

# Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

## Intervenciones educativas para enfermos de salud mental con medicación psicotrópica

### Implicaciones para la práctica

- La información escrita es más efectiva que la información verbal para aumentar el conocimiento y el cumplimiento. Sin embargo, cuando los recursos son limitados la información verbal puede ser más beneficiosa que el no proporcionar ninguna educación (B).
- La combinación de material escrito y discusión es más efectiva que sólo el uso de hojas informativas. Las ayudas audiovisuales como complemento son útiles en el proceso de aprendizaje (B).
- La claridad, concisión y repetición de los materiales escritos son importantes para aumentar el cumplimiento y el conocimiento (B).
- Aunque las sesiones educativas múltiples proporcionan un mayor conocimiento a corto plazo (hasta un mes), su efectividad a largo plazo (2 años) no está establecida; por lo tanto los profesionales de la práctica clínica deben ser conscientes de las implicaciones económicas al proporcionar sesiones múltiples (B).

Para pacientes con esquizofrenia:

- Tres sesiones educativas son más efectivas que 2 o menos, para facilitar la retención de conocimiento (B).
- La educación adaptada al estilo de vida individual aumenta el cumplimiento más que los programas educativos genéricos (B).

### Fuente de información

Este *Best Practice information Sheet* es fruto de una revisión sistemática de investigación publicada por Blackwell Publishing Asia y realizada por el New South Wales Centre for Evidence Based Healthcare.<sup>1</sup> Las referencias primarias que incluye la revisión sistemática se encuentran disponibles en [www.blackwell-synergy.com](http://www.blackwell-synergy.com) y para los miembros del Instituto Joanna Briggs en la página web [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)

### Antecedentes

Durante la última década, los datos sobre la carga global de los trastornos mentales demuestran que se trata de un importante problema de salud pública que afecta a las personas, sus allegados y a la sociedad en general. Se ha estimado que globalmente una de cada cuatro personas se verá afectada por un trastorno mental. Está aumentando la evidencia de que estos trastornos pueden ser tratados de forma efectiva tanto con terapia psicosocial como con medicación psicotrópica o programas de intervención educativa. Sin embargo, aunque se han demostrado los beneficios del tratamiento con medicación psicotrópica en trastornos mentales específicos, en la recaída no se produce una adherencia al tratamiento o cumplimiento del régimen terapéutico.

### Calidad de la investigación

Los autores de la revisión sistemática afirmaron que los estudios incluidos eran heterogéneos, lo que significa que los resultados no pudieron combinarse con fines comparativos, por lo tanto la evidencia se presenta en un resumen narrativo. Todos los estudios incluidos eran ensayos clínicos aleatorios (RCTs), sin embargo el método de aleatorización se especificó sólo en 10 estudios y en general los métodos se describieron de forma muy pobre. El cuarenta y ocho por ciento (10) de los estudios incluía sólo pacientes con esquizofrenia, mientras que el resto de estudios incluían pacientes con diferentes trastornos mentales.

### Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación derivan de los Niveles de Efectividad establecidos por el Instituto Joanna Briggs:

- Grado A** Efectividad demostrada para su aplicación
- Grado B** Grado de efectividad establecido que sugiere su aplicación
- Grado C** Grado de efectividad establecido que indica considerar la aplicación de sus resultados
- Grado D** Efectividad establecida con limitaciones
- Grado E** Efectividad no demostrada

## Definiciones

En este Best Practice Information Sheet se utilizan las siguientes definiciones:

**educación** – provisión de información sobre los medicamentos y la enfermedad a los pacientes con trastornos mentales

**información estructurada** – información distribuida de forma planificada

**información no estructurada** – información distribuida de forma no planificada.

## Retención de conocimiento

Quince estudios investigaron los efectos de diferentes enfoques educativos sobre el nivel de retención de conocimientos sobre la enfermedad (incluyendo signos y síntomas), así como los efectos adversos del tratamiento en enfermos de salud mental.

## Educación vs no educación

Seis ensayos estudiaron el efecto de la educación sobre la retención del conocimiento.

### *Pacientes con enfermedad psiquiátrica*

Tres estudios demostraron niveles de conocimiento significativamente más altos en pacientes que recibieron algún grado de educación en comparación con los que no recibieron educación.

Un estudio incluyó a pacientes que recibieron una hoja informativa, o una hoja informativa seguida de discusión o ninguna educación. A la semana de seguimiento, los pacientes que recibieron una hoja informativa seguida de discusión mostraron un conocimiento significativamente mayor comparado con los que no recibieron ninguna información. Los resultados de este estudio deben interpretarse con precaución ya que solamente el 62.3% de los pacientes completó el estudio.

Los otros dos estudios compararon un programa de enseñanza estructurado con la ausencia de educación y un programa individual semi-estructurado con la ausencia de educación respectivamente. Ambos estudios demostraron que los

pacientes que recibieron algún tipo de educación tenían un conocimiento significativamente mayor durante el seguimiento, comparado con los que no recibieron ninguna educación.

### *Pacientes con esquizofrenia*

De cuatro estudios, tres registraron niveles significativamente mayores de conocimiento cuando los pacientes con esquizofrenia recibieron educación.

Al compararlo con los valores basales, los pacientes que recibieron una sesión individual o tres o bien ocho sesiones educativas, mostraron un nivel de conocimiento significativamente mayor sobre su medicación comparado con los que no recibieron ninguna educación.

## Métodos de educación

### **Educación estructurada vs educación no estructurada**

#### *Pacientes con enfermedad psiquiátrica*

Tres estudios que compararon el nivel basal de conocimiento con el nivel de conocimiento tras el seguimiento revelaron un aumento estadísticamente significativo en la retención de conocimiento en los pacientes que recibieron educación estructurada. Los pacientes distribuidos aleatoriamente que – durante un periodo de 6 semanas – recibieron una educación estructurada de 1 hora por semana, incluyendo discusión, juego de roles y presentación en vídeo, evolucionaron mucho mejor que los que recibieron una educación no estructurada. En otro estudio que incluía a 249 pacientes, tanto de hospital como de atención primaria, los que recibieron educación estructurada (p. ej. folletos de información especialmente diseñados para los pacientes) demostraron un aumento estadísticamente significativo en la retención de conocimiento a las 4 semanas de seguimiento comparado con los que recibieron educación de forma no estructurada. Este resultado particular se confirmó por medio de un análisis más profundo de un subgrupo que incluía pacientes agudos y de atención primaria, en el que los pacientes de ambos grupos que recibieron información estructurada tuvieron niveles más altos de conocimiento.

### *Pacientes con esquizofrenia*

En tres estudios que incluían pacientes con esquizofrenia, la tendencia común fue la mejora de la retención de conocimiento cuando se ofrecía educación estructurada. Se registró un aumento en el conocimiento general sobre los efectos antipsicóticos de los medicamentos en los pacientes después de recibir información estructurada.

### **Métodos alternativos de educación estructurada**

#### *Pacientes con enfermedad psiquiátrica*

Un estudio concluyó que se produjo un aumento significativo del conocimiento en los pacientes que recibieron una hoja informativa y a continuación una discusión, comparado con los que recibieron solamente la hoja informativa.

Este estudio es limitado por el hecho de que solamente el 62.3% de los pacientes completaron el estudio.

Otro estudio midió el impacto de la comunicación relativa a la medicación y la educación sobre medicación en los niveles de conocimiento de los pacientes, inmediatamente después de la intervención. Los pacientes que fueron asignados aleatoriamente al grupo de comunicación relativa a la medicación aumentaron su conocimiento cuando se les enseñó a realizar preguntas relacionadas con la medicación, así como habilidades de comunicación sobre cómo obtener información sobre su medicación, particularmente a través del uso del contacto visual y volumen de voz.

## Frecuencia de las sesiones educativas

### *Pacientes con esquizofrenia*

Un estudio comparó el efecto de una única sesión educativa frente a 3 sesiones, demostrando un aumento significativo en el conocimiento sobre la medicación en los que recibieron 3 sesiones al mes de seguimiento. Otro estudio exploró los niveles de conocimiento a los 6 meses y a los 12 meses en pacientes que recibieron programas educativos de una única sesión y de dos sesiones. Comparado con sus valores basales ambos grupos

presentaron un aumento estadísticamente significativo en el conocimiento a los 6 meses y a los 2 años de seguimiento. Sin embargo, no se demostró ninguna diferencia en los niveles de conocimiento entre los grupos de 1 y 2 sesiones a los 6 meses y 2 años de seguimiento.

## Cumplimiento

El cumplimiento de la terapia, seguimiento y medicación (recuento de píldoras, análisis de orina y autoinformes) se midió en 13 ensayos, con periodicidad que iba desde las 2 semanas a los 2 años.

## Educación vs no educación

### *Pacientes con enfermedad psiquiátrica*

Tres estudios evaluaron el cumplimiento a las 2 semanas, 5 meses y 6 meses. Dos de estos estudios no demostraron ninguna diferencia en el cumplimiento del tratamiento entre los pacientes a los que se proporcionó educación y a los que no se les proporcionó. El otro estudio demostró que una cantidad significativamente más pequeña de pacientes que recibieron educación sobre su medicación incumplieron el tratamiento.

### *Pacientes con esquizofrenia*

Ninguno de los tres estudios que investigaron la tasa de cumplimiento al mes, 6 y 12 meses de seguimiento, demostró una diferencia en el cumplimiento del tratamiento.

## Métodos de educación

### **Educación estructurada vs educación no estructurada**

#### *Pacientes con enfermedad psiquiátrica*

Un estudio demostró un nivel significativamente mayor de cumplimiento en pacientes que recibieron educación estructurada comparado con los que no recibieron educación.

#### *Pacientes con esquizofrenia*

No se encontró ninguna diferencia en la tasa de cumplimiento en pacientes que recibieron educación estructurada comparado con la educación no estructurada.

### **Métodos alternativos de educación estructurada**

El cumplimiento se midió a las 2,5 semanas, 3 meses y 4 meses de seguimiento.

#### *Pacientes con enfermedad psiquiátrica*

Un estudio demostró un aumento estadísticamente significativo en el cumplimiento con respecto a los niveles basales cuando los pacientes recibieron formación en habilidades de comunicación relativa a la medicación.

Otro estudio registró que los pacientes a los que se dio hojas informativas fáciles y moderadamente fáciles tuvieron tasas de cumplimiento significativamente mayores comparado con los que recibieron folletos de difícil lectura, indicando que la legibilidad del material escrito es importante a la hora de dar educación.

#### *Pacientes con esquizofrenia*

En pacientes cuya pauta de medicación se hizo a medida para ajustarse a los hábitos personales, un estudio registró un aumento estadísticamente significativo en el cumplimiento con respecto a los valores basales. Aunque otro estudio no demostró ninguna diferencia en el cumplimiento en pacientes asignados aleatoriamente a cualquiera de los cuatro grupos de intervención.

## Frecuencia de las sesiones educativas

### *Pacientes con esquizofrenia*

Un estudio demostró que no había cambios significativos en la tasa de cumplimiento entre el seguimiento a los 6 meses y el seguimiento a los 2 años.

## Incidencia de recaídas

Cinco estudios evaluaron el número de pacientes que habían sufrido recaídas, resultado que se midió por el número de pacientes que tuvieron un reingreso hospitalario y/o requirieron un aumento de dosis en la medicación.

La incidencia de recaídas se midió a los 6 meses, 8 meses, 12 meses, 18 meses y 2 años.

## Educación vs no educación

### *Pacientes con enfermedad psiquiátrica*

Un ensayo examinó la efectividad de la educación frente a la no educación sobre la tasa de recaída y demostró que no

había diferencia estadísticamente significativa en el número de pacientes que requirieron un reingreso hospitalario a los 6 meses de seguimiento.

## Métodos de educación

Dos estudios investigaron la efectividad de la educación estructurada frente a la no estructurada sobre la incidencia de recaídas a los 6, 8 y 12 meses.

### *Pacientes con enfermedad psiquiátrica*

En pacientes con un trastorno bipolar que recibieron una educación estructurada, un estudio registró una disminución significativa en la incidencia de recaídas por episodios maníacos.

También se produjo una reducción significativa en el número total de recaídas por episodios maníacos, entre los valores basales y cada seguimiento, en el grupo de educación frente al grupo control.

### *Pacientes con esquizofrenia*

Un estudio demostró que no había diferencia significativa entre los dos grupos en cuanto al número de pacientes que requirió un reingreso hospitalario o el número de semanas que los pacientes fueron rehospitalizados.

## Frecuencia de las sesiones educativas

### *Pacientes con esquizofrenia*

El efecto de dos sesiones educativas comparado con una sesión en un estudio no reveló una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de admisiones psiquiátricas entre los dos grupos, a los 6 y 12 meses de seguimiento. Sin embargo hubo un aumento significativo ( $p < 0.05$ ) de la necesidad de medicación a los 2 años de seguimiento en los pacientes que fueron asignados aleatoriamente al grupo de sesiones múltiples.

## Comprensión

Seis estudios examinaron la efectividad de los programas educativos sobre la comprensión que tenían los pacientes de su enfermedad y medicación. La comprensión se midió por la actitud de los pacientes hacia su enfermedad y su medicación.

## Educación vs no educación

### *Pacientes con enfermedad psiquiátrica*

Un estudio demostró que no había diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes que habían recibido educación y los que no la habían recibido, al año de seguimiento, con respecto a la percepción de sí mismos como enfermos psiquiátricos, los que declararon necesitar medicación o declararon estar tomando la medicación adecuada.

### *Pacientes con esquizofrenia*

Un estudio demostró que no había diferencia en la comprensión entre los pacientes que habían recibido educación y los que no al año de seguimiento.

## Métodos de educación

### Métodos alternativos de educación estructurada

#### *Pacientes con enfermedad psiquiátrica*

Un estudio investigó el efecto de proporcionar programas educativos estructurados sobre el nivel de comprensión a la semana de seguimiento.

Demostró que la educación por medio de hojas informativas o hojas informativas más recordatorios no tuvo influencia sobre el número de pacientes que demostraron comprensión de su enfermedad.

### Educación estructurada vs educación no estructurada

Tres estudios compararon el efecto de un programa educativo estructurado y uno no estructurado en las actitudes de los pacientes con respecto al tratamiento, inmediatamente al finalizar las sesiones; a las 5 y 35 semanas de seguimiento. Los tres estudios – uno incluía pacientes con enfermedad psiquiátrica y los otros dos pacientes con esquizofrenia – demostraron que no había diferencias estadísticamente significativas en las actitudes de los pacientes hacia la medicación entre el grupo de educación estructurada y el de educación no estructurada.

## Frecuencia de la educación

### Pacientes con esquizofrenia

Un estudio demostró que el proporcionar a los pacientes información en sesiones múltiples (tres) tuvo como resultado un aumento estadísticamente significativo en la comprensión de los pacientes respecto a los que recibieron una única sesión educativa y los que no recibieron ninguna sesión.

## Agradecimientos

Este *Best Practice Information Sheet* ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs en colaboración con el New South Wales Centre for Evidence Based Health Care, uno de los centros colaboradores del Instituto Joanna Briggs, el South Western Sydney Centre for Applied Nursing Research (una iniciativa conjunta entre la University of Western Sydney y el Sydney South West Area Health Service), con el apoyo de un panel de revisores expertos:

Mr Scott Fanker (Clinical Nurse Consultant, Mental Health), Dr Prakash Gandev (Mental Health Clinical Director, Liverpool Health Service), Dr Richard Gray (MRC Fellow in Health Services Research, United Kingdom), Mr Leslie Rech (Acting Service Manager, Mental Health), Mr Jack Muller (Service Manager, Mental Health) y Dr Matthew Thomas (Psychiatric Registrar, Liverpool Health Service), Mr John Aunins, Ms Judith Daisley, Dr Andrew Pethebridge, Mr Graham Estall, Ms Suzanne Fahey, Ms Carlie Naylor, Ms Nichola Belcastro, Ms Debbie Wick, Ms Margaret Piper, Dr Louise O'Brien, Ms Amanda Baker, Ms Cheryl Ussia, Dr Karen Chow and Ms Hayley Kennedy.

Este Best Practice information sheet ha sido revisado por personas designadas de los Centros Colaboradores Internacionales del Instituto Joanna Briggs.

## Referencias

1. Griffiths, Rhonda D; Fernandez, Ritin S; Mostacchi, Maria S & Evans, Venita (2004) Comparison of educational

interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication. *JBI Reports* 2(1): 1-44.

2. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2006  
<http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approa.ch.php#B>

3. Pearson, Alan; Wiechula, Rick; Court, Anthea & Lockwood, Craig. (2005) The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-based Healthcare* 3 (8): 207-215

**Versión original traducida al castellano por:** Lucía García Grande.

**Traducción revisada por:** Esther González María.

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

- The Joanna Briggs Institute  
Margaret Graham Building,  
Royal Adelaide Hospital,  
North Terrace, South Australia, 5000  
[www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)  
ph: +61 8 8303 4880  
fax: +61 8 8303 4881  
email: [jbi@adelaide.edu.au](mailto:jbi@adelaide.edu.au)



- Published by  
Blackwell Publishing

**Blackwell  
Publishing**

"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

**Traducido y difundido por:**



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL  
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA  
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA