrado estudios concluyentes y, por tanto, los nuevos resultados deben ser usados para el diseño de los próximos estudios, intentando mejorar la comprensión de los factores de riesgo modificables que incidan en la esquizofrenia (McGrath y Lawlor, 2011).

El conocimiento de los factores de riesgo o las causas de la esquizofrenia proporciona una plataforma excelente para el desarrollo de modelos de predicción para la planificación de servicios de salud (Kirkbride et al., 2012).

Tratamiento

La esquizofrenia, tal como se ha indicado, se considera una enfermedad crónica y de aparición temprana. Esto conlleva una demanda importante de servicios sanitarios y sociales, al tiempo que supone una gran carga familiar y económica (*Guia de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*, 2009; Tizón, 2009). Con tratamiento, solo una de cada cuatro personas diagnosticadas de esquizofrenia se recuperarán y la mayoría presentarán síntomas crónicos a lo largo de su vida. Esta sintomatología crónica requerirá episodios repetidos de hospitalización. El problema de las recaídas, 30-40% (Häfner, 1995) y de los reingresos entre los pacientes con esquizofrenia crea gran preocupación tanto a la Administración sanitaria como a la sociedad en general, debido a los costes económicos, sociales y de atención sanitaria que generan (Kay, 2002).

La complejidad de la esquizofrenia y su carácter multifactorial hace que las estrategias terapéuticas se planifiquen de forma integral. Por tanto no se debe contemplar solo desde la perspectiva farmacológica o biomédica, también se ha de tener en cuenta la evolución y pronóstico de la esquizofrenia, así como los factores psicosociales y de rehabilitación. (Economou, Palli, Peppou, y Madianos, 2011; Vila-Rodriguez, Ochoa, Autonell, Usall, y Haro, 2011)

En relación al tratamiento farmacológico, los neurolépticos en la década de los 50 llenaron de optimismo a la comunidad científica, porque aunque ningún neuroléptico proporciona curación, sí que reducen los síntomas psicóticos

agudos y previenen las recaídas de muchos pacientes. No obstante se ha de considerar que no son efectivos en todos los pacientes y algunos incluso empeoran. Los efectos secundarios de los neurolépticos pueden resultar incapacitantes para muchos pacientes, reduciendo significativamente el rendimiento funcional y su calidad de vida (Guo et al., 2010).

En consecuencia de todo lo anterior, los enfermos diagnosticados de esquizofrenia presentan poca adherencia al tratamiento (Lieberman, 2007). Por tanto, se han de tener en cuenta los factores psicológicos y sociales, que interactúan significativamente con los factores biológicos. Se utiliza terapia psicosocial, terapias de soporte y terapia familiar (Granholm et al., 2007).También la terapia centrada en el trabajo, como la ergoterapia y terapia de la creatividad, arteterapia (Ruddy y Milnes, 2005) ayuda a la rehabilitación y mantenimiento de las habilidades de los pacientes para su autocuidado y actividades de la vida diaria. Finalmente, el conjunto de los tres tratamientos (*biológicos, psicosociales* y *de rehabilitación)* combinados sería la terapia ideal para estos enfermos (Gasto y Vallejo Ruiloba, 2001; Kaplan y Sadock, 1999; Kay, 2002).

2.2. Requisitos de autocuidado en la esquizofrenia

Las personas afectadas de esquizofrenia requieren un mayor nivel de autocuidado no solo han de cuidarse de los requisitos universales, sino también de los derivados de su propia enfermedad. Esto hace que los profesionales de enfermería además de conocer los conceptos teóricos de esta patología y sus características clínicas, necesitemos identificar los requisitos de autocuidado que presentan estos pacientes para poder abordar de forma más efectiva los cuidados.

Roldán-Merino (2011) identificó los requisitos de autocuidado, de desarrollo y de alteración de la salud que pueden presentar las personas que padecen una esquizofrenia. Dando lugar a riesgos potenciales que configuran el perfil de una persona diagnosticada de esquizofrenia. Estos riesgos potenciales se describen en la Tabla 5.

Tabla 5 Perfil de la persona con diagnóstico de esquizofrenia

Riesgos potenciales
• Riesgo de consumo de sustancias estimulantes: tabaco, café, cocacolas…
• Riesgo de consumo de tóxicos: hachís, cocaína...
• Riesgo de ingesta excesiva de líquidos (agua...)
• Riesgo de ingesta excesiva de alimentos
• Riesgo de disminución de la actividad (carencia de energía, desmotivación...)
• Riesgo para relacionarse / vincularse a dispositivos... (aislamiento)
• Riesgo de déficit en las medidas de higiene
• Riesgo de vestimenta inadecuada
• Riesgo de dificultad para planificarse el tiempo / dinero (ocio, relaciones personales...)
• Riesgo de incapacidad para solicitar ayuda
• Riesgo de deterioro social / laboral / económico
• Riesgo de dificultad en la toma de decisiones
• Riesgo de dificultad en la incorporación del tratamiento en su vida diaria
• Riesgo de dificultad para asumir sus roles (enfermo, hijo, padre...)
• Riesgo de dificultad para detectar síntomas de descompensación de su enfermedad y los efectos secundarios de la medicación.
• Riesgo de alteración del sueño
• Riesgo de pérdida de autonomía en las ABDV y AIVD (comprar, desplazarse, utilizar el teléfono,...)
• Riesgo de pérdida del control de esfínteres urinarios nocturnos.
• Riesgo de adquirir ETS y embarazos no deseados.

ABDV: actividades básicas de la vida diaria
AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria
ETS: enfermedades de transmisión sexual

Fuente: Roldán-Merino, J. (2011). *Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona.

3. Autocuidado y Salud Mental Positiva

Teniendo en cuenta la complejidad del abordaje y tratamiento de la esquizofrenia, resulta interesante explorar otros planteamientos que dirigen su atención al análisis de la percepción de salud mental positiva que presentan estos pacientes y el grado de autocuidado de los mismos. En este sentido, desarrollamos a continuación algunas definiciones en torno al concepto de "Salud Mental Positiva", así como los principales modelos conceptuales entorno al constructo. Señalamos además los principales instrumentos de evaluación de la salud mental positiva que existen. Y, posteriormente, describimos con detalle los vínculos que Dorothea Orem, como principal autora de nuestra investigación, formula en torno a la relación entre los Requisitos de Autocuidado planteados en su Teoría y la Salud Mental Positiva.

3.1. Concepto y evolución de la Salud Mental Positiva

El Concepto de Salud Mental Positiva (SM+) aparece en la primera mitad del siglo XX, como consecuencia de los cambios generales sobre la salud mental. Estos cambios se relacionaron con el propio concepto en sí mismo y con el abordaje de la salud mental, aceptando que la salud mental es algo más que ausencia de enfermedad. A partir de entonces, el término "salud mental" se utiliza como concepto único para hablar de salud y de enfermedad mental. En este sentido, el enfoque de salud mental positiva acompaña el desarrollo de la perspectiva de la promoción, el fomento y la prevención de la salud mental.

En la actualidad, este planteamiento continúa vigente en la primera década del siglo XXI, como así lo demuestran los diversos documentos y líneas de trabajo que apoyan las principales instituciones políticas y sanitarias (European Commission, 2005; Jané-Llopis, 2007; *Mental Health: Facing the Challenges, building solutions*, 2005, *Mental Health: Facing the Challenges, building solutions. report from the WHO European Ministerial Conference*, 2005, *Policies and Practices for Mental Health in Europe*, 2008, *Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options. Summary report*, 2004; Saxena, Jané-Llopis, y Hosman, 2006).

En España, tanto el Gobierno central como los diversos Gobiernos autónomos contemplan la vertiente positiva de la salud mental en las estrategias y en los planes de salud (*Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, 2007, *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*, 2011; Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2010).

Aunque no existe una definición única de "salud mental", la publicada por la OMS en el año 2001 contempla plenamente su vertiente positiva señalando que "la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (World Health Organization, 2001).

En esta definición queda explícita la idea de que la salud mental es algo más que ausencia de enfermedad. Y, en este sentido, la SM+ es el concepto que sirve para denominar ese algo más que ausencia de enfermedad; un espacio dedicado especialmente a la promoción de la salud mental, ya que se aborda desde la ausencia de enfermedad, con una perspectiva de refuerzo y desarrollo del funcionamiento óptimo del ser humano (Barry, 2009; Lluch Canut, 2008).

Sin embargo, en esta perspectiva positiva de la salud mental no hay un criterio unificado. Podríamos contemplar a la SM+ desde dos enfoques:

1. *La salud mental positiva como concepto*. Esta se suele definir a partir de términos relacionados tales como bienestar, calidad de vida, resiliencia, sentido de coherencia, optimismo, felicidad.

2. *La salud mental positiva como constructo*. En esta línea se han planteado diversos enfoques conceptuales y métricos de gran interés (Kovess-Masfety, Murray, y Gureje, 2005). Uno de los más destacados es el Modelo Multifactorial de Lluch Canut (1999) basado en planteamientos conceptuales (Jahoda, 1958).

Desde la perspectiva de la SM+ como constructo hay dos modelos que son de interés en nuestra línea de investigación. Por un lado, el modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda es importante porque se considera el primer abordaje conceptual que se hizo del constructo. Por otro lado, describiremos el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva planteado por Lluch Canut (1999) porque es un modelo que da continuidad al trabajo conceptual de Jahoda, tiene una base empírica (ya que dispone de un instrumento de medición) y constituye un objetivo importante de nuestro trabajo de investigación porque se intenta estudiar la relación entre el autocuidado y la salud mental positiva a partir del modelo y del instrumento de medición planteado por Lluch Canut (1999).

Modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda

El modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda (1958) parte de las ideas generales sobre el concepto que tiene la autora de salud mental. Ella considera que la salud mental es un término ambiguo y difícil de definir y, en este sentido, su trabajo tiene como objetivo profundizar en la descripción del concepto. Defiende la necesidad de profundizar en el término “salud mental”, ya que tanto los Gobiernos, para poder planificar en salud, como los profesionales, para planificar las intervenciones más adecuadas, necesitan tener un concepto de salud mental claro y conciso que oriente su actividad.

Jahoda considera que el ambiente y la cultura influyen en la salud y en la enfermedad de las personas, pero es incorrecto hablar de “sociedades enfermas” o de “comunidades enfermas”. La salud mental positiva la visualiza desde una perspectiva psicológica, pero cree en la influencia mutua entre los aspectos físicos y los mentales del ser humano. Sin embargo, sugiere que tener una buena salud física es una condición necesaria pero no suficiente para tener una buena salud mental. Además considera que la ausencia de trastorno mental es un criterio necesario pero no suficiente para definir la salud mental positiva.

En principio, los criterios de salud mental positiva son aplicables tanto a personas enfermas como a personas sanas. En la práctica clínica, considerar los aspectos sanos de los pacientes puede resultar de gran utilidad para la intervención terapéutica. No obstante hay profesionales clínicos que son más sensibles a las manifestaciones de trastorno que a las de salud.

Por otro lado, no todos los profesionales tienen una misma concepción de la vertiente positiva de la salud mental. Jahoda hace referencia a una investigación informal que llevó a cabo el director de la Joint Commission on Menthal Illness and Health (Comisión Conjunta para la Enfermedad y la Salud Mental), Dr. J.R. Ewalt preguntando a un grupo de expertos lo que significaba para ellos “salud mental”; la mayoría describieron sus ideas en términos de felicidad, bienestar o contento. En general se considera que las personas son felices si están en armonía con lo que la vida les ofrece. Paralelamente la Joint Commission generó diferentes estudios, a Jahoda le encomendó investigar y profundizar en el concepto de “salud mental positiva” (Jahoda, 1958).

La monografía publicada por Jahoda (1958) fue y es un punto de referencia básica para la conceptualización y el abordaje de la salud mental desde una perspectiva de promoción de la salud (Jané-Llopis, 2007; Keyes, Dhingra, y Simoes, 2010; Sanchez, 1991; Strupp y Hadley, 1977; Tizon, 1996). Su estudio destaca la necesidad de superar los conceptos de “salud mental” dirigidos a la prevención o el tratamiento y avanzar hacia una intervención centrada en potenciar el desarrollo personal positivo.

Formulo seis factores generales (F1-Actitudes hacia uno mismo, F2-Crecimiento y Autoactualización, F3-Integración, F4-Autonomía, F5-Percepción de la realidad y F6-Dominio del entorno) y dieciséis criterios específicos que podían explicar el constructo, pero no exploró su posible medición. En este sentido se pueden considerar los planteamientos de Jahoda como un modelo teórico de conceptos que pueden servir de punto de referencia para reflejar la necesidad de potenciar el estudio de la vertiente positiva de la salud mental. Pero no es de utilidad clínica porque no está operativizado.

Modelo Multifactorial de SM+ de Lluch

En este sentido Teresa Lluch, en el año 1999, operativizó e intentó evaluar empíricamente, en población de estudiantes de enfermería, el Modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda**.** Diversos estudios la condujeron a la formulación de un modelo propio, con algunos factores diferentes a los formulados por Jahoda y, en realidad, mucho más acordes con los estudios actuales acerca de la salud mental (Lluch Canut, 2003)**.** El Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (Lluch Canut, 1999) está planteado desde la perspectiva holística de la salud, considerando la existencia de una estrecha interrelación entre la salud física y la salud mental. Sin embargo, la relación entre la salud física y mental, y entre los factores sociales, biológicos y psicológicos de estos estados positivos es compleja. La interacción de la enfermedad física y la enfermedad mental está bien limitada y su complejidad cada vez es más explorada. Pero la investigación que define los estados positivos de la salud mental es limitada. Sin embargo, existen algunas investigaciones sobre la influencia de los estados de ánimo positivos en la salud física (Puig-Llobet, Rodriguez-Avila, Farràs Farrà, y Lluch Canut, 2011; Sosa, 2009). La consecuencia de estudiar esta relación es que la salud mental positiva puede ser considerada como un aspecto importante en la salud global de la persona, actuando como factor protector de la salud física (Antonovsky, 1996; Herman, Saxena, y Moodie, 2005; Kovess-Masfety et al., 2005; *Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options. Summary report*, 2004; Raphael, Schmolke, y Wooding, 2005; Rutter, 2006).

En sus escritos, Lluch Canut demuestra su sensibilidad hacia la salud mental positiva “Aprendí mucho de las grandes lecciones que me transmitieron algunos pacientes”, o “intentar inculcar a los alumnos salud mental positiva; tanto para su crecimiento personal como para que ellos puedan potenciarla en sus pacientes” (Lluch Canut, 1999).

El objetivo principal de Lluch Canut fue elaborar una escala de valoración que sirviera de instrumento para medir la salud mental positiva. Para conseguir su objetivo realizó varios estudios hasta completar la estructura final de su escala. En su primer estudio analizó en profundidad el constructo del Modelo de Jahoda y llegó a la conclusión de que la estructura de los 16 subfactores o dimensiones no se cumplían y adaptó el modelo a una estructura más simple, dejando 6 factores generales y un cuestionario con 60 ítems. Finalmente, en un tercer estudio la autora configuró el cuestionario de SM+ con 6 factores, que se muestran en la Tabla 6, algo diferentes a los planteados inicialmente por Jahoda, y un total de 39 ítems.

Tabla 6 Definición de los Factores de SM+ de Lluch

Factores	Definición
F1: Satisfacción Personal	• Autoconcepto/Autoestima • Satisfacción con la vida personal • Perspectiva optimista de futuro
F2: Actitud Prosocial	• Predisposición activa hacia lo social/hacia la sociedad • Actitud social “altruista”/Actitud de ayuda-apoyo hacia los demás • Aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales
F3: Autocontrol	• Capacidad para el afrontamiento del estrés/situaciones conflictivas • Equilibrio emocional/control emocional • Tolerancia a la frustración, a la ansiedad y al estrés
F4: Autonomía	• Capacidad para tener criterios propios • Independencia • Autorregulación de la propia conducta • Seguridad personal/confianza en sí mismo
F5: Resolución de Problemas y Auto- Actualización	• Capacidad de análisis • Habilidad para tomar decisiones • Flexibilidad/capacidad para adaptarse a los cambios • Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo
F6: Habilidades de Relación Interpersonal	• Habilidad para establecer relaciones interpersonales • Empatía/capacidad para entender los sentimientos de los demás • Habilidad para dar apoyo emocional • Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales íntimas

Fuente: Adaptado de Lluch Canut, M.T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona, Barcelona.

3.2. Evaluación de la Salud Mental Positiva.

En una amplia y exhaustiva revisión bibliográfica realizada por Lluch Canut hasta el año 1999, comprobó que no existía, o al menos no se localizó, ninguna

escala de medición de la Salud Mental Positiva (SM+). Este hecho continuó quedando evidenciado en el proyecto de la encuesta de salud europea (EUROHIS), en el que, ante la ausencia de instrumentos específicos para evaluar la SM+, se sugirió utilizar un instrumento alternativo, la subescala de energía y vitalidad del SF-36 de Ware y Sherbourne (Ware y Sherbourne, 1992). De este modo, los estudios recientes sobre salud mental positiva en la población europea (Eurobarómetro) han utilizado esta subescala del cuestionario de Salud General SF36. (European Commission, 2006, 2010; Meltzer, 2003).

También en el estudio MIDUS (Midlife in the United States) realizado en Estados Unidos y cuyo objetivo era evaluar el nivel de salud de la población, valorando tanto los aspectos de salud o ausencia de enfermedad como los de calidad de vida y bienestar psicológico, les ocurrió algo similar, como en el de EUROHIS. No teniendo una escala concreta para medir la SM+, tuvieron que utilizar diversas escalas de conceptos afines.

En la actualidad, en Canadá existe una línea de trabajo en relación al abordaje del constructo SM+. La Agencia de Salud Pública de Canadá ha realizado una definición desde la perspectiva positiva de la salud mental señalando que: *"Mental health is the capacity of each and all of us to feel, think, and act in ways that enhance our ability to enjoy life and deal with the challenges we face. It is a positive sense of emotional and spiritual well-being that respects the importance of culture, equity, social justice, interconnections and personal dignity"* (Canadian Institute for Health Information, 2009, 2011). A pesar de que no han elaborado ningún instrumento concreto de evaluación (o al menos no hemos sido capaces de localizar ninguna información en este sentido), de esta definición se desprenden cinco componentes que pueden ayudar a operativizar la SM+:

1. Posibilidad de disfrutar de la vida *(Ability to enjoy life)*
2. Hacer frente a los desafíos de la vida *(Dealing with life's challenges)*
3. Bienestar emocional *(Emotional well-being)*

4. Bienestar espiritual *(Spiritual well-being)*
5. Las relaciones sociales y el respeto a la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal *(Social connections and respect for cultura, equity, social justice and personal dignity)*

Tanto en la revisión inicial sobre instrumentos de evaluación de la SM+ realizada por Lluch Canut en 1999, como en posteriores actualizaciones (Lluch-Canut, Puig-Llobet, Sanchez-Ortega, Roldan-Merino, y Ferre-Grau, 2013; Puig LLobet, Lluch Canut, y Sabater Mateu, 2007) continúa evidenciándose la ausencia de escalas exclusivas que evalúen la SM+. Ante tal déficit, los autores señalados destacan distintas escalas psicológicas que incluyen, en alguna de sus dimensiones, aspectos relacionados con la SM+. Las más destacadas son: la escala de Balance Afectivo de Bradburn (Antonovsky, 1996), The General Well-Being Shedule (GWBS) de Dupuy (Dupuy, 1977), The Subjective Well-Being de Ryff (Ryff y Keyes, 1995), The Life Orientation Test (LOT) de Scheier and Carver (Scheier y Carver, 1987), The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) (Tennant et al., 2007). Pero, tal y como indican Lehtinen, Sholman y Kovess-Masfety "*Happiness or life satisfaction are necessarily not the same as positive mental health, although they can be seen as essential components of the construct. More research on the epidemiology of positive mental health is evidently needed*" (Tennant et al., 2007).

Tal y como se ha señalado en el apartado anterior, Lluch Canut (1999) construyó una escala específica para evaluar la SM+ que se corresponde con el Modelo Multifactorial descrito anteriormente, constituido por 6 factores que se evalúan en el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) mediante 39 ítems distribuidos de forma no equitativa entre los 6 factores. Este instrumento y sus propiedades psicométricas serán descritos con detalle en el apartado de metodología de esta tesis ya que forma parte implícita del trabajo de campo. La línea de investigación sobre la evaluación de la SM+ iniciada por Lluch Canut está siendo continuada tanto por la propia autora original como por diversos equipos, tanto a nivel nacional como internacional (Amar et al., 2008; Lluch Canut et al., 2013; Ospino y Madariaga, 2009; Sosa, 2009).

Últimamente el interés por la evaluación de la vertiente positiva de la salud mental se ha incrementado. Destaca en este sentido una escala de valoración de la SM+ en población asiática, abordando y dando importancia a las prácticas espirituales y religiosas (Vaingankar et al., 2011). Sin embargo, a nuestro entender y hasta la fecha actual, el instrumento de medida que operativiza mejor el constructo de la SM+ es la escala de medición construida por Lluch (1999).

3.3. Relación entre el Autocuidado y la Salud Mental Positiva

Orem compartió reflexiones con Vardiman (Orem y Vardiman, 1995) sobre la creciente percepción de la dificultad de algunos profesionales de la enfermería en reconocer los comportamientos de salud mental positiva de los pacientes. Y la falta de medidas de criterio de la salud mental positiva de fácil aplicación. Esta toma de conciencia les llevó a la formulación e investigación de dos preguntas: *¿Qué comportamientos humanos constituyen medidas de criterio de la salud mental positiva de los adultos? ¿Las personas adultas en la asistencia sanitaria, incluidas las situaciones de enfermería, revelan indicios de salud mental positiva?*

Para dar respuesta a estas preguntas, Orem y Vardiman establecieron una serie de conductas de autocuidado que configuran criterios de salud mental positiva.

Tomando como punto de referencia los planteamientos conceptuales de Orem acerca del autocuidado y de la TEDA, señalaron algunos aspectos en relación a la concepción de la salud mental positiva que ayudan a comprender el vínculo entre ambos conceptos y las conductas posteriores que definieron como criterio de salud mental positiva.

Según las autoras, la salud mental positiva de una persona es un estado compuesto por dos aspectos complementarios. Por un lado, por los rasgos

positivos de la persona, que incluyen el estado de consciencia del propio yo de la persona y de lo que ese yo le permite ser y hacer en privado y en relación con otros. Y, por otro lado, la conciencia de una persona de su coexistencia con los demás, así como de su estado de separación con respecto a ellos. La salud mental positiva queda revelada por aquello a lo que una persona presta atención y toma decisiones y acciones productivas en situaciones concretas de la vida diaria, independientemente del tipo de situación.

En este sentido, la salud mental positiva se acepta como una función del crecimiento y desarrollo humano, la formación de la personalidad y el carácter, los procesos de maduración personal y las experiencias de la vida. Con esta idea de la salud mental positiva y con los planteamientos de autocuidado, formulados por Orem (y descritos de forma detallada en el capítulo 1), Orem y Vardiman identificaron y extrajeron de la literatura 38 comportamientos de autocuidado, que pueden constituir medidas de salud mental positiva, y que luego agruparon en cinco categorías. Los comportamientos dentro de cada categoría se expresan en términos de la conducta de una persona en situaciones vitales, indicando así cinco modos de funcionamiento humano dentro de los grupos sociales. Dichas categorías son:

1. *Funcionamiento dentro de un marco de realidad verídico* (que coincide con la realidad). Agrupa comportamientos que reflejan la conciencia racional de las personas y el deseo de entender, correlacionar y saber lo que está pasando en su vida y cuál es su posición en cada situación
2. *Funcionamiento para dar lugar y mantener el orden en la vida diaria*. Agrupa comportamientos relacionados con el hacer y realizar actividades de la vida diaria de un modo plenamente consciente: empírico, inteligente, racional.
3. *Funcionamiento con integridad y autoconsciencia*. Agrupa conductas de criterio que relacionan a la persona con su pasado histórico y con el presente.

4. *Funcionamiento como personas que viven en una comunidad*. Agrupa comportamientos que expresan la integridad personal en las relaciones sociales y enfatizan las relaciones interpersonales.
5. *Funcionamiento con una comprensión creciente de la propia humanidad*. Agrupa comportamientos que reflejan una integración cada vez mayor del desarrollo humano, diferenciadores de una persona en su situación de vida con respecto al mundo global. Implícito en los comportamientos de esta categoría, está el progreso en la formación del propio carácter y la libertad en la búsqueda y elección de qué hacer con la propia vida.

Los cinco grupos de comportamientos no se consideran como una jerarquía en el desarrollo, sino que indican puntos en común entre los 38 comportamientos. Los comportamientos sugeridos como criterio de SM+ se presentan en la Tabla 7 según las mencionadas categorías de comportamientos. Los comportamientos se expresan en términos de *Yo, cómo me comporto*. El "yo", no obstante, es sobreentendido, no expresado, como en (Yo) "investigo nuevas condiciones y circunstancias". Y se vincula al Autocuidado, "yo ¿cómo cuido de mí mismo?"

Las 38 conductas de criterio sugeridas por Orem y Vardiman para la SM+ especifican los objetos del comportamiento, pero no las situaciones de la vida en las que se dan. Es necesario que la persona en su capacidad de autocuidado reconozca los comportamientos saludables requeridos o su ausencia en las diferentes situaciones de la vida (requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de alteración de la salud). Cuando hay un déficit de autocuidado y se requiere del apoyo de las enfermeras, como agentes de autocuidado, también estos profesionales han de ser capaces de reconocer los comportamientos saludables de las personas a quienes cuidan o su ausencia, ya que esto le aporta a la enfermera una base para elaborar sus propios juicios y decisiones sobre qué hacer y cómo abordar los requisitos de autocuidado que cada persona, a la que brinda cuidados, requiere.

Tabla 7 Conductas de criterio de SM+ por categoría de funcionamiento

Categorías	Conducta de criterio
Funcionamiento dentro de un marco de referencia verídico	• Investigo nuevas condiciones o circunstancias • Verifico la validez de mis percepciones • Reconozco los conceptos erróneos • Reflexiono sobre la información que tengo • Evalúo la adecuación de mis conocimientos y habilidades
Funcionamiento para proporcionar y mantener el orden en la vida diaria	• Ordeno y priorizo las actividades • Ejerzo la creatividad o busco ayuda para el desarrollo • Ayudo a los miembros de mi familia a desarrollarse • Desarrollo actividades cotidianas con responsabilidad • Respondo de forma coherente para mi propia vida, salud y bienestar, y para los demás
Funcionamiento con integridad y autoconsciencia	• Mantengo la consciencia de mi propia historia • Mantengo el pasado histórico separado del presente • Mantengo unas relaciones apropiadas con otras personas, objetos y eventos externos • Me desarrollo sin dependencia con los demás • Mantengo períodos de silencio para favorecer la autoconsciencia y el autoconocimiento • Presto atención y hago inferencias sobre mis propios procesos mentales • Observo mi comportamiento y el de los demás • Utilizo la alegría para lograr entendimiento
Funcionamiento como persona que vive en una comunidad	• Conozco el lugar que ocupo en la comunidad/des • Ejerzo la responsabilidad en la comunidad/des • Contribuyo a la vida de la comunidad • Mantengo relaciones satisfactorias con los demás • Desarrollo el concepto de amar • Acepto relaciones afectivas con otros • No utilizo a los demás como un fin personal • Evito que los demás me utilicen como instrumento • Acepto y reconozco la contribución de los demás • Comunico necesidades y sentimientos
Funcionamiento con una comprensión creciente de la propia humanidad	• Disfruto de los éxitos • Busco mis experiencias de felicidad • Soporto el sufrimiento en aquellas situaciones de la vida que no se pueden eludir o evitar • Busco mis experiencias de sufrimiento • Busco la comprensión de la enfermedad y otras pérdidas en el contexto de la humanidad • Reflexiono sobre mi vida y mis valores • Reconozco situaciones que necesitan control emocional • Reflexiono sobre los valores que asigno a acciones, acontecimientos o condiciones específicas. • Identifico y asigno significado a situaciones de la vida diaria • Reviso y evalúo lo adecuado en el sentido humano de mi sistema de prioridades o jerarquía de valores

Fuente: Adaptado de Orem, D.E. y Vardiman, E.M. (1995). Orem's nursing theory and positive mental health: practical considerations. *Nursing science quarterly*, 8(4), 165–173.

En este sentido, los comportamientos del paciente revelan rasgos de su estado de salud física y/o mental, de la toma de decisiones y de las operaciones productivas o improductivas de autocuidado. Cuando la enfermedad psíquica o los trastornos orgánicos interfieren en el funcionamiento mental, las enfermeras deben tener el conocimiento y las habilidades para distinguir los comportamientos de salud mental positiva de los comportamientos anómalos de sus pacientes.

En el marco de la TEDA esta identificación de comportamientos de salud mental positiva y de desviación de la salud se encuadran en los diferentes tipos de Requisitos de Autocuidado (universales, de desarrollo y de desviación de la salud) formulados por Orem. En el capítulo 2, se han descrito de forma explícita los requisitos de autocuidado que Roldán-Merino identificó en personas que sufren esquizofrenia. Al igual que Roldán-Merino, Orem y Vardiman también señalan que las personas que sufren enfermedades mentales, todos o una parte de los requisitos de autocuidado universal requerirán atención especializada y ajuste. Sin embargo, Orem y Vardiman avanzan un paso más al vincular la necesidad de autocuidados no solo a comportamientos o requisitos de enfermedad sino también a aspectos positivos de salud. En este sentido, apuntaron la necesidad de que los profesionales de la salud sean capaces de comprender los indicadores conductuales de la salud mental positiva y tengan la habilidad para reconocer la vivencia de los aspectos de la vida personal, que los pacientes expresan y que son relevantes para los cuidados de enfermería.

Los requisitos universales de salud que las personas con enfermedad mental necesitan con más frecuencia son la atención especializada de enfermería que incluyen: mantener una ingesta suficiente de agua y alimentos, mantener el equilibrio entre soledad e interacción social, mantener el equilibrio entre el descanso y la actividad, evitar los riesgos para la vida y la salud, y mantener y favorecer la normalidad. Por otro lado, señala que presentan dos requisitos de autocuidado de desviación de la salud: gestionar el propio ser en un entorno estable o cambiante mientras se experimenta una combinación de síntomas

psiquiátricos. Por otro lado conocer y participar en el régimen terapéutico prescrito.

Estos requisitos son coincidentes con los indicados por Roldán. El valor que añade Orem y Vardiman se centra en el énfasis sobre la salud mental positiva. En este sentido señalan que, además de atender los déficits en los diferentes requisitos de autocuidado, será necesario ayudar a los pacientes a centrarse en los programas de la vida diaria que fomentan la salud mental positiva y el bienestar. Dichos programas incorporaran actividades para conocer y satisfacer los componentes de las necesidades de autocuidado terapéutico de los pacientes y para regular el ejercicio y desarrollo de su agencia de autocuidado y sus capacidades de autogestión en sus situaciones vitales. En este sentido, el funcionamiento personal autónomo implica que la persona experimente, asigne significado a acontecimientos y cosas, busque conocimientos, desarrolle percepciones, reflexione, juzgue, decida y actúe para lograr unos resultados prácticos para sí mismo o para los demás, ya que vive con los demás en el mundo de la naturaleza y los asuntos humanos.

La relación entre la Salud Mental Positiva y el Autocuidado es una línea de investigación en la que están trabajando diversos autores en nuestro contexto (Albacar-Riobóo, Lleixá-Fortuño, Lluch Canut, Roldán-Merino, et al., 2013; Albacar-Riobóo, Lleixá-Fortuño, Lluch Canut, Salvadó, et al., 2013; Sánchez-Ortega, Puig-Llobet, Lluch-Canut, Oriach-Alonso, y Marchal-Torralbo, 2012; Sánchez-Ortega, Puig-Llobet, Lluch-Canut, Oriach, et al., 2013; Sánchez-Ortega, Puig-Llobet, Lluch-Canut, Miguel-Ruiz, y Roldán-Merino, 2013; Sánchez-Ortega.; Puig-Llobet, Lluch-Canut, Pera, et al., 2013).

II. Justificación del estudio

II. Justificación del estudio

La enfermería dispone desde hace años de marcos conceptuales (modelos y teorías) que, al menos a nivel teórico, han sido descritos de forma amplia, tal como hemos visto en el apartado del marco conceptual. Sin embargo, a nivel clínico muchos de los planteamientos conceptuales no han sido operativizados. Es por esta razón que uno de los planteamientos principales del trabajo de investigación que hemos desarrollado se basa en el deseo de profundizar en una de las teorías de cuidados de enfermería que, a nuestro entender, mejor potencia la perspectiva de autocuidado de las personas: la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (TEDA).

El concepto de autocuidado que esta autora formula junto con la descripción de los diferentes componentes o requisitos de autocuidado que configuran su teoría, aportan a la enfermera un marco de referencia para desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería desde una perspectiva holística de la persona. Los planteamientos de Orem orientan los cuidados de enfermería dirigidos a fortalecer las capacidades y los recursos de que disponen las personas para cuidar de su propia salud, fomentado al máximo que sea la propia persona agente de sus cuidados en la medida de lo posible. Cuando se produce un déficit de autocuidado, tal como hemos señalado en el marco conceptual, Orem propone tres sistemas de ayuda: completamente compensatorio, parcialmente compensatorio y apoyo educativo. Estos niveles se determinan en la etapa de valoración y orientan en todas las fases del proceso de intervención enfermera.

El trabajo de investigación que presentamos ha estado enfocado en todo momento al desarrollo de un instrumento que permita a la enfermera valorar de forma objetiva el nivel de autocuidado de las personas a las que cuida. En concreto, nuestro trabajo se ha centrado en pacientes con enfermedad mental hospitalizados en una unidad de agudos o subagudos. Tal y como hemos señalado en el marco conceptual, la esquizofrenia es una enfermedad crónica. Y por tanto las personas afectadas de esta enfermedad requieren un mayor

nivel de autocuidado; no solo han de cuidar de los requisitos universales y los propios de la edad evolutiva, sino también de los requisitos de autocuidado que genera la propia enfermedad. La enfermera ha de estar pendiente en todo momento de valorar el curso evolutivo de la salud de estas personas para darles respuesta a cada requerimiento de autocuidado que presenten. En este sentido, la clasificación de los niveles de déficit de autocuidado de Orem es de gran utilidad. Por otro lado, tal como hemos señalado la esquizofrenia cursa con períodos de estabilidad y con períodos de crisis que requieren la hospitalización. Y por tanto, según las características y la fase en la que se encuentre la persona, los requisitos de autocuidado pueden variar.

En el año 2011 Roldán-Merino se planteó estas cuestiones y desarrolló una tesis doctoral en la que construyó un instrumento de valoración de requisitos de autocuidado basado en la Teoría de D. Orem para población afecta de esquizofrenia. Su trabajo se centró de forma específica en la fase de estabilidad de la enfermedad, situación en la que las personas afectas de esquizofrenia se encuentran desarrollando su vida en el ámbito comunitario.

Con el objetivo de avanzar en esta línea de investigación, nos hemos planteado explorar los requisitos de autocuidado de las personas afectas de esquizofrenia en una fase de descompensación de su enfermedad que requiere ingreso hospitalario.

La escala ERA-c y descrito de forma detallada en el apartado de instrumentos de valoración de autocuidado, ha servido de base para estimular nuestra investigación. La escala ERA-c mostró buenos resultados psicométricos en pacientes tratados en la comunidad. Sin embargo, la construcción y validación de instrumentos de medición es un proceso complejo que requiere de estudios posteriores, tanto en muestras más amplias como en distintos contextos.

La validación de estos instrumentos permitirán poder detectar o identificar el nivel de capacidad de autocuidado de cada paciente, para planificar los cuidados de enfermería más adecuados, tanto durante el período de ingreso

hospitalario como en su preparación para el alta, destacando la importancia de la continuidad de los cuidados.

Si bien el autocuidado es el constructo central de nuestro trabajo, hay otros planteamientos complementarios que resultan interesantes de explorar. Diversos autores, entre los que destaca la propia D. Orem vinculan la capacidad de autocuidado con la Salud Mental Positiva (SM+), señalando que cuanto más se cuida uno mejor se siente consigo mismo. Esta relación también puede formularse en sentido inverso, pensando que cuanto mejor sea el nivel de SM+, mayor será el nivel de autocuidado de la persona. Estos planteamientos requieren de exploración empírica para poder reforzarlos. En cualquier caso, en nuestro trabajo nos acompaña el deseo de explorar la relación entre los comportamientos de autocuidado y la SM+. Ya que si se avanza en el conocimiento de esta relación, la enfermería podrá disponer de criterios más objetivos para potenciar la capacidad de autocuidado de las personas a partir del refuerzo de los aspectos positivos.

Por todo ello nos planteamos los objetivos que describimos en el apartado siguiente.

III. Objetivos de la investigación

III Objetivos de la investigación

General:

Evaluar el nivel de Salud Mental Positiva (SM+) y el Autocuidado en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem.

Específicos:

1. Validar a nivel clínico la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-h) adaptada a población hospitalizada.
2. Identificar el perfil de Autocuidado de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia según la Teoría de D. Orem.
3. Explorar la relación entre la capacidad de Autocuidado y la SM+.

IV. Metodología

IV. Metodología

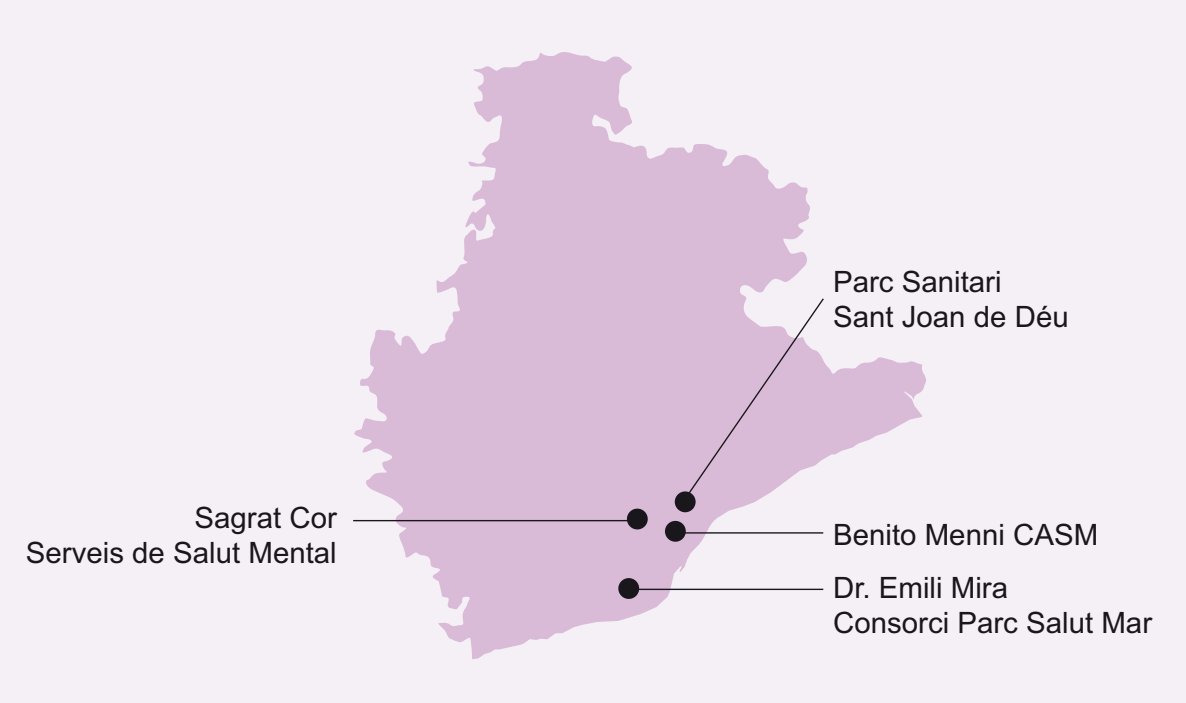
4.1 Diseño del estudio

Estudio psicométrico, descriptivo y correlacional.

4.2 Lugar de estudio

El estudio se realizó en las unidades de hospitalización de agudos y subagudos de cuatro hospitales de la provincia de Barcelona: 1. Parc Sanitari Sant Joan de Déu; 2. Hospital Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental; 3. Hospital Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y 4. Hospital Dr. Emili Mira. Consorci Parc de Salut Mar (Figura 5).

Figura 5 Situación geográfica de los hospitales de la provincia de Barcelona



4.3 Población y muestra

La población objeto de estudio fueron todos los pacientes, sin distinción de género, con diagnóstico de esquizofrenia, hospitalizados en las unidades de agudos y subagudos de los 4 centros elegidos para el estudio.

Para la selección de la muestra se aplicaron los siguientes criterios de inclusión/exclusión.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de esquizofrenia según clasificación DMS-IV.
- Edad igual o superior a 18 años.
- Aceptación voluntaria en la participación del estudio.

Criterios de exclusión:

- Presencia de sintomatología de “crisis de la enfermedad” en el momento de la valoración.
- Presencia de comorbilidad con: retraso mental de cualquier tipo, cuadros orgánicos tipo demencias y/o abuso de alcohol u otras drogas.
- Estar en condición de incapacitación legal.

El cálculo del tamaño de la muestra se basó en el primer objetivo de la investigación (análisis de la fiabilidad y validez de la escala ERA-h). Se estimó incluir a ocho pacientes por cada ítem del cuestionario siguiendo recomendaciones de algunos autores (Polit y Beck, 2012; Nunnally y Bernstein, 1995)

Finalmente, la muestra objeto de estudio estuvo configurada por un total de n=264 sujetos. Se realizó un muestreo consecutivo hasta completar el tamaño de la muestra.

4.4 Variables objeto de estudio

Las variables que configuraron el estudio fueron las siguientes:

Variables referidas a características sociodemográficas y sociales.

- ***Edad en años***
- ***Sexo:*** hombre; mujer
- ***Estado civil:*** soltero/a; casado/a; separado/a; divorciado/a; viudo/a
- ***Nivel de estudios:*** analfabeto/a; primarios; secundarios; universitarios; NS/NC

Variables referidas a aspectos clínicos de la muestra. *Medicación:* oral; parenteral; oral más parenteral; no tiene medicación pautada; tiene medicación pautada pero no se la toma. *Años de evolución de la enfermedad*. *Fecha de ingreso*: en la unidad de agudos o subagudos. *GAF:* puntuación total de la valoración del Funcionamiento Global. *Diagnóstico DSMIV (código y tipo).* Puntuación total de la escala *LSP* y de cada una de las dimensiones que la configuran: autocuidado; comportamiento social interpersonal; comunicación-contacto social; comportamiento social no personal; vida autónoma.

Variables referidas a los Requisitos de Autocuidado

Las variables de este apartado se definieron a través de la Teoría del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Orem (Orem, 1993), descrita en el apartado 1 del marco conceptual. En la TEDA, Orem planteó 8 Requisitos de Autocuidado que se han recogido en 6 dimensiones que, junto con el análisis global del constructo, configuraron en nuestro estudio un total de 7 variables:

- ***Nivel de Déficit Global de Autocuidado***
- ***Nivel de Déficit de Autocuidado en relación a cada de las 6 dimensiones****:*
    - El mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos.
    - La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
    - El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
    - El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
    - La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
    - La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

El perfil de autocuidado de los pacientes se realizó en base al concepto descrito por Orem de los sistemas de ayuda de enfermería: Sistema de

Autocuidado Totalmente Compensatorio, Sistema de Autocuidado Parcialmente Compensatorio y Sistema de Apoyo Educativo.

Variables referidas a la Salud Mental Positiva

Las variables de este apartado se definieron a través del Modelo Multifactorial de Lluch Canut (1999), descrito en el apartado 3 del marco conceptual.(Lluch Canut, 1999) planteó 6 Factores Específicos de SM+, y junto con el análisis global del constructo, configuraron un total de 7 variables:

- ***Nivel Global de Salud Mental Positiva***
- ***Nivel de Salud Mental Positiva en cada uno de los 6 Factores específicos del modelo:***
    - Satisfacción Personal
    - Actitud Prosocial
    - Autocontrol
    - Autonomía
    - Resolución de Problemas y Autoactualización
    - Habilidades de Relación Interpersonal

4.5 Fuente de información e instrumentos de medida

Para evaluar las variables del estudio se utilizaron diversos instrumentos que detallamos a continuación:

a) Formulario de datos sociodemográficos y clínicos. Para las variables referidas a características sociodemográficas, sociales y laborales, y para las variables relacionadas con la enfermedad se construyó un formulario *ad hoc* que se adjunta en el Anexo I.

b) Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-c) de Roldán-Merino (2011, 2014) (Anexo II) **adaptada a población hospitalaria (ERA-h)**

Para evaluar las variables referidas a los Requisitos de Autocuidado se utilizó la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-c) (Roldán-Merino, 2011). Esta escala mide el grado de cumplimiento de los requisitos de cuidados de salud y la capacidad del individuo de llevar una vida autónoma mediante el abordaje de

los ocho requisitos de autocuidado planteados por D.Orem. Esta escala fue diseñada para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que estaban en la comunidad, contemplando los factores de riesgo que presentan este tipo de pacientes ya que, en parte o totalmente han de ser agentes del cuidado de su propia salud. Está compuesta por 35 ítems que se evalúan con una escala de Likert que va de 1 a 5 puntos para cada ítem, en la que 1 es “muy adecuado” y 5 es “muy inadecuado”. La puntuación máxima de la escala ERA-c es de 175 puntos y la puntuación mínima de 35 puntos.

Los ítems de los diferentes requisitos poseen entre ellos una cierta dependencia. La puntuación total del Instrumento es la suma de todas las puntuaciones de los ítems. Una puntuación alta en cada requisito o para el total de la escala indica un déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado por parte del paciente, lo que justifica la necesidad de una intervención de enfermería específica. Por el contrario, una puntuación baja indica un adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado. Los valores resultantes se interpretan dentro de tres categorías potenciales de cuidados de enfermería: Sistema de Autocuidado Totalmente Compensatorio (puntuaciones altas en la escala ERA), Sistema de Autocuidado Parcialmente Compensatorio (puntuaciones medias en la escala ERA) y Sistema de Apoyo Educativo (puntuaciones bajas en la escala ERA).

El instrumento fue validado en población comunitaria mostrando buenos valores psicométricos:

El análisis de consistencia interna demostró una alta homogeneidad entre todos los ítems, con un alfa de Cronbach para el total de la escala de 0,87.

La estabilidad temporal, evaluada mediante test-retest, demostró una elevada concordancia: el coeficiente de correlación intraclase para la escala global fue de 0,90 y para cada uno de los requisitos de autocuidado también fue superior a 0,70.

La validez discriminante mostró que la escala ERA discrimina entre distintos niveles de severidad o GAF, y la validez convergente mostró una correlación adecuada con la escala LSP.

Tal y como hemos señalado, la escala ERA-c fue elaborada y validada en personas con diagnóstico de esquizofrenia que estaban en la comunidad. Para ser utilizada en nuestro estudio fue necesario realizar una adaptación que, sin suponer grandes cambios, ajusta mejor el instrumento a los requisitos de autocuidado que las personas afectadas de esquizofrenia pueden tener en una fase de su enfermedad que requiere hospitalización. Para diferenciar los cambios se establecieron dos versiones de la escala: ERA-c (versión comunitaria) y ERA-h (versión hospitalaria).

Describimos a continuación el procedimiento de adaptación, así como los pequeños cambios que existen entre ambas versiones.

Al igual que se hizo para la construcción de la ERA-c, se procedió a la validación de contenido de la ERA-h mediante un grupo de 10 expertos (9 especialistas en salud mental y un especialista en psicometría). Se realizaron 3 sesiones de análisis y discusión y se llegó al consenso de:

- Eliminar tres ítems de la versión ERA-c que hacen referencia a: el consumo de tóxicos (ítems 23 y 24) y a asumir roles en la gestión de las actividades de la vida diaria (ítem 32). Estos tres ítems carecen de significado en un contexto hospitalario.
- Incorporar un ítem en la dimensión II de la ERA-h: “Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación” referido a la sudoración *(¿Tiene la persona dificultades con la sudoración?*). Esta incorporación ya había sido sugerida por Roldán (Roldan-Merino, 2011) en las conclusiones del estudio de validación de la ERA-c.
- Realizar pequeños ajustes de vocablos adaptados al contexto: se cambió la palabra de *“comunidad” por ”hospital”*, *“hogar”* por *“habitación”* y se añadieron anotaciones a las expresiones que los expertos pensaron

que podían inducir a confusión, como por ejemplo: *"tareas domésticas"* por *"cuidado del entorno próximo".*

En el Anexo III se adjuntan las dos versiones de la escala ERA (ERA-c y ERA-h) y se puede observar con detalle los pequeños cambios y/o adaptaciones que acabamos de describir. Además en la Figura 6 se muestra gráficamente la distribución de los ítems de la escala ERA-c y de la escala ERA-h.

Con todas las modificaciones, finalmente se obtuvo una nueva versión de la escala ERA que, como estamos indicando, denominamos ERA-h, constituida por 33 ítems. La ERA-h al completo se adjunta en el Anexo IV y en la Tabla 8 se presenta la distribución de los 33 ítems entre los 8 Requisitos de Autocuidado que constituyen las 6 dimensiones de la escala ERA. Cabe mencionar que, a efectos de estructuración, la ERA (tanto en la versión comunitaria como en la versión hospitalaria) reagrupa tres de los Requisitos de Autocuidado planteados por Orem (Mantenimiento de un aporte suficiente de: I-aire, II-agua y III-alimentos) en una sola dimensión.

Figura 6 **Distribución de los Ítems de la escala ERA-c y de la escala ERA-h**

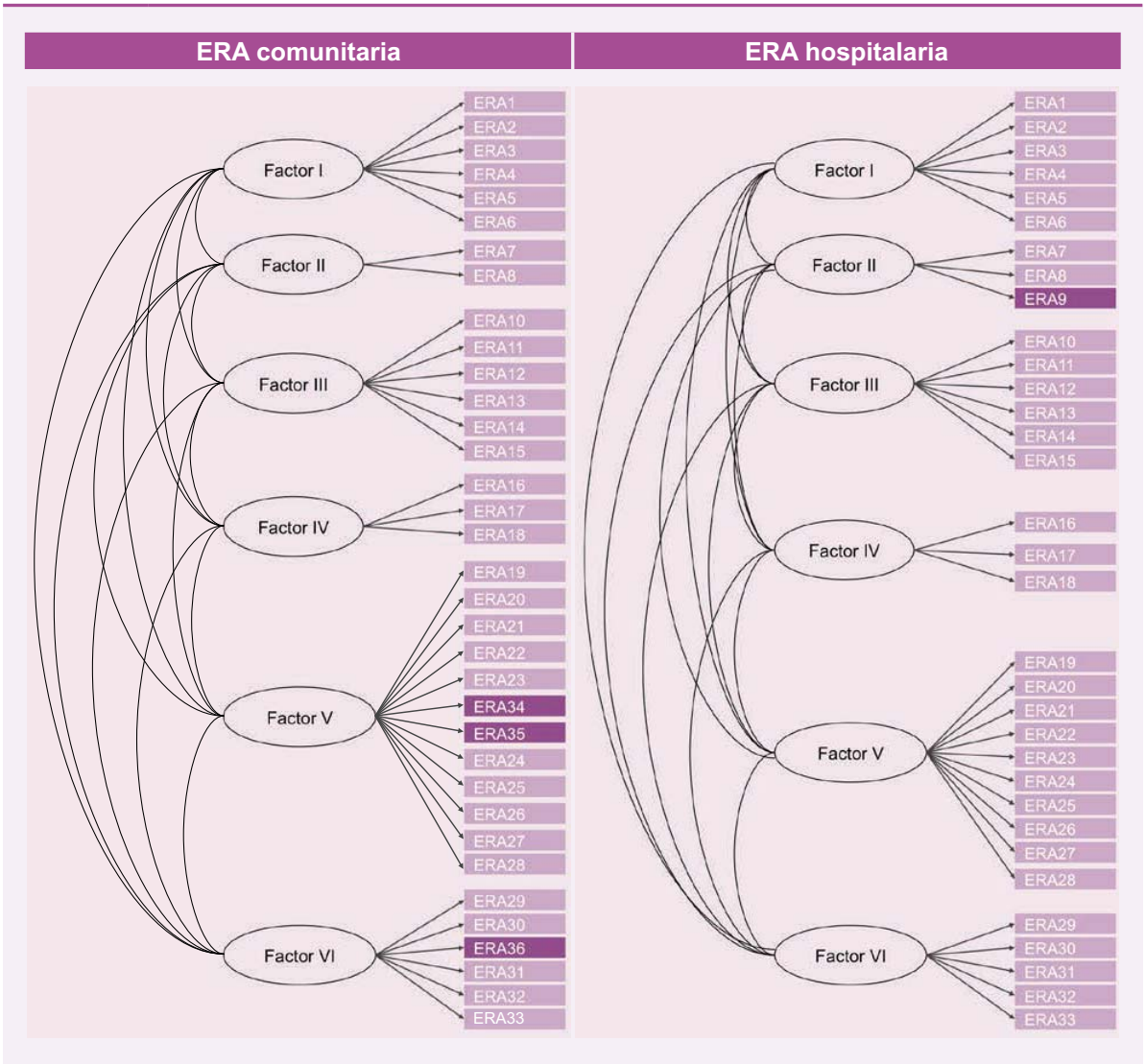


Tabla 8 Distribución de los Ítems de la escala ERA-h, según Requisitos de Autocuidado y dimensiones

Dimensiones / Requisitos de Autocuidado	Ítems
Dimensión I (Requisitos de Autocuidado I, II y III): Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos	1, 2, 3, 4, 5, 6
Dimensión II (Requisitos de Autocuidado IV): Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación	7, 8, 9 (36)
Dimensión III (Requisitos de Autocuidado V): Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	10 (9), 11 (10), 12 (11), 13 (12), 14 (13), 15 (14)
Dimensión IV (Requisitos de Autocuidado VI): Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	16 (15), 17 (16) , 18 (17)
Dimensión V (Requisitos de Autocuidado VII: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	19 (18), 20 (19), 21 (20), 22 (21), 23 (22) 24 (25), 25 (26), 26 (27), 27 (28), 28 (29)
Dimensión VI (Requisitos de Autocuidado VIII: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	29 (30), 30 (31), 31 (33), 32 (34), 33 (35)

En paréntesis se muestran la equivalencia con la ERA-c (el Ítem 36 es un Ítem de nueva creación)

Antes de proceder a la validación clínica de la ERA-h, se realizó una prueba piloto con un grupo de 30 pacientes hospitalizados en uno de los centros de estudio. Para la prueba se instruyeron a dos enfermeras expertas en salud mental, con el objetivo de valorar nuevamente el nivel de comprensión del cuestionario y la factibilidad de su administración (tiempo empleado, facilidad de puntuación, claridad). Los resultados de la prueba piloto demostraron que los pacientes comprendían bien todas las preguntas del cuestionario y que el tiempo de cumplimentación estaba entre los 20 y 30 minutos, tiempo que coincide con la escala ERA-c de Roldán para población comunitaria (Roldan-Merino, 2011). Por tanto, no se tuvo que hacer ninguna modificación de la escala ERA-h después de la prueba piloto.

c) Escala *LSP-Life Skills Profile* de Rosen (Rosen, Hadzi-Pavlovic, y Parker, 1989), [Anexo V], adaptada al castellano por Bulbena (Bulbena et al., 1992). Esta escala mide el perfil de habilidades de la vida cotidiana de los

pacientes con esquizofrenia (Casas, Escandell, Ribas, y Ochoa, 2010) mediante 5 subescalas: autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación-contacto social, comportamiento social no personal y autonomía. La escala LSP está compuesta por 39 ítems, valorados con una escala de Likert 1 a 4 para cada ítem. La puntuación total de la LSP es la suma de todas las puntuaciones de los ítems. Una puntuación alta en cada subescala o para el total del LSP indica un nivel de funcionamiento alto o una baja incapacidad. Los valores psicométricos de la escala son favorables: la fiabilidad global es de 0,79, variando según cada una de las subescalas entre 0,56 y 0,83. (Casas et al., 2010; de Larrinoa, 2002; Mohr, Simon, Favrod, Fokianos, y Ferrero, 2004)

Para nuestra investigación la escala LSP se ha utilizado para la validez convergente con la escala ERA-h.

d) Cuestionario de Salud Mental Positiva CSM+ de Lluch Canut (1999). (Anexo VI) Es un instrumento que pretende evaluar la salud mental desde una perspectiva positiva. Fue construido a partir del Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva planteado por Lluch Canut (1999) y descrito de forma detallada en el capítulo 3 del marco conceptual. El CSM+ consta de 39 ítems, distribuidos de forma desigual entre los 6 factores de salud mental positiva que se postulan en el modelo (Tabla 9).

Tabla 9 Distribución por factores de los Ítems del CSM+ y valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global

Factores	Ítems	Valores máximos y mínimos
F1: Satisfacción personal	4*, 6, 7, 12, 14, 31, 38, 39	8 - 32
F2: Actitud prosocial	1, 3, 23*, 25*, 37*	5 - 20
F3: Autocontrol	2, 5*, 21*, 22*, 26*	5 - 20
F4: Autonomía	10, 13, 19, 33, 34	5 - 20
F5: Resolución de problemas y autoactualización	15*, 16*, 17*, 27*, 28*, 29*, 32*, 35*, 36*	9 - 36
F6: Habilidades de relación interpersonal	8, 9, 11*, 18*, 20*, 24, 30	7 - 28
Total puntuación del cuestionario de SM+		39 - 156

Nota: * indica los Ítems negativos

Los ítems están formulados como afirmaciones (positivas y negativas) ofreciendo cuatro alternativas de respuesta (siempre o casi siempre; con bastante frecuencia; algunas veces; nunca o casi nunca). Para su análisis los ítems negativos han de ser invertidos. Se puede obtener una puntuación global del CSM+ y puntuaciones de cada uno de los 6 factores. Los valores máximos y mínimos del CSM+ global y de los diferentes factores se muestran en la tabla 9. En general, los valores bajos se asocian con una baja salud mental positiva en tanto que los valores altos indican una elevada salud mental positiva.

El cuestionario fue validado inicialmente en una muestra de 387 estudiantes de enfermería. Los resultados psicométricos fueron favorables:

- Todos los ítems del cuestionario obtuvieron un índice de discriminación interna superior a 0,25.
- En el *análisis factorial exploratorio* los seis factores extraídos explicaron el 46,8% de la varianza total del cuestionario. Y, en la matriz factorial resultante, los pesos de cada ítem, respecto del factor extraído, fueron superiores a 0,40 en todos los casos.
- La consistencia interna, analizada mediante el alpha de Cronbach, de la escala global fue de 0,91 y por factores los valores obtenidos oscilaron entre 0,83 (del factor F1) y 0,58 (del factor F2) (Lluch Canut, 1999, 2003)

Tal y como hemos señalado en el apartado de evaluación de la salud mental positiva del marco conceptual de nuestro trabajo, este cuestionario ha sido validado en otras muestras y está siendo ampliamente utilizado por diversos equipos de investigación, tanto en nuestro contexto como en otros países. Los resultados de los diferentes estudios que hasta el momento han sido publicados apoyan la robustez métrica del cuestionario de SM+ (Albacar-Riobóo, Lleixá-Fortuño, Lluch-Canut, Roldán-Merino, et al., 2013; Albacar-Riobóo, Lleixá-Fortuño, Lluch-Canut, Salvadó, et al., 2013; Amar et al., 2008; Broncano-Bolzoni, Lluch Canut, y Gelabert, 2013; Mantas, Juvinyà, Bertran, Lluch Canut, y Garré, 2013; Ospino y Madariaga, 2009; Sánchez-Ortega, Puig-Llobet, Lluch-Canut, Oriach, et al., 2013; Sosa, 2009).

Este cuestionario en nuestro estudio se utilizó para la valorar la salud mental positiva de los pacientes incluidos en el estudio y explorar la relación entre el autocuidado y la salud mental positiva (objetivo 3).

e) Escala de Valoración del Funcionamiento Global GAF (Anexo VII). Esta escala es ampliamente utilizada en el ámbito clínico de la salud mental y presenta una evaluación multiaxial del funcionamiento global de la persona. Contempla la actividad psicológica, social y profesional de las personas mayores de 18 años, en un continuo salud-enfermedad mental. Se excluyen los daños físicos y ambientales. Permite determinar la necesidad de tratamiento, la evolución de la enfermedad y el pronóstico de la misma. Es una escala

descriptiva con una puntuación única sobre la actividad del paciente. Las puntuaciones de la escala van de 0 a 100, donde a mayor puntuación, mejor nivel de actividad.

En nuestro estudio, el GAF se utilizó para la validez discriminante con la escala ERA-h (objetivo 1) y se agrupó en dos categorías: menor o igual a 50 y mayor de 50. También se recodificó en cuatro categorías según los cuartiles (menor de 40, de 40 a 45, de 46 a 50 y mayor de 50).

4.6 Procedimiento de la recogida de datos

Tras la preparación de todos los instrumentos necesarios para la ejecución clínica del proyecto, se prepararon los documentos oficiales para gestionar las autorizaciones oportunas de los Comités Éticos de los diferentes centros participantes y del Comité Ético de Investigación Clínica (código CEIC PIC-55-09), siendo valorado favorablemente. (Anexo VIII)

Asimismo, se preparó la documentación necesaria para dar información a los sujetos participantes y solicitar su consentimiento para participar en el estudio (Anexo IX). Tras firmar el consentimiento informado los pacientes se fueron incorporando de forma consecutiva, hasta completar el tamaño de la muestra (n= 264 sujetos). El trabajo de campo tuvo una duración de dos años: se inició en el 2010 y finalizó en el 2012, cuando se obtuvo el total de la muestra. Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes que estaban ingresados durante ese período y que cumplían criterios de inclusión y deseaban participar voluntariamente.

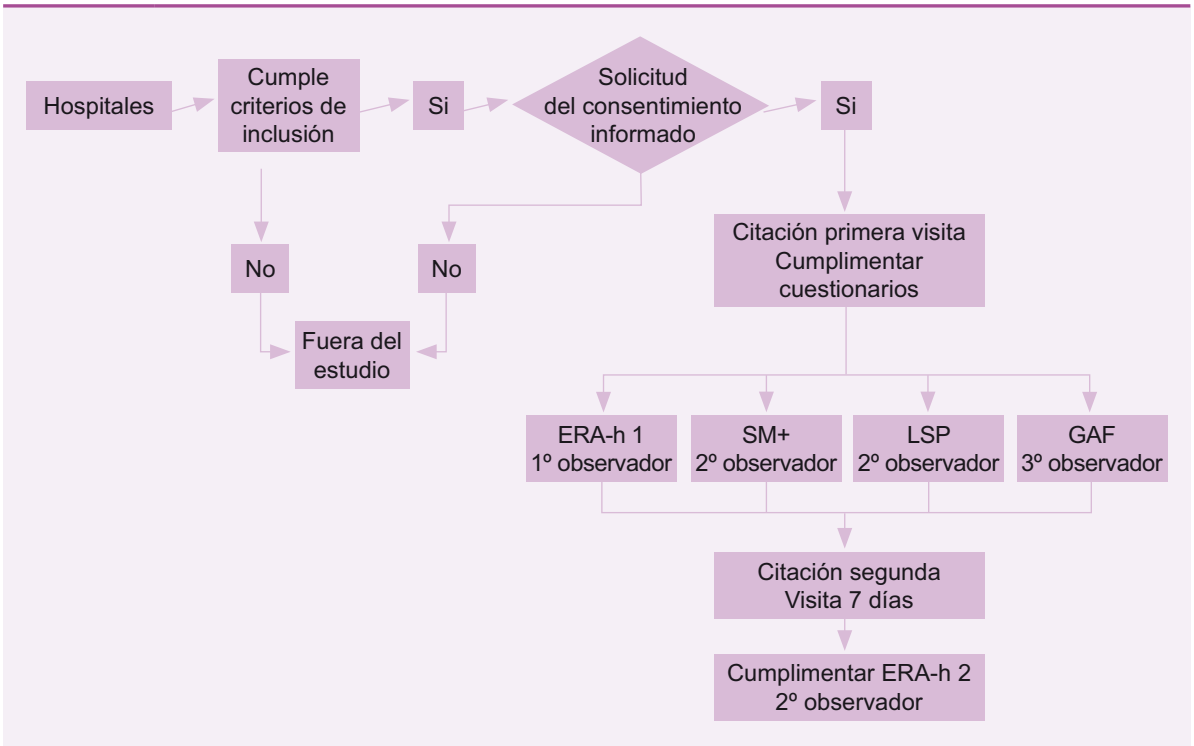
A los sujetos participantes, tras informarles del estudio y solicitarles el consentimiento informado, se les pidió que respondieran a los diferentes instrumentos que configuraron la investigación: la Escala de Requisitos de Autocuidado ERA-h (Roldan-Merino, 2011); el Cuestionario Life Skills Profile-LSP (Rosen et al., 1989) ; el Cuestionario de Salud Mental Positiva-SM+ (Lluch Canut, 1999) y el Formulario de datos sociodemográficos y relacionados con la enfermedad.

Los instrumentos que se valoraron en la primera entrevista con el paciente fueron:

- La escala ERA-h y los datos sociodemográficos y clínicos de la enfermedad fueron recogidos por un primer observador.
- La escala LSP y la escala SM+ fueron administradas por un segundo observador.
- El GAF se obtuvo mediante la valoración de un tercer observador.

Posteriormente, entre los 2 y 7 días (Marx, Menezes, Horovitz, Jones, y Warren, 2003), se administró de nuevo la Escala Era-h (Re-test) y se realizó por un observador distinto del que evaluó al paciente en la primera entrevista (Figura 7).

Figura 7 Procedimiento de la recogida de datos



4.7 Análisis estadístico

Para validar a nivel clínico la Escala ERA-h se analizó las propiedades métricas de la escala. En concreto, se realizó un análisis de la consistencia interna de las diferentes escalas del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Sus valores están comprendidos entre 0 y 1, aceptando que el valor ha de ser igual o superior a 0,7 para considerar que un instrumento tiene una buena consistencia interna.

También se realizó un análisis de la repetibilidad mediante la concordancia interobservador. Esta concordancia se analizó mediante el coeficiente de correlación intraclase, donde sus valores están comprendidos entre 0 y 1 aceptando que el valor ha de ser superior o igual a 0,7 para considerar una buena concordancia. La validez discriminante se analizó mediante la comparación de medias de las escalas del cuestionario basado en la teoría de D. Orem entre distintos grupos (GAF inferior o igual a 50 y GAF superior a 50).

La validez convergente y de criterio se realizó mediante el análisis de correlación de las escalas del cuestionario basado en la teoría de D. Orem y la escala LSP adaptada al castellano. Para este análisis se calculó el coeficiente de correlación de Spearman (rho). Y por último se hizo el Análisis Factorial Confirmatorio mediante la estimación de parámetros por el método de mínimos cuadrados generalizados. Se calcularon los índices de ajuste absoluto GFI *(Gooness-of-fit Index*) y el RMSE (*Root Mean Standard Error*), los índices de ajuste incremental AGFI (*Adjusted Goodness of fit Index)*, BBNFI (*Bentler Bonnet Normed Fit Index*) y el BBNNFI (*Bentler Bonnet Non Normed Fit Index*) y, por último, los índices de parsimonia (en este estudio se utilizó la Chi-cuadrado normalizada, definida como el ratio entre el valor de la Chi-cuadrado y el número de grados de libertad); valores entre 2 y 6 se consideran aceptables (Rial, Varela, Abalo, y Lévy, 2006).

Para estudiar la relación de la capacidad de autocuidado con la salud mental positiva se calculó el coeficiente de correlación de Pearson.

Para la descripción de las variables cualitativas se calcularon las frecuencias y los porcentajes en cada una de sus categorías. Para cada una de las variables cuantitativas se calculó la media y desviación típica. En el análisis bivariante entre una variable cualitativa y una cuantitativa se aplicó la t de student Fisher o el análisis de varianza ANOVA según las categorías de las variables cualitativas analizadas.

Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y se consideró que la diferencia entre variables es significativa cuando el grado de significación (p) es menor o igual a 0,05. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (SPSS versión 17.0; SPSS Inc, Chicago, IL, USA) y el EQS para Windows (EQS versión 6.1; Multivariate Software, Inc., Encino, CA, USA) para el análisis factorial confirmatorio.

V. Resultados

Resultados objetivo 1

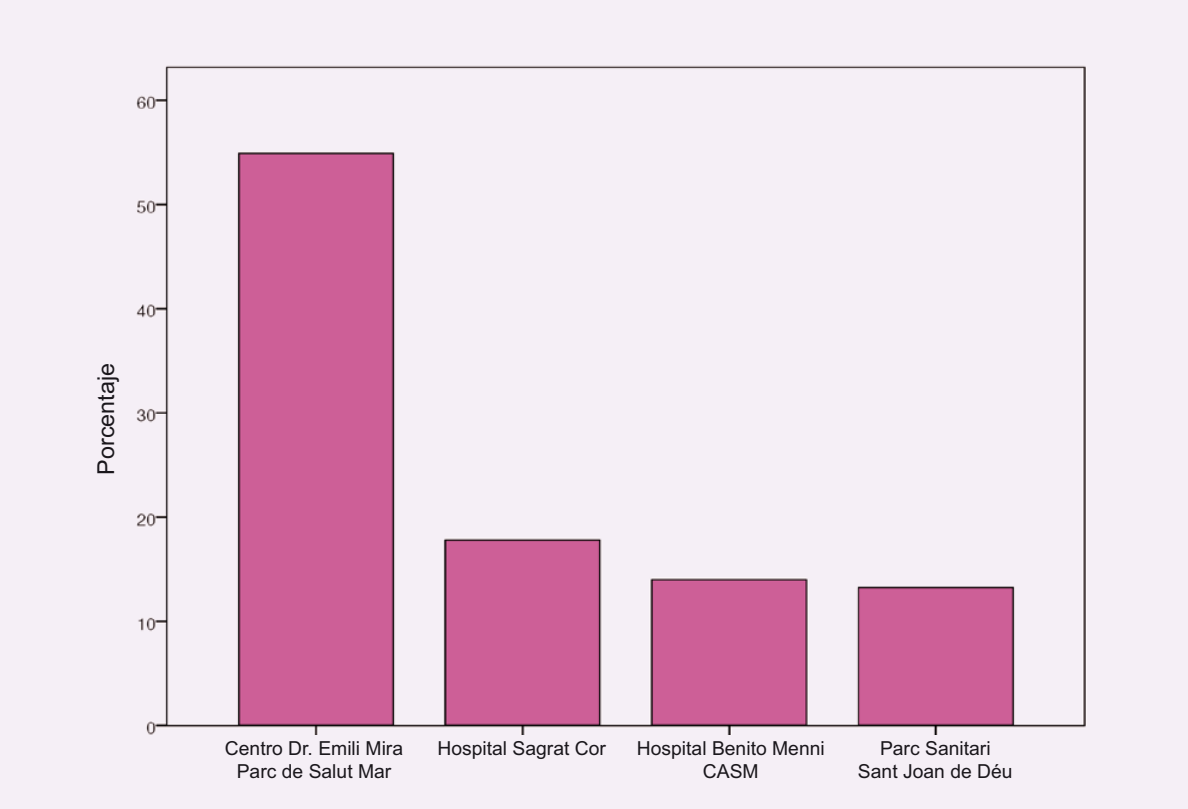
Validar a nivel clínico la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-h) adaptada a población hospitalizada

V. Resultados

Resultados del objetivo 1

Finalmente se han incluido a 264 pacientes de cuatro hospitales de la provincia de Barcelona distribuidos según se muestra en la Figura 8.

Figura 8 **Distribución de los pacientes según el centro de hospitalización**

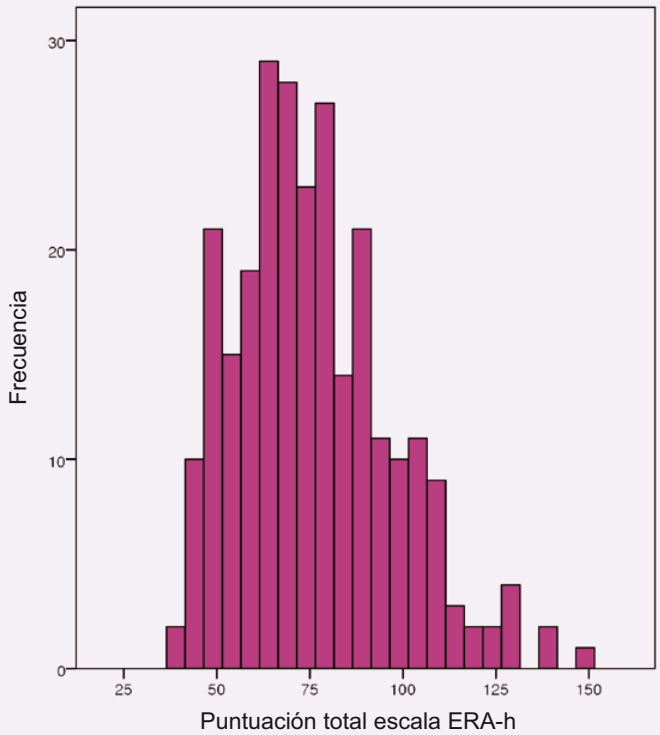


Para el análisis de la fiabilidad y validez de la escala ERA-h en pacientes hospitalizados se ha seguido el mismo procedimiento de análisis de los datos utilizado en el estudio psicométrico de la escala ERA-c en pacientes atendidos en la comunidad (Roldan-Merino, 2011).

5.1 Análisis descriptivo de los ítems

La puntuación total media de la escala ERA-h fue de obtuvo una puntuación total media de 76,1 (DE 21,0) siendo la mediana de 73,5, con un valor mínimo de 39 y un valor máximo de 148. La distribución fue mesocúrtica con una asimetría positiva, tal como se observa en el siguiente el histograma (Figura 9).

Figura 9 **Histograma de frecuencias de la puntuación total de la escala ERA-h (n=264)**



Los valores de tendencia central, variabilidad, asimetría, curtosis y el porcentaje de respuesta mínima y máxima para cada uno de los 33 ítems de la escala ERA-h se muestran en la Tabla 10. En relación a la asimetría, la totalidad de los ítems de la escala fue positiva. Y la mayoría de los ítems mostraron una curtosis negativa.

Tabla 10 Estadísticos descriptivos de los Ítems de la escala ERA-h

Resumen de los contenidos de los Ítems		Media	DE	Mediana	Curtosis	Asimetría	% Respuesta mínima	% Respuesta máxima
P1	Capacidad de realizar actividades físicas	1.90	.92	2.00	-.980	.504	43,6	0.0
P2	Consumo de tabaco	2.94	1.43	3.00	-1.412	-.089	24,6	14,8
P3	Aporte adecuado de líquidos	2.17	.91	2.00	-.099	.482	25,4	1,1
P4	Conocimientos para realizar dieta equilibrada	2.76	1.21	3.00	-.971	.262	15,2	9,1
P5	Aporte adecuado de alimentos según necesidades	2.38	1.04	2.00	-.451	.477	20,8	2,7
P6	Posee los conocimientos para prepararse la comida	2.72	1.22	2.50	-.838	.365	15,5	10,2
P7	Dificultades control de esfínteres urinario	1.40	.84	1.00	5.673	2.414	75,8	1,5
P8	Dificultades control de esfínteres fecal	1.68	1.05	1.00	1.407	1.523	61,7	2,3
P9	Dificultades con la sudoración	1.44	.86	1.00	4.871	2.245	72,3	1,5
P10	Conocimientos para mantener su habitación saludable	2.14	.95	2.00	.368	.691	27,3	2,3
P11	Realiza las tareas domésticas	2.41	1.02	2.00	-.096	.486	19,7	3,8
P12	Grado de motivación para realizar las tareas	2.42	1.06	2.00	-.640	.324	22,7	2,7
P13	Grado de cumplimiento de las actividades de la unidad o servicio	2.29	1.04	2.00	-.464	.475	26,1	2,3
P14	Grado de motivación para realizar las actividades	2.39	1.03	2.00	-.096	.512	20,5	3,8
P15	Dificultades para conciliar el sueño	2.23	1.08	2.00	.034	.739	28,8	4,5
P16	Grado de interacción social	2.50	1.09	2.00	-.280	.529	17,4	5,7
P17	Grado de satisfacción de las relaciones	2.50	1.08	2.00	-.441	.393	18,9	4,5
P18	Dificultades para mantener las relaciones	2.51	1.12	2.00	-.646	.418	19,3	4,5
P19	Realiza higiene adecuada	2.09	1.03	2.00	-.143	.748	33,7	1,9
P20	Utilización de la vestimenta adecuada	1.83	.89	2.00	.606	.994	43,2	0.8
P21	Reconoce los síntomas de enfermedad y solicita ayuda	2.50	1.11	2.00	-.409	.506	18,9	5,7
P22	Grado de cumplimiento farmacológico	2.15	1.02	2.00	.212	.753	29,9	3
P23	Grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento	2.13	1.05	2.00	.258	.889	30,7	3,4
P24	Reconoce los riesgos del consumo de sustancias tóxicas	2.23	1.03	2.00	-.189	.607	27,3	2,7
P25	Conoce los riegos y métodos para prevenir ETS	2.31	1.15	2.00	-.504	.551	30,7	4,9
P26	Utiliza métodos para prevenir ETS	2.52	1.25	2.00	-.636	.522	25	10,2
P27	Siente ansiedad para desempeñar actividades de la vida diaria	2.24	1.10	2.00	-.322	.605	31,1	3,8
P28	Ansiedad cuando se encuentra con otras personas	2.22	1.02	2.00	-.122	.600	27,3	2,7
P29	Realiza higiene adecuada	2.69	1.26	3.00	-.818	.384	18,9	11,7
P30	Utilización de la vestimenta adecuada	2.68	1.14	3.00	-.506	.424	14,4	8,7
P31	Reconoce los síntomas de enfermedad y solicita ayuda	2.71	1.13	3.00	-.550	.332	14,4	8,3
P32	Grado de cumplimiento farmacológico	2.55	1.12	2.00	-.427	.470	17,4	6,4
P33	Grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento	2.52	1.09	2.00	-.650	.334	18,9	3,8

ERA: Escala de Requisitos de Autocuidado;
DE: Desviación Estándar
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

5.2 Análisis de la fiabilidad de la escala ERA-h

Análisis de la consistencia interna.

El coeficiente de consistencia interna del alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0,94 y para cada uno de los factores se obtuvieron puntuaciones superiores a 0,70, a excepción del factor 4 (“provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación”) que se obtuvo una puntuación de 0,66, valor muy próximo a 0,70. También se calcularon los valores del alfa de Cronbach excluyendo cada ítem de la escala, no observándose que la exclusión de ningún ítem mejorase la consistencia interna de la escala total de forma relevante (Tabla 11).

El coeficiente de homogeneidad de los ítems para cada dimensión o subescala se presenta en la Tabla 12, habiéndose obtenido valores superiores a 0,20 en todas ellas, excepto en el ítem 9 (“dificultades con la sudoración”).

.

Tabla 11 Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) de la Escala ERA-h

Contenido de los Ítems resumidos		Alfa de Cronbach		
		Total subescala	Total subescala sin Ítem	Total escala sin Ítem
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos		**.783**		
P1	Capacidad de realizar actividades físicas		.753	.941
P2	Consumo de tabaco		.817	.945
P3	Aporte adecuado de líquidos		.747	.941
P4	Conocimientos para realizar dieta equilibrada		.716	.940
P5	Aporte adecuado de alimentos según necesidades		.743	.940
P6	Posee los conocimientos para prepararse la comida		.721	.940
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación		**.661**		
P7	Dificultades control de esfínteres urinario		.560	.943
P8	Dificultades control de esfínteres fecal		.640	.943
P9	Dificultades con la sudoración		.506	.943
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo		**.872**		
P10	Conocimientos para mantener su habitación saludable		.843	.939
P11	Realiza las tareas domésticas		.844	.940
P12	Grado de motivación para realizar las tareas		.837	.939
P13	Grado de cumplimiento de las actividades de la unidad o servicio		.839	.939
P14	Grado de motivación para realizar las actividades		.839	.940
P15	Dificultades para conciliar el sueño		.894	.942
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social		**.835**		
P16	Grado de interacción social		.775	.939
P17	Grado de satisfacción de las relaciones		.786	.940
P18	Dificultades para mantener las relaciones		.753	.940
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		**.855**		
P19	Realiza higiene adecuada		.834	.939
P20	Utilización de la vestimenta adecuada		.837	.940
P21	Reconoce los síntomas de enfermedad y solicita ayuda		.839	.940
P22	Grado de cumplimiento farmacológico		.835	.940
P23	Grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento		.831	.940
P24	Reconoce los riesgos del consumo de sustancias tóxicas		.840	.940
P25	Conoce los riegos y métodos para prevenir ETS		.833	.939
P26	Utiliza métodos para prevenir ETS		.845	.941
P27	Siente ansiedad para desempeñar actividades de la vida diaria		.858	.942
P28	Ansiedad cuando se encuentra con otras personas		.860	.942
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales		**.880**		
P29	Realiza higiene adecuada		.874	.940
P30	Utilización de la vestimenta adecuada		.843	.939
P31	Reconoce los síntomas de enfermedad y solicita ayuda		.834	.939
P32	Grado de cumplimiento farmacológico		.857	.940
P33	Grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento		.860	.939
	Total Escala ERA-h	**.942**		

ERA-h: Escala de Requisitos de Autocuidado pacientes hospitalizados
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

Tabla 12 Correlación Ítem–total de la escala ERA-h

Contenido de los Ítems resumidos		Correlación Ítem-total escala corregida	Correlación Ítem-subescala corregida
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos			
P1	Capacidad de realizar actividades físicas	.443	.537
P2	Consumo de tabaco	.215	.326
P3	Aporte adecuado de líquidos	.500	.569
P4	Conocimientos para realizar dieta equilibrada	.592	.659
P5	Aporte adecuado de alimentos según necesidades	.589	.568
P6	Posee los conocimientos para prepararse la comida	.654	.643
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación			
P7	Dificultades control de esfínteres urinario	.200	.481
P8	Dificultades control de esfínteres fecal	.272	.434
P9	Dificultades con la sudoración	.187	.522
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo			
P10	Conocimientos para mantener su habitación saludable	.690	.718
P11	Realiza las tareas domésticas	.646	.706
P12	Grado de motivación para realizar las tareas	.700	.748
P13	Grado de cumplimiento de las actividades de la unidad o servicio	.669	.737
P14	Grado de motivación para realizar las actividades	.656	.738
P15	Dificultades para conciliar el sueño	.440	.422
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social			
P16	Grado de interacción social	.742	.693
P17	Grado de satisfacción de las relaciones	.603	.682
P18	Dificultades para mantener las relaciones	.624	.715
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano			
P19	Realiza higiene adecuada	.702	.646
P20	Utilización de la vestimenta adecuada	.641	.635
P21	Reconoce los síntomas de enfermedad y solicita ayuda	.608	.583
P22	Grado de cumplimiento farmacológico	.594	.637
P23	Grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento	.648	.682
P24	Reconoce los riesgos del consumo de sustancias tóxicas	.571	.576
P25	Conoce los riegos y métodos para prevenir ETS	.686	.651
P26	Utiliza métodos para prevenir ETS	.551	.532
P27	Siente ansiedad para desempeñar actividades de la vida diaria	.389	.369
P28	Ansiedad cuando se encuentra con otras personas	.349	.331
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales			
P29	Realiza higiene adecuada	.613	.637
P30	Utilización de la vestimenta adecuada	.674	.757
P31	Reconoce los síntomas de enfermedad y solicita ayuda	.710	.797
P32	Grado de cumplimiento farmacológico	.650	.698
P33	Grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento	.675	.685

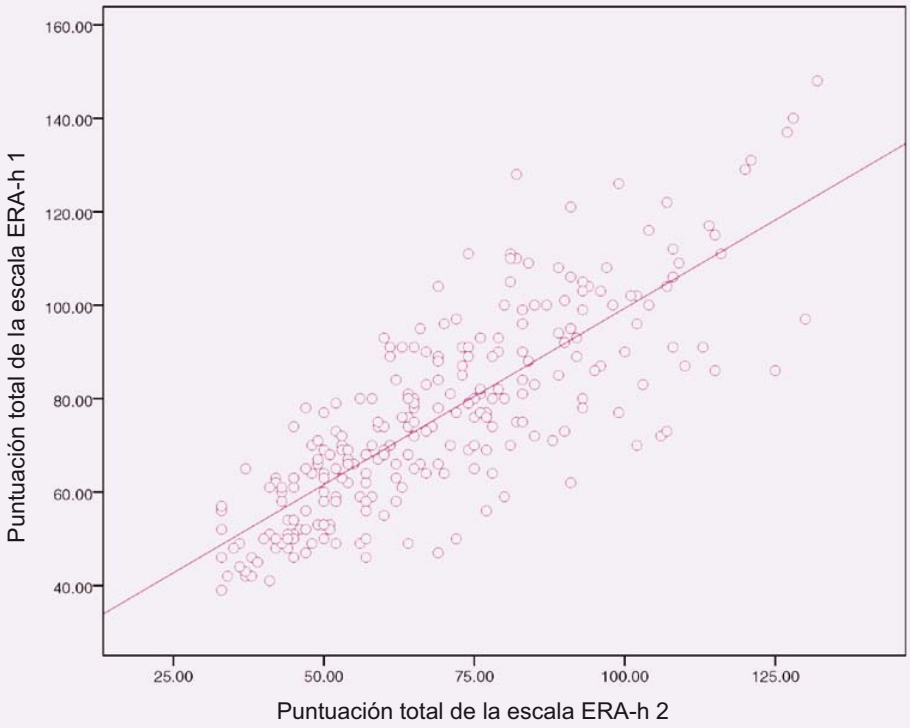
ERA-h: Escala de Requisitos de Autocuidado pacientes hospitalizados
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

Análisis test-retest

De los 264 pacientes que fueron incluidos en el estudio, a 4 pacientes no se les realizó la segunda entrevista, un paciente solicitó el alta hospitalaria, otro no deseó continuar en el estudio y dos fueron trasladados a otra unidad. Finalmente fueron incluidos para este análisis 260 pacientes que tenían las dos entrevistas realizadas con la escala ERA-h (ERA-h 1 pre-test y ERA-h 2 post-test).

El coeficiente de correlación de Pearson entre las dos escalas fue de 0,804 ($p<0,001$) (Figura 10).

Figura 10 **Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de las dos escalas ERA-h**



El Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) de la escala total fue de 0,89 y para todas las dimensiones de la escala este coeficiente también fue superior a 0,70 (Tabla 13).

Tabla 13 Escala ERA-h: Coeficiente de Correlación intraclase (CCI) test-retest

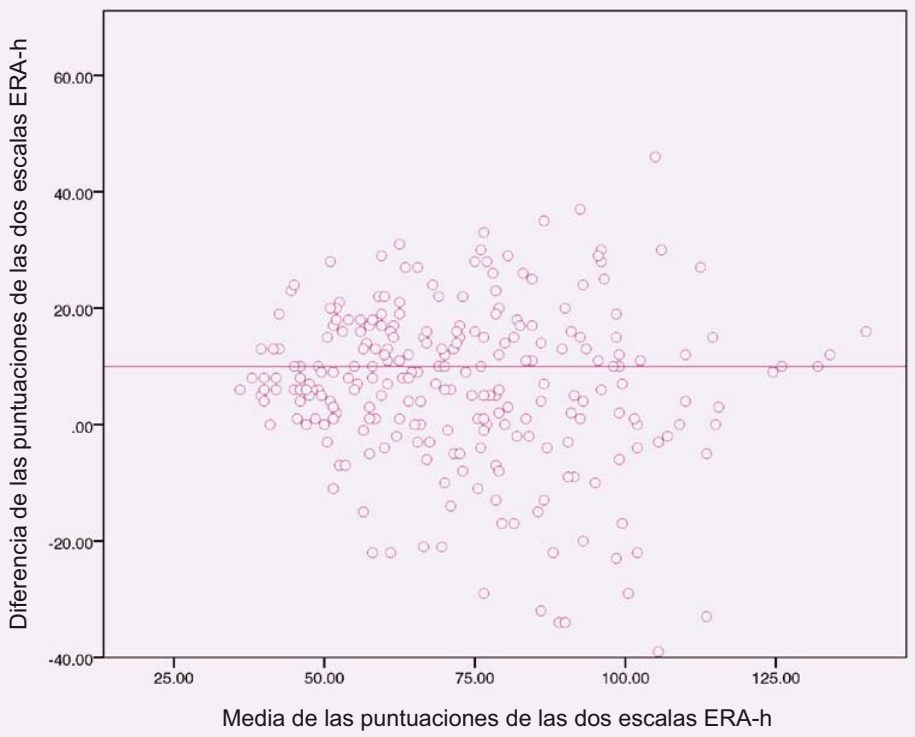
Requisitos de Autocuidado	CCI	IC 95%
Requisitos I, II y III. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos	0.900	0.873 – 0.922
Requisito IV. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación	0.720	0.643 – 0.781
Requisito V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	0.843	0.713 – 0.824
Requisito VI. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	0.775	0.713 – 0.824
Requisito VII. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	0.847	0.805 – 0.880
Requisito VIII. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	0.807	0.754 – 0.849
TOTAL	**0.890**	**0.860 - 0.914**

ERA-h: Escala de Requisitos de Autocuidado hospitalización
CCI: Coeficiente de correlación intraclase
IC: Intervalo de confianza

Posteriormente se realizó mediante el método de Bland y Altman, una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones de ambas escalas (ERA-h 1 y ERA-h 2) en relación con su media (Figura 11). Este gráfico permitió observar que la magnitud de las diferencias entre ambas escalas era similar para todos los valores de la puntuación de la escala (representados por los promedios de ambas mediciones).

Según el procedimiento de Bradley-Blackwood en el análisis de regresión simple se obtuvo una F = 2,87 y una pendiente de -0,105 (p=0,091).

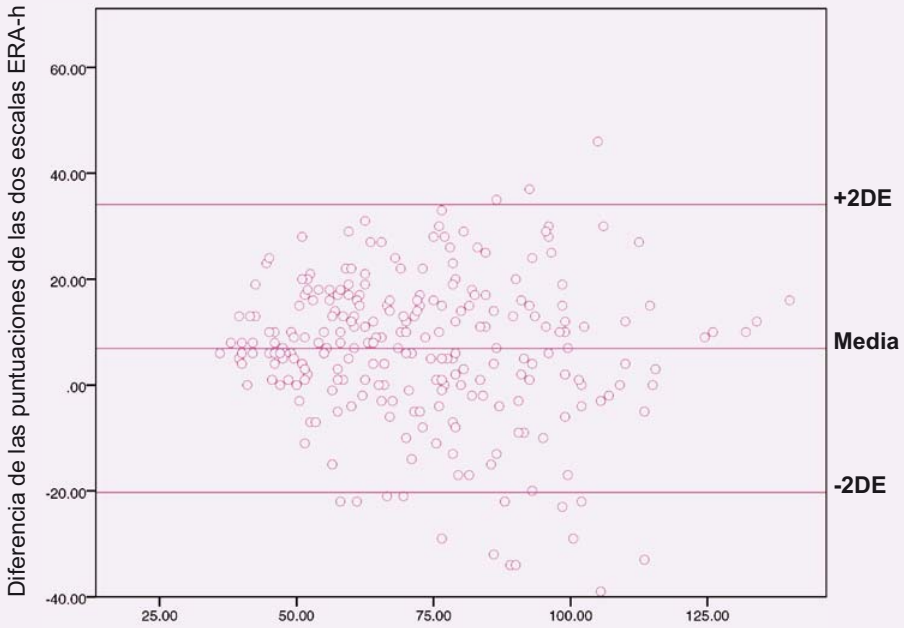
Figura 11 **Diferencias en los valores de la puntuación de la escala ERA-h entre dos observadores en relación a su promedio**



La media de las diferencias individuales entre las dos escalas ERA-h fue de 6,92 y una desviación estándar de 13,60, donde la mayoría de las diferencias se situaron aproximadamente entre la media y dos desviaciones estándar de la variable diferencia (Figura 12).

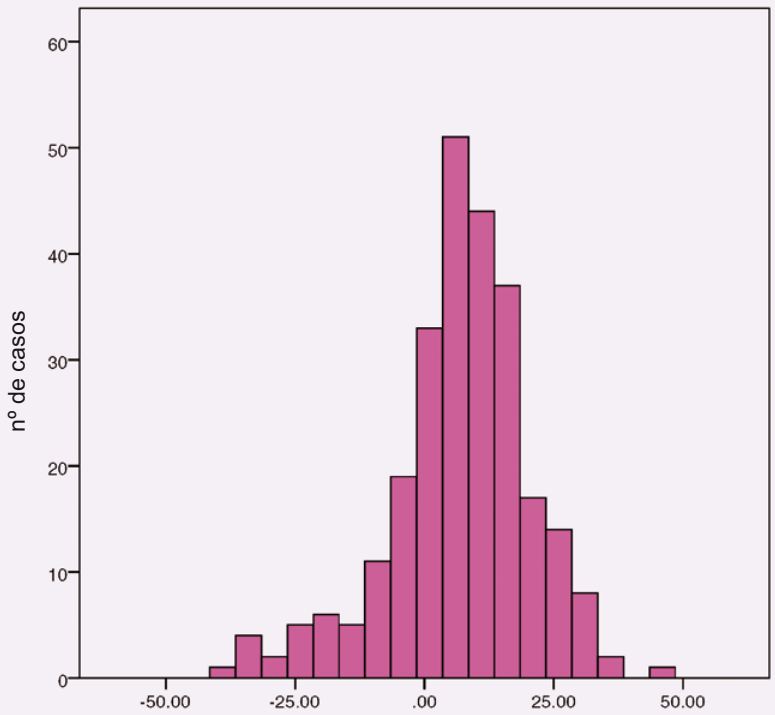
En el histograma que representa las diferencias entre las dos medidas (Figura 13) se observa que aunque la segunda medida de la escala ERA-h presenta valores muy ligeramente superiores, prácticamente las diferencias son homogéneas, ajustándose la mayoría de ellas a los límites de concordancia (20, 28 y 34,12), con una tendencia a la estabilidad.

Figura 12 **Método de Bland y Altman: Diferencia de las puntuaciones frente a la media de las dos escalas ERA-h**



Media de las puntuaciones de las dos escalas ERA-h
Diferencia media = 6,92 (IC 95% = (-20,28 y 34,12)

Figura 13 **Histograma de las diferencias de las puntuaciones de las dos escalas ERA-h**



Diferencia de las puntuaciones de las dos escalas ERA-h

La magnitud de las diferencias, en términos absolutos, de las dos puntuaciones de la escala ERA-h, así como el porcentaje acumulado de casos en los que se supera cada una de estas diferencias se muestra en la Tabla 14.

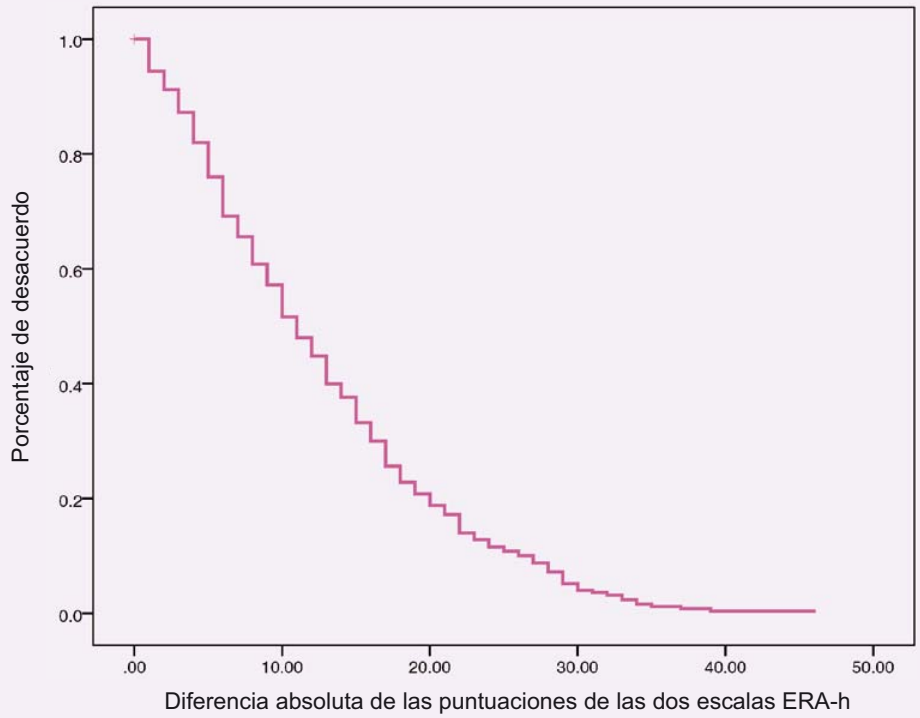
Tabla 14 Distribución de las diferencias absolutas entre las medidas de las dos escalas ERA-h en n=260 pacientes

Diferencia absoluta	Frecuencia	Porcentaje acumulado
.00	10	3,8
1.00	14	9,2
2.00	8	12,3
3.00	10	16,2
4.00	13	21,2
5.00	15	26,9
6.00	17	33,5
7.00	9	36,9
8.00	12	41,5
9.00	9	45,0
10.00	14	50,4
11.00	9	53,8
12.00	8	56,9
13.00	12	61,5
14.00	6	63,8
15.00	11	68,1
16.00	8	71,2
17.00	11	75,4
18.00	7	78,1
19.00	5	80,0
20.00	5	81,9
21.00	4	83,5
22.00	8	86,5
23.00	3	87,7
24.00	3	88,8
25.00	2	89,6
26.00	2	90,4
27.00	3	91,5
28.00	4	93,1
29.00	5	95,0
30.00	3	96,2
31.00	1	96,5
32.00	1	96,9
33.00	2	97,7
34.00	2	98,5
35.00	1	98,8
37.00	1	99,2
39.00	1	99,6
46.00	1	100,0
TOTAL	**260**	**100,0**

ERA-h: Escala de Requisitos de Autocuidado hospitalaria

A partir de estos datos se elaboró la gráfica en la que se muestra el desacuerdo existente entre ambas mediciones con la escala ERA-h (Figura 14). Según este gráfico, se obtiene un porcentaje de acuerdo o concordancia del 89,6 % para diferencias entre las dos mediciones de hasta 25 puntos, y una concordancia del 81,9% para diferencias de hasta 20 puntos.

Figura 14 **Gráfico de acuerdo-supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA-h**



También se realizaron los mismos gráficos de acuerdo-supervivencia para distintos niveles de diferentes variables: género, edad categorizada, años de evolución y puntuación del GAF categorizado (Figuras 15, 16, 17, 18), comparando las diferentes curvas con el test de Log-Rank y el test de Breslow. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas curvas analizadas.

Figura 15 **Gráfico de acuerdo-supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA-h según género**

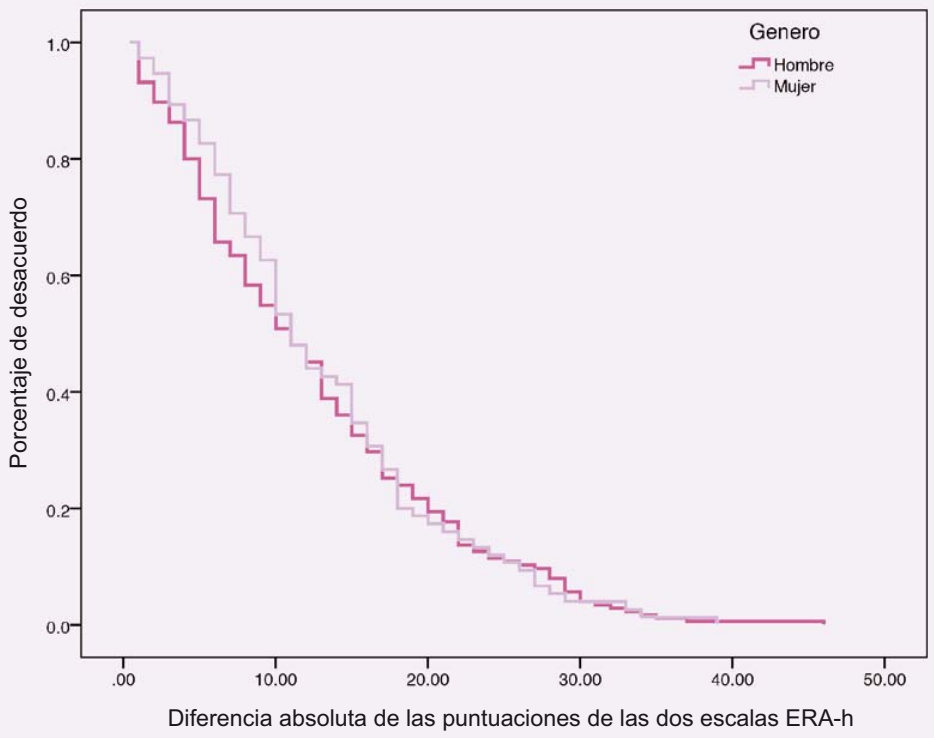


Figura 16 **Gráfico de acuerdo-supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA-h según grupos de edad**

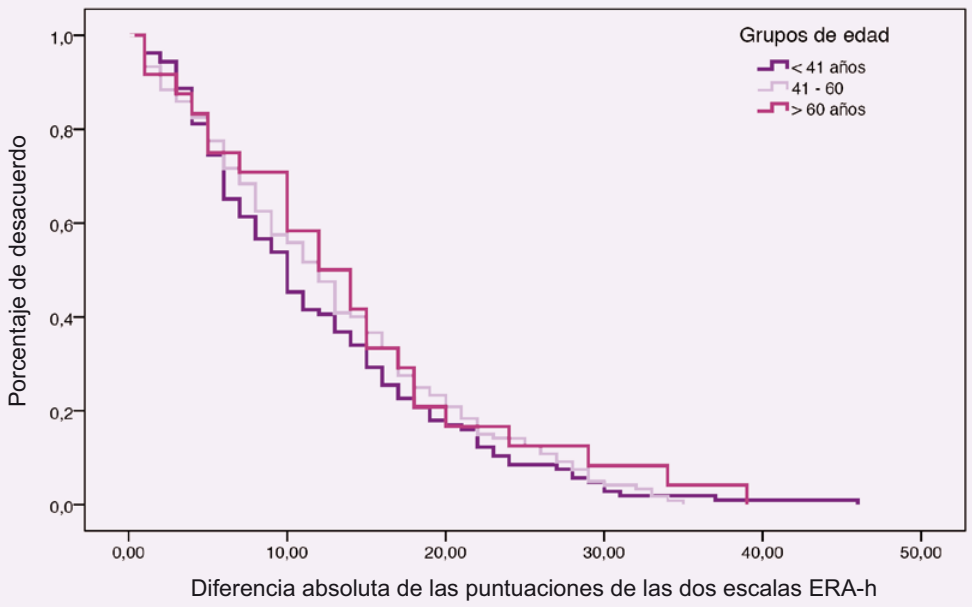


Figura 17 **Gráfico de acuerdo-supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA-h según años de evolución**

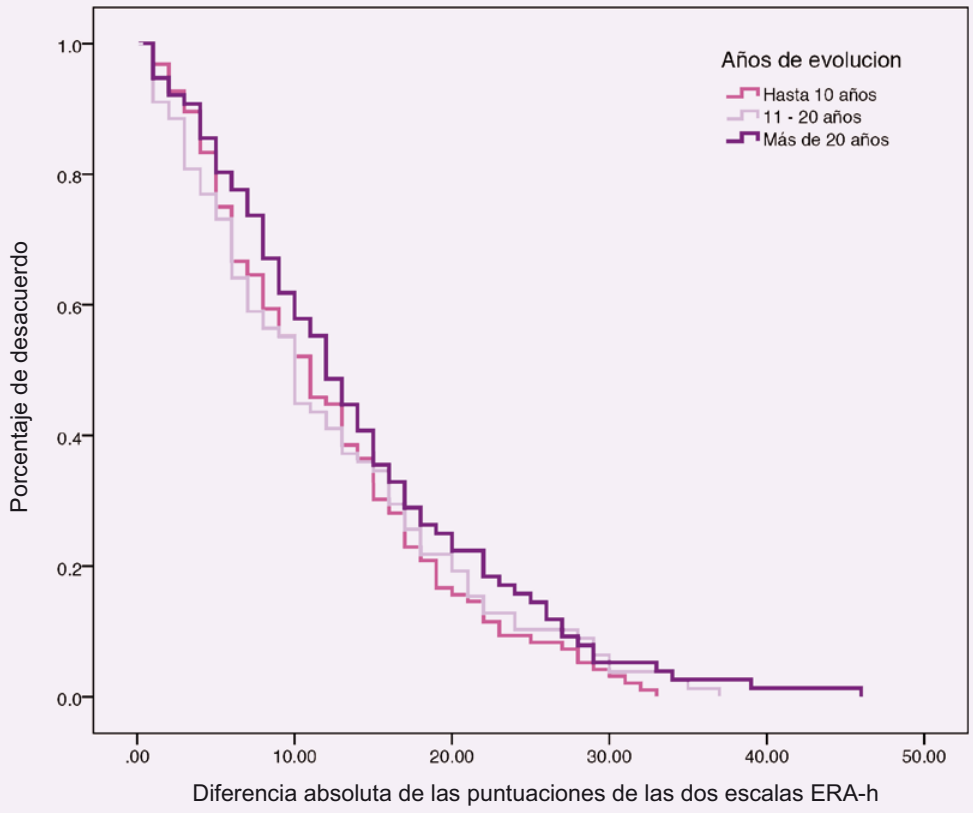
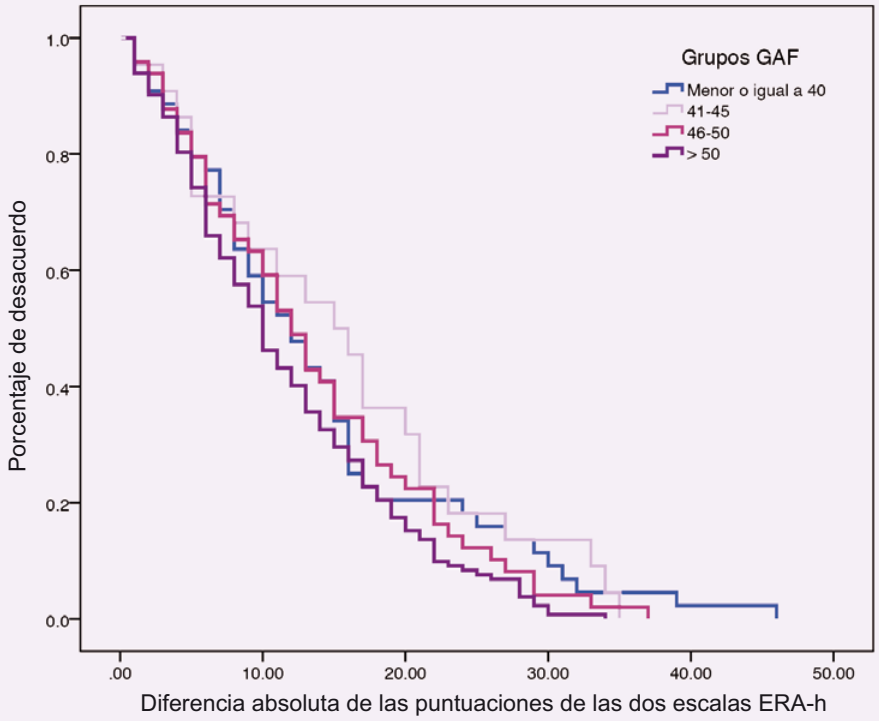


Figura 18 **Gráfico de acuerdo-supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA-h según el GAF**

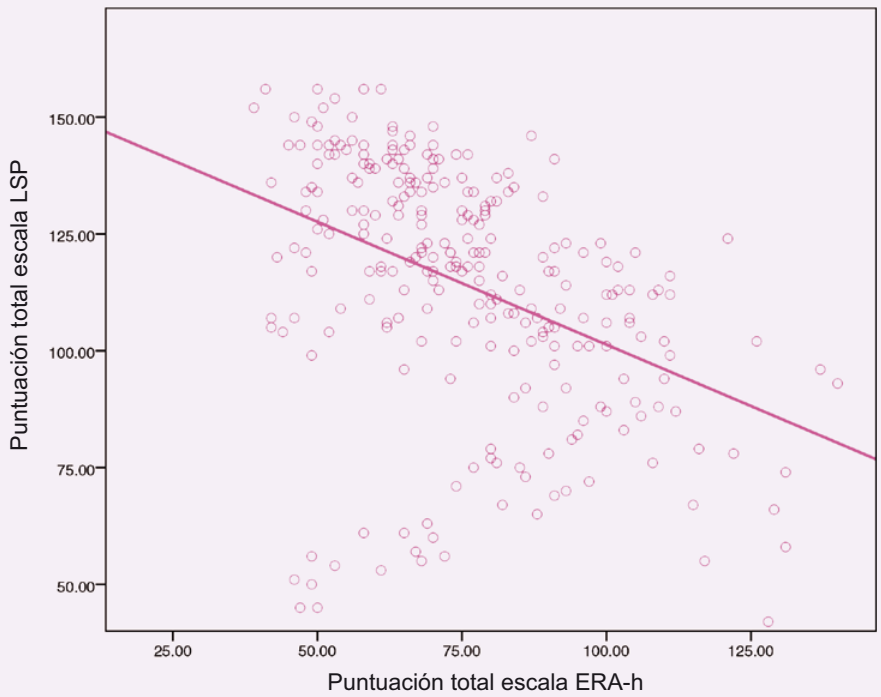


5.3 Análisis de la validez de la escala ERA-h

Análisis de la validez concurrente.

La correlación obtenida entre la escala ERA-h y la escala LSP, según el coeficiente de Spearman fue de -0,48 (p<0,0001). La correlación fue negativa ya que las puntuaciones de las dos escalas van en sentido inverso (Figura 19).

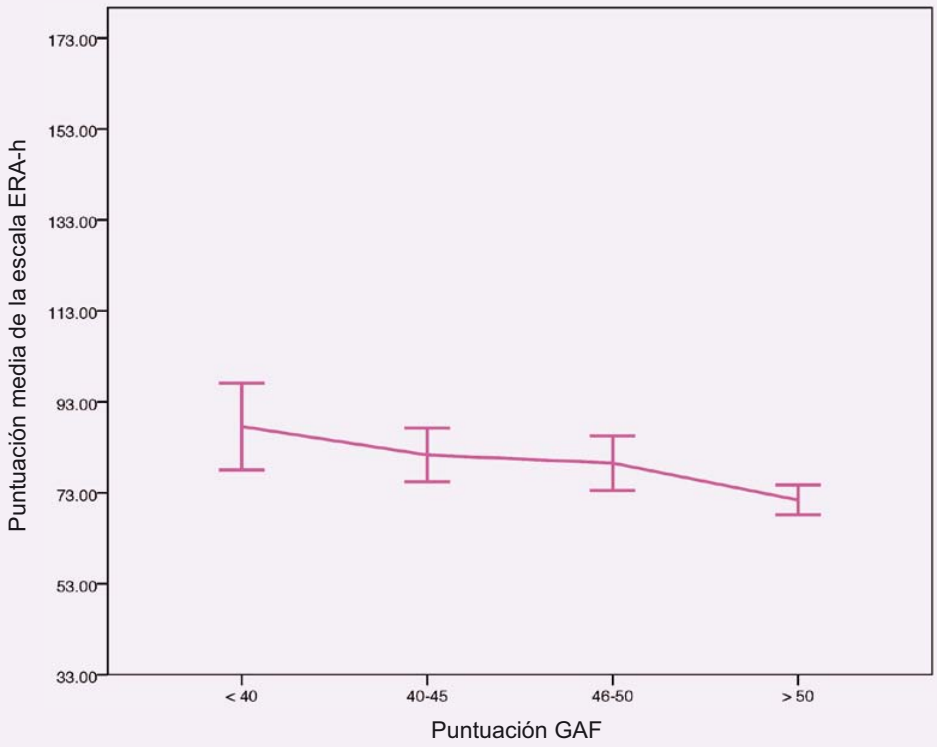
Figura 19 **Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de la escala LSP y escala ERA-h**



Análisis de la validez discriminante.

Se analizó mediante la comparación de las medias de la ERA entre 4 grupos de pacientes según el valor del GAF. La técnica estadística utilizada fue el análisis de la varianza (Figura 20). Se observó un mejoramiento de la puntuación de la escala ERA-h según aumenta el valor del GAF, siendo la diferencia estadísticamente significativa (p<0,001).

Figura 20 **Puntuación total de la escala ERA-h según los diferentes grupos de GAF (media e intervalo de confianza del 95%)**



A partir de la puntuación del GAF se dividieron a los pacientes en dos grupos (GAF inferior o igual a 50 y GAF superior a 50). Para esta comparación se utilizó la t de Student Fisher para dos muestras independientes. En este análisis se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p=0,0001) en el sentido de que la media de puntuación de la escala ERA-h fue superior en los pacientes con un GAF inferior o igual a 50 (diferencia de medias igual a 10,59; IC del 95% (5,60 a 15,58). (Tabla 15)

Tabla 15 **Evaluación de la validez discriminante mediante la comparación de medias de la escala ERA-h entre distintos grupos (GAF inferior o igual a 50 y GAF superior a 50)**

	Puntuación total en la escala ERA						
	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo	n	P
Total pacientes	76,1	21,0	73,5	39	148	260	
Pacientes con GAF ≤ 50	82,0	21,5	80	42	148	124	0001
Pacientes con GAF > 50	71,4	19,3	68	39	137	136	

ERA-h: Escala de Requisitos de Autocuidado
GAF: Escala de Funcionamiento Global
DE: Desviación Estándar
p: nivel de significación

Análisis de la validez de constructo: Análisis factorial

La estructura factorial se analizó mediante un análisis factorial confirmatorio en el que se planteó un modelo de 6 factores o variables latentes y 33 indicadores o ítems.

La estimación de parámetros se realizó mediante el método de mínimos cuadrados. Todas las saturaciones fueron estadísticamente significativas. (Tabla 16)

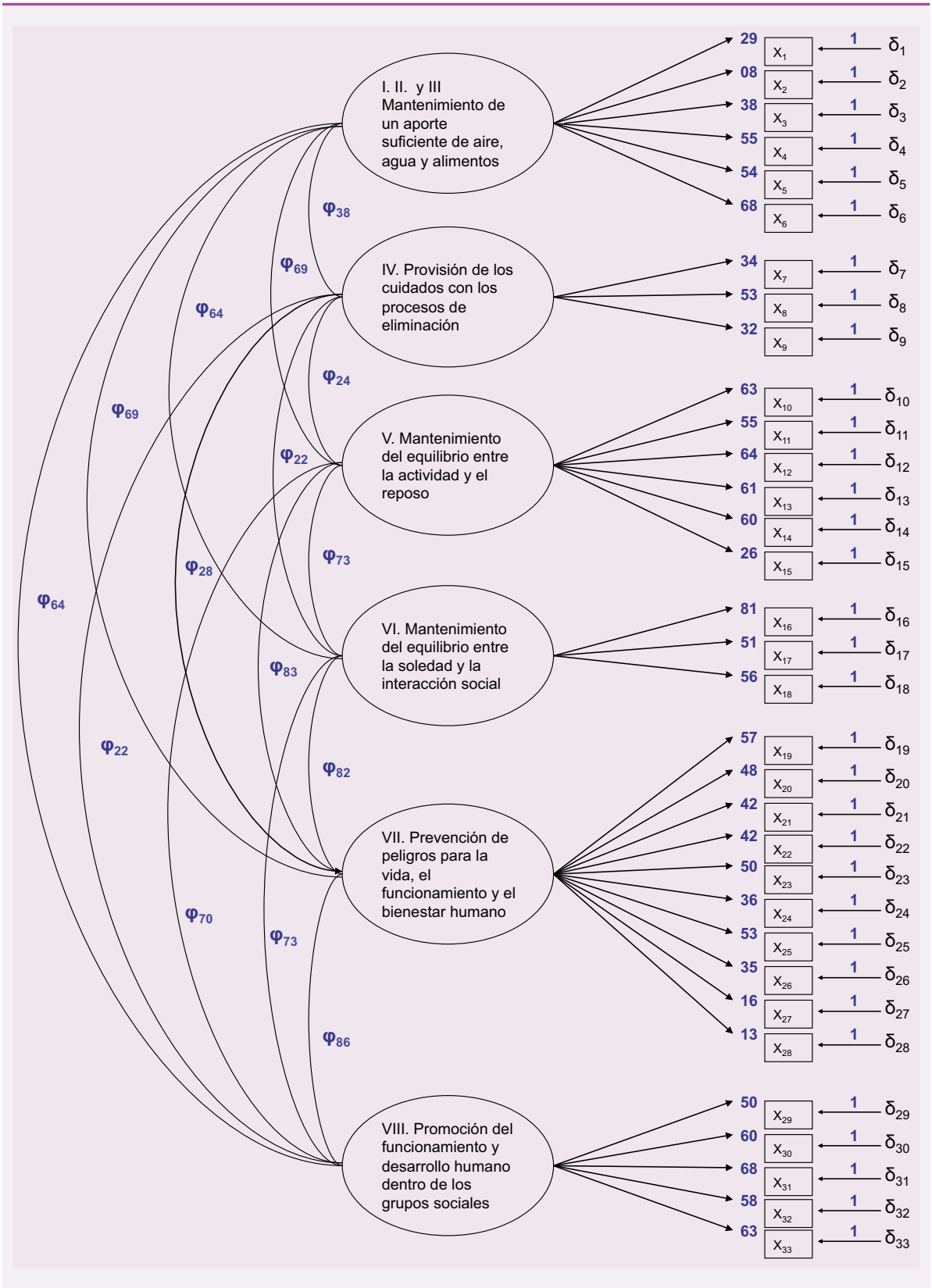
Tabla 16 **Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio (λij)**

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
1	.538*					
2	.283*					
3	.621*					
4	.742*					
5	.735*					
6	.829*					
7		.588*				
8		.733*				
9		.572*				
10			.796*			
11			.746*			
12			.805*			
13			.786*			
14			.778*			
15			.511*			
16				.900*		
17				.721*		
18				.753*		
19					.755*	
20					.698*	
21					.648*	
22					.655*	
23					.709*	
24					.601*	
25					.730*	
26					.592*	
27					.408*	
28					.367*	
29						.709*
30						.775*
31						.824*
32						.765*
33						.796*

* $p < .05$

Por lo que respecta a las correlaciones entre los factores, casi todos presentaron unas correlaciones elevadas con el resto de factores. (Figura 21)

Figura 21 Parámetros estandarizados del modelo



Bondad de ajuste del modelo

La prueba de Chi-cuadrado fue estadísticamente significativa la razón de ajuste fue de 2,64, de manera que si está entre 2-6 el ajuste es razonablemente bueno (Rial et al., 2006). Asimismo, tanto el resto de índices de ajuste absoluto como de ajuste incremental y de parsimonia analizados, presentaron la misma tendencia, por lo que se puede concluir que el modelo se ajusta adecuadamente. (Tabla 17)

Tabla 17 Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio

Índice	Valor
BBNFI	.897
BBNNFI	.986
GFI	.977
AGFI	.973
CFI	.988
RMSE	.060
α Cronbach	.943
Prueba de Bondad de Ajuste	x^2 = 1267.839; gl=480; p=.000
Razón de ajuste	x^2 / gl = 2.64 entre 2-6

BBNFI: Bentler Bonnet Normed Fit Index. **BBNNFI:** Bentler Bonnet Non Normed Fit Index.
GFI: Goodness of Fit Index. **AGFI:** Adjusted Goodnes. **CFI:** Comparative fit index of Fit Index.
RMSE: Root Mean Standard Error.

Resultados objetivo 2

Identificar el perfil de Autocuidado de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia según la Teoría de D. Orem.

Resultados del objetivo 2

5.4 Análisis descriptivo del déficit de autocuidado de la muestra de estudio

El análisis de las principales características sociodemográficas y clínicas de los 264 pacientes que se muestra en la Tabla 18; la media de edad fue de 43,5 años (DE 12,4), siendo el 70,5% hombres. Un 73,9% estaban solteros y un 13,2% casados o en pareja en el momento del estudio. El 87,1% tenían estudios primarios y/o secundarios, un 8,3% eran analfabetos o tan solo sabían leer y escribir, y solo el 2,7% tenían estudios universitarios. El 65,2% estaban con tratamiento farmacológico oral. La media de años de evolución de la enfermedad fue de 15,9 años (DE 11,5) y el 47,7% tenían una puntuación inferior o igual a 50 en la escala GAF.

Tabla 18 Características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio (n= 264)

Características	nº	%
Edad media (años)	**43,5 (DE 12,4)**	
Sexo		
Hombre	186	70,5
Mujer	78	29,5
Estado civil		
Soltero/a	195	73,9
Casado/a o con pareja	35	13,2
Separado/a	20	7,6
Divorciado/a	8	3,0
Viudo/a	6	2,3
Nivel de estudios		
Analfabeto	22	8,3
Estudios primarios	149	56,4
Estudios secundarios	81	30,7
Estudios universitarios	7	2,7
Ns/nc	5	1,9
Medicación		
Medicación oral	172	65,2
Medicación parenteral	82	31,1
Medicación oral más parenteral	9	3,4
No tiene pautado medicación	1	0.3
Años de evolución	**15,9 (DE 11,5)**	
GAF (n=260)		
Menor o igual a 50	124	47,7
Mayor que 50	136	52,3

DE: Desviación Estándar
GAF: Escala de Funcionamiento Global

Resultados de las puntuaciones de la Escala de Requisitos de Autocuidado en pacientes hospitalizados con esquizofrenia

En el análisis de las puntuaciones medias de la escala ERA-h para los pacientes hospitalizados que se muestra en la Tabla 19, se encontró que la puntuación media total de la escala fue de 76,1 (DE 21,06).

Al analizar la relación entre las variables sociodemográficas del estudio y la escala ERA-h, encontramos diferencias significativas con respecto a las siguientes variables: años de evolución de la enfermedad en la dirección que a más años de evolución mayor déficit de autocuidado ($p<0,0001$). A nivel de la edad, a mayor edad mayor déficit de autocuidado ($p<0,0001$). El nivel de estudios, presentó diferencias significativas en el sentido de que los analfabetos presentaron mayor déficit de autocuidado ($p=0.003$) que los que tenían estudios secundarios. Al contrastar el resto de variables sociodemográficas (género, estado civil, tipo de medicación) no encontramos diferencias estadísticamente significativas. En la relación del GAF y la escala ERA-h podemos decir que si existieron diferencias significativas ($p<0,0001$) en el sentido que los pacientes que obtuvieron una puntuación GAF inferior a 50 (mayor deterioro en su función global) presentaron una puntuación mayor en la escala ERA-h (mayor déficit de autocuidado).

Al analizar las dimensiones de la escala ERA-h con las distintas variables sociodemográficas y clínicas, observamos los siguientes resultados (Tabla 20).

Dimensión I (Requisitos de Autocuidado I, II y III): Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos. Se encontraron diferencias significativas ($p=0,01$) en relación al género, edad ($p=0,004$), estado civil ($p=0,003$), años de evolución de la enfermedad ($p=0,0001$) y la puntuación del GAF ($p=0,0001$). Los pacientes que presentaron mayor déficit de autocuidado fueron los hombres, los que tenían entre 41 y 60 años de edad, los divorciados, los que tenían más años de evolución de la enfermedad y los que presentaron

un GAF inferior a 50. Sin embargo no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas según el nivel de estudios del paciente o el tipo de medicación que tomaba.

Dimensión II (Requisitos de Autocuidado IV): Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p=0,03) en relación a la edad: en el sentido que a mayor edad mayor déficit de autocuidado. También presentaron más déficit de autocuidado los pacientes que tenían más años de evolución (p=0,02), así como los que tenían un GAF inferior a 50 (p=0,036). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas según el género, el estado civil, el nivel de estudios o el tipo de la medicación que tomaba.

Dimensión III (Requisitos de Autocuidado V): Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p=0,001) en relación a la edad (a mayor edad mayor desequilibrio entre la actividad y el reposo). También presentaron más alteración en esta dimensión los pacientes con más años de evolución (p=0,0001), así como los que tenían un GAF inferior a 50 (p=0,0001). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el resto de las variables.

Dimensión IV (Requisitos de Autocuidado VI): Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. Presentaban más dificultad en relación a la interacción social los pacientes que tenían más años de evolución (p=0,001), así como los que tenían un GAF inferior a 50 (p=0,01). No se encontraron diferencias significativas en relación al género, la edad, el estado civil, el nivel de estudios o el tipo de medicación que tomaban.

Dimensión V (Requisitos de Autocuidado VII): Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. Se encontraron diferencias significativas (p=0,0001) en relación a la edad (a mayor edad menor grado de prevención). También presentaron menos capacidad para prevenir

peligros para la vida los que tenían menos nivel de estudios (p=0,0001), los que tenían más años de evolución (p=0,0001) y los que tenían un GAF inferior a 50 (p=0,005). No se observaron diferencias significativas según el género, el estado civil, o el tipo de medicación que tomaban.

Dimensión VI (Requisitos de Autocuidado VIII): Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p=0,001) en relación a la edad, en el sentido de que a mayor edad menor capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo social. Igualmente, también presentaron mayor dificultad para el desarrollo social los pacientes analfabetos (p=0,0001), los pacientes que tenían más años de evolución (p=0,0001) y los que tenían un GAF inferior a 50 (p=0,0001). No se obtuvieron diferencias significativas según el género, la edad, el estado civil, o el tipo de medicación que tomaban.

Tabla 19 **Puntuación media en la escala total ERA-h según variables sociodemográficas y GAF**

Características	Media ERA-h total (DE)	p
Total puntuación escala ERA-h	**76,1(DE 21,0)**	
Género		
Hombre	76,0 (20,6)	0,95[1]
Mujer	76,2 (22,2)	
Grupos de edad		
Menos de 41 años	69,8 (19,5)	0,0001[2]
De 41 a 60 años	79,8 (20,5)	
Más de 60 años	84,7 (22,8)	
Estado civil		
Soltero/a	76,2 (20,9)	0,86[2]
Casado/a o con pareja	75,2 (25,0)	
Separado/a	76,1 (19,6)	
Divorciado/a	70,8 (10,4)	
Viudo/a	83,3 (19,4)	
Nivel de estudios		
Analfabeto	89,7 (25,0)	0,003[2]
Estudios primarios	76,7 (21,6)	
Estudios secundarios	70,6 (16,9)	
Estudios universitarios	77,4 (22,5)	
Ns/nc	84,8 (17,5)	
Medicación		
Medicación oral	76,9 (20,9)	0,70[2]
Medicación parenteral	74,5 (20,2)	
Medicación oral más parenteral	73,0 (31,4)	
Años de evolución	**15,9 (DE 11,5)**	
Grupos de años de evolución		
Menos de 11 años	70,4 (17,7)	0,0001[2]
De 11 a 20 años	72,0 (19,9)	
Más de 20 años	87,1 (21,9)	
GAF		
Menor o igual a 50	82,0 (21,5)	0,0001[2]
Mayor que 50	71,4 (19,3)	

DE: Desviación Estándar
GAF: Escala de Funcionamiento Global
[1]: t de Student Fisher
[2]: ANOVA

Tabla 20 Puntuaciones medias en cada dimensión de la escala ERA-h, según variables sociodemográficas y GAF

Ítems	Dimensión I (R: I, II, III) Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos			Dimensión II (R: IV) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación			Dimensión III (R: V) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo			Dimensión IV (R: VI) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social I			Dimensión VI (R: VIII) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales			Dimensión VI (R: VIII) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales		
	n	Media (DE)	p	n	Media (DE)	p	n	Media (DE)	p	n	Media (DE)	p	n	Media (DE)	p	n	Media (DE)	p
Total puntuación	14,2 (4,7)			4,5(2,1)			14,2(4,6)			7,5(2,8)			22,2 (7,0)			13,1 (4,7)		
Género																		
hombres	186	15,3(4,7)	**0,015**[1]	186	4,3(2,0)	0,131[1]	186	13,9(4,6)	0,725[1]	186	7,4(2,8)	0,544[1]	186	22,0(6,6)	0,455[1]	186	12,9(4,7)	0,389[1]
mujeres	78	13,7(4,4)		78	4,8(2,2)		78	13,7(5,3)		78	7,6(2,8)		78	22,7(7,8)		78	13,5(4,7)	
Grupos de edad en años																		
< 41	111	13,7(4,5)	**0,004**[2]	111	4,1(2,0)	**0,039**[2]	111	12,7(4,6)	**0,003**[2]	111	7,0(2,7)	0,070[2]	111	20,1(6,4)	**0,0001**[2]	111	11,9(4,2)	**0,01**[2]
41 a 60	126	15,7(4,7)		126	4,6(2,1)		126	14,5(4,5)		126	7,7(2,7)		126	23,2(6,7)		126	13,8(4,7)	
> 60	27	15,0(4,5)		27	5,2(2,3)		27	15,5(5,6)		27	8,1(3,2)		27	26,0(8,3)		27	14,7(5,4)	
Estado civil																		
Soltero/a	195	15,4(4,7)	**0,003**[2]	195	4,5(2,2)	0,627[2]	195	13,7(4,7)	0,721[2]	195	7,4 (2,7)	0,573[2]	195	22,0(6,8)	0,188[2]	195	13,0(4,6)	0,649[2]
Casado/a o con pareja	35	12,4(4,3)		35	4,4(2,0)		35	13,4(5,7)		35	7,7(3,4)		35	23,0(8,3)		35	14,1(5,5)	
Separado/a	20	12,9(4,2)		20	4,1(1,4)		20	15,1(4,1)		20	7,6(2,4)		20	23,3(6,8)		20	13,0(4,2)	
Divorciado/a	8	15,6(3,4)		8	5,1(2,9)		8	13,6(4,5)		8	7,3(2,5)		8	17,5(4,3)		8	11,6(2,8)	
Viudo/a	6	14,5(4,3)		6	5,5(1,7)		6	15,1(4,6)		6	9,3(1,9)		6	25,6(7,9)		6	13,1(4,0)	
Nivel de estudios																		
Analfabeto	22	15,1(6,4)	0,610[2]	22	5,1(2,3)	0,312[2]	22	16,9(5,1)	0,006[2]	22	8,5(2,8)	0,150[2]	22	27,0(7,7)	**0,0001**[2]	22	16,9(5,2)	**0,001**[2]
Primarios	149	15,1(4,7)		149	4,4(1,9)		149	13,7(4,9)		149	7,5(2,9)		149	22,6(7,1)		149	13,1(4,8)	
Secundarios	81	14,3(4,2)		81	4,4(2,2)		81	1209(4,1)		81	7,1(2,3)		81	19,7(5,8)		81	12,0(3,6)	
Universitarios	7	13,1(1,6)		7	3,7(0,9)		7	14,7(5,4)		7	6,7(4,3)		7	24,2(7,6)		7	14,8(6,0)	
Ns/nc	5	15,6(4,3)		5	5,8(3,8)		5	16,8(33)		5	9,0(3,0)		5	24,8(4,7)		5	12,8(2,5)	
Medicación																		
Oral	172	15,2(4,6)	0,163[2]	172	4,6(2,1)	0,308[2]	172	13,9 (4,7)	0,886[2]	172	7,6(2,7)	0.348[2]	172	22,4(7,0)	0,534[2]	172	12,9(4,4)	0,824[2]
Parenteral	82	14,1(4,5)		82	4,3(2,1)		82	13,8 (4,8)		82	7,3(2,9)		82	21,5(6,8)		82	13,4(5,0)	
Oral y Parenteral	9	13,0(6,5)		9	3,8(1,1)		9	13,8 (6,7)		9	7,1(2,8)		9	22,0(9,5)		9	14,0(6,4)	
Grupos de años de evolución																		
< de 11 años	101	13,6(4,4)	**0,0001**[2]	101	4,1(2,0)	**0,002**[2]	101	12,8(4,2)	**0,0001**[2]	101	7,1 (2,5)	**0,001**[2]	101	20,6(6,0)	**0,0001**[2]	101	12,0(4,0)	**0,0001**[2]
de 11 a 20	81	14,5(4,4)		81	4,3(1,7)		81	12,8(4,7)		81	7,0(2,8)		81	20,7(6,6)		81	12,7(4,7)	
> 20 años	82	16,6(4,7)		82	5,1(2,4)		82	16,1(4,8)		82	8,4 (2,9)		82	25,6(7,4)		82	14,9(5,0)	
GAF (n=260)																		
≤50	124	15,9(4,7)	**0,0001**[1]	124	4,8(2,2)	**0,036**[1]	124	15,0(4,9)	**0,0001**[1]	124	8,1(3,1)	**0,001**[1]	124	23,6(7,4)	**0,005**[1]	124	14,3(4,7)	**0,0001**[1]
>50	136	13,9(4,4)		136	4,2(2,0)		136	12,9(4,4)		136	6,9(2,4)		136	21,1(6,5)		136	12,1(4,4)	

ERA-h: Escala de Requisitos de Autocuidado hospitalaria; **DE:** Desviación Estándar; **GAF:** Escala de Funcionamiento Global; **R:** Requisitos de Autocuidado;
p: nivel de significancia; [1]**:** t de Student Fisher; [2]**:** ANOVA

5.5 Perfil del autocuidado de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia

Para la baremación se categorizaron las variables edad y años de evolución en tres categorías. A continuación, se realizó un análisis univariante, para analizar si había diferencias significativas entre la puntuación total de la escala ERA-h según el sexo, la edad categorizada y los años de evolución categorizados. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la edad y los años de evolución, en el sentido de que la puntuación media total fue superior a medida que aumentaba la edad (p<0,0001) y a medida que aumentaban los años de evolución de la enfermedad (p<0,0001). (Tabla 21)

Tabla 21 **Relación entre la puntuación media total de la escala ERA-h y el sexo, edad y años de evolución**

Variables	Puntuación total de la escala ERA		p
	Media	DE	
Sexo			
Hombre	76,0	(20,6)	0,95[1]
Mujer	76,2	(22,2)	
Edad			
< 41 años	69,8	(19,5)	<0,0001[2]
41 a 60 años	79,8	(20,5)	
> 60 años	84,7	(22,8)	
Años de evolución			
< 10 años	70,4	(17,7)	<0,0001[2]
11 a 20 años	72,0	(19,9)	
> 20 años	87,1	(21,9)	

ERA: Escala de Requisitos de Autocuidado
DE: Desviación estándar
p: nivel de significación
[1]: prueba t de Student Fisher de comparación de medias
[2]: análisis de la varianza

Posteriormente se realizó la baremación según, edad categorizada y años de evolución y los resultados de la baremación en centiles se presentan en la Tabla 22.
A continuación se calcularon la medida y desviación estándar de las puntuaciones directas de la escala ERA-h (Tabla 23) y las puntuaciones T para cada subescala, según edad y años de evolución (Tablas 24-30).

En la figura 21 se representa a modo de ejemplo el proceso de transformación de las puntuaciones directas en puntuaciones T. Se ha tomado un caso real de la muestra de tipificación para un/a paciente de 51 años de edad y con 16 años de evolución de la enfermedad (Figura 22) obtenido a partir de las tablas 26 a 32. En el momento de la interpretación se debe tener en cuenta que una puntuación T indica la distancia en unidades típicas y que los valores T forman una escala típica con media 50 y una desviación típica de 10.

La utilidad práctica de este perfil sería que todas las puntuaciones T en cada subescala inferiores a la media 50 (indicadas en verde en el perfil) indicarían un menor déficit de autocuidado, requiriendo solamente un sistema de enfermería de tipo apoyo-educativo. Las puntuaciones T entre 50 y 75 (indicadas en naranja en el perfil), representarían un mayor déficit de autocuidado requiriendo un sistema de enfermería de tipo parcialmente compensatorio. Por último las puntuaciones T superiores a 75 (indicadas en rojo en el perfil), serían las que mostrarían un peor déficit de autocuidado requiriendo un sistema de enfermería totalmente compensatorio.

Tabla 22 **Baremación escala ERA-h**

Edad		x ≤ 40 años			41 ≤ x_i ≤ 60 años			x > 60 años		
Años evolución		X ≤ 10	11 ≤ x_i ≤ 20	x > 20	X ≤ 10	11 ≤ x_i ≤ 20	x > 20	X ≤ 10	11 ≤ x_i ≤ 20	x > 20
Centil	5	45	49	64	46	44	56	-	50	56
	10	47	50	64	48	49	59	-	50	58
	25	55	53	64	58	56	71	-	50	68
	50	66	66	128	69	69	82	-	63	81
	75	78	79	-	83	84	100	-	-	105
	90	90	98	-	96	103	121	-	-	126
	95	102	111	-	102	114	131	-	-	139

Tabla 23 **Media y Desviación Estándar de las Puntuaciones directas de la escala ERA-h**

Edad	X ≤ 40 años						41 ≤ X_i ≤ 60 años						X > 60 años					
Años evolución	X ≤ 10		11 ≤ X_i ≤ 20		X > 20		X ≤ 10		11 ≤ X_i ≤ 20		X > 20		X ≤ 10		11 ≤ X_i ≤ 20		X > 20	
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos	13,24	4,30	13.77	4.55	19,67	8,38	13,65	4,45	14.86	4.72	16,69	4,79	20,00	0.0	15.03	4.50	15,09	4,45
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación	3,99	2,04	4.18	2.06	7,67	4,16	4,16	2,04	4.52	2.13	5,20	2,45	9,00	0.0	5.25	2.39	5,22	2,44
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	12,72	4,39	12.70	4.67	21,67	10,11	12,80	4,26	13.86	4.83	16,20	4,85	13,00	0.0	15.55	5.65	16,52	5,51
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	6,88	2,40	7.05	2.78	13,00	2,64	7,16	2,59	7.51	2.84	8,45	2,95	10,00	0.0	8.11	3.28	8,00	3,19
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	19,51	5,81	20.12	6.41	31,00	13,74	20,64	6,03	22.21	7.05	25,65	7,48	29,00	0.0	26.07	8.30	26,91	8,42
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	11,71	4,05	11.96	4.24	20,33	7,234	12,07	4,04	13.15	4.71	14,93	5,00	13,00	0.0	14.70	5.46	15,17	5,70
TOTAL	**68,04**	**16,86**	**69,83**	**19,57**	**113,33**	**43,87**	**70,48**	**17,76**	**76,14**	**21,06**	**87,10**	**21,96**	**94,0**	**0,0**	**84,74**	**22,88**	**86,91**	**23,09**

$\bar{x}$**:** Media; **S:** Desviación Estándar

Tabla 24 **Puntuaciones T para la subescala: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos**

PD	Edad ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			Edad > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20
6	33	33	34	33	31	28	-	30	30
7	35	35	35	35	33	30	-	32	32
8	38	37	36	37	35	32	-	34	34
9	40	40	37	40	38	34	-	37	36
10	42	42	38	42	40	36	-	39	39
11	45	44	40	44	42	38	-	41	41
12	47	46	41	46	44	40	-	43	43
13	49	48	42	49	46	42	-	45	45
14	52	51	43	51	48	44	-	48	48
15	54	53	44	53	50	46	-	50	50
16	56	55	46	55	52	49	-	52	52
17	59	57	47	58	55	51	-	54	54
18	61	59	48	60	57	53	-	57	57
19	63	61	49	62	59	55	-	59	59
20	66	64	50	64	61	57	-	61	61
21	68	66	52	67	63	59	-	63	63
22	70	68	53	69	65	61	-	65	66
23	73	70	54	71	67	63	-	68	68
24	75	72	55	73	69	65	-	70	70
25	77	75	56	76	71	67	-	72	72
26	80	77	58	78	74	69	-	74	75
27	82	79	59	80	76	72	-	77	77
28	84	81	60	82	78	74	-	79	79
29	87	83	61	84	80	76	-	81	81
30	89	86	62	87	82	78	-	83	84

PD: Puntuación Directa

Tabla 25 **Puntuaciones T para la subescala: Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación**

PD	Edad ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			Edad > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20
3	45	44	39	44	43	41	-	41	41
4	50	49	41	49	48	45	-	45	45
5	55	54	44	54	52	49	-	49	49
6	60	59	46	59	57	53	-	53	53
7	65	64	48	64	62	57	-	57	57
8	70	69	51	69	66	61	-	62	61
9	75	73	53	74	71	66	-	66	65
10	79	78	56	79	76	70	-	70	70
11	84	83	58	84	80	74	-	74	74
12	89	88	60	88	85	78	-	78	78
13	94	93	63	93	90	82	-	82	82
14	99	98	65	98	95	86	-	87	86
15	104	103	68	103	99	90	-	91	90

PD: Puntuación Directa

Tabla 26 **Puntuaciones T para la subescala: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo**

PD	Edad ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			Edad > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20
6	36	29	32	27	28	23	-	28	25
7	50	31	33	29	30	25	-	30	27
8	52	34	34	32	32	27	-	31	29
9	55	36	35	34	34	29	-	33	31
10	57	38	35	36	36	31	-	35	33
11	59	40	36	39	38	33	-	37	35
12	61	42	37	41	40	35	-	38	36
13	64	44	38	43	42	37	-	40	38
14	66	46	39	46	44	39	-	42	40
15	68	49	40	48	46	41	-	44	42
16	71	51	41	50	48	43	-	45	44
17	73	53	42	53	50	45	-	47	45
18	75	55	43	55	52	48	-	49	47
19	77	57	44	58	54	50	-	51	49
20	80	59	45	60	57	52	-	53	51
21	82	61	46	62	59	54	-	54	53
22	84	63	47	65	61	56	-	56	55
23	86	66	48	67	63	58	-	58	56
24	89	68	49	69	65	60	-	60	58
25	91	70	50	72	67	62	-	61	60
26	93	72	51	74	69	64	-	63	62
27	96	74	52	76	71	66	-	65	64
28	98	76	53	79	73	68	-	67	65
29	100	78	54	81	75	70	-	68	67
30	102	81	55	83	77	72	-	70	69

PD: Puntuación Directa

Tabla 27 **Puntuaciones T para la subescala: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social**

PD	X ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			X > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20
3	34	35	12	34	34	32	-	34	34
4	50	39	16	38	38	35	-	37	37
5	54	43	20	42	41	38	-	41	41
6	58	46	23	46	45	42	-	44	44
7	63	50	27	49	48	45	-	47	47
8	67	53	31	53	52	48	-	50	50
9	71	57	35	57	55	52	-	53	53
10	75	61	39	61	59	55	-	56	56
11	79	64	42	65	62	59	-	59	59
12	83	68	46	69	66	62	-	62	63
13	88	71	50	73	69	65	-	65	66
14	92	75	54	76	73	69	-	68	69
15	96	79	58	80	76	72	-	71	72

PD: Puntuación Directa

Tabla 28 **Puntuaciones T para la subescala: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano**

PD	X ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			X > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20
10	34	23	30	21	23	20	-	22	22
11	35	25	30	22	24	21	-	23	23
12	37	26	31	24	26	22	-	25	24
13	39	28	32	26	27	24	-	26	25
14	41	30	33	27	28	25	-	27	26
15	42	31	33	29	30	26	-	28	28
16	44	33	34	31	31	28	-	29	29
17	46	34	35	32	33	29	-	31	30
18	47	36	35	34	34	30	-	32	31
19	49	37	36	36	36	32	-	33	32
20	51	39	37	37	37	33	-	34	33
21	53	40	38	39	38	34	-	35	35
22	54	42	38	41	40	36	-	37	36
23	56	44	39	42	41	37	-	38	37
24	58	45	40	44	43	38	-	39	38
25	59	47	41	46	44	40	-	40	39
26	61	48	41	47	45	41	-	41	41
27	63	50	42	49	47	42	-	43	42
28	65	51	43	51	48	44	-	44	43
29	66	53	43	52	50	45	-	45	44
30	68	54	44	54	51	46	-	46	45
31	70	56	45	56	53	48	-	48	47
32	71	58	46	57	54	49	-	49	48
33	73	59	46	59	55	50	-	50	49
34	75	61	47	61	57	52	-	51	50
35	77	62	48	62	58	53	-	52	51
36	78	64	49	64	60	54	-	54	52
37	80	65	49	66	61	56	-	55	54
38	82	67	50	67	62	57	-	56	55
39	84	69	51	69	64	58	-	57	56
40	85	70	51	70	65	60	-	58	57
41	87	72	52	72	67	61	-	60	58
42	89	73	53	74	68	63	-	61	60
43	90	75	54	75	70	64	-	62	61
44	92	76	54	77	71	65	-	63	62
45	94	78	55	79	72	67	-	64	63
44	92	76	54	77	71	65	-	63	62
45	94	78	55	79	72	67	-	64	63
46	96	79	56	80	74	68	-	66	64
47	97	81	57	82	75	69	-	67	66
48	99	83	57	84	77	71	-	68	67
49	101	84	58	85	78	72	-	69	68
50	102	86	59	87	79	73	-	70	69

PD: Puntuación Directa

Tabla 29 **Puntuaciones T para la subescala: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales**

PD	X ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			X > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20
5	33	29	26	28	28	26	-	29	29
6	36	31	27	30	31	28	-	30	30
7	38	34	29	33	33	30	-	32	32
8	41	36	30	35	35	32	-	34	34
9	43	38	32	37	37	34	-	36	36
10	46	41	33	40	39	36	-	38	37
11	48	43	34	42	41	38	-	40	39
12	51	45	36	45	43	40	-	41	41
13	53	48	37	47	45	42	-	43	43
14	56	50	38	50	48	44	-	45	44
15	58	52	40	52	50	46	-	47	46
16	61	55	41	55	52	48	-	49	48
17	63	57	43	57	54	50	-	51	50
18	66	60	44	60	56	52	-	52	51
19	68	62	45	62	58	54	-	54	53
20	70	64	47	65	60	56	-	56	55
21	73	67	48	67	62	58	-	58	57
22	75	69	50	70	65	60	-	60	58
23	78	71	51	72	67	62	-	62	60
24	80	74	52	75	69	64	-	63	62
25	83	76	54	77	71	66	-	65	64

PD: Puntuación Directa

Tabla 30 **Puntuaciones T para el Total escala ERA-h**

PD	X ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			X > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20
33	29	31	32	29	30	25	-	27	27
34	30	32	32	29	30	26	-	28	27
35	30	32	32	30	30	26	-	28	28
36	31	33	32	31	31	27	-	29	28
37	32	33	33	31	31	27	-	29	28
38	32	34	33	32	32	28	-	30	29
39	33	34	33	32	32	28	-	30	29
40	33	35	33	33	33	29	-	30	30
41	34	35	34	33	33	29	-	31	30
42	35	36	34	34	34	29	-	31	31
43	35	36	34	35	34	30	-	32	31
44	36	37	34	35	35	30	-	32	31
45	36	37	34	36	35	31	-	33	32
46	37	38	35	36	36	31	-	33	32
47	38	38	35	37	36	32	-	34	33
48	38	39	35	37	37	32	-	34	33
49	39	39	35	38	37	33	-	34	34
50	39	40	36	38	38	33	-	35	34
51	40	40	36	39	38	34	-	35	34
52	40	41	36	40	39	34	-	36	35
53	41	41	36	40	39	34	-	36	35
54	42	42	36	41	39	35	-	37	36
55	42	42	37	41	40	35	-	37	36
56	43	43	37	42	40	36	-	37	37
57	43	43	37	42	41	36	-	38	37
58	44	44	37	43	41	37	-	38	37
59	45	44	38	44	42	37	-	39	38
60	45	45	38	44	42	38	-	39	38
61	46	45	38	45	43	38	-	40	39
62	46	46	38	45	43	39	-	40	39
63	47	47	39	46	44	39	-	40	40
64	48	47	39	46	44	39	-	41	40
65	48	48	39	47	45	40	-	41	41
66	49	48	39	47	45	40	-	42	41
67	49	49	39	48	46	41	-	42	41
68	50	49	40	49	46	41	-	43	42
69	51	50	40	49	47	42	-	43	42
70	51	50	40	50	47	42	-	44	43
71	52	51	40	50	48	43	-	44	43
72	52	51	41	51	48	43	-	44	44
73	53	52	41	51	49	44	-	45	44
74	54	52	41	52	49	44	-	45	44
75	54	53	41	53	49	44	-	46	45
76	55	53	41	53	50	45	-	46	45
77	55	54	42	54	50	45	-	47	46
78	56	54	42	54	51	46	-	47	46

PD: Puntuación Directa

continúa en la página siguiente

continuación Tabla 30: Puntuaciones T para el Total escala ERA-h

PD	X ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			X > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20
79	57	55	42	55	51	46	-	47	47
80	57	55	42	55	52	47	-	48	47
81	58	56	43	56	52	47	-	48	47
82	58	56	43	56	53	48	-	49	48
83	59	57	43	57	53	48	-	49	48
84	59	57	43	58	54	49	-	50	49
85	60	58	44	58	54	49	-	50	49
86	61	58	44	59	55	49	-	51	50
87	61	59	44	59	55	50	-	51	50
88	62	59	44	60	56	50	-	51	50
89	62	60	44	60	56	51	-	52	51
90	63	60	45	61	57	51	-	52	51
91	64	61	45	62	57	52	-	53	52
92	64	61	45	62	58	52	-	53	52
93	65	62	45	63	58	53	-	54	53
94	65	62	46	63	58	53	-	54	53
95	66	63	46	64	59	54	-	54	54
96	67	63	46	64	59	54	-	55	54
97	67	64	46	65	60	55	-	55	54
98	68	64	47	65	60	55	-	56	55
99	68	65	47	66	61	55	-	56	55
100	69	65	47	67	61	56	-	57	56
101	70	66	47	67	62	56	-	57	56
102	70	66	47	68	62	57	-	58	57
103	71	67	48	68	63	57	-	58	57
104	71	67	48	69	63	58	-	58	57
105	72	68	48	69	64	58	-	59	58
106	73	68	48	70	64	59	-	59	58
107	73	69	49	71	65	59	-	60	59
108	74	70	49	71	65	60	-	60	59
109	74	70	49	72	66	60	-	61	60
110	75	71	49	72	66	60	-	61	60
111	75	71	49	73	67	61	-	61	60
112	76	72	50	73	67	61	-	62	61
113	77	72	50	74	68	62	-	62	61
114	77	73	50	75	68	62	-	63	62
115	78	73	50	75	68	63	-	63	62
116	78	74	51	76	69	63	-	64	63
117	79	74	51	76	69	64	-	64	63
118	80	75	51	77	70	64	-	65	63
119	80	75	51	77	70	65	-	65	64
120	81	76	52	78	71	65	-	65	64
121	81	76	52	78	71	65	-	66	65
122	82	77	52	79	72	66	-	66	65
123	83	77	52	80	72	66	-	67	66
124	83	78	52	80	73	67	-	67	66
125	84	78	53	81	73	67	-	68	66
126	84	79	53	81	74	68	-	68	67
127	85	79	53	82	74	68	-	68	67
128	86	80	53	82	75	69	-	69	68
129	86	80	54	83	75	69	-	69	68
130	87	81	54	84	76	70	-	70	69
131	87	81	54	84	76	70	-	70	69
132	88	82	54	85	77	70	-	71	70
133	89	82	54	85	77	71	-	71	70
134	89	83	55	86	77	71	-	72	70

PD: Puntuación Directa

continúa en la página siguiente

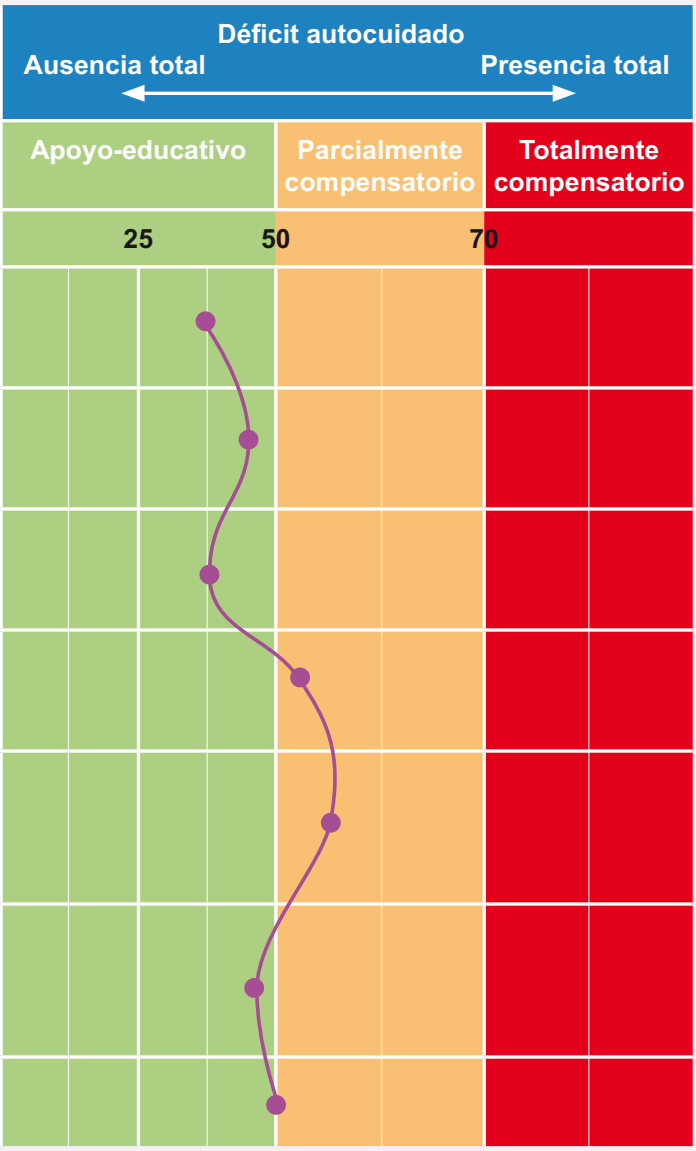
continuación Tabla 30: Puntuaciones T para el Total escala ERA-h

PD	X ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			X > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20	X ≤ 10	11 ≤ X_i ≤ 20	X > 20
135	90	83	55	86	78	72	-	72	71
136	90	84	55	87	78	72	-	72	71
137	91	84	55	87	79	73	-	73	72
138	91	85	56	88	79	73	-	73	72
139	92	85	56	89	80	74	-	74	73
140	93	86	56	89	80	74	-	74	73
141	93	86	56	90	81	75	-	75	73
142	94	87	57	90	81	75	-	75	74
143	94	87	57	91	82	75	-	75	74
144	95	88	57	91	82	76	-	76	75
145	96	88	57	92	83	76	-	76	75
146	96	89	57	93	83	77	-	77	76
147	97	89	58	93	84	77	-	77	76
148	97	90	58	94	84	78	-	78	76
149	98	90	58	94	85	78	-	78	77
150	99	91	58	95	85	79	-	79	77
151	99	91	59	95	86	79	-	79	78
152	100	92	59	96	86	80	-	79	78
153	100	92	59	96	86	80	-	80	79
154	101	93	59	97	87	80	-	80	79
155	102	94	59	98	87	81	-	81	79
156	102	94	60	98	88	81	-	81	80
157	103	95	60	99	88	82	-	82	80
158	103	95	60	99	89	82	-	82	81
159	104	96	60	100	89	83	-	82	81
160	105	96	61	100	90	83	-	83	82
161	105	97	61	101	90	84	-	83	82
162	106	97	61	102	91	84	-	84	83
163	106	98	61	102	91	85	-	84	83
164	107	98	62	103	92	85	-	85	83
165	108	99	62	103	92	85	-	85	84

PD: Puntuación Directa

Figura 22 **Perfil Gráfico con las puntuaciones directas para cada subescala y para el total de la escala ERA-h**

Ejemplo: Hombre/mujer de 51 años de edad y 16 años de evolución de la enfermedad



	PD	T
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire agua y alimentos	8	35
Provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación	3	43
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	10	36
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	9	55
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	35	58
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	14	48
Total puntuación escala ERA	76	50

ERA: Escala de Requisitos de Autocuidado
PD: Puntuación Directa
T: Puntuaciones T

Fuente: Adaptado de Roldán-Merino, J. (2011). *Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia* (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona, Barcelona.

Resultados objetivo 3

Explorar la relación entre la capacidad de Autocuidado y la Salud Mental Positiva (SM+)

Resultados del objetivo 3

En primer lugar se analizaron los valores descriptivos de Salud Mental Positiva (SM+) de la muestra de estudio y, posteriormente, se realizaron las correlaciones entre la salud mental positiva y los requisitos de autocuidado.

5.6 Valores descriptivos de Salud Mental Positiva (SM+)

En relación a la escala de SM+ la puntuación media de los pacientes estuvo situada en 107,8 (DE 16,1), y la mediana fue de 103, siendo la puntuación mínima de 66 y la máxima de 156. Las puntuaciones más altas las presentaron las siguientes categorías: los hombres, con una puntuación media de 108,9 (DE 16,2); los menores de 40 años, con una media de 109,4 (DE 16,9); los pacientes con menos de 11 años de evolución de la enfermedad, con una media de 108,4 (DE 16,5); los divorciados y solteros, con una media de 115,6 (DE 18,7) y 109,4 (DE 16,7) respectivamente; los que tenían nivel de estudios secundarios, con una media de 111,9 (DE 17); los que tomaban medicación oral, con una media de 109,2 (DE 15,7); finalmente, los que presentaban un GAF menor o igual a 50, con una media de 108,9 (DE 16,5). (Tabla 31)

En el análisis de la relación entre las variables sociodemográficas del estudio y la puntuación total de la escala SM+ no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al género, la edad, la medicación, los años de evolución y el GAF. Si embargo sí que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al estado civil (p=0,014) y al nivel de estudios (p=0,008) (Tabla 31).

Al analizar la relación entre las subescalas del Cuestionario de SM+ con las distintas variables sociodemográficas y clínicas, se obtuvieron los resultados que se muestran en la Tabla32. Destacamos a continuación los aspectos más relevantes de cada subescala.

Satisfacción personal

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p=0,045) en la variable nivel de estudios, en el sentido de que los analfabetos tenían menos satisfacción personal que los pacientes con estudios secundarios. No se encontraron diferencias significativas según la edad, el género, el estado civil, años de evolución de la enfermedad, el GAF o el tipo de medicación prescrita.

Actitud prosocial

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p=0,023) en relación al estado civil, presentando los solteros más actitud prosocial que los casados. También existieron diferencias estadísticamente significativas (p=0,044) en la medicación prescrita, en la línea de que los pacientes que tomaban medicación oral tenían más salud mental positiva que los que tomaban medicación oral más parenteral. No hubo diferencias significativas con el resto de variables: edad, género, nivel de estudios, años de evolución de la enfermedad, medicación, o GAF.

Autocontrol

Encontramos diferencias significativas (p= 0,053) en relación al género, en el sentido de que los hombres presentaron mayor autocontrol que las mujeres. También hubo diferencias significativas (p= 0,051) en relación al nivel de estudios de manera que los pacientes con estudios secundarios presentaron mayor autocontrol. No se observaron diferencias significativas según: la edad, estado civil, años de evolución de la enfermedad, la medicación prescrita, o GAF.

Autonomía

Al analizar el factor de autonomía de la escala de SM+, en relación a la edad del paciente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el sentido de que a mayor edad, menos autonomía (p=0,056). En el resto de variables (género, edad, estado civil, años de evolución de la enfermedad,

medicación prescrita y GAF), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Resolución de problemas y autoactualización

Los pacientes que presentaban mayor capacidad de resolución de problemas y autoactualización fueron los solteros en relación a los casados, con una p=0,043; los que tenían un nivel de estudios secundarios en relación a los analfabetos, con una p=0,055; y los que tomaban medicación oral con los que tomaban medicación oral más parenteral, con una p=0,030. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con las variables: género, edad, años de evolución de la enfermedad, y GAF.

Habilidades de relación interpersonal

Se encontraron diferencias significativas en relación al nivel de estudios, en el sentido de que los pacientes con estudios secundarios presentaron mayor habilidad de relación interpersonal que los analfabetos (p=0,031). No se observaron diferencias significativas en la edad, el género, el estado civil, los años de evolución de la enfermedad, GAF o la medicación prescrita.

Tabla 31 Puntuaciones medias en la escala total SM+, según variables sociodemográficas y GAF n= 259

Características	n	Media SM+ total (DE)	p
Total puntuación escala SM+		**107,8 (16,1)**	
Género			
Hombre	182	108, 9(16,2)	0,09[1]
Mujer	77	105,2 (15,6)	
Grupos de edad			
Menos de 40 años	109	109,4 (16,9)	0,40[2]
De 40 años a 60 años	123	106,6 (16,2)	
Más de 60 años	27	106,9 (11,4)	
Estado civil			
Soltero/a	190	109,4 (16,7)	0,014[2]
Casado/a	35	101,2 (12,9)	
Separado/a	20	101,9 (18,8)	
Divorciado/a	8	115,6 (18,7)	
Viudo/a	6	105,8 (13,3)	
Nivel de estudios			
Analfabeto	21	99,0 (10,9)	0,008[2]
Estudios primarios	148	107,3 (15,9)	
Estudios secundarios	78	111,9 (17,0)	
Estudios universitarios	7	105,0 (12,8)	
Ns/nc	5	98,0 (7,7)	
Medicación			
Medicación oral	169	109,2(15,7)	0,103[2]
Medicación parenteral	80	105,6(16,8)	
Medicación oral más parenteral	10	99,5(13,1)	
Grupos de años de evolución			
Menos de 11 años	99	108,4 (16,5)	0,669[2]
De 11 a 20 años	78	106,4 (17,1)	
Más de 20 años	82	108,3(14,5)	
GAF (n=255)			
Menor o igual a 50	121	108,9(16,5)	0,200[1]
Mayor que 50	134	106,3 (15,6)	

DE: Desviación Estándar
GAF: Escala de Funcionamiento Global
[1]: t de Student Fisher
[2]: ANOVA

Tabla 32 **Puntuaciones medias en cada subescala de la escala SM+, según variables sociodemográficas y GAF**

Ítems	Satisfacción personal			Actitud prosocial			Autocontrol			Autonomía			Resolución de problemas y autoactualización			Habilidades de relación interpersonal		
	n	Media (DE)	p	n	Media (DE)	p	n	Media (DE)	p	n	Media (DE)	p	n	Media (DE)	p	n	Media (DE)	p
Total puntuación	21,7 (4,9)			13,9(2,8)			13,6(2,8)			13,1(3,0)			25,7(5,5)			18,6(3,3)		
Género																		
hombres	182	22,3/(4,9)	**0,089**[1]	182	14,2(2,6)	**0,300**[1]	182	14,0(2,8)	**0,053**[1]	182	13,3(3,2)	**0,335**[1]	182	26,3(5,2)	**0,080**[1]	182	18,6(3,4)	**0,652**[1]
mujeres	77	21,2(4,5)		77	13,8(2,7)		77	13,2(2,9)		77	12,9(2,7)		77	25,0(5,6)		77	18,8(3,3)	
Grupos de edad en años																		
< 41	109	22,3(4,7)	**0,527**[2]	109	14,1(2,9)	**0,385**[2]	109	13,9(3,0)	**0,857**[2]	109	13,6(3,2)	**0,056**[2]	109	26,2(5,4)	**0,777**[2]	109	19,0(3,3)	**0,155**[2]
41 a 60	123	21,8(4,9)		123	13,9(2,4)		123	13,7(2,8)		123	13,0(3,1)		123	25,7(5,3)		123	18,2(3,6)	
> 60	27	21,3(4,4)		27	14,7(2,8)		27	13,7(2,0)		27	12,1(2,4)		27	25,8(5,1)		27	19,0(2,4)	
Estado civil																		
Soltero/a	190	22,4(4,9)	**0,122**[2]	190	14.3(2,7)	**0,023**[2]	190	14,0(3,0)	**0,082**[2]	190	13,3(3,3)	**0,717**[2]	190	26,4(5,4)	**0,043**[2]	190	18,8(3,6)	**0335**[2]
Casado/a	35	20,2(3,8)		35	13,0(2,7)		35	12,8(2,1)		35	12,9(2,1)		35	24,2(4,9)		35	17,8(2,9)	
Separado/a	20	20,9(3,5)		20	13,4(2,1)		20	13,0(1,8)		20	12,6(2,6)		20	23,9(4,7)		20	18,0(2,2)	
Divorciado/a	8	22,8(3,8)		8	15,8(1,9)		8	14,7(3,7)		8	14,2(3,5)		8	27,8(6,1)		8	20,0(3,1)	
Viudo/a	6	22,0(4,8)		6	14,3(3,0)		6	13,1(1,9)		6	12,6(1,6)		6	24,1(5,4)		6	19,5(2,2)	
Nivel de estudios																		
Analfabeto	21	19,4(2,5)	**0,045**[2]	21	13,0(2,9)	**0,061**[2]	21	13,0(2,4)	**0,051**[2]	21	12,3(1,9)	**0,598**[2]	21	24,0(5,0)	**0,055**[2]	21	17,2(2,3)	**0,031**[2]
Primarios	148	22,1(4,8)		148	13,9(2,6)		148	13,7(2,7)		148	13,1(3,1)		148	25,7(5,4)		148	18,6(3,2)	
Secundarios	78	22,8(5,2)		78	14,7(2,7)		78	14,2(2,9)		78	13,5(3,3)		78	27,1(5,3)		78	19,3(3,7)	
Universitarios	7	20,5(3,6)		7	14,5(3,5)		7	12,2(4,2)		7	13,2(2,7)		7	25,2(5,4)		7	19,0(2,6)	
Ns/nc	5	20,2(2,7)		5	14,6(1,5)		5	11,4(1,5)		5	13,8(3,5)		5	22,4(2,7)		5	15,6(5,4)	
Medicación																		
Oral	169	22,2(4,8)	**0,309**[2]	169	14,3(2,5)	**0,044**[2]	169	13,9(2,8)	**0,565**[2]	169	13,1(3,2)	**0,921**[2]	169	26,5(5,2)	**0,030**[2]	169	18,9(3,5)	**0,194**[2]
Parenteral	80	21,5(4,8)		80	13,7(3,0)		80	13,5(3,0)		80	13,2(2,9)		80	25,2(5,6)		80	18,3(3,0)	
Oral y parenteral	10	21,4(3,8)		10	12,3(1,4)		10	13,1(2,8)		10	13,7(2,2)		10	22,2(3,1)		10	16,6(2,5)	
Grupos de años de evolución																		
< de 11 años	99	22,5(4,6)	**0,293**[2]	99	14,0(2,8)	**0,311**[2]	99	13,8(3,3)	**0,909**[2]	99	13,5(3,0)	**0,133**[2]	99	25,6(5,5)	**0,428**[2]	99	18,7(3,3)	**0,744**[2]
de 11 a 20	78	21,4(5,2)		78	13,8(2,5)		78	13,6(2,6)		78	13,3(3,1)		78	25,7(5,1)		78	18,4(3,4)	
> 20 años	82	21,9(4,5)		82	14,4(2,7)		82	13,8(2,5)		82	12,6(3,1)		82	26,6(5,3)		82	18,8(3,5)	
GAF (n=260)																		
≤50	121	22,5(5,1)	**0,070**[1]	121	14,3(2,7	**0,082**[1]	121	13,7(3,1)	**0,835**[1]	121	13,3(3,2)	**0,380**[1]	121	26,0(5,5)	**0,635**[1]	121	18,7(3,5)	**0,721**[1]
>50	134	21,4(4,4)		134	13,7(2,6)		134	13,6(2,6)		134	13,0(3,0)		134	25,7(5,2)		134	18,5(3,3)	

SM+: Salud Mental Positiva; **DE:** Desviación Estándar; **GAF:** Escala de Funcionamiento Global; **p:** nivel de significación; [1]: t de Student Fisher; [2]: ANOVA

5.7 Correlación entre la salud mental positiva y los requisitos de autocuidado

La correlación entre la salud mental positiva y el autocuidado como constructos globales no fue muy elevada (r=-0.219). Sin embargo, el sentido negativo de la correlación orienta a que a mayor salud mental positiva, menor déficit de autocuidado, y viceversa.

Al analizar la correlación entre los diferentes requisitos de autocuidado de la escala ERA-h y los factores específicos de la escala de SM+, los resultados fueron favorables en general. Los Requisitos de Autocuidado de la escala ERA-h correlacionaron significativamente con la escala de SM+, a excepción del requisito I, II y III “Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos”, y el Requisito IV “Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación”, que no correlacionaron con ningún factor de SM+. El Requisito de Autocuidado que mostró un mayor número de correlaciones fue el requisito V, que correlacionó con cinco de los seis factores de SM+ (F1, F2, F3, F5, F6). Los requisitos de autocuidado VI, VII y VIII correlacionaron con cuatro factores específicos de la escala de SM+ (F2, F3, F5, F6).

Al analizar la correlación entre los diferentes factores de SM+ con los requisitos de autocuidado de la escala ERA-h, todos los factores específicos de la escala de SM+ correlacionaron significativamente con la escala de requisitos de autocuidado ERA-h, a excepción del factor “Autonomía” (F4) que no correlacionó con ninguno de los requisitos de autocuidado de la escala ERA-h, y el factor “Satisfacción personal” (F1) que solo correlacionó con el requisito de autocuidado V. El factor F5 de SM+ correlacionó con 5 requisitos de autocuidado. Cuatro de los factores de SM+ (F2, F3, F5, F6) correlacionaron cada uno de ellos con 4 Requisitos de Autocuidado de la escala ERA-h.

Los resultados del análisis de correlación entre factores específicos de la escala SM+ y los diferentes Requisitos de Autocuidado de la escala ERA-h se representan en la Tabla 33.

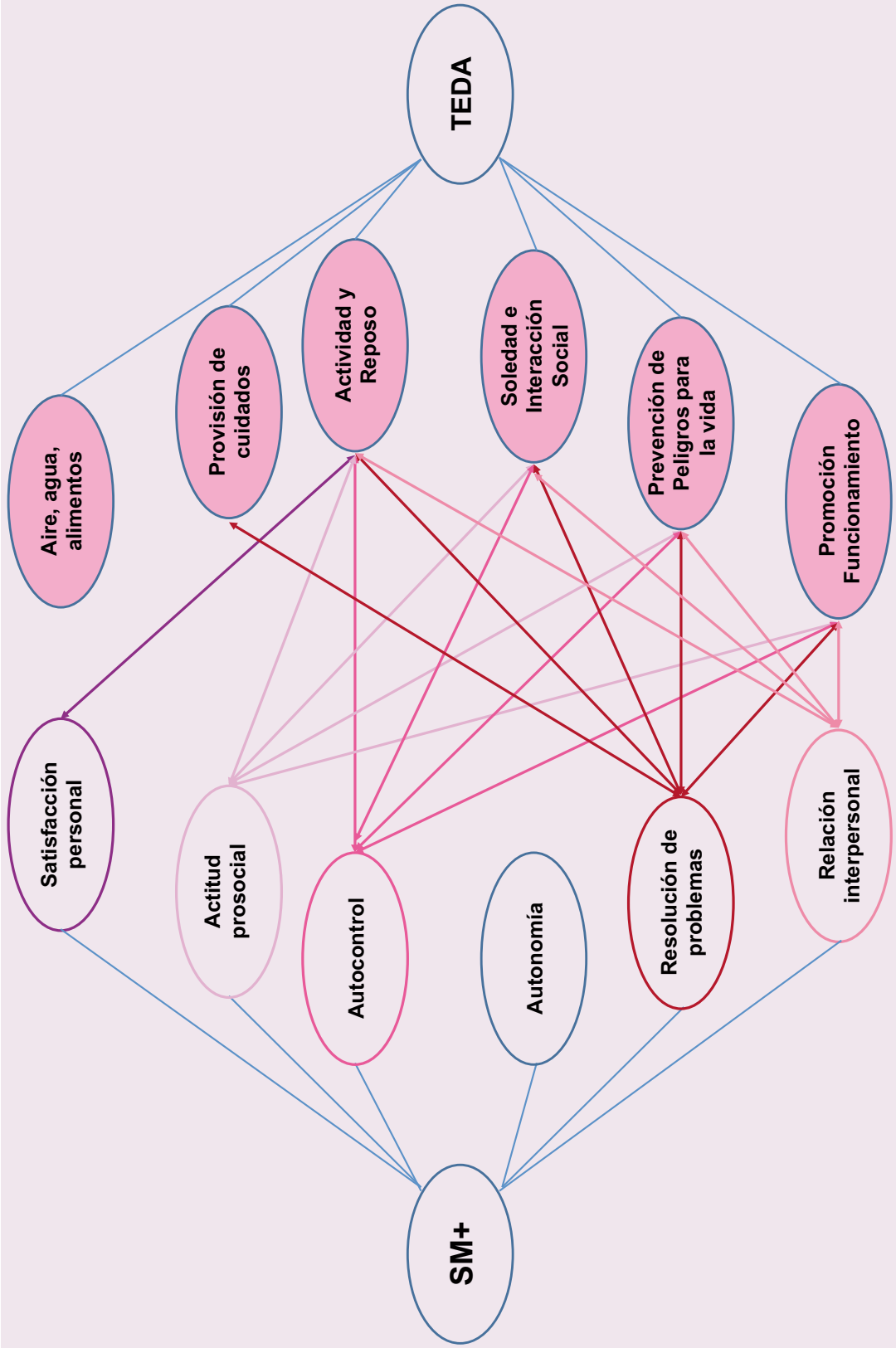
Y de forma gráfica se expone el esquema de la correlación entre ambos constructos (Requisitos de Autocuidado y Salud Mental Positiva), denominándolo **Modelo Bidireccional de Relaciones entre los Requisitos de Autocuidado y la Salud Mental Positiva.** (Figura 23)

Tabla 33 **Análisis de correlación entre factores específicos de la escala SM+ y los diferentes Requisitos de Autocuidado de la escala ERA-h**

SM+ / Escala ERA-h	F-1 SM+ Satisfacción personal		F-2 SM+ Actitud prosocial		F-3 SM+ Autocontrol		F-4 SM+ Autonomía		F-5 SM+ Resolución de problemas y autoactualización		F-6 SM+ Habilidades de relación interpersonal		Total SM+	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Dimensión I (R: I, II y III) Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos	.102	.100	.059	.347	-.027	.668	.094	.131	-.109	.080	-.022	.723	.045	.416
Dimensión II (R: IV) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación	-.101	.105	.075	.227	-.069	.268	-.070	.265	-.003	.956	.105	.093	-.048	.384
Dimensión III (R: V) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	-.127	**.040***	-.151	**.015***	-.267	**.0001***	-.016	.795	-.287	**.0001***	-.163	**.008***	-.273	**.0001***
Dimensión IV (R: VI) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social I	.011	.861	-.177	**.004***	-.161	**.009**	.083	.183	-.207	**.001***	-.139	**.025***	-.273	**.0001***
Dimensión V (R: VII) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	-.110	.078	-.213	**.001***	-.263	**.0001***	-.032	.603	-.299	**.0001***	-.193	**.002***	-.192	**.0001***
Dimensión VI (R: VIII) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	-.101	.104	-210	**.001***	-.240	**.0001***	-.005	.937	-.314	**.0001***	-.187	**.002***	-.281	**.0001***
Total ERA-h	-.097	.079	-.177	**.001***	-.253	**.0001***	-.021	.703	-.301	**.0001***	-.192	**.0001***	-.219	**.0001***

ERA-h: Escala Requisitos de Autocuidado hospitalaria; **SM+:** Salud Mental Positiva; **R:** Requisitos de Autocuidado;
r: Coeficiente de Correlación de Pearson; **p:** Nivel de significación; ***:** Correlación significativa

Figura 23 Modelo Bidireccional de relaciones significativas entre los Requisitos de Autocuidado y la Salud Mental Positiva



VI. Discusión

Discusión

En relación a las características sociodemográficas y clínicas de los 264 pacientes que configuraron la muestra del estudio, nos encontramos que mayoritariamente eran hombres, solteros/as con nivel de estudios primarios o secundarios, con un mayor predominio de pacientes que tomaban medicación oral y con un porcentaje similar de pacientes en cada uno de los grupos de funcionamiento global en la escala GAF (<50; >50). Las características de la muestra de nuestro estudio son muy similares a las de otros estudios realizados con personas afectadas de esquizofrenia en nuestro contexto (Haro, Salvador-Carulla, Cabasés, Madoz, y Vázquez-Barquero, 1998; Roldán-Merino et al., 2013; Lluch Canut et al., 2006, 2009)

Para facilitar el orden de la discusión hemos organizado la misma en función de los objetivos específicos de nuestro trabajo de investigación.

Discusión de los resultados obtenidos en relación al Objetivo 1. *Validar a nivel clínico la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-h) adaptada a población hospitalizada.*

Después del análisis métrico del cuestionario ERA, creado por Roldán-Merino y basado en la Teoría de Dorothea Orem, se encontró que los resultados globales de nuestro estudio apoyaron los resultados originales obtenidos por Roldán (Roldán-Merino, 2011) y apuntaron que la ERA-h es un buen instrumento, sensible para la finalidad para la que se creó: valorar el grado de autocuidado que presentan los pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en una unidad hospitalaria de agudos o subagudos.

Tal y como hemos ido señalando, para nuestro estudio hemos adaptado la escala ERA comunitaria (ERA-c) al ámbito hospitalario y, por ello, podemos decir que la escala ERA-h aporta un avance en la etapa de valoración del proceso de enfermería para pacientes con esquizofrenia, ya que amplía la cobertura del instrumento a las diferentes fases de la enfermedad que condicionan

necesidades diferentes en función de que el paciente esté ingresado en una unidad de hospitalización psiquiátrica (ERA-h) o, por el contrario, pueda estar desarrollando su vida en la comunidad (ERA-c).

Para la discusión hemos comparado los resultados métricos obtenidos en la escala ERA-h con los que se obtuvieron con la escala ERA-c del estudio de Roldán (Roldan-Merino, 2011). Asimismo, se han considerado otros estudios que, sin medir el mismo constructo, permiten discutir algunas de las propiedades métricas de la escala ERA-c, ya sea en su constructo global o en algunas de las dimensiones.

Tal y como hemos visto, los resultados obtenidos en relación a las características psicométricas de la escala ERA-h fueron favorables. Por un lado, tanto la consistencia interna, medida por el índice alfa de Cronbach, como la estabilidad temporal test-retest, medida por el coeficiente de correlación intraclase, fueron adecuadas. Por otra parte, el análisis factorial confirmatorio mostró la existencia de seis factores o variables latentes, con una buena validez discriminante y concurrente.

Comparando los resultados psicométricos de la ERA-h con los obtenidos por Roldán (Roldan-Merino, 2011) en el estudio de la ERA-c, podemos destacar que:

- La versión ERA-h obtuvo niveles de consistencia interna global (r=0.94) superiores a la ERA-c (r=0.87).
- La versión ERA-h obtuvo niveles de consistencia interna por dimensiones superiores a los obtenidos en la ERA-c. En la ERA-h cinco de las seis dimensiones presentaron valores comprendidos entre 0.78 y 0.88 y solo una dimensión obtuvo un valor inferior (0.66) aunque muy próximo al valor considerado mayoritariamente como aceptable (0.70). Por tanto, la escala ERA-h presentó valores de consistencia interna favorables para todas sus dimensiones. Estos resultados son más óptimos que los obtenidos en la

escala ERA-c, donde solo tres de las seis dimensiones obtuvieron valores alpha superiores a 0.70.

- Ambas versiones (ERA-h y ERA-c) presentaron valores similares en relación a la estabilidad temporal (r=0.80 y r=0.82 respectivamente). Igualmente, se obtuvieron valores similares en ambas versiones para el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) tanto de la escala global como de las dimensiones. En ambas versiones todos los valores fueron superiores a 0.70.
- Tanto la versión ERA-h como la versión ERA-c mostraron una validez convergente (evaluada con la escala LSP (*Life Skill Profile*) similar, con valores moderados de correlación (r=-0.48 y r=-0.50 respectivamente). En ambos casos, la correlación fue negativa; resultado coherente ya que la LSP tiene puntuaciones en sentido inverso a la ERA.
- La validez discriminante (evaluada con la escala GAF (*Global Assessent of Funtioning*) de las dos versiones de la ERA (ERA-h y ERA-c) fue similar; en ambas versiones se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en el sentido de que la media de puntuación de ambas versiones fue superior en los pacientes con un GAF inferior o igual a 50. En la versión ERA-h la diferencia de medias fue igual a 10,59 y para un IC del 95% los valores oscilaron entre 5,60 y 15,58. Y, en la versión ERA-c la diferencia de medias fue igual a 9,63 y para un IC del 95% los valores oscilaron entre 4,68 y 14,58.
- La estructura factorial de ambas versiones es coincidente en general, pero presenta algunas pequeñas diferencias. Por un lado, en la versión ERA-c hubo dos ítems que presentaron una baja carga factorial y con valores estadísticamente no significativos (el ítem 8 “eliminación fecal” y el ítem 25 “consumo de bebidas excitantes”). En la versión ERA-h todos los ítems presentaron saturaciones estadísticamente significativas. Por otro lado, en la escala ERA-h las cargas factoriales de diversos ítems son superiores a los obtenidos en la ERA-c. En relación a la bondad de ajuste del modelo, la escala ERA-c presentó una razón de ajuste mejor que la versión ERA-h (4,78 la ERA-c y 2,64 la ERA-h). El resto de índices de

ajuste absoluto fueron similares. Por lo que ambas versiones de la escala ERA presentan un buen ajuste al modelo planteado para su estructura.

Comparando los resultados psicométricos obtenidos en nuestro estudio con otros cuestionarios revisados y que evalúan algún aspecto del autocuidado en pacientes psiquiátricos, nuestros resultados fueron similares.

En relación a la *estabilidad temporal*, en la escala *The Mental Helath-Related Self-Care Agency Scale*-MH-SCA (West y Isenberg, 1997) se obtuvo un alpha global de la escala de 0.90; en la escala de *The Role Functioning Scale*-RFS (Goodman, Sewell, Cooley, y Leavitt, 1993) el valor fue de 0.91; y en la escala de *The Depression Coping Self-Eficacy Scale*-DCSES (Perraud, 2000), el valor alpha fue de 0.93.

En relación a la *fiabilidad test-retest*, los resultados obtenidos en la ERA-h son similares a los obtenidos en otras escalas. Por ejemplo, en la escala *Role Functioning Scale,* RFS (Goodman et al., 1993) obtuvieron un CCI de 0,85-0,92; en la escala *Life Skills Profile,* LSP (Parker, Rosen, Emdur, y Hadzi-Pavlov, 1991) los valores de CCI oscilaron entre 0,78-0,90; en la escala *Social Behaviour Schedule,* SBS (Wykes y Sturt, 1986) el CCI fue de 0,83; y en el *Personal and Social Perfomance Scale*, PSP (Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini, y Pioli, 2000) los valores de CCI fueron iguales o superiores a 0,70.

En relación a la *validez discriminante*, tal y como hemos señalado anteriormente, la escala ERA-h fue capaz de discriminar entre individuos con diferentes niveles de severidad o GAF, y la *validez concurrente* mostró una correlación negativa con la escala LSP ($r=-0,48$, $p<0,01$). Datos similares se han obtenido en otros cuestionarios analizados en cuyos estudios también se presentan datos de discriminación. Por ejemplo, en la escala *Personal and Social Perfomance Scale,* PSP (Morosini et al., 2000) se obtuvo una elevada correlación con la escala *Positive and Negative Síndrome Scale* (PANNSS y permitió discriminar entre diferentes categorías de la Escala de Impresión de Gravedad Clínica

Global (CGI-S). En la escala *Role Functioning Scale,* RFS (Goodman et al., 1993), los sujetos sanos puntuaron significativamente más alto que los sujetos con trastornos psiquiátricos. En la escala *The Mental Health-Related Self-Care Agency Scale,* MH-SCA (West y Isenberg, 1997) se obtuvieron diferencias significativas entre mujeres con o sin depresión. La escala *Social Behaviour Schedule, SBS* (Wykes y Sturt, 1986), permitió discriminar entre pacientes hospitalizados en unidades de corta estancia con respecto a otros pacientes ingresados en unidades de larga y media estancia.

Discusión de los resultados obtenidos en relación al Objetivo 2. *Identificar el perfil de Autocuidado de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia según la Teoría de D. Orem*.

Analizando la escala ERA-h de forma global, los pacientes presentan mayor déficit de autocuidado cuando tenían más edad, más años de evolución de la enfermedad y mayor deterioro del funcionamiento global, al igual que en la investigación realizada por Roldán-Merino y cols. (Roldán-Merino et al., 2014). En relación a la edad, los cambios que se suelen producir con el envejecimiento en población diagnosticada de esquizofrenia son mínimos antes de los 65 años (Friedman et al., 2001; Gould, Bowie, y Harvey, 2012). En cambio, los pacientes de mediana o avanzada edad presentan una percepción del envejecimiento más negativa que la población general, lo que sugiere que puede haber una progresiva asimilación de los estereotipos negativos. Por tanto, suelen estar menos motivados en el cuidado de su salud a medida que avanza su edad (Cheng, Yip, Jim, y Hui, 2012).

Asimismo los pacientes con un déficit de funcionamiento global (puntuación GAF <50), y sin estudios, es decir, analfabetos, presentaban niveles bajos de autocuidado. En este mismo sentido se manifiestan Mizuno y cols. al señalar que generalmente las personas con menor nivel de estudios presentan menos capacidad de introspección y menor motivación intrínseca (Mizuno, Tanaka, Fukuda, Imai-Matsumura, y Watanabe, 2011). Igualmente otros autores señalan

que la motivación y la metacognición son importantes predictores de aprendizaje en la esquizofrenia (Tas, Brown, Esen-Danaci, Lysaker, y Brüne, 2012). Y, por tanto, se deberían incorporar técnicas para estimular las habilidades metacognitivas y motivacionales que ayudarían a tener mayor conciencia de sí mismos,y como consecuencia, mayor autocuidado (Lysaker et al., 2013; Vohs y Lysaker, 2014).

Estudiando la escala ERA-h por dimensiones podemos comentar que en relación al *"mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos"*, los hombres, los que tienen una edad comprendida entre los 41 y los 60 años, los divorciados, los que tienen más años de evolución de la enfermedad, así como un GAF inferior a 50, presentan mayor déficit de autocuidado. Una posible explicación se puede encontrar en la asociación de la enfermedad mental y las patologías crónicas que aparecen con la edad, siendo en los hombres de aparición más temprana que en las mujeres, tanto los síntomas de la esquizofrenia como la sintomatología de las enfermedades crónicas (Dean y Thuras, 2009; Oud y Meyboom-de Jong, 2009; Parker et al., 2010; Saiz et al., 2008). También en nuestro contexto cultural las mujeres siempre se han dedicado al cuidado propio, de la familia o de los demás, lo que hace que tengan integrado en su vida cotidiana el hecho del cuidar (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, y Eguiguren, 2004).

Por otro lado, tanto en la dimensión de *"provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación"*, como en la dimensión de *"mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo"*, encontramos que los pacientes de mayor edad, más años de evolución de la enfermedad y los que tenían un GAF inferior a 50 presentan mayor déficit de autocuidado. Estas variables pueden tener también relación con los procesos crónicos que hemos mencionado en el apartado anterior, ya que estas dimensiones tienen una relación directa con los procesos fisiológicos (Dean y Thuras, 2009; Oud y Meyboom-de Jong, 2009; Parker et al., 2010; Saiz et al., 2008).

Asimismo, en la dimensión *"mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social"*, los que tenían más años de evolución de la enfermedad y un GAF inferior a 50 tenían mayor déficit de interacción social. Podemos pensar que estas dos variables tienen estrecha relación con la propia evolución de la sintomatología de la esquizofrenia, ya que hay una tendencia al deterioro global de los pacientes. Este deterioro físico y cognitivo hace más difícil la interacción social.

También se encontró que en la dimensión *"prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano"* y en la dimensión *"promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales"*, los pacientes que tenían más edad, más años de evolución de la enfermedad, los que tienen una puntuación GAF inferior a 50 y los que eran analfabetos, presentaron más déficit de autocuidado en las dos dimensiones. Como hemos comentado anteriormente, el ser analfabeto o tener un nivel de estudios bajo implica serias deficiencias en los conocimientos y, por tanto, puede disminuir la capacidad de promoción de la salud, prevención de peligros y dificultad en la integración con los grupos sociales (Mizuno et al., 2011).

Discusión de los resultados obtenidos en relación al Objetivo 3. *Explorar la relación entre la capacidad de Autocuidado y la Salud Mental Positiva (SM+)*

Los resultados descriptivos de la SM+ han sido coincidentes con los diferentes estudios que se han publicado en relación al tema. Comentamos a continuación algunos de los aspectos más relevantes de las aportaciones de los diversos autores que han investigado en el área de la salud mental positiva.

En relación a la evaluación global del nivel de SM+, al igual que en otros estudios, encontramos que los hombres presentaron mayor salud mental positiva que las mujeres (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch Canut, y Cerdán, 2013; Granholm, Ben-Zeev, Fulford, y Swendsen, 2013; Mantas et al., 2013), los solteros y los que tienen más nivel de estudios presentaron mayor

puntuación, es decir, más SM+. Analizando algunos estudios, se observó que existen resultados distintos para la correlación de estas dos variables (nivel de estudios y SM+); en algunos estudios los resultados se asemejan a los nuestros (Canadian Institute for Health Information, 2009) y en otros no se encontraron diferencias significativas entre el nivel de estudios y la SM+ (Keyes, 2005; Lluch Canut et al., 2013).

Al analizar la SM+ en cada uno de los factores específicos, encontramos algunos aspectos que son interesantes y relevantes para la discusión. En este sentido, los resultados obtenidos en el factor F1 (Satisfacción Personal), donde los sujetos que obtuvieron una puntuación en la escala GAF <50 mostraron un nivel mayor de Satisfacción Personal, conducen a pensar que estas dos variables guardan relación con el nivel de conciencia de la enfermedad. Sin embargo, algunos autores señalan que tener más o menos SM+ no guarda relación con el grado de afectación que puedan padecer algunas personas debido a patologías físicas (Lluch Canut et al., 2013) o psíquicas (Granholm et al., 2013). Por tanto, serán necesarios nuevos estudios para explorar en mayor profundidad la relación entre la capacidad funcional y la salud mental positiva (en relación al factor de satisfacción personal) de la persona afectada de esquizofrenia.

Por otro lado, encontramos que los pacientes que en el factor F2 (Actitud Prosocial) presentaron mayor puntuación fueron los solteros, así como los que toman menos medicación, no encontrando diferencias significativas en relación a la edad o el sexo, al igual que ocurre en otros estudios donde estas variables se vinculan a conceptos de interacción social (Mausbach et al., 2013). Granholm (2013), en sus investigaciones, afirmó que las personas diagnósticas de esquizofrenia y que gozaban de buena salud mental (estudiada desde el concepto de felicidad) mantenían un número más elevado de interacciones sociales. Este resultado es similar en estudios realizados a personas sanas, es decir sin patología aparente. (Lluch Canut, 2003; Watson, Clark, McIntyre, y Hamaker, 1992). Este hecho nos revela la importancia que la actitud prosocial

tiene para la planificación de los cuidados, en la dirección de elaborar intervenciones dirigidas a potenciar la salud mental positiva.

Asimismo, en el factor F3 (Autocontrol) los que presentaron mayor autocontrol en la escala de SM+ fueron los hombres, y los que tenían estudios secundarios.

En el factor F4 (Autonomía) la única variable que presentaba diferencias significativas era la edad, es decir las personas con más edad presentaron menos percepción de autonomía. La edad como en otros colectivos, es un factor que influye en la autonomía de las personas. Pensamos que la edad de los pacientes (en nuestro estudio, diagnosticados de esquizofrenia), más la suma de enfermedades crónicas que aparecen con ella, afecta al nivel de autonomía, hecho que se ha demostrado también en otros estudios (Lluch Canut et al., 2013).

En el F5 (Resolución de problemas y autoactualización), obtuvieron valores más elevados los solteros, los que tenían más estudios y los que solo tomaban medicación oral. Hecho que sugiere que los pacientes con más conocimientos y los que tienen mejor estabilizada su enfermedad afrontan mejor los problemas. Por otro lado, en el F6 (Habilidades de relación interpersonal) los que presentaron mayor nivel de estudios tenían más habilidad de relación personal. Será necesario explorar en futuros estudios estas relaciones para poder profundizar en su significado.

De los resultados obtenidos al explorar la relación entre el autocuidado y la SM+ señalamos algunos aspectos que pueden ser interesantes para la discusión y, especialmente, para futuras investigaciones ya que se carece de estudios que nos permitan debatir con evidencias los resultados obtenidos.

Tal y como Orem explica en su Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA), los ocho requisitos de autocuidado formulados contemplan las esferas biológicas y psicosociales de la persona. Por otro lado, la SM+ es un constructo

que explora fundamentalmente la vertiente psicosocial de la persona. Y, si bien se sabe que la salud mental guarda relación con la salud física, no es lo mismo evaluar la salud física que la salud mental (Lluch Canut, 2008). En este sentido los resultados globales obtenidos al explorar la relación entre los requisitos de autocuidado y la SM+ son totalmente lógicos ya que los requisitos de autocuidado que más correlacionan con la SM+ son los del ámbito psicosocial.

De forma específica, por factores y requisitos, se encontró una relación estadísticamente significativa entre tener un buen nivel de autocuidado en los requisitos básicos de mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo con el factor F1 (Satisfacción Personal) de la SM+, que hace referencia al autoconcepto, autoestima, satisfacción personal y perspectiva optimista de futuro.

Los resultados obtenidos en la correlación entre el factor F2 (Actitud Prosocial) de la SM+ y los requisitos de autocuidado vinculados a los cuidados de los aspectos psicosociales de la persona refuerzan la idea de que a mayor sensibilidad social y a mayor capacidad de aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales, mayor es la capacidad de autocuidado de las personas.

El factor F3 (Autocontrol) de SM+, vinculado a la capacidad para el afrontamiento del estrés y de situaciones conflictivas, al equilibrio y control emocional y a la tolerancia a la frustración, a la ansiedad y al estrés, guarda una fuerte relación con los requisitos de autocuidado vinculados a la esfera psicosocial de la persona. Es decir, a más autocontrol, mayor capacidad de autocuidado de los requisitos psicosociales.

Tal y como hemos visto en el apartado de resultados, la capacidad para tener criterios propios e independencia, la autorregulación de la propia conducta, la seguridad personal y la confianza en si mismo (factor F4-Autonomía), no

guardan relación con la capacidad de autocuidado en general. No existiendo ningún vínculo entre la autonomía y los requisitos básicos de autocuidado.

Los resultados obtenidos entre los requisitos de autocuidado y el factor F5 (Resolución de Problemas y Autoactualización) de SM+ son muy parecidos a los obtenidos en los factores F2 y F3. En este sentido la capacidad de análisis, la habilidad para tomar decisiones, la flexibilidad o capacidad para adaptarse a los cambios y una actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo hacen que la persona cuide más los requisitos de carácter psicosocial.

Iguales resultados se han obtenido en la relación entre estos requisitos psicosociales y el factor F6 (Habilidades de Relación Interpersonal). En este sentido, la habilidad de la persona para establecer relaciones interpersonales, empatizar y entender los sentimientos de los demás, dar apoyo emocional, y establecer y mantener relaciones interpersonales íntimas, está relacionado con una mayor capacidad de la persona para cubrir los requisitos psicosociales.

Tal y como hemos visto en el apartado de resultados, los análisis realizados para explorar las correlaciones entre ambos constructos (Requisitos de Autocuidado y Salud Mental Positiva), tanto desde una perspectiva global como por Requisitos y Factores de SM+ específicos, aportaron una perspectiva de compresión conceptual y empírica de ambos constructos que ha facilitado el planteamiento de un **Modelo Bidireccional de Relaciones entre los Requisitos de Autocuidado y la Salud Mental Positiva** en pacientes con esquizofrenia ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica. La característica principal de este modelo es la bidireccionalidad de las relaciones entre factores de SM+ y Requisitos de Autocuidado.

Este planteamiento es totalmente novedoso, aunque como se ha señalado en otros apartados de esta tesis, hay algunos equipos en nuestro contexto que están investigando en esta línea. En este sentido, Albacar-Riobóo, Lleixá-Fortuño, Lluch-Canut, Roldán-Merino, et al. (2013) presentaron los resultados

de un estudio piloto en el que se analizaron las relaciones entre el Autocuidado y la Salud Mental Positiva en cuidadores principales de personas afectadas de esquizofrenia. Los resultados preliminares son coincidentes en gran medida con los encontrados en nuestra investigación. Lo cual nos anima a pensar que el Modelo Bidireccional de Relaciones entre los Requisitos de Autocuidado y la Salud Mental Positiva que se plantea en esta tesis puede ser de utilidad en otras poblaciones. Y en este sentido se orientaría la investigación futura hacia la generalización de este Modelo Explicativo para explicar la relación bidireccional entre la capacidad de autocuidado y la salud mental positiva, reforzando la idea plasmada por diversos autores en el sentido de que la salud física tiene una incidencia en la salud mental y la salud mental en la salud física, pero que para explicar esta relación es necesario explorar tanto los aspectos mentales como los aspectos físicos. La salud mental positiva explica la fuerza mental que la persona tiene para cuidar los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud, especialmente en aquellos requisitos en los que el componente mental tiene una mayor incidencia, en tanto que en los requisitos de carácter más fisiológico, como por ejemplo, la eliminación, el papel de la salud mental positiva es menor. Sin embargo, serán necesarias investigaciones más amplias y con muestras más heterogéneas para reforzar la generabilidad de los resultados encontrados y poder robustecer el Modelo Bidireccional que dejamos planteado.

VII. Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras

Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras

Presentamos de forma conjunta el apartado de las limitaciones del estudio y las líneas de investigación futura porque pensamos que todas las limitaciones que se pueden señalar de nuestro estudio podrán ser resueltas con futuras investigaciones.

Una de las limitaciones principales se vincula a la generabilidad de los resultados. Si bien la muestra estudiada (n=264) es de un tamaño aceptable para un estudio clínico, en cuanto a capacidad que puede asumir un solo investigador o un pequeño equipo de investigación como el nuestro, es evidente que para establecer conclusiones robustas serán necesarios estudios con muestras clínicas más grandes.

En este sentido se plantea una **primera línea de investigación** que consistiría en la realización de estudios réplica con muestras de características similares en situaciones y contextos clínicos comparables.

Por otro lado, nuestro estudio ha sido realizado en una muestra de pacientes afectados de esquizofrenia en una fase específica de la enfermedad que requiere ingreso en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y/o subagudos. Tenemos datos de la capacidad de autocuidado de estos pacientes en una fase estable de la enfermedad que les permite vivir en la comunidad (Roldán-Merino, 2011; Roldan-Merino et al. 2014). Pero no disponemos de información acerca de la salud mental positiva de las personas con esquizofrenia en situación de estabilidad de la enfermedad y, por lo tanto, no podemos analizar ninguna relación entre ambos constructos en esa otra fase de la enfermedad.

En este sentido se plantea una **segunda línea de investigación** que debería enfocarse a explorar la relación entre los constructos de autocuidado y salud mental positiva en diferentes situaciones de salud-enfermedad, ya que, como

señalan Orem y Vardiman (1995), es muy importante que la enfermera identifique los comportamientos de salud mental positiva que los pacientes realizan para intervenir en el autocuidado de los mismos.

Se ha planteado un Modelo Bidireccional de Relaciones entre el Autocuidado y la Salud Mental Positiva porque tanto el sentido conceptual como los resultados empíricos nos orientan a pensar que la relación entre ambos constructos (autocuidado y salud mental positiva) es de carácter bidireccional. En ocasiones una persona puede llegar a cuidarse más y mejor porque mentalmente se siente bien; y en otras ocasiones una persona puede cuidarse más y mejor -quizás por indicación clínica, por ejemplo-, y al hacerlo su nivel de salud mental positiva se incrementará ("se sentirá mejor").

Estas relaciones "hipotéticas" deberán de ser exploradas en investigaciones futuras. En este sentido, una **tercera línea de investigación** que se propone es la de comprobar si el Modelo Bidireccional de Relaciones entre Autocuidado y Salud Mental Positiva que hemos reflejado en nuestra investigación se cumple en otros supuestos clínicos, en otros contextos y en otras muestras.

Otra limitación del estudio se vincula a la especificidad de los resultados. Nuestro estudio está realizado en un contexto determinado y con unas características muestrales concretas. Si bien los resultados clínicos obtenidos, tanto en relación a la capacidad de autocuidado como en relación a la salud mental positiva, son perfectamente aplicables a la muestra estudiada, desconocemos si iguales resultados podrían darse también en otras muestras clínicas o en población sana o, por el contrario, los resultados de nuestra investigación solo son válidos para pacientes con esquizofrenia.

En este sentido se plantea una **cuarta línea de investigación** que debería ir dirigida a estudiar muestras diferentes en contextos iguales y diferentes.

Algunas limitaciones de nuestro estudio están vinculadas al desarrollo tecnológico, ya que la escala ERA deberá de poder ser incorporada en aplicativos informáticos que permitan extraer los perfiles de Requisitos de Autocuidado de forma individualizada para cada paciente, en función de sus características sociodemográficas y clínicas propias. Si bien nuestro grupo de investigación ha iniciado el diseño del perfil gráfico de valoración de la ERA, en investigaciones futuras se debería desarrollar el programa informático que haga viable el uso de la escala ERA en la práctica asistencial de la enfermera, de forma que quedará introducida en la fase de valoración del Proceso de Atención de Enfermería.

En este sentido, se plantea una **quinta línea de investigación** centrada en la construcción y validación de un programa informático de aplicación de la ERA y todos los proyectos que se puedan derivar del uso de las TIC en el campo de investigación que nos ocupa, entre los que destacamos: introducción de la Escala de Salud Mental Positiva (SM+) para correlacionar directamente con los diferentes Requisitos de Autocuidado, o vinculación de la ERA con lenguajes estandarizados enfermeros, NANDA-NOC-NIC (Johnson y Espinosa i Fresnedo, 2012).

Por último, se sabe que la validación de instrumentos es un proceso que ha de ser lento y continuo. Se han aportado datos métricos de la escala ERA, pero es necesario continuar profundizando.

En este sentido, una **sexta línea de investigación** ha de ir dirigida a estudios de carácter psicométrico, explorando y reforzando la fiabilidad, la validez, la generabilidad y la especificidad de la escala ERA.

VIII. Conclusiones

Conclusiones

Desde el punto de vista del cuidado de enfermería, es muy importante poder valorar de forma rigurosa y medible aquellas necesidades o factores que condicionan la salud de nuestros pacientes. Los modelos y teorías de enfermería son de gran utilidad a la hora de construir instrumentos pertenecientes a la ciencia enfermera, ya que habitualmente la enfermería dispone de pocos instrumentos propios y tiende, por tanto, a valorar necesidades y requisitos de cuidados a partir de instrumentos derivados de otras disciplinas. Esto distorsiona en cierta medida los resultados de la valoración o, cuando menos, dificulta el desarrollo en profundidad de la enfermería como "ciencia especializada en cuidados".

Por tanto, en nuestro estudio nos hemos basado en un instrumento que ha sido elaborado siguiendo un modelo de enfermería y, en este sentido, podemos concluir de forma genérica que disponemos de un instrumento (la escala ERA-Escala de Requisitos de Autocuidado) que nos orienta y facilita en la etapa de valoración del proceso enfermero, siguiendo la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA) de D. Orem. Tal como hemos señalado al inicio de esta investigación, la escala ERA fue construida inicialmente por Roldán-Merino y nuestra investigación ha contribuido a robustecer la validación clínica de la misma.

Tomando como referencia los objetivos específicos de nuestra investigación, se formulan las siguientes conclusiones:

1. La Escala de Requisitos de Autocuidado ERA-h ha obtenido valores psicométricos favorables tanto en términos de fiabilidad (consistencia interna y estabilidad temporal) como en términos de validez (convergente, discriminante y de constructo).

2. El perfil de Requisitos de Autocuidado de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en unidades de hospitalización de agudos y

subagudos, evaluado mediante la escala ERA-h, mostró que a más años de evolución de la enfermedad y mayor edad del paciente más déficit de autocuidado.

3. En el contexto de la Teoría del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Orem, el sistema de cuidados de enfermería irá orientado por las puntuaciones obtenidas en la escala ERA-h de forma que para un nivel bajo de Requisitos de Autocuidado será suficiente el sistema de cuidados de enfermería basado en el “Apoyo educativo”, en tanto que para un nivel medio-alto de Requisitos de Autocuidado será necesario un sistema de cuidados de enfermería “parcialmente o totalmente compensatorio”.

4. La capacidad global de autocuidado evaluada a partir de la escala ERA mostró una relación estadísticamente significativa con la escala de Salud Mental Positiva (SM+), en los requisitos de autocuidado de la esfera psicosocial de la persona.

5. Cuatro de las seis dimensiones en las que se agrupan los ocho Requisitos de Autocuidado de la escala ERA-h correlacionaron significativamente con al menos un factor de la escala de SM+ y cinco de los factores específicos de la escala de SM+ correlacionaron significativamente con al menos uno de los requisitos de autocuidado de la escala ERA-h. Lo cual nos lleva a plantear un Modelo Bidireccional de Relación entre el Autocuidado y la Salud Mental Positiva, de forma que ambos constructos se influyen mutuamente en la esfera psicosocial: a más salud mental positiva, más autocuidado y a más autocuidado, más salud mental positiva.

IX. Referencias Bibliográficas

IX Referencias bibliográficas

Albacar-Riobóo, N., Lleixá-Fortuño, M., Lluch-Canut, M., Roldán-Merino , J. F. Salvador-Usach, M. T., Montesó-Curto, M., … Adell-Argento, B. (2013, noviembre). *Mejorar el autocuidado y la salud mental positiva de cuidadoras de personas con esquizofrenia. Prueba piloto.* Comunicación presentada en XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, Lleida.

Albacar-Riobóo, N., Lleixá-Fortuño, M., Lluch-Canut, M. T., Salvadó, C., Tramunt, M., y Olvera, M. (2013, marzo). *Valoració dels requisits d'autocura i salut mental positiva del/a cuidador/a principal de persones amb esquizofrènia. Prova pilot.* Comunicación presentada en Jornada Científica Internacional Sharing Nursing Knowledge, Barcelona.

Alfaro-LeFevre, R. (1999). *Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso* (4ª ed.). Barcelona: Masson.

Alligood, M. R. (2011). Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. En M. Raile y T. Marriner (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 3–15). Barcelona: Elsevier.

Almansa, P. (1999). *Metodología de los cuidados de enfermería*. Murcia: Diego Marín Librero-Editor.

Amar, J., Palacio, J., Llinas, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A., y Velásquez, B. (2008). Quality of life and positive mental health in a young worker of Toluviejo. *Suma Psicológica*, *15*(2), 385–403.

American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Andreassen, O. A., Djurovic, S., Thompson, W. K., Schork, A. J., Kendler, K. S., O'Donovan, M. C., Dale, A. M. (2013). Improved detection of common variants associated with schizophrenia by leveraging pleiotropy with cardiovascular-disease risk factors. *American Journal of Human Genetics*, *92*(2), 197–209. doi:10.1016/j.ajhg.2013.01.001

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, *11*, 11–18.

Ayuso-Mateos, J. L., Gutierrez-Recacha, P., Haro, J. M., y Chisholm, D. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophrenia Research*, *86*(1-3), 194–201. doi:10.1016/j.schres.2006.06.003

Barry, M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, *11*(3), 4–17. doi:10.1080/14623730.2009.9721788

Benavent Garcés, M. A., Camaño, R., y Cuesta Zambrana, A. (1999). *Metodologia en infermeria*. València: Universitat de València.

Berbiglia, V., y Banfield, B. (2011). Teoría del déficit de autocuidado. En T. Marriner y M. Raile (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería* (7ª ed., pp. 265–285). Barcelona: Elsevier.

Bernardo, M., y Bioque, M. (2011). Esquizofrenia. En *Introducción a la psicopatología* (7ª ed., pp. 952–962). Barcelona: Elsevier- Masson.

Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Hlenschlaeger, J., le Quach, P., y Nordentoft, M. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Archives of General Psychiatry*, *65*(7), 762–771. doi:10.1001/archpsyc.65.7.762

Bobes García, J., Saiz Ruiz, J., Bernardo i Arroyo, M., Caballero-Martínez, F., y Gilaberte-Asín, I. (2012). Consenso delphi sobre la salud física del paciente con esquizofrenia: valoración por un panel de expertos de las recomendaciones de las sociedades españolas de psiquiatría y de psiquiatría biológica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *40*(3), 114–128.

Broncano-Bolzoni, M., González-Carrasco, M., Lluch Canut, M. T., y Cerdán, M. (2013, marzo). *Características de salud mental positiva en personas con trastorno mental*. Comunicación presentada en XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Sevilla.

Broncano-Bolzoni, M., M, G., Lluch Canut, M. T., y Gelabert, S. (2013, marzo). *El insight, su relación con la salud mental positiva y el bienestar personal en personas con trastorno mental*. Comunicación presentada en Jornada Científica Internacional Sharing Nursing Knowledge, Barcelona

Bulbena, A., Fernández de Larrinoa, P., y Domínguez, A. I. (1992). Adaptación castellana de la escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de las habilidades de la vida cotidiana. *Actas Luso-Españolas de Neurologia y Psiquiatria*, *20*(2), 51–60.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., y Wagner, C. (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (6ª ed.). Barcelona: Elsevier.

Camaño, R. (2001). Desarrollo histórico del conocimiento, el conocimiento y el método científico. En *Fundamentos de Enfermería* (pp. 111–144). Madrid: Difusión Avances de Enfermería

Canadian Institute for Health Information. (2009). *Improving the health of Candians 2009. Exploring positive mental health* (p. 88). Otawa: Canadian Institute for Health Information. Recuperado de http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/pdf/internet/improving_health_canadians_en

Canadian Institute for Health Information. (2011). *Recognizing and exploring positive mental health. Policy dialogue: Synthesis and analysis* (p. 38). Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Recuperado de https://secure.cihi.ca/free_products/recognizing_exploring_positive_mental_health_en.pdf

Casas, E., Escandell, M. J., Ribas, M., y Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *30*(1), 25–47.

Casey, D., y Hansen, T. (2004). Exceso de mortalidad y morbilidad asociado a la esquizofrenia. En *Enfermedades médicas y esquizofrenia* (pp. 13–35). Barcelona: Ars Médica.

Centeno, M., Pino, O., y Rojo, J. (2006). Esquizofrenia. En *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (6ª ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.

Cheng, S.-T., Yip, L. C. Y., Jim, O. T. T., y Hui, A. N. N. (2012). Self-perception of aging and acute medical events in chronically institutionalized middle-aged and older persons with schizophrenia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *27*(9), 907–913. doi:10.1002/gps.2798

Chien, W. T., y Lee, I. Y. M. (2013). The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *64*(4), 376–379. doi:10.1176/appi.ps.002092012

CIE.9.MC: clasificación internacional de enfermedades: 9 revisión: modificación clínica. (2010). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Collière, M. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.

Collière, M. (1997). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rol de Enfermería*, *22*(1), 27–31.

Cutcliffe, J., McKenna, H., y Hyrkäs, K. (2011). *Modelos de Enfermería: aplicación a la práctica*. Barcelona: Manual Moderno.

Cutler, C. (2003). Assessing patients' perception of self-care agency in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, *24*(2), 199–211.

De Frutos, R., Moltó, M., y Sanjuán, J. (2012). Bases genéticas de la esquizofrenia. En *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Marban.

De Larrinoa, P. F. (2002). Evaluación clínica en el ámbito de la psiquiatría social y la rehabilitación psiquiátrica. *Informaciones Psiquiátricas: Publicación Científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (169), 9.

Dean, C. E., y Thuras, P. D. (2009). Mortality and tardive dyskinesia: long-term study using the US National Death Index. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *194*(4), 360–364. doi:10.1192/bjp.bp.108.049395

Denyes, M. J., Orem, D. E., Bekel, G., y SozWiss. (2001). Self-care: a foundational science. *Nursing Science Quarterly*, *14*(1), 48–54.

Dominguez-Alarcon, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.

Dominguez-Alarcon, C. (1999). Sociología del cuidado. *Enfermería Clínica*, *9*(4), 174–181.

Dupuy, H. (1977). Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. En C. McDowel y C. Newell (Eds.), *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaire* (2nd ed., Vol. 54, pp. 206–213). New York: Oxford University Press.

Eack, S. M., Greenwald, D. P., Hogarty, S. S., Cooley, S. J., DiBarry, A. L., Montrose, D. M., y Keshavan, M. S. (2009). Cognitive enhancement therapy for early-course schizophrenia: effects of a two-year randomized controlled trial. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *60*(11), 1468–1476. doi:10.1176/appi.ps.60.11.1468

Economou, M., Palli, A., Peppou, L., y Madianos, M. (2011). Recovery from schizophrenia: a four-year study of an inner city cohort. *Community Mental Health Journal*, *47*(6), 660–667. doi:10.1007/s10597-011-9390-0

Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. (2007). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/estrategia_salud_mental_sns_pag_web.pdf

Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. (2011) (p. 96). Madrid: Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf

European Commission. (2005). *Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union* (p. 25). Brussels: European Communities. Recuperado de

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

European Commission. (2006). *Mental Well-being. Special Eurobarometer 248 Wave 64.4*. Brussels: European Commission. Recuperado de http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf

European Commission. (2010). *Mental Health. Special Eurobarometer 345/Wave 73.2.* Brussels: European Commission. Recuperado de http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_345_en.pdf

Ey, H., Bernard, P., y Brisset, C. (1978). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Elsevier-Masson.

Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3rd ed., p. 576). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Fernandez, C. (2000). Enfermera, evolución en los métodos de elaboración de la ciencia. En *Enfermería fundamental* (pp. 163–172). Barcelona: Masson.

Foti, D. J., Kotov, R., Guey, L. T., y Bromet, E. J. (2010). Cannabis use and the course of schizophrenia: 10-year follow-up after first hospitalization. *The American Journal of Psychiatry*, *167*(8), 987–993. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09020189

Friedman, J. I., Harvey, P. D., Coleman, T., Moriarty, P. J., Bowie, C., Parrella, y M., Davis, K. L. (2001). Six-year follow-up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: a comparison with Alzheimer's disease and normal aging. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(9), 1441–1448.

García, F., Pancorbo, P., y Rodriguez, C. (2001). Evolución de la enfermería profesional en España. Del siglo XX al XXI. *Index de Enfermería*, *32-33*, 23–27.

García-Calvente, M. del M., Mateo-Rodríguez, I., y Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 132–139.

Garrabé, J. (1996). *La noche oscura del ser: una historia de la esquizofrenia*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.

Gasto, C., y Vallejo Ruiloba, J. (2001). *Manual de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento en Psiquiatría* (2ª ed.). Barcelona: Masson.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2010). *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Recuperado de http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home

Canal Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_mental/pdf/plaintegsmental.pdf

Goodman, S. H., Sewell, D. R., Cooley, E. L., y Leavitt, N. (1993). Assessing levels of adaptive functioning: the Role Functioning Scale. *Community Mental Health Journal*, *29*(2), 119–131.

Gould, F., Bowie, C. R., y Harvey, P. D. (2012). The influence of demographic factors on functional capacity and everyday functional outcomes in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *34*(5), 467–475. doi:10.1080/13803395.2011.651102

Granholm, E., Ben-Zeev, D., Fulford, D., y Swendsen, J. (2013). Ecological momentary assessment of social functioning in schizophrenia: impact of performance appraisals and affect on social interactions. *Schizophrenia Research*, *145*(1-3), 120–124. doi:10.1016/j.schres.2013.01.005

Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Link, P. C., Perivoliotis, D., Gottlieb, J. D., Jeste, D. V. (2007). Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(5), 730–737.

Guia de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. (2009). Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Recuperado de http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_esquizofrenia-aatrm09.pdf

Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B., Wang, C., y Zhao, J. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *Archives of General Psychiatry*, *67*(9), 895–904. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.105

Häfner, H. (1995). Epidemiología de los sintomas positivos y negativos en la esquizofrenia. En C. L. Shriqui y H. A. Nasrallah (Eds.), *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia.* Madrid: Editores Médicos.

Haro, J. M., Salvador-Carulla, L., Cabasés, J., Madoz, V., y Vázquez-Barquero, J. L. (1998). Utilisation of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *The British Journal of Psychiatry*, *173*, 334–340.

Henderson, V. (1971). *Principios básicos de los cuidados de enfermería.* Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.

Henderson, V. (1978). The concepts of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *9*(4), 1–9.

Henderson, V. (1987). *Enfermería teórica y práctica* (3ª ed.). Mexico: Prensa médica mexicana.

Henderson, V. (1994). *La Naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación: reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

Herdman, T. (Ed.). (2013). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.

Herman, H., Saxena, S., y Moodie, R. (2005). *Promoting mental health. Concepts. Emerging evidence. Practice*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

Hernández-Conesa, J., Moral de Calatrava, P., y Esteban-Albert, M. (2003). *Fundamentos de la enfermería. Teoría y método* (2ª ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

Hoang, U., Stewart, R., y Goldacre, M. J. (2011). Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, *343*, d5422.

Horan, W. P., Green, M. F., DeGroot, M., Fiske, A., Hellemann, G., Kee, K., … Nuechterlein, K. H. (2012). Social cognition in schizophrenia, Part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients. *Schizophrenia Bulletin*, *38*, 865–72. doi:10.1093/schbul/sbr001

Iyer, P. W., Taptich, B. J., y Bernocchi-Losey, D. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería* (3ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., … Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine. Monograph Supplement*, *20*, 1–97.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.

Jané-Llopis, E. (2007). Mental health promotion: concepts and strategies for reaching the population. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, *18*(3), 191–197.

Jarner, A., y Talarn, A. (2010). *Manual de psicopatologia clinica*. Barcelona: Herder.

Johnson, M., y Espinosa i Fresnedo, C. (2012). *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*. Madrid: Elsevier.

Kaplan, H. I., y Sadock, B. J. (1999). *Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta, psiquiatría clínica*. Madrid: Médica Panamericana.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., y Sadock, V. A. (2009). *Sinopsis de psiquiatria* (10ª ed.). Barcelona: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.

Kay, J. (2002). *Tratamiento integrado de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., y Major, F. (1994). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 539–548. doi:10.1037/0022-006X.73.3.539

Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., y Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, *100*(12), 2366–2371. doi:10.2105/AJPH.2010.192245

Kirkbride, J. B., Errazuriz, A., Croudace, T. J., Morgan, C., Jackson, D., Boydell, y J., Jones, P. B. (2012). Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. *PloS One*, *7*(3), e31660. doi:10.1371/journal.pone.0031660;

Kovess-Masfety, V., Murray, M., y Gureje, O. (2005). Evolution of our understanding of positive mental health. En H. Herrman, S. Saxena, y R. Moodie (Eds.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* (pp. 56–66). Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf#page=56

Kozier, B., Erb, G., Blais, K., y Wilkinson, J. (1999). *Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica* (5ª ed.). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.

Kraepelin, E., y Rubiano, S. (1905). *Introducción a la clínica psiquiátrica: treinta y dos lecciones*. Madrid: Saturnino Calleja Fernández.

Lieberman, J. A. (2007). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia: efficacy, safety and cost outcomes of CATIE and other trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *8*(2), e04.

Liu, Z. W., Liu, J. L., An, Y., Zhang, L., y Wang, Y. M. (2012). Association between Ser311Cys polymorphism in the dopamine D2 receptor gene and schizophrenia risk: a meta-analysis in Asian populations. *Genetics and Molecular Research: GMR*, *11*(1), 261–270. doi:10.4238/2012.February.8.1

Lluch Canut, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona. Recuperado de http://www.tdx.cesca.es/TDX-0331104-104403/

Lluch Canut, M. T. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual= Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, (1), 61–78.

Lluch Canut, M. T. (2008). Concepto de salud mental positiva: factores relacionados. En J. Fornés Vives y J. Gomez Salgado (Eds.), *Recursos y programas para la salud mental. Enfermería Psicosocial II* (pp. 37–69). Madrid: Funden.

Lluch Canut, M. T., Checa-Peña, F., García-Morales, J., Márquez-Romero, M. I., Camarena-Pelegrí, X., Julio Beltrán-Megías, J., Sabater-Mateu, M. P. (2006). Efectividad de la atención domiciliaria de enfermería administrada a pacientes con trastorno mental severo: ensayo clínico controlado. *Enfermería Clínica*, *16*(04), 198–205.

Lluch Canut, M. T., y Novel, G. (1997). El autocuidado como estrategia para el crecimiento personal. En *Enfermería psicosocial y salud mental* (pp. 49–54). Barcelona: Masson.

Lluch Canut, M. T., Puig-Llobet, M., Sanchez-Ortega, A., Roldan-Merino, J., y Ferre-Grau, C. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, *13*(1), 928. doi:10.1186/1471-2458-13-928

Lluch Canut, M. T., Sabadell-Gimeno, M., Puig-Llobet, M., Cencerrado Muñoz, M., Navas Alcalá, D., Ferret Canale, M., Ugalde Apalategui, M. (2009). Diagnósticos enfermeros en pacientes con trastorno mental severo con seguimiento de enfermería en centros de salud mental. *Presencia*, *5*(10). Recuperado de http://www.index-f.com/presencia/n10/p7151.php

López, E. M., y Moyano, B. (1943). *Manual de psiquiatría*. Buenos Aires: Librería y Editorial“ El Ateneo”.

López-Ibor Aliño, J. J., y Valdés Miyar, M. (2002). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson.

Luckmann, J. (2000). *Cuidados de enfermería*. Saunders. México: McGraw-Hill Interamericana.

Luis, M. . (2002). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica* (2ª ed.). Barcelona: Masson.

Lysaker, P. H., Vohs, J., Hillis, J. D., Kukla, M., Popolo, R., Salvatore, G., y Dimaggio, G. (2013). Poor insight into schizophrenia: contributing factors, consequences and emerging treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *13*(7), 785–793. doi:10.1586/14737175.2013.811150

Mantas S., Juvinyà D., Bertran C., Lluch MT., Garré. (2013, marzo). *Avaluació de la Salut Mental Positiva en professionals de la salut*. Comunicación presentada en Jornada Científica Internacional Sharing Nursing Knowledge, Barcelona.

Marriner, A., y Raile, M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería* (5ª ed.). Madrid: Elsevier Science.

Marx, R. G., Menezes, A., Horovitz, L., Jones, E. C., y Warren, R. F. (2003). A comparison of two time intervals for test-retest reliability of health status instruments. *Journal of Clinical Epidemiology*, *56*(8), 730–735.

Mausbach, B. T., Moore, R. C., Davine, T., Cardenas, V., Bowie, C. R., Ho, J., … Patterson, T. L. (2013). The use of the theory of planned behavior to predict engagement in functional behaviors in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *205*(1-2), 36–42. doi:10.1016/j.psychres.2012.09.016

Maziade, M., y Raymond, M. (1995). La nueva genética de la esquizofrenia. En *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia* (pp. 65–79). Madrid: Ediciones Médicas.

McGrath, J. J., y Lawlor, D. A. (2011). The search for modifiable risk factors for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, *168*(12), 1235–1238. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11081300

McGrath, J. J., Saha, S., Chant, D., y Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, *30*, 67–76. doi:10.1093/epirev/mxn001

Meltzer, H. (2003). Development of a common instrument for mental health. En A. Nosikov y C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 35–60). Amsterdam: World Health Organization. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/101193/WA9502003EU.pdf

Mental health: facing the challenges, building solutions. (2005) (p. 182). Copenhagen: World Health Organization. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

Mental health: facing the challenges, building solutions. report from the WHO European Ministerial Conference. (2005) (p. 182). Copenhagen: World Health Organization. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

Messias, E. L., Chen, C. Y., y Eaton, W. W. (2007). Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. *The Psychiatric Clinics of North America*, *30*(3), 323–338. doi:10.1016/j.psc.2007.04.007

Mira y López, E. (1958). *Compendio de psiquiatría*. Buenos Aires: El Ateneo. Recuperado de http://articulo.mercadolibre.com.ar/MLA-499291164-emilio-mira-y-lopez-compendio-de-psiquiatria-1-edicion-1958-_JM

Mizuno, K., Tanaka, M., Fukuda, S., Imai-Matsumura, K., y Watanabe, Y. (2011). Relationship between cognitive function and prevalence of decrease in intrinsic academic motivation in adolescents. *Behavioral and Brain Functions: BBF*, *7*, 4. doi:10.1186/1744-9081-7-4

Modestin, J., Huber, A., Satirli, E., Malti, T., y Hell, D. (2003). Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(12), 2202–2208.

Mohr, S., Simon, A., Favrod, J., Fokianos, C., y Ferrero, F. (2004). Validation of the french version of the life skills profile with people suffering of schizophrenia. *L'Encephale*, *30*(4), 343–351.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., y Swanson, E. (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (5ª ed.). Barcelona: Elsevier.

Morgan, C., Kirkbride, J., Leff, J., Craig, T., Hutchinson, G., McKenzie, K., … Fearon, P. (2007). Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychological Medicine*, *37*(4), 495–503. doi:10.1017/S0033291706009330

Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., y Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(4), 323–329.

Morriss, R., Vinjamuri, I., Faizal, M. A., Bolton, C. A., y McCarthy, J. P. (2013). Training to recognize the early signs of recurrence in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(2), 255–256. doi:10.1093/schbul/sbs191

Neyndorff, J. P. M., de Winter, R. F. P., y Blom, J. D. (2014). Copynumbervariaties en "schizofrenie". *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *56*(2), 86–94.

Ninghtingale, F. (1990). *Notas sobre Enfermería.“Qué es y qué no es”.* Barcelona: Salvat.

Novella, E. J., y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica Y Salud*, *21*(3), 205–219. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000300002&script=sci_arttext

Nunnally, J. C., y Bernstein, I. H. (1995). *Teoría psicométrica* (2ª ed). México: McGraw-Hill Latinoamericana.

Orem, D. E. (1983). *Normas prácticas en enfermería*. Madrid: Pirámide.

Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica* (4ª ed). Barcelona: Masson.

Orem, D. E. (2001). *Nursing:concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Orem, D. E., y Taylor, S. G. (2011). Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing Science Quarterly*, *24*(1), 35–41. doi:10.1177/0894318410389061

Orem, D. E., y Vardiman, E. M. (1995). Orem’s nursing theory and positive mental health: practical considerations. *Nursing Science Quarterly*, *8*(4), 165–173.

Ospino, C., y Madariaga, C. (2009). *Caracterización de la salud mental positiva en menores trabajadores de un mercado público* (Tesis doctoral). Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. Recuperado de http://hdl.handle.net/10584/33

Oud, M. J. T., y Meyboom-de Jong, B. (2009). Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Family Practice*, *10*, 32. doi:10.1186/1471-2296-10-32

Parker, C., Coupland, C., y Hippisley-Cox, J. (2010). Antipsychotic drugs and risk of venous thromboembolism: nested case-control study. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, *341*, c4245. doi:10.1136/bmj.c4245

Parker, G., Rosen, A., Emdur, N., y Hadzi-Pavlov, D. (1991). The life skills profile: psychometric properties of a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *83*(2), 145–152.

Patrick, D., Burns, T., Morosini, P., Rothman, M., Gagnon, D., Wild, D., y Adriaenssen, I. (2009). Reliability, validity and ability to detect change of the clinician-rated personal and social performance scale in patients with acute symptoms of schizophrenia. *Current Medical Research and Opinions*, 25(2), 325-338. doi: 10.1185/03007990802611919

Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal relations in nursing*. London: McMillan Education.

Peplau, H. E. (1992). Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, *5*(1), 13–18.

Perraud, S. (2000). Development of the Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES). *Archives of Psychiatric Nursing*, *14*(6), 276–284. doi:10.1053/apnu.2000.19090

Phaneuf, M. (1999). *La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado*. México: Interamericana McGraw-Hill.

Policies and practices for mental health in Europe. (2008). Copenhagen: World Health Organization. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf

Polit, D. F., Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practise* (9th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.

Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options. Summary report. (2004). Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43027/1/924159215X_eng.pdf?ua=1

Puig LLobet, M., Lluch-Canut, M., y Sabater Mateu, P. (2007). Análisis del uso del constructo salud mental en los instrumentos genéricos que evalúan la Calidad de Vida. *Presencia*, *3*, 6. doi:1885-0219

Puig-Llobet, M., Rodriguez-Avila, N., Farràs Farrà, J., y Lluch-Canut, M. T. (2011). Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 years old or older cared for by a Home Health Care Program. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *19*(3), 467–475.

Raphael, B., Schmolke, M., y Wooding, S. (2005). Links between mental and physical health and illness. En H. Herrman, S. Saxena, y R. Moodie (Eds.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* (pp. 132–147). Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf#page=153

Rial, A., Varela, J., Abalo, J., y Lévy, J. (2006). El análisis factorial confirmatorio. En *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales* (pp. 119–154). Oleiros: Netbiblo.

Riehl-Sisca, J. (1992). *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma.

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

Ripke, S., O'Dushlaine, C., Chambert, K., Moran, J. L., Kähler, A. K., Akterin, S., Sullivan, P. F. (2013). Genome-wide association analysis identifies 13 new risk loci for schizophrenia. *Nature Genetics*, *45*(10), 1150–1159. doi:10.1038/ng.2742115

Rodríguez, J. (2009). La estrategia en salud mental cinco años después. *INESME: Instituto de Estudios Médicos Cientificos*, *11*, 63–72. Recuperado de http://www.cibersam.es/images/INESME OTSUKA.pdf

Rodríguez, R., Bagney, A., y Palomo, A. (2011). Neuroquímica de la esquizofrenia. En *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (7ª ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.

Roldán-Merino, J. (2011). *Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona. Recuperado de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/38012/jfrm_tesis.pdf?sequence=1

Roldán-Merino, J., García, I. C., Ramos-Pichardo, J. D., Foix-Sanjuan, A., Quilez-Jover, J., y Montserrat-Martinez, M. (2013). Impact of personalized in-home nursing care plans on dependence in ADLs/IADLs and on family burden among adults diagnosed with schizophrenia: a randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, *49*(3), 171–178. doi:10.1111/j.1744-6163.2012.00347.x

Roldán-Merino, J., Lluch-Canut, T., Menarguez-Alcaina, M., Foix-Sanjuan, A., y Haro Abad, J. M. (2014). Psychometric evaluation of a new instrument in Spanish to measure self-care requisites in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, *50*(2), 93–101. doi:10.1111/ppc.12026

Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., y Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *15*(2), 325–337.

Ruddy, R., y Milnes, D. (2005). Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003728. doi:10.1002/14651858.CD003728.pub2

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1094*, 1–12. doi:10.1196/annals.1376.002

Ryff, C. D., y Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719–727.

Saha, S., Chant, D., Welham, J., y McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, *2*(5), e141. doi:10.1371/journal.pmed.0020141

Saiz, J., Bobes, J., Vallejo, J., y Giner, U. (2008). Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr*, *36*(5), 251–264.

Sanchez, A. (1991). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Sánchez-Ortega, M. A., Puig-Llobet, M., Lluch Canut, M., Oriach, M., y Marchal, A. (2012, octubre). *Avaluació de la salut mental positiva en pacients crònics en l'atenció primaria*. Comunicación presentada en XI Congrés de l'Associacio d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya, Sitges, Barcelona.

Sánchez-Ortega, M. A.; Puig-Llobet, M.; Lluch Canut, MT.; Oriach, MR.; Marchal, AM.; Ingla, J. (2013, desembre). *Avaluació de la salut mental positiva en pacients crònics en l'atenció primaria*. Comunicación presentada en II Jornada del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015, Sitges, Barcelona.

Sánchez-Ortega, M., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M., Miguel-Ruiz, M., y Roldán-Merino, J. (2013, julio). *Relación entre autocuidado y salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud*. Comunicación presentada en The European Consortium in Public Health and Health, Girona.

Sánchez-Ortega, MA.; Puig-Llobet M.; Lluch-Canut MT.; Pera G.; Miguel-Ruiz MD.; Roldán-Merino JF.; Oriach-Alonso MR.; Ingla-Mas J.; Marchal-Torralbo A. (2013, noviembre). *Evaluación de la capacidad de autocuidado en pacientes atendidos en una consulta de enfermería*. Comunicación presentada en XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, Lleida.

Santo Tomas, M. (2000). Desde los años cincuenta, nuevos planteamientos. En *Enfermería Fundamental* (pp. 89–110). Barcelona: Masson.

Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J. E., y Day, R. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of

schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*, *16*(4), 909–928.

Saxena, S., Jané-Llopis, E., y Hosman, C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*, *5*(1), 5–14.

Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, *55*(2), 169–210.

Serrano, M. D., y Garrido, M. (2000). Proceso de enfermería. En *Enfermería fundamental*. Barcelona: Masson.

Sideli, L., Mule, A., La Barbera, D., y Murray, R. M. (2012). Do child abuse and maltreatment increase risk of schizophrenia? *Psychiatry Investigation*, *9*(2), 87–99. doi:10.4306/pi.2012.9.2.87

Sosa, M. (2009). *Escala autoinformada de inteligencia emocional (EAIE): validación de la Escala de Inteligencia Emocional Autoinformada* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de http://eprints.ucm.es/8685/

Spoerri, T. (1975). *Compendio de psiquiatría* (3ª ed.). Barcelona: Toray.

Stilo, S. A., y Murray, R. M. (2010). The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *12*(3), 305–315.

Strupp, H. H., y Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. With special reference to negative effects in psychotherapy. *The American Psychologist*, *32*(3), 187–96.

Sullivan, P. F., Kendler, K. S., y Neale, M. C. (2003). Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Archives of General Psychiatry*, *60*(12), 1187–1192. doi:10.1001/archpsyc.60.12.1187

Sutterland, A. L., Dieleman, J., Storosum, J. G., Voordouw, B. A., Kroon, J., Veldhuis, J., Sturkenboom, M. C. (2013). Annual incidence rate of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in a longitudinal population-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(9), 1357–1365. doi:10.1007/s00127-013-0651-9

Tandon, R. (1995). Modelos conceptuales de la relación entre sintomas positivos y negativos. En *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*. Madrid: Editores Médicos.

Tas, C., Brown, E. C., Esen-Danaci, A., Lysaker, P. H., y Brüne, M. (2012). Intrinsic motivation and metacognition as predictors of learning potential in patients with remitted schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(8), 1086–1092. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.04.027

Taylor, S. G. (2011). Dorothea Orem's Legacy. *Nursing Science Quarterly*, *24*(1), 5–6. doi:10.1177/0894318410389064

Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M., y Hart, M. A. (2001). A theory of dependent-care: a corollary theory to Orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly*, *14*(1), 39–47.

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, *5*, 63. doi:10.1186/1477-7525-5-63

Tizón, J. L. (2009). Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *XXIX*(103), 35–62.

Tizón, J. L. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria* (4ª ed.). Barcelona: Biblaria.

Tontini, F. (1998). The importance of a theory the conceptual model by Dorothea E. Orem. *Professioni Infermieristiche*, *51*(2), 17–19.

Vaingankar, J. A., Subramaniam, M., Chong, S. A., Abdin, E., Orlando Edelen, M., Picco, L., Sherbourne, C. (2011). The positive mental health instrument: development and validation of a culturally relevant scale in a multi-ethnic Asian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, *9*, 92. doi:10.1186/1477-7525-9-92

Valiente, A., Lafuente, A., y Bernardo, M. (2011). Revisión sistemática de los Genomewide Association Studies (GWAS) en esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *4*(4), 218–227. doi:10.1016/j.rpsm.2011.09.003

Veling, W., Hoek, H. W., Selten, J.-P., y Susser, E. (2011). Age at migration and future risk of psychotic disorders among immigrants in the Netherlands: a 7-year incidence study. *The American Journal of Psychiatry*, *168*(12), 1278–1285. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11010110

Vila-Rodriguez, F., Ochoa, S., Autonell, J., Usall, J., y Haro, J. M. (2011). Complex interaction between symptoms, social factors, and gender in social functioning in a community-dwelling sample of schizophrenia. *The Psychiatric Quarterly*, *82*(4), 261–74. doi:10.1007/s11126-011-9168-0

Vohs, J. L., y Lysaker, P. H. (2014). Metacognitive mastery and intrinsic motivation in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *202*(1), 74–77. doi:10.1097/NMD.0000000000000063

Ware, J. E., y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, *30*(6), 473–483.

Watson, D., Clark, L. A., McIntyre, C. W., y Hamaker, S. (1992). Affect, personality, and social activity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*(6), 1011–1025.

Wesley, R. L. (1997). *Teorías y modelos de enfermería* (2ª ed.). México: Interamericana-McGraw-Hill.

West, P., y Isenberg, M. (1997). Instrument development: the Mental Health-Related Self-Care Agency Scale. *Archives of Psychiatric Nursing*, *11*(3), 126–132.

World Health Organization. (2001). Mental health: strengthening our response. Geneva; World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/

Wykes, T., y Sturt, E. (1986). The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *148*, 1–11.

Xia, J., y Li, C. (2007). Problem solving skills for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2*(2), CD006365. doi:10.1002/14651858.CD006365.pub2

Zou, H., Li, Z., Nolan, M. T., Arthur, D., Wang, H., y Hu, L. (2013). Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, *22*(3), 256–271. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00863.x

X. Financiación y difusión de la investigación

Financiación y difusión de la investigación

10.1 Financiación de la investigación

Esta investigación se ha desarrollado gracias a varias financiaciones. A continuación se detallan las mismas:

Estudio de fiabilidad y validez de la escala ERA en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia

- ***Investigador principal:*** Dr. Juan Fco Roldán Merino
- **Equipo investigador:** Miguel MD.; Quílez J.; Pino J. del ; Feria I.; Lluch T.; Puig M.; Royo D.; Herrero MP.; Argemí M.; Selva Fco J.; Moreno A.: Beltran J.J.
- **Entidad financiadora:** Colegi Oficial d'Infermeria de Barcelona COIB
- **Expediente:** Exp:PR-5170/09
- ***Fecha de inicio y finalización:*** 1 de enero de 2010 - 31 de diciembre 2012
- ***Financiación total del proyecto:***: 4.400 €

Adaptación y validación del cuestionario de requisitos de autocuidado según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem en población hospitalizada diagnosticada de Transtorno Mental Severo-Esquizofrenia.

- ***Investigadora principal:*** Dra M. Teresa Lluch
- ***Equipo investigador:*** Miguel MD.; Roldán J.; Puig M.; Royo D.; Quílez J.; Pino J. del.; Feria I.; Foix A.; Selva Fco J.; Moreno A.; Beltrán J.J.M; Herreo M. P.; Argemí M.
- ***Entidad financiadora:*** Universitat de Barcelona. EU Infermeria.
- ***Expediente:*** PREUI09/01
- ***Fecha de inicio y finalización:*** 1 de enero 2010 -31 de diciembre 2010
- ***Financiación:*** 3.000 €

10.2 Difusión de la investigación

Artículos:

- Roldán-Merino, J., Lluch Canut, T., Menárguez-Alcaina, M., Foix-Sanjuan, A., y Haro Abad, J. M and QuestERA Working Group. (2014). Psychometric Evaluation of a New Instrument in Spanish to Measure Self-Care Requisites in Patients With Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50, 93–101. doi:10.1111/ppc.12026
  [QuestERA Working Group: Alba AM, Albacar N, Argemí M, Blázquez MC, Bogas JL, Beltran JJ, Cabello I, Casas I, Castro M, Cobo R, Feria I, Farreras P, Ferré C, Grumaches G, Guardia J, Herrero MP, Jettha C, Julia E, Lleixà MM, **Miguel D**, Miguel J, Morcillo E, Marquez I, Moreno A, Montserrat M, Nuñez M, Ochoa S, Pino J del, Puig M, Quilez J, Ramió A, Ramon J, Royo D, Sabadell M, Saez S, Santos A, Selva FJ, Senz M, Soler A, and Teba S]

- Lluch Canut, T., Puig-Llobet, M., Sanchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J., y Ferre-Grau, C and Positive Mental Health Research Group. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC public health*, 13(1), 928. doi:10.1186/1471-2458-13-928
  [Positive Mental Health Research Group (PMH-RG): Albacar N, Broncano M, Falcó A, Gelabert S, Lleixà MM, Mantas S, **Miguel D**, Pulpón A, Sanromà M, Sequeira C, Solà M.]

Ponencias / comunicaciones:

- Miguel D. (2013, noviembre)**.** *Escala de Requisitos de autocuidados (ERA) en población hospitalizada diagnosticada de esquizofrenia: propiedades psicométricas.* Comunicación oral presentada en el XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, Lleida. [Premio a la Mejor comunicación oral.]

- Miguel D. (2013, octubre)**.** *Adaptación y validación del cuestionario de requisitos de autocuidado según el modelo enfermero de Dorothea Orem a población hospitalizada diagnosticada de esquizofrenia.* Ponencia presentada en II Jornadas de Reconocimiento a la Investigación Enfermera organizada por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, Barcelona.

- Miguel D. (2013, marzo)**.** *Perfil de habilidades de la vida diaria en personas con diagnóstico de esquizofrenia ingresadas en un hospital psiquiátrico*. Comunicación oral presentada en XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Sevilla.

- Miguel D. (2013, marzo)**.** *Consistencia interna y estabilidad temporal de la Escala de Requisitos de Autocuidado-ERA aplicada a población hospitalizada diagnosticada de esquizofrenia*. Póster electrónico presentado en la Jornada Científica Internacional Compartiendo conocimiento "Sharing Nurising Knowledge", Barcelona.

- Miguel D. (2012, noviembre)**.** *Desarrollo histórico de la aplicación empírica de la teoría de Dorothea Orem en la etapa de valorización de requisitos de autocuidados en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.* Ponencia: presentada en el I Congreso Internacional de Salud Mental y Psiquiatría "Alianzas estratégicas para afrontar los retos del siglo XXI", Piura.

XI. Anexos

Anexo I

Formulario

de datos sociodemográficos y clínicos

Formulario de datos sociodemográficos y clínicos:

Código_____

Centro:
- ☐ Parc sanitari Sant Joan de Déu
- ☐ Benito Menni
- ☐ Sagrat Cor
- ☐ Parc de Salut Mar (Centre Emili Mira)

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Edad en años _____

Estado civil:
- ☐ Soltera/o
- ☐ Casada/a o con pareja
- ☐ Separada/o
- ☐ Divorciada/o
- ☐ Viuda/o

Nivel de estudios:
- ☐ Analfabeto
- ☐ Primarios
- ☐ Secundarios
- ☐ Universitarios
- ☐ NS/NC

Medicación:
- ☐ Solo toma medicación oral
- ☐ Toma oral más parenteral
- ☐ Solo parenteral
- ☐ No tiene medicación pautada

Años de evolución: _____

Fecha de ingreso: _____

GAF: _____

Diagnóstico DSMIV (código) _____

Diagnóstico DSMIV (especificar) _____

Anexo II

Escala de Requisitos de Autocuidado ERA-c de Roldán (2011)

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO I, II y III:
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos

1. La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria:

1 ☐ Es capaz de realizar una gran actividad física de esfuerzo o subir 2 o más pisos sin mostrar signos de fatiga respiratoria

2 ☐ Es capaz de realizar una gran actividad física de esfuerzo o subir 2 o más pisos presentando ligera fatiga respiratoria.

3 ☐ Es capaz de realizar una actividad física moderada (subir 1 piso,…) presentando ligera fatiga respiratoria.

4 ☐ Presenta signos de fatiga respiratoria simplemente cuando realiza varias actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse, hacerse la cama,…).

5 ☐ Es incapaz (no puede) de realizar las actividades de la vida diaria sin mostrar signos de fatiga respiratoria.

2. Consumo de tabaco:

1 ☐ No consume.

2 ☐ Consume esporádicamente (en ocasiones puntuales, reuniones familiares, bodas...).

3 ☐ Consume menos de 5 cigarrillos al día.

4 ☐ Consume de 5 a 20 cigarrillos al día.

5 ☐ Consume más de 20 cigarrillos al día.

3. ¿Ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos?
Se considera un aporte diario adecuado de líquidos cuando la persona bebe entre 1 y 2 litros de líquidos (agua, cualquier bebida…)

1 ☐ Siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.

2 ☐ Casi siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.

3 ☐ Entre 0,5-1 litros ó > 2,5 - 3 litros.

4 ☐ Casi diariamente bebe más de 3 litros.

5 ☐ Bebe diariamente más de 3 litros.

4. ¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada?
(conoce diferentes grupos de alimentos y las cantidades adecuadas)

1 ☐ Describe diferentes grupos de alimentos y cantidades recomendadas.

2 ☐ Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y conoce aproximadamente las cantidades recomendadas. (Clasifica los alimentos a partir de ejemplos).

3 ☐ Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.

4 ☐ Tiene dificultades para clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.

5 ☐ Es incapaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.

5. ¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria?
Se valorará si su peso corresponde con su altura, edad, sexo y actividad física. También se tendrá en cuenta si los platos son abundantes, si repite, si come o pica fuera de las comidas, si suele dejarse comida en el plato, si se salta comidas, si introduce todos los grupos en su dieta

1 ☐ Siempre es muy adecuada.

2 ☐ Casi siempre la cantidad de alimentos ingerida es adecuada: “solo 1 día a la semana realiza una ingesta inadecuada”.

3 ☐ La cantidad de alimentos ingerida regularmente es adecuada: “entre 2 y 3 días a la semana realiza ingestas inadecuadas”.

4 ☐ La cantidad de alimentos ingerida es inadecuada: “4 o más días a la semana realiza ingestas inadecuadas”.

5 ☐ La cantidad de alimentos ingerida es Muy inadecuada: “cada día realiza ingestas inadecuadas”.

6. ¿Tiene la persona los conocimientos y habilidades suficientes para PREPARARSE la comida cuando precisa?

1 ☐ (ej. Dispone de todos los conocimientos para elaborar la comida y normalmente se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa “Vive solo…”).

2 ☐ (ej. Solo tiene conocimientos para preparar un menú repetitivo y limitado aunque normalmente se prepara el desayuno, comida y cena).

3 ☐ (ej. Dispone parcialmente de conocimientos para elaborar las comidas y es capaz de preparar comidas sencillas, como por ejemplo, ensaladas, comidas precocinadas…).

4 ☐ (ej. Dispone parcialmente de los conocimientos para elaborar la comida aunque normalmente no se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa).

5 ☐ (ej. No dispone de conocimientos para elaborar la comida y no se prepara ninguna comida).

REQUISITO DE AUTOCUIDADO IV:
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.

7. ¿Tiene problemas la persona para el control de esfínter urinario?

1 ☐ Tiene control total de los esfínteres.

2 ☐ Esporádicamente en los dos últimos meses ha tenido durante la noche/día algún episodio de incontinencia.

3 ☐ Ocasionalmente ha tenido episodios de incontinencia relacionada sobre todo con cambios de tratamiento o alguna situación estresante…

4 ☐ Casi diariamente (más de dos episodios semanalmente).

5 ☐ Diariamente presenta micciones involuntarias durante la noche/día.

8. ¿Tiene la persona problemas con su eliminación fecal?

1 ☐ Manifiesta que durante los dos últimos meses evacua según su pauta personal, no ha precisado de laxantes, ni ha tenido molestias durante la defecación, ni tampoco realiza ninguna dieta especial…).

2 ☐ Durante los dos últimos meses ha tenido algún episodio aislado (recuerda menos de 2 ocasiones) de constipación, o alguna molestia durante la defecación.

3 ☐ Durante los dos últimos meses tiene algunas dificultades para defecar, no precisa de laxantes, aunque si precisa hacer dieta rica en fibra y/o practicar ejercicio regularmente.

4 ☐ Durante los dos últimos meses tiene ciertas dificultades para defecar, precisa utilizar regularmente laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides.

5 ☐ Durante los dos últimos meses tiene muchas dificultades para defecar, incluso con ayuda de laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides.

REQUISITO DE AUTOCUIDADO V:
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

9. La persona tiene conocimientos para mantener un hogar saludable
(limpieza del hogar “barrer el suelo, fregar, limpiar el polvo,…”, comprar, cocinar, cuidado de la ropa “poner lavadoras, planchar”...)

1 ☐ Sabe como realizar todas las tareas domésticas.

2 ☐ Sabe realizarlas casi todas.

3 ☐ Sabe realizar alguna de ellas.

4 ☐ No sabe realiza casi ninguna.

5 ☐ No sabe como realizar ninguna.

10. La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un hogar saludable

1 ☐ Diariamente.

2 ☐ Casi diariamente.

3 ☐ Ocasionalmente.

4 ☐ Casi nunca.

5 ☐ No las realiza.

11. Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas

1 ☐ Realiza fácilmente las tareas domésticas por iniciativa propia (sin necesidad de que se le tenga que recordar).

2 ☐ Alguna vez se le tiene que recordar y realiza todas las actividades.

3 ☐ A menudo se le debe recordar y realiza todas las actividades.

4 ☐ Siempre se le debe recordar que ha de realizar las actividades, y solo realiza algunas.

5 ☐ No las realiza incluso recordándoselas.

12. ¿Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar?
(trabajo, prelaboral, Centro de Día, actividades deportivas, paseo, actividades comunitarias o formativas…)

1 ☐ Siempre las cumple.

2 ☐ Casi siempre.

3 ☐ Ocasionalmente.

4 ☐ Casi nunca.

5 ☐ No las cumple.

13. ¿Grado de motivación de las actividades fuera del hogar?
(trabajo, prelaboral, Centro de Día, actividades deportivas, paseo, actividades comunitarias o formativas...)

1 ☐ Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia.

2 ☐ Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia (en alguna ocasión se le tiene que recordar).

3 ☐ Cumple sus actividades programadas bajo supervisión.

4 ☐ No cumple sus actividades programadas (incluso bajo supervisión).

5 ☐ No realiza ninguna actividad y no tiene motivación para iniciar alguna actividad.

14. Hábito de sueño-reposo ¿Tiene la persona dificultades para conciliar, mantener y/o tener un sueño reparador?

1 ☐ No tiene dificultad para conciliar el sueño (antes de 30 minutos) y siempre duerme 6-9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien).

2 ☐ Casi nunca tiene dificultad para conciliar el sueño y habitualmente duerme 6-9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien).

3 ☐ En ocasiones tiene dificultades para conciliar y/o mantener el sueño durante la noche, y habitualmente tiene la sensación subjetiva de haber descansado bien.

4 ☐ Casi siempre tiene dificultades para conciliar y mantener el sueño durante la noche y no tiene la sensación de haber descansado bien, y compensa con sueños a lo largo del día.

5 ☐ Siempre tiene dificultades para conciliar el sueño y para mantenerlo, o presenta alteraciones importantes en el ritmo circadiano (↑↓). Duerme un exceso de horas (14 o más horas).

REQUISITO DE AUTOCUIDADO VI:
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

15. Grado de interacción social:
valorar las dificultades en la interacción social, tiene contactos con familiares y/o amigos u otras personas de su entorno, amistades,... (Aquí se debe incluir también si el usuario se relaciona con las posibles personas con las que conviva, como por ejemplo si come con ellos, conversaciones espontáneas,…)

1 ☐ Mantiene contactos sin ninguna dificultad con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).

2 ☐ Mantiene con cierta dificultad contactos con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).

3 ☐ Mantiene contactos con alguna dificultad, las mantiene únicamente con personas muy significativas (familia personas con las que convive).

4 ☐ Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas.

5 ☐ Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas.

16. Grado de satisfacción de las relaciones sociales (satisfacción)
la persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno

1 ☐ La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno.

2 ☐ La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por algunos de sus familiares, o amigos u otras personas del entorno.

3 ☐ La persona en algunas ocasiones se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos u otras personas del entorno.

4 ☐ La persona siempre se siente incomprendida, infravalorada y poco apoyada por la mayoría de sus familiares, amigos u otras personas del entorno.

5 ☐ No sabe evaluar las relaciones sociales.

17. ¿Tiene la persona dificultades para mantener relaciones de amistad o de pareja?

1 ☐ Mantiene sin ninguna dificultad las relaciones. (Contactos periódicos con varias personas Ej. Llamadas telefónicas, encuentros).

2 ☐ Mantiene con cierta dificultad (Contactos esporádicos con varias personas p. ej. llamada telefónicas, encuentros).

3 ☐ Mantiene con muchas dificultades (Contactos esporádicos con una sola persona).

4 ☐ Le cuesta mantener las relaciones (No tiene capacidad de mantener relaciones)

5 ☐ Evita y no tiene capacidad de mantener (No mantiene relaciones y evita tenerlas).

REQUISITO DE AUTOCUIDADO VII:
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

18. La persona realiza una higiene adecuada (incluye la higiene dental, sudoración excesiva, olor corporal, cambio de ropa, desodorantes…)

1 ☐ Se asea diariamente de manera adecuada, de forma autónoma.

2 ☐ Casi diariamente se asea de manera adecuada, de forma autónoma.

3 ☐ Alguna dificultad en el aseo tanto en la frecuencia como en la calidad, en ocasiones precisa supervisión.

4 ☐ Muchas dificultades en el aseo personal, tanto en la frecuencia como en la calidad, y precisa supervisión.

5 ☐ Déficit muy importante en el aseo personal, dependencia total para mantener hábito de higiene adecuado.

19. Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar

1 ☐ Siempre vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.

2 ☐ Casi siempre vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.

3 ☐ Vestimenta limpia pero poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.

4 ☐ Vestimenta sucia y poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.

5 ☐ Vestimenta sucia y Muy inadecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.

20. Reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para Solicitar la ayuda correspondiente

1 ☐ Sabe reconocer los síntomas de descompensación y es capaz de solicitar ayuda.

2 ☐ Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y es capaz de solicitar ayuda a pesar de tener dudas.

3 ☐ Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y no siempre solicita ayuda.

4 ☐ Tiene dificultades para reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.

5 ☐ No sabe reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.

21. Grado de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico

1 ☐ Siempre lo cumple de forma autónoma: dosis, horario de las tomas.

2 ☐ Casi siempre lo cumple pero en ocasiones precisa supervisión.

3 ☐ Acepta pasivamente la pauta prescrita.

4 ☐ Muestra resistencia para aceptar el tratamiento.

5 ☐ Nunca lo cumple. Abandono del tratamiento.

22. Grado de cumplimiento visitas de seguimiento

1 ☐ Acude de forma autónoma a las visitas de seguimiento.

2 ☐ Casi siempre acude pero en ocasiones precisa supervisión.

3 ☐ Acude con dificultad a las visitas de seguimiento, precisa supervisión.

4 ☐ Casi nunca acude a las visitas de seguimientos, estrecha supervisión.

5 ☐ Nunca acude a las visitas programadas, desvinculación.

23. ¿Consume la persona sustancias tóxicas?
(se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervioso central por consumo de sustancias)

1 ☐ No consume ninguna sustancia.

2 ☐ No consume, pero con anterioridad ha consumido puntualmente.

3 ☐ Consume puntualmente.

4 ☐ Consume casi diariamente.

5 ☐ Consume diariamente.

24. ¿Reconoce la persona los riesgos del consumo de sustancias tóxicas?
(se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervios central por consumo de sustancias)

1 ☐ La persona reconoce todos los riesgos.

2 ☐ La persona reconoce casi todos los riesgos.

3 ☐ La persona no reconoce casi ninguno.

4 ☐ La persona no reconoce ninguno.

5 ☐ Considera positivo el consumo de tóxicos.

25. ¿Consume la persona bebidas excitantes (café, coca-cola, te, red-bull…)?

1 ☐ La persona no consume bebidas excitantes.

2 ☐ Consumo leve (entre una y dos bebidas excitantes).

3 ☐ Consume moderado (entre tres y cuatro bebidas excitantes).

4 ☐ Consumo excesivo (entre 5 y 8 bebidas excitantes).

5 ☐ Consumo muy excesivo (más de 8 bebidas excitantes)

26. El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual

1 ☐ Tiene los conocimientos.

2 ☐ Tiene casi todos los conocimientos.

3 ☐ Tiene algunos conocimientos.

4 ☐ No tiene casi ninguno.

5 ☐ No los tiene.

27. Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual

1 ☐ Siempre los utiliza o utilizaría.

2 ☐ Casi siempre los utiliza.

3 ☐ En algunas ocasiones no los utiliza.

4 ☐ Casi nunca los utiliza.

5 ☐ No los utiliza nunca.

28. ¿Siente la persona ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana?
(en una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico)

1 ☐ La ansiedad no interfiere en las actividades de su vida diaria (ansiedad de 0 a 2).

2 ☐ Casi nunca interfiere (ansiedad de 3 a 4).

3 ☐ En algunas ocasiones interfiere (ansiedad de 5 a 6).

4 ☐ Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).

5 ☐ La ansiedad es paralizante (ansiedad de 9 a 10).

29. ¿Siente la persona ansiedad cuando se encuentra en contacto con otras personas
(en una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico)

1 ☐ Nunca (ansiedad de 0 a 2).

2 ☐ Casi nunca (ansiedad de 3 a 4).

3 ☐ En algunas ocasiones (ansiedad de 5 a 6).

4 ☐ Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).

5 ☐ Siempre (ansiedad de 9 a 10).

REQUISITO DE AUTOCUIDADO VIII:
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales

30. ¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente sus recursos económicos?

1 ☐ Los maneja adecuadamente de forma autónoma.

2 ☐ No tiene dificultades puntualmente necesita ayuda.

3 ☐ Tiene alguna dificultad, generalmente necesita supervisión.

4 ☐ Incapaz de manejarlos, precisa de supervisión continua.

5 ☐ Incapaz, precisa de supervisión legal (incapacitación).

31. En general ¿Manifiesta la persona sentirse satisfecha con el desarrollo de sus roles? (satisfecho con su vida)

1 ☐ Manifiesta sentirse siempre satisfecho.

2 ☐ Manifiesta sentirse casi siempre satisfecho.

3 ☐ Manifiesta sentirse a menudo satisfecho.

4 ☐ Manifiesta sentirse en pocas ocasiones.

5 ☐ Manifiesta sentirse nunca o casi nunca satisfecho.

32. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles? (dificultades con su día a día)

1 ☐ Manifiesta no tener dificultades.

2 ☐ Manifiesta tener pocas dificultades.

3 ☐ Manifiesta tener bastantes dificultades.

4 ☐ Manifiesta tener muchas dificultades.

5 ☐ Manifiesta ser incapaz de asumir su rol social.

33. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana? (manifiesta dudas o temores excesivos)

1 ☐ Nunca tiene dificultades.

2 ☐ Casi nunca tiene dificultades.

3 ☐ Algunas veces tiene dificultades.

4 ☐ Casi siempre tiene dificultades.

5 ☐ Siempre tiene dificultades

34. ¿Tiene capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas? (celebraciones familiares, viajes, reuniones, fiestas de la comunidad…)
Def. de afrontamiento: Proceso por el cual el individuo es capaz de tomar decisiones, hacer frente a los problemas e intentar solucionarlos.

1 ☐ Las afronta sin ninguna dificultad.

2 ☐ Las afronta casi siempre sin ninguna dificultad.

3 ☐ Las afronta con bastantes dificultades.

4 ☐ Las afronta con muchas dificultades evitando alguna situación.

5 ☐ Evita siempre las situaciones.

35. ¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria nuevas conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida?
(Si los tuviera recoger ejemplos…)

1 ☐ Está muy interesada o motivada.

2 ☐ Está interesada o motivada.

3 ☐ Está poco interesada o motivada.

4 ☐ No verbaliza ningún interés o motivación.

5 ☐ Se niega a realizar cualquier cambio en sus conductas.

Anexo III

Diferencias de contenido entre las dos versiones de la escala ERA (ERA-c y ERA-h)

Comparación de los Ítems de las dos versiones de la escala ERA

Ítem	Escala ERA-c	Escala ERA-h
	1. La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria:	**1. La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria:**
Muy adecuado	Es capaz realizar gran actividad física de esfuerzo o subir 2 o más pisos sin mostrar signos de fatiga respiratoria.	Es capaz realizar gran actividad física de esfuerzo o subir 2 o más pisos sin mostrar signos de fatiga respiratoria.
Adecuado	Es capaz de realizar una gran actividad física de esfuerzo o subir 2 o más pisos presentando ligera fatiga respiratoria.	Es capaz de realizar una gran actividad física de esfuerzo o subir 2 o más pisos presentando ligera fatiga respiratoria.
Regular	Es capaz de realizar una actividad física moderada (subir 1 piso,…) presentado ligera fatiga respiratoria.	Es capaz de realizar una actividad física moderada (subir 1 piso,…) presentado ligera fatiga respiratoria.
Inadecuado	Presenta signos de fatiga respiratoria simplemente cuando realiza varias actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse, hacerse la cama,…).	Presenta signos de fatiga respiratoria simplemente cuando realiza varias actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse, hacerse la cama,…).
Muy inadecuado	Es incapaz (no puede) de realizar las actividades de la vida diaria sin mostrar signos de fatiga respiratoria.	Es incapaz (no puede) de realizar las actividades de la vida diaria sin mostrar signos de fatiga respiratoria.

Ítem	Consumo de tabaco:	Consumo de tabaco:
Muy adecuado	No consume.	No consume.
Adecuado	Consume esporádicamente (en ocasiones puntuales, reuniones familiares, bodas...).	Consume esporádicamente (en ocasiones puntuales, reuniones familiares, bodas...).
Regular	Consume menos de 5 cigarrillos / día.	Consume menos de 5 cigarrillos / día.
Inadecuado	Consume de 5 a 20 cigarrillos al día.	Consume de 5 a 20 cigarrillos al día.
Muy inadecuado	Consume más de 20 cigarrillos al día.	Consume más de 20 cigarrillos al día.

Ítem	¿Ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos? Se considera un aporte diario adecuado de líquidos cuando la persona bebe entre 1 y 2 litros de líquidos (agua, cualquier bebida,…).	¿Ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos? Se considera un aporte diario adecuado de líquidos cuando la persona bebe entre 1 y 2 litros de líquidos (agua, cualquier bebida,…).
Muy adecuado	Siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.	Siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.
Adecuado	Casi siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.	Casi siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.
Regular	Entre 0,5 – 1 litros ó > 2,5 - 3 litros.	Entre 0,5 – 1 litros ó > 2,5 - 3 litros.
Inadecuado	Casi diariamente bebe más de 3 litros.	Casi diariamente bebe más de 3 litros.
Muy inadecuado	Bebe diariamente más de 3 litros.	Bebe diariamente más de 3 litros.

Ítem	¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada? (conoce diferentes grupos de alimentos, y las cantidades adecuadas).	¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada? (conoce diferentes grupos de alimentos, y las cantidades adecuadas) Como valoramos conocimientos se tendría que tener en cuenta si la persona sabe en que consiste una dieta equilibrada, porque tiene que comer de todos los alimentos, cuales son aquellos que debería ingerir en menos cantidad (grasas,…).
Muy adecuado	Describe diferentes grupos de alimentos y cantidades recomendadas.	Describe diferentes grupos de alimentos y cantidades recomendadas.
Adecuado	Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y conoce aproximadamente las cantidades recomendadas. (Clasifica los alimentos a partir de ejemplos).	Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y conoce aproximadamente las cantidades recomendadas. (Clasifica los alimentos a partir de ejemplos).
Regular	Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.	Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
Inadecuado	Tiene dificultades para clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.	Tiene dificultades para clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
Muy inadecuado	Es incapaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.	Es incapaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.

Ítem	¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria? Se valorará si su peso corresponde con su altura, edad, sexo y actividad física. También se tendrá en cuenta si los platos son abundantes, si repite, si come o pica fuera de las comidas, si suele dejarse comida en el plato, si se salta comidas, si introduce todos los grupos en su dieta.	¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria? Se entiende que la cantidad de alimentos es adecuada por el simple hecho de estar ingresado el paciente. Aún así se puede valorar si su peso se corresponde con su altura, edad, sexo y actividad física que realiza. También se tendrá en cuenta si solicita repetir plato, si come o pica fuera de las comidas, si suele dejarse comida en el plato, si se salta comidas, ...
Muy adecuado	Siempre es muy adecuada.	Siempre es muy adecuada.
Adecuado	Casi siempre la cantidad de alimentos ingerida es adecuada: “solo 1 día a la semana realiza una ingesta inadecuada”.	Casi siempre la cantidad de alimentos ingerida es adecuada: “solo 1 día a la semana realiza una ingesta inadecuada”.
Regular	La cantidad de alimentos ingerida regularmente es adecuada: “entre 2 y 3 días a la semana realiza ingestas inadecuadas”.	La cantidad de alimentos ingerida regularmente es adecuada: “entre 2 y 3 días a la semana realiza ingestas inadecuadas”.
Inadecuado	La cantidad de alimentos ingerida es inadecuada: “4 o más días a la semana realiza ingestas inadecuadas”.	La cantidad de alimentos ingerida es inadecuada: “4 o más días a la semana realiza ingestas inadecuadas”.
Muy inadecuado	La cantidad de alimentos ingerida es Muy inadecuada: “cada día realiza ingestas inadecuadas”.	La cantidad de alimentos ingerida es Muy inadecuada: “cada día realiza ingestas inadecuadas”.

Ítem	¿Tiene la persona los conocimientos y habilidades suficientes para PREPARARSE la comida cuando precisa?	¿Tiene la persona los conocimientos y habilidades suficientes para PREPARARSE la comida cuando precisa? Observación: Esta pregunta se podría valorar en el caso de que el paciente realice permisos continuos o algún taller que este relacionado con los conocimientos y habilidades para prepararse la comida, el desayuno,…
Muy adecuado	(ej. Dispone de todos los conocimientos para elaborar la comida y normalmente se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa “vive solo,…”).	(ej. dispone de todos los conocimientos para elaborar la comida y normalmente se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa “vive solo,…”).
Adecuado	(ej. Solo tiene conocimientos para preparar un menú repetitivo y limitado aunque normalmente se prepara el desayuno, comida y cena).	(ej. Solo tiene conocimientos para preparar un menú repetitivo y limitado aunque normalmente se prepara el desayuno, comida y cena).
Regular	(ej. Dispone parcialmente de conocimientos para elaborar las comidas y es capaz de preparar comidas sencillas, como por ejemplo, ensaladas, comidas pre-cocinadas,…).	(ej. dispone parcialmente de conocimientos para elaborar las comidas y es capaz de preparar comidas sencillas, como por ejemplo, ensaladas, comidas pre-cocinadas,…).
Inadecuado	(ej. Dispone parcialmente de los conocimientos para elaborar la comida aunque normalmente no se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa).	(ej. dispone parcialmente de los conocimientos para elaborar la comida aunque normalmente no se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa).
Muy inadecuado	(ej. No dispone de conocimientos para elaborar la comida y no se prepara ninguna comida).	(ej. no dispone de conocimientos para elaborar la comida y no se prepara ninguna comida.)

Ítem	¿Tiene problemas la persona para el control de esfínter urinario?	¿Tiene problemas la persona para el control de esfínter urinario?
Muy adecuado	Tiene control total de los esfínteres	Tiene control total de los esfínteres.
Adecuado	Esporádicamente en los dos últimos meses ha tenido durante la noche/día algún episodio de incontinencia.	Esporádicamente en los dos últimos meses ha tenido durante la noche/día algún episodio de incontinencia.
Regular	Ocasionalmente ha tenido episodios de incontinencia relacionada sobre todo con cambios de tratamiento o alguna situación estresante,…	Ocasionalmente ha tenido episodios de incontinencia relacionada sobre todo con cambios de tratamiento o alguna situación estresante,…
Inadecuado	Casi diariamente (más de dos episodios semanalmente)	Casi diariamente (más de dos episodios semanalmente)
Muy inadecuado	Diariamente presenta micciones involuntarias durante la noche/día	Diariamente presenta micciones involuntarias durante la noche/día.

Ítem	¿Tiene la persona problemas con su eliminación fecal?	¿Tiene la persona problemas con su eliminación fecal?
Muy adecuado	Manifiesta que durante los dos últimos meses evacua según su pauta personal, no ha precisado de laxantes, ni ha tenido molestias durante la defecación, ni tampoco realiza ninguna dieta especial,…).	Manifiesta que durante los dos últimos meses evacua según su pauta personal, no ha precisado de laxantes, ni ha tenido molestias durante la defecación, ni tampoco realiza ninguna dieta especial,…).
Adecuado	Durante los dos últimos meses ha tenido algún episodio aislado (recuerda menos de 2 ocasiones) de constipación, o alguna molestia durante la defecación.	Durante los dos últimos meses ha tenido algún episodio aislado (recuerda menos de 2 ocasiones) de constipación, o alguna molestia durante la defecación.
Regular	Durante los dos últimos meses tiene algunas dificultades para defecar, no precisa de laxantes, aunque si precisa hacer dieta rica en fibra y/o practicar ejercicio regularmente.	Durante los dos últimos meses tiene algunas dificultades para defecar, no precisa de laxantes, aunque si precisa hacer dieta rica en fibra y/o practicar ejercicio regularmente.
Inadecuado	Durante los dos últimos meses tiene ciertas dificultades para defecar, precisa utilizar regularmente laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides,..	Durante los dos últimos meses tiene ciertas dificultades para defecar, precisa utilizar regularmente laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides,..
Muy inadecuado	Durante los dos últimos meses tiene muchas dificultades para defecar, incluso con ayuda de laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuado, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides,..	Durante los dos últimos meses tiene muchas dificultades para defecar, incluso con ayuda de laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuado, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides,..

Ítem	¿Tiene la persona dificultades con la sudoración?	¿Tiene la persona dificultades con la sudoración?
Muy adecuado	Este Ítem no se evalúa en la ERA-c	Manifiesta no tener ninguna dificultad, normalmente no suda ni desprende olor corporal desagradable.
Adecuado		Ciertas dificultades.
Regular		Algunas dificultades.
Inadecuado		Bastantes dificultades.
Muy inadecuado		Manifiesta tener muchas dificultades (sudoración excesiva, olor corporal excesivo,…)

Ítem	La persona tiene conocimientos para mantener un hogar saludable (limpieza del hogar “barrer el suelo, fregar, limpiar el polvo,…”, comprar, cocinar, cuidado de la ropa “poner lavadoras, planchar”,..)	(SABER) La persona tiene conocimientos para mantener su habitación saludable (mantiene la habitación y objetos personales limpios y ordenados)
Muy adecuado	Sabe como realizar todas las tareas domésticas.	Sabe como realizar todas las tareas domésticas.
Adecuado	Sabe realizarlas casi todas.	Sabe realizarlas casi todas.
Regular	Sabe realizar alguna de ellas.	Sabe realizar alguna de ellas.
Inadecuado	No sabe realiza casi ninguna.	No sabe realiza casi ninguna.
Muy inadecuado	No sabe como realizar ninguna.	No sabe como realizar ninguna.

Ítem	La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un hogar saludable	(REALIZAR) La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener la habitación de forma saludable.
Muy adecuado	Diariamente.	Diariamente.
Adecuado	Casi diariamente.	Casi diariamente.
Regular	Ocasionalmente.	Ocasionalmente.
Inadecuado	Casi nunca.	Casi nunca.
Muy inadecuado	No las realiza.	No las realiza.

Ítem	Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas	Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas (nos podemos referir al cuidado de entorno próximo)
Muy adecuado	Realiza fácilmente las tareas domésticas por iniciativa propia (sin necesidad de que se le tenga que recordar).	Realiza fácilmente las tareas domésticas por iniciativa propia (sin necesidad de que se le tenga que recordar).
Adecuado	Alguna vez se le tiene que recordar y realiza todas las actividades.	Alguna vez se le tiene que recordar y realiza todas las actividades.
Regular	A menudo se le debe recordar y realiza todas las actividades	A menudo se le debe recordar y realiza todas las actividades.
Inadecuado	Siempre se le debe recordar que ha de realizar las actividades, y sólo realiza algunas.	Siempre se le debe recordar que ha de realizar las actividades, y sólo realiza algunas.
Muy inadecuado	No las realiza incluso recordándoselas.	No las realiza incluso recordándoselas.

Ítem	¿Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar? (trabajo, prelaboral, Centre de Día, actividades deportivas, paseo, actividades comunitarias o formativas,…)	¿Grado de cumplimiento de las actividades de la unidad o servicio? (talleres, terapia ocupacional, actividades que organiza el servicio, actividades comunitarias o formativas,…)
Muy adecuado	Siempre las cumple.	Siempre las cumple.
Adecuado	Casi siempre.	Casi siempre.
Regular	Ocasionalmente.	Ocasionalmente.
Inadecuado	Casi nunca.	Casi nunca.
Muy inadecuado	No las cumple.	No las cumple.

Ítem	¿Grado de motivación de las actividades fuera del hogar? (trabajo, prelaboral, Centre de Día, actividades deportivas, paseo, actividades comunitarias o formativas...)	¿Grado de motivación de las actividades de la unidad o servicio? (talleres, terapia ocupacional, actividades que organiza el servicio, actividades comunitarias o formativas,…)
Muy adecuado	Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia.	Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia.
Adecuado	Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia (en alguna ocasión se le tiene que recordar).	Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia (en alguna ocasión se le tiene que recordar).
Regular	Cumple sus actividades programadas bajo supervisión.	Cumple sus actividades programadas bajo supervisión.
Inadecuado	No cumple sus actividades programadas (incluso bajo supervisión).	No cumple sus actividades programadas (incluso bajo supervisión).
Muy inadecuado	No realiza ninguna actividad y no tiene motivación para iniciar alguna actividad.	No realiza ninguna actividad y no tiene motivación para iniciar alguna actividad.

Ítem	Hábito de sueño – reposo ¿Tiene la persona dificultades para conciliar, mantener y/o tener un sueño reparador?	Hábito de sueño – reposo ¿Tiene la persona dificultades para conciliar, mantener y/o tener un sueño reparador?
Muy adecuado	No tiene dificultad para conciliar el sueño (antes de 30 minutos) y siempre duerme de 6 - 9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien).	No tiene dificultad para conciliar el sueño (antes de 30 minutos) y siempre duerme de 6 - 9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien). O no toma ningún tipo de medicación para favorecer el sueño.
Adecuado	Casi nunca tiene dificultad para conciliar el sueño y habitualmente duerme de 6 - 9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien).	Casi nunca tiene dificultad para conciliar el sueño y habitualmente duerme de 6 - 9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien). **O normalmente no toma ningún tipo de medicación para favorecer el sueño.**
Regular	En ocasiones tiene dificultades para conciliar y/o mantener el sueño durante la noche, y habitualmente tiene la sensación subjetiva de haber descansado bien.	En ocasiones tiene dificultades para conciliar y/o mantener el sueño durante la noche, y habitualmente tiene la sensación subjetiva de haber descansado bien. O puntualmente toma algún tipo de medicación.
Inadecuado	Casi siempre tiene dificultades para conciliar y mantener el sueño durante la noche y no tiene la sensación de haber descansado bien, y compensa con sueños a lo largo del día	Casi siempre tiene dificultades para conciliar y mantener el sueño durante la noche y no tiene la sensación de haber descansado bien, y compensa con sueños a lo largo del día. **O tiene pautado si precisa algún tipo de medicación.**
Muy inadecuado	Siempre Tiene dificultades para conciliar el sueño y para mantenerlo, o presenta alteraciones importantes en el ritmo circadiano (↑↓). Duerme un exceso de horas (14 o más horas)	Siempre Tiene dificultades para conciliar el sueño y para mantenerlo, o presenta alteraciones importantes en el ritmo circadiano (↑↓). Duerme un exceso de horas (14 o más horas). O tiene una pauta fija diaria para conciliar el sueño.

Ítem	Grado de interacción social: valorar las dificultades en la interacción social, tiene contactos con familiares y/o amigos u otras personas de su entorno, amistades,.. (Aquí se debe incluir también si el usuario se relaciona con las posibles personas con las que conviva, como por ejemplo si come con ellos, conversaciones espontáneas,…)	Grado de interacción social: valorar las dificultades en la interacción social, tiene contactos con familiares y/o amigos u otras personas de su entorno, amistades,.. (Aquí se debe incluir también si el usuario se relaciona con las posibles personas con las que conviva, como por ejemplo si come con ellos, conversaciones espontáneas, Internet…)
Muy adecuado	Mantiene contactos sin ninguna dificultad con diferentes personas 11(familia, amigos, compañeros o conocidos).	Mantiene contactos sin ninguna dificultad con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).
Adecuado	Mantiene con cierta dificultad contactos con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).	Mantiene con cierta dificultad contactos con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).
Regular	Mantiene contactos con alguna dificultad, las mantiene únicamente con personas muy significativas (familia personas con las que convive).	Mantiene contactos con alguna dificultad, las mantiene únicamente con personas muy significativas (familia personas con las que convive).
Inadecuado	Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas.	Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas.
Muy inadecuado	Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas.	Es incapaz de mantener contactos (aislamiento social).

Ítem	Grado de satisfacción de las relaciones sociales (satisfacción) la persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno	Grado de satisfacción de las relaciones sociales (satisfacción) la persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno
Muy adecuado	La persona se siente comprendido, valorado y apoyado por sus familiares, amigos y otras personas del entorno.	La persona se siente comprendido, valorado y apoyado por sus familiares, amigos y otras personas del entorno .
Adecuado	La persona se siente comprendido, valorado y apoyado por algunos de sus familiares, o amigos u otras personas del entorno.	La persona se siente comprendido, valorado y apoyado por algunos de sus familiares, o amigos u otras personas del entorno.
Regular	La persona en algunas ocasiones se siente comprendido, valorado y apoyado por sus familiares, amigos u otras personas del entorno.	La persona en algunas ocasiones se siente comprendido, valorado y apoyado por sus familiares, amigos u otras personas del entorno.
Inadecuado	La persona siempre se siente incomprendido, infravalorado y poco apoyado por la mayoría de sus familiares, amigos u otras personas del entorno.	La persona siempre se siente incomprendido, infravalorado y poco apoyado por la mayoría de sus familiares, amigos u otras personas del entorno.

Ítem	¿Tiene la persona dificultades para mantener relaciones de amistad o de pareja?	¿Tiene la persona interés para mantener relaciones de amistad con otras personas de su entorno?
Muy adecuado	Mantiene sin ninguna dificultad las relaciones. (Contactos periódicos con varias personas Ej. Llamadas telefónicas, encuentros).	**Tiene mucho interés y mantiene sin ninguna dificultad las relaciones.** (Contactos periódicos con varias personas Ej. Llamadas telefónicas, encuentros).
Adecuado	Mantiene con cierta dificultad (Contactos esporádicos con varias personas Ej. Llamada telefónicas, encuentros).	**Tiene bastante interés y mantiene con cierta dificultad** (Contactos esporádicos con varias personas Ej. Llamada telefónicas, encuentros).
Regular	Mantiene con muchas dificultades (Contactos esporádicos con una sola persona).	**Tiene suficiente interés y mantiene con muchas dificultades** (Contactos esporádicos con una sola persona).
Inadecuado	Le cuesta mantener las relaciones (No tiene capacidad de mantener relaciones).	**Tiene cierto de interés y le cuesta mantener las relaciones** (No tiene capacidad de mantener relaciones).
Muy inadecuado	Evita y no tiene capacidad de mantener (No mantiene relaciones y evita tenerlas).	**No tiene ningún interés y evita y no tiene capacidad de mantener** (No mantiene relaciones y evita tenerlas).

Ítem	La persona realiza una higiene adecuada (incluye la higiene dental, sudoración excesiva, olor corporal, cambio de ropa, desodorantes…)	La persona realiza una higiene adecuada (incluye la higiene dental, sudoración excesiva, olor corporal, cambio de ropa, desodorantes…)
Muy adecuado	Se asea diariamente de manera adecuada, de forma autónoma.	Se asea diariamente de manera adecuada, por iniciativa propia.
Adecuado	Casi diariamente se asea de manera adecuada, de forma autónoma.	Casi diariamente se asea de manera adecuada, por iniciativa propia.
Regular	Alguna dificultad en el aseo tanto en la frecuencia como en la calidad, en ocasiones precisa supervisión.	Alguna dificultad en el aseo tanto en la frecuencia como en la calidad, en ocasiones precisa supervisión.
Inadecuado	Muchas dificultades en el aseo personal, tanto en la frecuencia como en la calidad, y precisa supervisión.	Muchas dificultades en el aseo personal, tanto en la frecuencia como en la calidad, y precisa supervisión.
Muy inadecuado	Déficit muy importante en el aseo personal, dependencia total para mantener habito de higiene adecuado.	Déficit muy importante en el aseo personal, dependencia total para mantener habito de higiene adecuado.

Ítem	Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar	Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar
Muy adecuado	Siempre vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.	Siempre vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.
Adecuado	Casi siempre limpia y adecuada al tiempo y lugar.	Casi siempre limpia y adecuada al tiempo y lugar.
Regular	Vestimenta limpia pero poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.	Vestimenta limpia pero poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.
Inadecuado	Vestimenta sucia y poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.	Vestimenta sucia y poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.
Muy inadecuado	Vestimenta sucia y Muy inadecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.	Vestimenta sucia y Muy inadecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.

Ítem	Reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para Solicitar la ayuda correspondiente	Reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para solicitar la ayuda correspondiente
Muy adecuado	Sabe reconocer los síntomas de descompensación y es capaz de solicitar ayuda.	Sabe reconocer los síntomas de descompensación y es capaz de solicitar ayuda.
Adecuado	Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y es capaz de solicitar ayuda a pesar de tener dudas.	Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y es capaz de solicitar ayuda a pesar de tener dudas.
Regular	Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y no siempre solicita ayuda.	Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y no siempre solicita ayuda.
Inadecuado	Tiene dificultades para reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.	Tiene dificultades para reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.
Muy inadecuado	No sabe reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.	No sabe reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.

Ítem	Grado de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico	Grado de cumplimiento y manejo del tratamiento farmacológico. En este apartado se puede valorar la intención y el interés en cumplir el tratamiento
Muy adecuado	Siempre lo cumple de forma autónoma: dosis, horario de las tomas.	Siempre lo cumple de forma autónoma: dosis, horario de las tomas.
Adecuado	Casi siempre lo cumple pero en ocasiones precisa supervisión	Casi siempre lo cumple pero en ocasiones precisa supervisión.
Regular	Acepta pasivamente la pauta prescrita.	Acepta pasivamente la pauta prescrita (bajo medidas estrictas de supervisión).
Inadecuado	Muestra resistencia para aceptar el tratamiento.	Muestra resistencia para aceptar el tratamiento, estrecha supervisión. (precisa habitualmente que se le triture la medicación).
Muy inadecuado	Nunca lo cumple. Abandono del tratamiento.	Nunca lo cumple. Abandono de tratamiento. Normalmente lleva medicación Depot.

Ítem	Grado de cumplimiento visitas de seguimiento	Grado de cumplimiento visitas de seguimiento
Muy adecuado	Acude de forma autónoma a las visitas de seguimiento.	Acude de forma autónoma a las visitas de seguimiento.
Adecuado	Casi siempre acude pero en ocasiones precisa supervisión.	Siempre o casi siempre acude pero en ocasiones precisa supervisión.
Regular	Acude con dificultad a las visitas de seguimiento, precisa supervisión.	Acude con dificultad a las visitas de seguimiento, precisa supervisión.
Inadecuado	Casi nunca acude a las visitas de seguimientos, estrecha supervisión.	Casi nunca acude a las visitas de seguimiento, estrecha supervisión.
Muy inadecuado	Nunca acude a las visitas programadas, desvinculación.	Nunca acude a las visitas programadas, desvinculación.

Ítem	¿Consume la persona sustancias tóxicas? (se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervios central por consumo de sustancias)	¿Consume la persona sustancias tóxicas? (se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervios central por consumo de sustancias)
Muy adecuado	No consume ninguna sustancia.	Se elimina este Ítem en la escala ERA-h
Adecuado	No consume, pero con anterioridad ha consumido puntualmente.	
Regular	Consume puntualmente.	
Inadecuado	Consume casi diariamente.	
Muy inadecuado	Consume diariamente.	

Ítem	¿Reconoce la persona los riesgos del consumo de sustancias tóxicas? (se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervios central por consumo de sustancias)	¿Reconoce la persona los riesgos del consumo de sustancias tóxicas? (se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervioso central por consumo de sustancias)
Muy adecuado	La persona reconoce todos los riesgos.	Se elimina este Ítem en la escala ERA-h
Adecuado	La persona reconoce casi todos los riesgos.	
Regular	La persona no reconoce casi ninguno.	
Inadecuado	La persona no reconoce ninguno.	
Muy inadecuado	Considera positivo el consumo de tóxicos.	

Ítem	¿Consume la persona bebidas excitantes (café, coca-cola, te, red-bull…)?	¿Consume la persona bebidas excitantes (café, coca-cola, te, red-bull…)?
Muy adecuado	La persona no consume bebidas excitantes.	La persona no consume bebidas excitantes.
Adecuado	Consumo leve (entre una y dos bebidas excitantes).	Consume leve (entre una y dos bebidas excitantes).
Regular	Consume moderado (entre tres y cuatro bebidas excitantes).	Consume moderado (entre tres y cuatro bebidas excitantes).
Inadecuado	Consumo excesivo (entre 5 y 8 bebidas excitantes).	Consumo excesivo (entre 5 y 8 bebidas excitantes).
Muy inadecuado	Consumo muy excesivo (más de 8 bebidas excitantes).	Consumo muy excesivo (más de 8 bebidas excitantes).

Ítem	El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual	El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual
Muy adecuado	Tiene los conocimientos.	Tiene los conocimientos.
Adecuado	Tiene casi todos los conocimientos.	Tiene casi todos los conocimientos.
Regular	Tiene algunos conocimientos.	Tiene algunos conocimientos.
Inadecuado	No tiene casi ninguno.	No tiene casi ninguno.
Muy inadecuado	No los tiene.	No los tiene.

Ítem	Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual	Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual
Muy adecuado	Siempre los utiliza o utilizaría.	Siempre los utiliza o utilizaría.
Adecuado	Casi siempre los utiliza.	Casi siempre los utiliza.
Regular	En algunas ocasiones no los utiliza.	En algunas ocasiones no los utiliza.
Inadecuado	Casi nunca los utiliza.	Casi nunca los utiliza.
Muy inadecuado	No los utiliza nunca.	No los utiliza nunca.

Ítem	¿Siente la persona ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana? (en una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico	¿Siente la persona ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana? (en una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico
Muy adecuado	La ansiedad no interfiere en las actividades de la vida diaria, (ansiedad de 0 a 2).	La ansiedad no interfiere en las actividades de la vida diaria, (ansiedad de 0 a 2).
Adecuado	Casi nunca interfiere (ansiedad de 3 a 4).	Casi nunca interfiere (ansiedad de 3 a 4).
Regular	En algunas ocasiones interfiere. (ansiedad de 5 a 6).	En algunas ocasiones interfiere (ansiedad de 5 a 6).
Inadecuado	Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).	Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).
Muy inadecuado	Ansiedad es paralizante (ansiedad de 9 a 10).	Ansiedad es paralizante (ansiedad de 9 a 10).

Ítem	¿Siente la persona ansiedad cuando se encuentra en contacto con otras personas? (en una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico)	¿Siente la persona ansiedad cuando se encuentra en contacto con otras personas? (en una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico)
Muy adecuado	Nunca (ansiedad de 0 a 2).	Nunca (ansiedad de 0 a 2).
Adecuado	Casi nunca (ansiedad de 3 a 4).	Casi nunca (ansiedad de 3 a 4).
Regular	En algunas ocasiones (ansiedad de 5 a 6).	En algunas ocasiones (ansiedad de 5 a 6).
Inadecuado	Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).	Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).
Muy inadecuado	Siempre (ansiedad de 9 a 10).	Siempre (ansiedad de 9 a 10).

Ítem	¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente sus recursos económicos?	¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente sus recursos económicos?
Muy adecuado	Los maneja adecuadamente de forma autónoma.	Los maneja adecuadamente de forma autónoma.
Adecuado	No tiene dificultades puntualmente necesita ayuda.	No tiene dificultades puntualmente necesita ayuda.
Regular	Tiene alguna dificultad, generalmente necesita supervisión.	Tiene alguna dificultad, generalmente necesita supervisión.
Inadecuado	Incapaz de manejarlos, precisa de supervisión continua.	Incapaz de manejarlos, precisa de supervisión continua.
Muy inadecuado	Incapaz, precisa de supervisión legal (incapacitación).	Incapaz, precisa de supervisión legal (incapacitación).

Ítem	En general ¿Manifiesta la persona sentirse satisfecha con el desarrollo de sus roles ? (satisfecho con su vida)	¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles? (dificultades con su día a día). Responsabilidad, obligaciones, aceptación enfermedad,….
Muy adecuado	Manifiesta sentirse siempre satisfecho.	Manifiesta no tener dificultades.
Adecuado	Manifiesta sentirse casi siempre satisfecho.	Manifiesta tener pocas dificultades.
Regular	Manifiesta sentirse a menudo satisfecho.	Manifiesta tener bastantes dificultades.
Inadecuado	Manifiesta sentirse en pocas ocasiones.	Manifiesta tener muchas dificultades.
Muy inadecuado	Manifiesta sentirse nunca o casi nunca satisfecho.	Manifiesta ser incapaz de asumir su rol social.

Ítem	¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles? (dificultades con su día a día)	¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles? (dificultades con su día a día)
Muy adecuado	Manifiesta no tener dificultades.	Se elimina este Ítem en la escala ERA-h
Adecuado	Manifiesta tener pocas dificultades.	
Regular	Manifiesta tener bastantes dificultades.	
Inadecuado	Manifiesta tener muchas dificultades.	
Muy inadecuado	Manifiesta ser incapaz de asumir su rol social.	

Ítem	¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana? (manifiesta dudas o temores excesivos	¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana? (manifiesta dudas o temores excesivos) Iniciar actividades, talleres,…
Muy adecuado	Nunca tiene dificultades.	Nunca tiene dificultades.
Adecuado	Casi nunca tiene dificultades.	Casi nunca tiene dificultades.
Regular	Algunas veces tiene dificultades.	Algunas veces tiene dificultades.
Inadecuado	Casi siempre tiene dificultades.	Casi siempre tiene dificultades.
Muy inadecuado	Siempre tiene dificultades.	Siempre tiene dificultades.

Ítem	¿Tiene capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas? (celebraciones familiares, viajes, reuniones, fiestas de la comunidad…) Def. de afrontamiento: proceso por el cual el individuo es capaz de tomar decisiones, hacer frente a los problemas e intentar solucionarlos	¿Tiene capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas? (celebraciones familiares, viajes, reuniones, fiestas de la comunidad…) Def. de afrontamiento: proceso por el cual el individuo es capaz de tomar decisiones, hacer frente a los problemas e intentar solucionarlos. Participar en grupos, celebraciones clínicas, aniversarios, colonias,…..
Muy adecuado	Las afronta sin ninguna dificultad.	Las afronta sin ninguna dificultad.
Adecuado	Las afronta casi siempre sin ninguna dificultad.	Las afronta casi siempre sin ninguna dificultad.
Regular	Las afronta con bastantes dificultades.	Las afronta con bastantes dificultades.
Inadecuado	Las afronta con muchas dificultades evitando alguna situación.	Las afronta con muchas dificultades evitando alguna situación.
Muy inadecuado	Evita siempre las situaciones.	Evita siempre las situaciones.

Ítem	¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria nuevas conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida? (Si los tuviera recoger ejemplos…)	¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria nuevas conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida? (Si los tuviera recoger ejemplos…)
Muy adecuado	Está muy interesada o motivada.	Está muy interesada o motivada.
Adecuado	Está interesada o motivada.	Está interesada o motivada.
Regular	Está poco interesada o motivada.	Está poco interesada o motivada.
Inadecuado	No verbaliza ningún interés o motivación.	No verbaliza ningún interés o motivación.
Muy inadecuado	Se niega a realizar cualquier cambio en sus conductas.	Se niega a realizar cualquier cambio en sus conductas.

Anexo IV

Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-h)

ESCALA DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (ERA-h) HOSPITALARIA I, II Y III. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE AGUA Y ALIMENTOS

1.	**La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria:**	
1	**Muy adecuado**	Es capaz de realizar gran actividad física de esfuerzo o subir 2 o más pisos sin mostrar signos de fatiga respiratoria.
2	**Adecuado**	Es capaz de realizar una gran actividad física de esfuerzo o subir 2 o más pisos presentando ligera fatiga respiratoria.
3	**Regular**	Es capaz de realizar una actividad física moderada (subir 1 piso…) presentado ligera fatiga respiratoria.
4	**Inadecuado**	Presenta signos de fatiga respiratoria simplemente cuando realiza varias actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse, hacerse la cama…).
5	**Muy inadecuado**	Es incapaz (no puede) de realizar las actividades de la vida diaria sin mostrar signos de fatiga respiratoria.

2.	**Consumo de tabaco**	
1	**Muy adecuado**	No consume.
2	**Adecuado**	Consume esporádicamente (en ocasiones puntuales, reuniones familiares, bodas…).
3	**Regular**	Consume menos de 5 cigarrillos al día.
4	**Inadecuado**	Consume de 5 a 20 cigarrillos al día.
5	**Muy inadecuado**	Consume más de 20 cigarrillos al día.

3.	**¿Ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos?** Se considera un aporte diario adecuado de líquidos cuando la persona bebe entre 1 y 2 litros de líquidos (agua, cualquier bebida…)	
1	**Muy adecuada**	Siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.
2	**Normalmente adecuada**	Casi siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.
3	**Regularmente adecuada**	Entre 0,5 - 1 litros ó > 2,5 - 3 litros.
4	**Inadecuada**	Casi diariamente bebe más de 3 litros.
5	**Muy inadecuada**	Bebe diariamente más de 3 litros.

4. ¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada?
(conoce diferentes grupos de alimentos y las cantidades adecuadas,) Como valoramos conocimientos se tendría que tener en cuenta si la persona sabe en qué consiste una dieta equilibrada, por qué tiene que comer de todos los alimentos, cuáles son aquellos que debería ingerir en menos cantidad (grasas…). Es decir, podríamos formularle toda una serie de preguntas con la finalidad de averiguar el nivel de conocimientos que tiene en relación a una dieta equilibrada

1	**Conocimientos excelentes**	Describe diferentes grupos de alimentos y cantidades recomendadas.
2	**Conocimientos Suficientes**	Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y conoce aproximadamente las cantidades recomendadas (clasifica los alimentos a partir de ejemplos).
3	**Moderadamente suficientes**	Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
4	**Conocimientos insuficientes**	Tiene dificultades para clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
5	**Desconocimiento**	Es incapaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.

5. ¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria?
Se entiende que la cantidad de alimentos es adecuada por el simple hecho de estar ingresado el paciente. Aún así se puede valorar si su peso se corresponde con su altura, edad, sexo y actividad física que realiza. También se tendrá en cuenta si solicita repetir plato, si come o pica fuera de las comidas, si suele dejarse comida en el plato, si se salta comidas, ...

1	**Muy adecuada**	Siempre es muy adecuada.
2	**Adecuada**	Casi siempre la cantidad de alimentos ingerida es adecuada: “solo 1 día a la semana realiza una ingesta inadecuada”.
3	**Regular**	La cantidad de alimentos ingerida regularmente es adecuada: “entre 2 y 3 días a la semana realiza ingestas inadecuadas”.
4	**Poco adecuada**	La cantidad de alimentos ingerida es inadecuada: “4 o más días a la semana realiza ingestas inadecuadas”.
5	**Muy inadecuada**	La cantidad de alimentos ingerida es muy inadecuada: “cada día realiza ingestas inadecuadas”.

6. ¿Tiene la persona los conocimientos y habilidades suficientes para PREPARARSE la comida cuando precisa?
Observación: Esta pregunta se podría valorar en el caso de que el paciente realice permisos continuos o algún taller que esté relacionado con los conocimientos y habilidades para prepararse la comida, el desayuno,…

1	**Conocimientos y habilidades excelentes**	(Ej. Dispone de todos los conocimientos para elaborar la comida y normalmente se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa “Vive solo…”).
2	**Conocimientos Suficientes**	(Ej. Solo tiene conocimientos para preparar un menú repetitivo y limitado aunque normalmente se prepara el desayuno, comida y cena).
3	**Moderadamente insuficientes**	(Ej. Dispone parcialmente de conocimientos para elaborar las comidas y es capaz de preparar comidas sencillas, como por ejemplo, ensaladas, comidas pre-cocinadas…).
4	**Conocimientos y habilidades muy insuficientes**	(Ej. Dispone parcialmente de los conocimientos para elaborar la comida aunque normalmente no se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa).
5	**Desconocimiento e incapacidad total**	(Ej. No dispone de conocimientos para elaborar la comida y no se prepara ninguna comida).

IV. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN (Transpiración, renal y fecal)

7.	¿Tiene problemas la persona para el control del esfínter urinario?	
1	**Muy adecuada**	Tiene control total de los esfínteres.
2	**Adecuada**	Esporádicamente en los dos últimos meses ha tenido durante la noche/día algún episodio de incontinencia.
3	**Regular**	Ocasionalmente ha tenido episodios de incontinencia relacionada sobre todo con cambios de tratamiento o alguna situación estresante…
4	**Poco adecuada**	Casi diariamente (más de dos episodios semanalmente).
5	**Muy inadecuada**	Diariamente presenta micciones involuntarias durante la noche/día.

8.	¿Tiene la persona problemas con su eliminación fecal?	
1	**Muy adecuada**	Manifiesta que durante los dos últimos meses evacua según su pauta personal, no ha precisado de laxantes, ni ha tenido molestias durante la defecación, ni tampoco realiza ninguna dieta especial…).
2	**Adecuada**	Durante los dos últimos meses ha tenido algún episodio aislado (recuerda menos de 2 ocasiones) de constipación, o alguna molestia durante la defecación.
3	**Regular**	Durante los dos últimos meses tiene algunas dificultades para defecar, no precisa de laxantes, aunque sí precisa hacer dieta rica en fibra y/o practicar ejercicio regularmente.
4	**Poco adecuada**	Durante los dos últimos meses tiene ciertas dificultades para defecar, precisa utilizar regularmente laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides.
5	**Muy inadecuada**	Durante los dos últimos meses tiene muchas dificultades para defecar, incluso con ayuda de laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal, como hemorroides.

9.	¿Tiene la persona dificultades con la sudoración?	
1	**Muy adecuada**	Manifiesta no tener ninguna dificultad, normalmente no suda ni desprende olor corporal desagradable.
2	**Adecuada**	Ciertas dificultades.
3	**Regular**	Algunas dificultades.
4	**Poco adecuada**	Bastantes dificultades.
5	**Muy inadecuada**	Manifiesta tener muchas dificultades (sudoración excesiva, olor corporal excesivo…).

V. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

10. (SABER) La persona tiene conocimientos para mantener su habitación saludable (mantiene la habitación y objetos personales limpios y ordenados)		
1	**Muy adecuada**	Sabe como realizar todas las tareas domésticas.
2	**Adecuada**	Sabe realizarlas casi todas.
3	**Regular**	Sabe realizar alguna de ellas.
4	**Poco adecuada**	No sabe realiza casi ninguna.
5	**Muy inadecuada**	No sabe como realizar ninguna.

11. (REALIZAR) La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener la habitación de forma saludable		
1	**Muy adecuada**	Diariamente.
2	**Adecuada**	Casi diariamente.
3	**Regular**	Ocasionalmente.
4	**Poco adecuada**	Casi nunca.
5	**Muy inadecuada**	No las realiza.

12. Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas (nos podemos referir al cuidado de entorno próximo)		
1	**Muy adecuada**	Realiza fácilmente las tareas domésticas por iniciativa propia (sin necesidad de que se le tenga que recordar).
2	**Adecuada**	Alguna vez se le tiene que recordar y realiza todas las actividades.
3	**Regular**	A menudo se le debe recordar y realiza todas las actividades.
4	**Poco adecuada**	Siempre se le debe recordar que ha de realizar las actividades, y solo realiza algunas.
5	**Muy inadecuada**	No las realiza incluso recordándoselas

13. Grado de cumplimiento de las actividades de la unidad o servicio (talleres, terapia ocupacional, actividades que organiza el servicio, actividades comunitarias o formativas…)		
1	**Muy adecuada**	Siempre las cumple.
2	**Adecuada**	Casi siempre.
3	**Regular**	Ocasionalmente.
4	**Poco adecuada**	Casi nunca.
5	**Muy inadecuada**	No las cumple.

14. Grado de motivación de las actividades de la unidad o servicio (talleres, terapia ocupacional, actividades que organiza el servicio, actividades comunitarias o formativas…)		
1	**Muy adecuada**	Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia.
2	**Adecuada**	Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia (en alguna ocasión se le tiene que recordar).
3	**Regular**	Cumple sus actividades programadas bajo supervisión.
4	**Poco adecuada**	No cumple sus actividades programadas (incluso bajo supervisión).
5	**Muy inadecuada**	No realiza ninguna actividad y no tiene motivación para iniciar alguna actividad.

15. Hábito de sueño reposo ¿Tiene la persona dificultades para conciliar, mantener y/o tener un sueño reparador?		
1	**Muy adecuada**	No tiene dificultad para conciliar el sueño (antes de 30 minutos) y siempre duerme de 6-9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien). O no toma ningún tipo de medicación para favorecer el sueño.
2	**Adecuada**	Casi nunca tiene dificultad para conciliar el sueño y habitualmente duerme de 6 -9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien). O normalmente no toma ningún tipo de medicación para favorecer el sueño.
3	**Regular**	En ocasiones tiene dificultades para conciliar y/o mantener el sueño durante la noche, y habitualmente tiene la sensación subjetiva de haber descansado bien. O puntualmente toma algún tipo de medicación.
4	**Poco adecuada**	Casi siempre tiene dificultades para conciliar y mantener el sueño durante la noche y no tiene la sensación de haber descansado bien, y compensa con sueños a lo largo del día. O tiene pautado si precisa algún tipo de medicación.
5	**Muy inadecuada**	Siempre tiene dificultades para conciliar el sueño y para mantenerlo, o presenta alteraciones importantes en el ritmo circadiano (↑↓). Duerme un exceso de horas (14 o más horas). O tiene una pauta fija diaria para conciliar el sueño.

VI. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

16. Grado de interacción social: valorar las dificultades en la interacción social, tiene contactos con familiares y/o amigos u otras personas de su entorno, amistades… (Aquí se debe incluir también si el usuario se relaciona con las posibles personas con las que conviva, como por ejemplo si come con ellos, conversaciones espontáneas, Internet…)		
1	**Muy adecuada**	Mantiene contactos sin ninguna dificultad con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).
2	**Adecuada**	Mantiene con cierta dificultad contactos con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).
3	**Regular**	Mantiene contactos con alguna dificultad, las mantiene únicamente con personas muy significativas (familia personas con las que convive).
4	**Poco adecuada**	Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas.
5	**Muy inadecuada**	Es incapaz de mantener contactos (aislamiento social).

17. **Grado de satisfacción de las relaciones sociales (satisfacción)** la persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno		
1	**Muy satisfecho**	La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno.
2	**Bastante satisfecho**	La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por algunos de sus familiares, o amigos u otras personas del entorno.
3	**Algunas veces satisfecho**	La persona en algunas ocasiones se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos u otras personas del entorno.
4	**Insatisfecho**	La persona siempre se siente incomprendida, infravalorada y poco apoyada por la mayoría de sus familiares, amigos u otras personas del entorno.
5	**Indiferente**	No sabe evaluar las relaciones sociales.

18. **¿Tiene la persona interés por mantener relaciones de amistad con otras personas de su entorno?**		
1	**Muy adecuado**	Tiene mucho interés y mantiene sin ninguna dificultad las relaciones. (Contactos periódicos con varias personas p. ej. llamadas telefónicas, encuentros).
2	**Adecuado**	Tiene bastante interés y mantiene con cierta dificultad (Contactos esporádicos con varias personas p. ej. llamada telefónicas, encuentros).
3	**Regular**	Tiene suficiente interés y mantiene con muchas dificultades (Contactos esporádicos con una sola persona).
4	**Poco adecuado**	Tiene cierto de interés y le cuesta mantener las relaciones (No tiene capacidad de mantener relaciones).
5	**Inadecuado**	No tiene ningún interés y evita y no tiene capacidad de mantener (No mantiene relaciones y evita tenerlas).

VII. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

19. **La persona realiza una higiene adecuada (incluye la higiene dental, sudoración excesiva, olor corporal, cambio de ropa, desodorantes…)**		
1	**Muy adecuada**	Se asea diariamente de manera adecuada, por iniciativa propia.
2	**Adecuada**	Casi diariamente se asea de manera adecuada, por iniciativa propia.
3	**Regular**	Alguna dificultad en el aseo tanto en la frecuencia como en la calidad, en ocasiones precisa supervisión.
4	**Poco adecuada**	Muchas dificultades en el aseo personal, tanto en la frecuencia como en la calidad, y precisa supervisión.
5	**Muy inadecuada**	Déficit muy importante en el aseo personal, dependencia total para mantener un hábito de higiene adecuado.

20. **Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar**		
1	**Muy adecuada**	Siempre vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.
2	**Adecuada**	Casi siempre limpia y adecuada al tiempo y lugar.
3	**Regular**	Vestimenta limpia pero poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.
4	**Poco adecuada**	Vestimenta sucia y poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.
5	**Muy inadecuada**	Vestimenta sucia y Muy inadecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.

21. Reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para solicitar la ayuda correspondiente		
1	**Muy adecuado**	Sabe reconocer los síntomas de descompensación y es capaz de solicitar ayuda.
2	**Adecuado**	Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y es capaz de solicitar ayuda a pesar de tener dudas.
3	**Regular**	Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y no siempre solicita ayuda.
4	**Inadecuado**	Tiene dificultades para reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.
5	**Muy inadecuado**	No sabe reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.

22. Grado de cumplimiento y manejo del tratamiento farmacológico En este apartado se puede valorar la intención y el interés en cumplir el tratamiento		
1	**Muy adecuado**	Siempre lo cumple de forma autónoma: dosis, horario de las tomas.
2	**Adecuado**	Casi siempre lo cumple pero en ocasiones precisa supervisión.
3	**Regular**	Acepta pasivamente la pauta prescrita (bajo medidas estrictas de supervisión).
4	**Inadecuado**	Muestra resistencia para aceptar el tratamiento, estrecha supervisión (precisa habitualmente que se le triture la medicación).
5	**Muy inadecuado**	Nunca lo cumple. Abandono de tratamiento. Normalmente lleva medicación Depot.

23. Grado de cumplimiento visitas de seguimiento		
1	**Muy adecuado**	Acude de forma autónoma a las visitas de seguimiento.
2	**Adecuado**	Siempre o casi siempre acude pero en ocasiones precisa supervisión.
3	**Regular**	Acude con dificultad a las visitas de seguimiento, precisa supervisión.
4	**Inadecuado**	Casi nunca acude a las visitas de seguimiento, estrecha supervisión.
5	**Muy inadecuado**	Nunca acude a las visitas programadas, desvinculación.

24. ¿Consume la persona bebidas excitantes (café, coca-cola, te, red-bull…)?		
1	**Muy adecuado**	La persona no consume bebidas excitantes.
2	**Adecuado**	Consume leve (entre una y dos bebidas excitantes).
3	**Regular**	Consume moderado (entre tres y cuatro bebidas excitantes.
4	**Inadecuado**	Consumo excesivo (entre 5 y 8 bebidas excitantes).
5	**Muy inadecuado**	Consumo muy excesivo (más de 8 bebidas excitantes).

25. El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual		
1	**Muy adecuado**	Tiene los conocimientos.
2	**Adecuado**	Tiene casi todos los conocimientos.
3	**Regular**	Tiene algunos conocimientos.
4	**Inadecuado**	No tiene casi ninguno.
5	**Muy inadecuado**	No los tiene.

26. Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual		
1	**Muy adecuado**	Siempre los utiliza o utilizaría.
2	**Adecuado**	Casi siempre los utiliza o los utilizaría.
3	**Regular**	En algunas ocasiones no los utiliza o no los utilizaría.
4	**Inadecuado**	Casi nunca los utiliza o los utilizaría.
5	**Muy inadecuado**	No los utiliza o no los utilizaría nunca.

27. ¿Siente la persona ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana? (en una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico)		
1	**Muy adecuado**	La ansiedad no interfiere en las actividades de la vida diaria, (ansiedad de 0 a 2).
2	**Adecuado**	Casi nunca interfiere (ansiedad de 3 a 4).
3	**Regular**	En algunas ocasiones interfiere.(ansiedad de 5 a 6).
4	**Inadecuado**	Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).
5	**Muy inadecuado**	La ansiedad es paralizante (ansiedad de 9 a 10).

28. ¿Siente la persona ansiedad cuando se encuentra en contacto con otras personas? (en una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico)		
1	**Muy adecuado**	Nunca (ansiedad de 0 a 2).
2	**Adecuado**	Casi nunca (ansiedad de 3 a 4).
3	**Regular**	En algunas ocasiones (ansiedad de 5 a 6).
4	**Inadecuado**	Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).
5	**Muy inadecuado**	Siempre (ansiedad de 9 a 10).

VIII. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES

29. ¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente sus recursos económicos?		
1	**Muy adecuado**	Los maneja adecuadamente de forma autónoma.
2	**Adecuado**	No tiene dificultades puntualmente necesita ayuda.
3	**Regular**	Tiene alguna dificultad, generalmente necesita supervisión.
4	**Inadecuado**	Muchas dificultades de manejarlos, precisa de supervisión continua.
5	**Muy inadecuado**	Incapaz, precisa de supervisión legal (incapacitación).

30. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles? (dificultades con su día a día). Responsabilidad, obligaciones, aceptación enfermedad,…		
1	**Muy adecuado**	Manifiesta no tener dificultades.
2	**Adecuado**	Manifiesta tener pocas dificultades.
3	**Regular**	Manifiesta tener bastantes dificultades.
4	**Inadecuado**	Manifiesta tener muchas dificultades.
5	**Muy inadecuado**	Manifiesta ser incapaz de asumir su rol social.

31. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana? (manifiesta dudas o temores excesivos) Iniciar actividades, talleres,…		
1	**Muy adecuado**	Nunca tiene dificultades.
2	**Adecuado**	Casi nunca tiene dificultades.
3	**Regular**	Algunas veces tiene dificultades.
4	**Inadecuado**	Casi siempre tiene dificultades.
5	**Muy inadecuado**	Siempre tiene dificultades.

32. ¿Tiene capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas? (celebraciones familiares, viajes, reuniones, fiestas de la comunidad…) Def. de afrontamiento: proceso por el cual el individuo es capaz de tomar decisiones, hacer frente a los problemas e intentar solucionarlos. Participar en grupos, celebraciones clínicas, aniversarios, colonias,…		
1	**Muy adecuado**	Las afronta sin ninguna dificultad.
2	**Adecuado**	Las afronta casi siempre sin ninguna dificultad.
3	**Regular**	Las afronta con bastantes dificultades.
4	**Inadecuado**	Las afronta con muchas dificultades evitando alguna situación.
5	**Muy inadecuado**	Evita siempre las situaciones.

33. ¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria nuevas conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida? (Si los tuviera recoger ejemplos…)		
1	**Muy adecuado**	Está muy interesada o motivada.
2	**Adecuado**	Está interesada o motivada.
3	**Regular**	Está poco interesada o motivada.
4	**Inadecuado**	No verbaliza ningún interés o motivación.
5	**Muy inadecuado**	Se niega a realizar cualquier cambio en sus conductas.

Anexo V

Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana Life Skill Profile (LSP)

Cada ítem responde a una escala con cuatro posibilidades de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto).

La escala *Life Skills Profile* (LSP) (Parker et al., 1991) se compone de cinco subescalas. Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto. Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- Autocuidado: 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 27 y 30. (A)
- Comportamiento social interpersonal: 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36 y 37.(CSI)
- Comunicación-contacto social: 1, 3, 4, 7, 8 y 39. (C)
- Comportamiento social no personal: 28, 31, 32, 33, 35 y 38. (CSNP)
- Vida autónoma: 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 26. (VA)

ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA LIFE SKILL PROFILE "LSP"

1. ¿Tiene alguna dificultad para iniciar y responder en una conversación? (C)

4 ☐ Ninguna dificultad.

3 ☐ Ligera dificultad.

2 ☐ Moderada dificultad.

1 ☐ Extrema dificultad.

2. ¿Suele meterse o interrumpir en las conversaciones de otros? (por ejemplo, ¿le interrumpe cuando usted está hablando)? (CSI)

4 ☐ No interrumpe en absoluto.

3 ☐ Ligeramente intrusivo.

2 ☐ Moderadamente intrusivo.

1 ☐ Extremadamente intrusivo.

3. ¿Está generalmente aislado de contacto social? (C)

4 ☐ No se aísla en absoluto.

3 ☐ Ligeramente aislado.

2 ☐ Moderadamente aislado.

1 ☐ Totalmente (o casi) aislado.

4. ¿Suele mostrarse afectuoso con los demás? (C)

4 ☐ Considerablemente cordial.

3 ☐ Moderadamente cordial.

2 ☐ Ligeramente cordial.

1 ☐ Nada cordial en absoluto.

5. ¿Suele estar normalmente enfadada/o o ser puntillosa/o con otras personas? (CSI)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Ligeramente.

2 ☐ Moderadamente.

1 ☐ Extremadamente.

6. ¿Suele ofenderse fácilmente? (CSI)

4 ☐ No se ofende.

3 ☐ Algo rápido en enfadarse.

2 ☐ Bastante presto a enfadarse.

1 ☐ Extremadamente presto a enfadarse.

7. ¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellas? (C)

4 ☐ Contacto visual adecuado.

3 ☐ Ligeramente reducido.

2 ☐ Moderadamente reducido.

1 ☐ Extremadamente reducido.

8. ¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla (por ejemplo, confusa, alterada o desordenadamente)? (C)

4 ☐ Ninguna dificultad.

3 ☐ Ligeramente difícil.

2 ☐ Moderadamente difícil.

1 ☐ Extremadamente difícil.

9. ¿Suele hablar sobre temas raros o extraños? (CSI)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Ligeramente.

2 ☐ Moderadamente.

1 ☐ Extremadamente.

10. ¿Suele estar generalmente bien presentado (por ejemplo, vestido limpio, pelo peinado)? (A)

4 ☐ Bien presentado.

3 ☐ Moderadamente bien presentado.

2 ☐ Pobremente presentado.

1 ☐ Muy pobremente presentado.

11. ¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve? (CSI)

4 ☐ Intachable o apropiada.

3 ☐ Ligeramente inapropiada.

2 ☐ Moderadamente inapropiada.

1 ☐ Extremadamente inapropiada.

12. ¿Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo? (A)

4 ☐ Generalmente.

3 ☐ Ocasionalmente.

2 ☐ Raramente.

1 ☐ Nunca.

13. ¿Suele tener olor ofensivo (por ejemplo, en el cuerpo, aliento o ropas)? (A)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Ligeramente.

2 ☐ Moderadamente.

1 ☐ Extremadamente.

14. ¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias? (A)

4 ☐ Mantiene limpieza de la ropa.

3 ☐ Moderada limpieza.

2 ☐ Pobre limpieza de la ropa.

1 ☐ Muy escasa limpieza de la ropa.

15. ¿Suele ser negligente con su salud física? (VA)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Ligeramente.

2 ☐ Moderadamente.

1 ☐ Extremadamente.

16. ¿Mantiene normalmente una dieta adecuada? (A)

4 ☐ Sin problemas.

3 ☐ Ligeros problemas.

2 ☐ Moderados problemas.

1 ☐ Graves problemas.

17. ¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde? (A)

4 ☐ Muy confiable.

3 ☐ Ligeramente no confiable.

2 ☐ Moderadamente no confiable.

1 ☐ No confiable.

18. ¿Está dispuesto a tomar la medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico? (A)

4 ☐ Siempre.

3 ☐ Normalmente.

2 ☐ Raramente.

1 ☐ Nunca.

19. ¿Coopera esta persona con los servicios de salud (por ejemplo, médicos y otros profesionales de la salud)? (A)

4 ☐ Siempre.

3 ☐ Normalmente.

2 ☐ Raramente.

1 ☐ Nunca.

20. ¿Está normalmente inactivo (por ejemplo, gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada)? (VA)

4 ☐ Apropiadamente activo.

3 ☐ Ligeramente inactivo.

2 ☐ Moderadamente inactivo.

1 ☐ Extremadamente inactivo.

21. ¿Tiene intereses definidos (por ejemplo hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente? (VA)

4 ☐ Participación considerable.

3 ☐ Moderada participación.

2 ☐ Alguna participación.

1 ☐ No participa en absoluto.

22. ¿Asiste a alguna organización social (por ejemplo, iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica? (VA)

4 ☐ Frecuentemente.

3 ☐ Ocasionalmente.

2 ☐ Raramente.

1 ☐ Nunca.

23. ¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida? (VA)

4 ☐ Bastante capaz de prepararse comida.

3 ☐ Ligeras limitaciones.

2 ☐ Moderadas limitaciones.

1 ☐ Incapaz de prepararse comida.

24. ¿Puede esta persona irse a vivir por sí mismo? (VA)

4 ☐ Bastante capaz de hacerlo.

3 ☐ Ligeras limitaciones.

2 ☐ Moderadas limitaciones.

1 ☐ Incapaz totalmente.

25. ¿Tiene problemas (por ejemplo, fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en la familia? (CSI)

4 ☐ Sin problemas.

3 ☐ Ligeros problemas.

2 ☐ Moderados problemas.

1 ☐ Graves problemas.

26. ¿Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)? (VA)

4 ☐ Capaz de hacer un trabajo a tiempo total.

3 ☐ Capaz de trabajo a tiempo parcial.

2 ☐ Capaz solamente de trabajos protegidos.

1 ☐ Incapaz de trabajar.

27. ¿Se comporta de manera arriesgada (por ejemplo, ignorando el tráfico cuando cruza la calle)? (A)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Raramente.

2 ☐ Ocasionalmente.

1 ☐ A menudo.

28. ¿Destruye esta persona propiedades? (CSNP)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Raramente.

2 ☐ Ocasionalmente.

1 ☐ A menudo.

29. ¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)? (CSI)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Raramente.

2 ☐ Ocasionalmente.

1 ☐ A menudo.

30. ¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (por ejemplo, escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada)? (A)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Raramente.

2 ☐ Ocasionalmente.

1 ☐ A menudo.

31. ¿Suele perder propiedades personales? (CSNP)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Raramente.

2 ☐ Ocasionalmente.

1 ☐ A menudo.

32. ¿Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones personales)? (CSNP)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Raramente.

2 ☐ Ocasionalmente.

1 ☐ A menudo.

33. ¿Suele coger cosas que no son suyas? (CSNP)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Raramente.

2 ☐ Ocasionalmente.

1 ☐ A menudo.

34. ¿Es violento con otros? (CSI)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Raramente.

2 ☐ Ocasionalmente.

1 ☐ A menudo.

35. ¿Se autolesiona? (CSNP)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Raramente.

2 ☐ Ocasionalmente.

1 ☐ A menudo.

36. ¿Se mete en problemas con la policía? (CSNP)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Raramente.

2 ☐ Ocasionalmente.

1 ☐ A menudo.

37. ¿Abusa del alcohol o de otras drogas? (CSI)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Raramente.

2 ☐ Ocasionalmente.

1 ☐ A menudo.

38. ¿Se comporta irresponsablemente? (CSNP)

4 ☐ En absoluto.

3 ☐ Raramente.

2 ☐ Ocasionalmente.

1 ☐ A menudo.

39. ¿Hace o mantiene normalmente amistades? (C)

4 ☐ Capaz de hacer amistades fácilmente.

3 ☐ Lo hace con cierta dificultad.

2 ☐ Lo hace con dificultad considerable.

1 ☐ Incapaz de hacer o mantener amistades.

Anexo VI

Cuestionario de Salud Mental Positiva (SM+)

De Lluch (1999)

Código_____

Evaluador:_____ **Fecha de evaluación**: _____

	Escala de Salud Mental Positiva	Siempre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	A mí... me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías.	☐	☐	☐	☐
2	Los problemas...me bloquean fácilmente	☐	☐	☐	☐
3	A mí... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas.	☐	☐	☐	☐
4	Me gusto como soy.	☐	☐	☐	☐
5	.... soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas.	☐	☐	☐	☐
6	.... me siento a punto de explotar.	☐	☐	☐	☐
7	Para mí, la vida es....aburrida y monótona.	☐	☐	☐	☐
8	A mí... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional.	☐	☐	☐	☐
9	Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas.	☐	☐	☐	☐
10	...me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí.	☐	☐	☐	☐
11	Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas.	☐	☐	☐	☐
12	Veo mi futuro con pesimismo.	☐	☐	☐	☐
13	Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones.	☐	☐	☐	☐
14	Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean.	☐	☐	☐	☐
15	Soy capaz de tomar decisiones por mí mismo.	☐	☐	☐	☐
16	Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden.	☐	☐	☐	☐
17	Intento mejorar como persona.	☐	☐	☐	☐
18	Me considero “un/a buen/a psicólogo/a”.	☐	☐	☐	☐
19	Me preocupa que la gente me critique.	☐	☐	☐	☐
20	....creo que soy una persona sociable.	☐	☐	☐	☐
21	....soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos.	☐	☐	☐	☐
22	... soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida.	☐	☐	☐	☐
23	.... pienso que soy una persona digna de confianza.	☐	☐	☐	☐
24	A mí, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás.	☐	☐	☐	☐

Escala de Salud Mental Positiva		Siempre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o casi nunca
25	... pienso en las necesidades de los demás.	☐	☐	☐	☐
26	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal.	☐	☐	☐	☐
27	Cuando hay cambios en mi entorno... intento adaptarme.	☐	☐	☐	☐
28	Delante de un problema... soy capaz de solicitar información.	☐	☐	☐	☐
29	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan.	☐	☐	☐	☐
30	Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes	☐	☐	☐	☐
31	...creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada.	☐	☐	☐	☐
32	... trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes.	☐	☐	☐	☐
33	... me resulta difícil tener opiniones personales.	☐	☐	☐	☐
34	Cuando tengo que tomar decisiones importantes... me siento muy inseguro.	☐	☐	☐	☐
35	.... soy capaz de decir no cuando quiero decir no.	☐	☐	☐	☐
36	Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones.	☐	☐	☐	☐
37	.... me gusta ayudar a los demás.	☐	☐	☐	☐
38	.... me siento insatisfecha/o conmigo misma/o.	☐	☐	☐	☐
39	Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico.	☐	☐	☐	☐

Anexo VII

Escala de Funcionamiento Global (GAF)

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético contínuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72).

100 ↓ 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90 ↓ 81	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80 ↓ 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar): sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70 ↓ 61	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene relaciones interpersonales significativas.
60 ↓ 51	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustias ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela.

50 ↓ 41	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas), o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 ↓ 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona a la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela.).
30 ↓ 21	La conducta esta considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20 ↓ 11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej. Intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
10 ↓ 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0–100 fue operativizada por Luborsky en la Health – Scickness Rating Scale (Luborsky L.: “Clinicians’ Judgments of Mental Health”. Archives of General Psychiatry, 7:407-417, 1962). Spitzer y cols. Desarrollaron una revisión de la Health–Sickness Rating Scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J., Spitzer R L., Fleiss JL, Cohen J.: “The Global Assessment Scale”: A procedure for Measuring overall Severity of Psychiatric Disturbance”, Archives of General Psychiatry, 33:766-771, 1976). Una versión modificada del GAS fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Funtioning (GAF) Scale.

Fuente: American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Anexo VIII

Aprobación del comité ético de investigación clínica

SANT JOAN DE DÉU FUNDACIÓ

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Don Jesús Pineda Sánchez, Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica Fundació Sant Joan de Déu Esplugues de Llobregat (Barcelona)

CERTIFICA

Que en la reunión del Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundació Sant Joan de Déu celebrada el día 1 de octubre de 2009 se valoró la realización del protocolo de estudio titulado **"Adaptación y validación del cuestionario de requisitos de autocuidado según el modelo de Enfermería de Dorothea Orem en población hospitalizada diagnosticada de esquizofrenia".** Código **CEIC PIC-55-09.** Cuyo investigador principal es el Sr. Juan Francisco Roldán Merino y se informó **favorablemente**.

Lo que firmo en Esplugues de Llobregat (Barcelona), a dos de octubre de 2009.

Firmado:

Don Jesús Pineda Sánchez
Secretario CEIC Fundación SJD

Recerca, Docència, Innovació, Ciència i Societat

Edifici Docent Sant Joan de Déu
Santa Rosa, 39-57, 4a planta
08950 Esplugues de Llobregat / Barcelona
Telèfon 93 600 97 51 - Fax 93 600 97 71
e-mail: fsjd@hsjdbcn.org
www.fsjd.org

Germans de Sant Joan de Déu

Anexo IX

Consentimiento informado para el estudio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

"Valoración de los Requisitos de Autocuidado en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem"

Barcelona, a…… de……de 200…….....

Sr/Sra....., con DNI....., declaro que se me ha solicitado participar en el estudio de investigación, *"Valoración de los Requisitos de Autocuidado en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem",* y manifiesto que:

1. He recibido y comprendido la información sobre el estudio en el que participaré.
2. He recibido una hoja informativa que explica las características del estudio.
3. He sido informado de las implicaciones derivadas de mi participación.
4. Soy consciente de que mi participación es voluntaria y me puedo retirar en el momento en que lo decida sin haber de dar explicaciones y sin que repercuta en mi atención.
5. De acuerdo con la L.O. 15/1999, de 13 diciembre y de Protección de Datos de Carácter Personal (artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004), declaro haber sido informado del registro de datos de Sant Joan de Déu-SSM y de su utilización para investigación por parte del investigador principal del proyecto.

Estoy de acuerdo en participar en el estudio.

El interesado/a:…… Investigador/a:……..

Firma:…… Firma:……

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
"Valoración de los Requisitos de Autocuidado en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem"

Estimado /da Sr. / Sra……

Solicitamos su colaboración para participar en el proyecto de investigación *"Valoración de los Requisitos de Autocuidado en pacientes hospitalizados diagnosticados de ssquizofrenia según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem",*

El estudio implicará dos sesiones de evaluación. En la primera se administrará la escala *Life Skills Profile* (LSP) (la escala pretende medir el nivel de funcionamiento general y la incapacidad de los usuarios con esquizofrenia), la escala de valoración de Requisitos de Autocuidado (ERA-h) (que pretende identificar posibles déficits en la satisfacción de los requisitos de autocuidado), la escala de Salud Mental Positiva (SM+) (que pretende medir el nivel de bienestar y salud mental positiva). En la segunda se administrará nuevamente la escala de valoración de Requisitos de Autocuidado, en un período aproximado inferior a una semana.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar de ella en cualquier momento sin que haya de dar explicaciones a nadie. La negativa en la participación a la investigación no tendrá ninguna repercusión en su tratamiento. En cualquier caso, participe o no en el estudio, seguirá recibiendo el tratamiento habitual.

Toda la información sobre usted y su enfermedad será tratada de manera confidencial y solo podrán tener acceso a ella los profesionales responsables de su atención.

Si desea más información sobre este proyecto puede hablar con los profesionales responsables del estudio.

Universitat de Barcelona

Dos Campus d'Excel·lència Internacional

B:KC Barcelona Knowledge Campus

HUB^C Health Universitat de Barcelona Campus