



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULDADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

MÁSTER EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

ESPECIALIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Curso académico 2016-2017

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Efectividad de una intervención en Psicodrama
en personas con Trastorno Mental Grave**

Estefanía Morán Suárez

22 de Junio de 2017

Directora del TFM: María Jesús Movilla Fernández

ÍNDICE

RESUMEN/RESUMO/ABSTRACT	3
1 ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	12
3. HIPOTESIS	13
4. OBJETIVOS	13
4.1. Objetivo general.....	13
4.2. Objetivos específicos	13
5. METODOLOGÍA:.....	14
5.1. Tipo de estudio	14
5.2. Ámbito de estudio	15
5.3. Periodo de estudio.....	15
5.4. Estrategia de búsqueda bibliográfica	16
5.5. Población a estudio	16
5.6. Recogida de datos y mediciones	17
5.7. Selección de la muestra.....	20
5.8. Proceso de aleatorización.....	20
5.9. Justificación del tamaño muestral.....	20
5.10. Descripción de la intervención.....	21
5.11. Análisis de los datos	21
5.11. Criterios de rigor	23
5.12. Limitaciones.....	24
6. CRONOGRAMA.....	25
7. ASPECTOS ÉTICOS	26

8. APLICABILIDAD.....	27
9. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS.....	27
10. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	28
10.2. Recursos necesarios	28
10.3. Posibles fuentes de financiación.....	30
11. BIBLIOGRAFÍA	31
12. ANEXOS	35
ANEXO I. Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP).....	35
ANEXO II. Escala de calidad de vida (QLS)	38
ANEXO III. Entrevista semiestructurada.....	39
ANEXO IV. Intervención en psicodrama.....	40
ANEXO V. Modelo de hoja informativa.....	44
ANEXO VI. Consentimiento informado	46

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Estructura del psicodrama	11
Ilustración 2. Hospital de Bermeo, Vizcaya.....	15

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Estrategía de búsqueda bibliográfica	16
Tabla II. Cronograma del proyecto.....	25
Tabla III. Memoria económica.....	30

RESUMEN

Las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) tienen en común un deterioro del funcionamiento social que debe ser abordado de manera prioritaria, ya que afecta a su calidad de vida. Dentro de las intervenciones recomendadas en guías de práctica clínica para tratar este problema se encuentra el Psicodrama, sin embargo existen escasos estudios que evalúen sus beneficios, por lo que se justificaría la necesidad de más investigaciones para aportar resultados sólidos.

Objetivo: determinar la efectividad de una intervención en Psicodrama en personas con TMG.

Metodología: se llevará a cabo un estudio mixto de triangulación concurrente, desde la perspectiva cuantitativa se realizará un ensayo clínico aleatorizado y controlado y el enfoque cualitativo será fenomenológico. Se realizará una intervención en psicodrama tras seleccionar la muestra de pacientes con TMG ingresados en el Hospital de Bermeo (Vizcaya) que cumplan los criterios de inclusión. La recogida de datos y evaluación se hará mediante la observación y entrevistas en profundidad en la fase cualitativa y la administración de las escalas de funcionamiento social y calidad de vida antes y después de la intervención en la fase cuantitativa.

Palabras clave: psicodrama, trastorno mental grave, enfermería

RESUMO

As persoas con Trastorno Mental Grave (TMG) teñen en común unha deterioración do funcionamento social que debe ser abordado de maneira prioritaria, xa que afecta á súa calidade de vida. Dentro das intervencións recomendadas en guías de práctica clínica para tratar este problema atópase o Psicodrama, con todo existen escasos estudos que avalíen os seus beneficios, polo que se xustificaría a necesidade de máis investigacións para achegar resultados sólidos.

Obxectivo: determinar a efectividade dunha intervención en Psicodrama en persoas con TMG.

Metodoloxía: levará a cabo un estudo mixto de triangulación concorrente, desde a perspectiva cuantitativa realizarase un ensaio clínico aleatorizado e controlado e o enfoque cualitativo será fenomenolóxico. Realizarase unha intervención en psicodrama tras seleccionar a mostra de pacientes con TMG ingresados no Hospital de Bermeo (Biscaia) que cumpran os criterios de inclusión. A recollida de datos e avaliación farase mediante a observación e entrevistas en profundidade na fase cualitativa e a administración das escalas de funcionamento social e calidade de vida antes e despois da intervención na fase cuantitativa.

Palabras clave: psicodrama, trastorno mental grave, enfermería

ABSTRACT

People with Severe Mental Disorder (TMG) have in common a deterioration of social functioning that must be tackled as a priority, as it affects their quality of life. Among the interventions recommended in guidelines of clinical practice to treat this problem is Psychodrama, however there are few studies that evaluate their benefits, which would justify the need for more research to provide solid results.

Objective: to determine the effectiveness of an intervention in Psychodrama in people with TMG.

Methodology: a mixed study of concurrent triangulation will be carried out, from a quantitative perspective a randomized and controlled clinical trial will be carried out and the qualitative approach will be phenomenological. A psychodrama intervention will be performed after selecting the sample of patients with TMG admitted to the Hospital de Bermeo (Vizcaya) that meet the inclusion criteria. Data collection and evaluation will be done through observation and in-depth interviews in the qualitative phase and administration of social functioning and quality of life scales before and after the intervention in the quantitative phase.

Key words: psychodrama, severe mental disorder, nursing

1 ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El Trastorno Mental Grave (TMG) hace referencia a un colectivo con problemas de salud mental de carácter severo, que presenta dificultades de funcionamiento personal y social persistente. La definición con mayor consenso es la que hace el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, 1987), “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la Red de Atención Psiquiátrica y Social.” ⁽¹⁾

Los criterios diagnósticos propuestos por el NIMH contemplan por tanto tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada. ^(1,2)

1. Diagnóstico: Incluye los trastornos psicóticos y algunos trastornos de la personalidad. Según la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) se incluirá a las personas que cumplan los criterios para al menos una de las siguientes categorías:

- ✓ Trastornos esquizofrénicos (F20.x)
- ✓ Trastorno esquizotípico (F21)
- ✓ Trastornos delirantes persistentes (F22)
- ✓ Trastornos delirantes inducidos (F24)
- ✓ Trastornos esquizoafectivos (F25)
- ✓ Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
- ✓ Trastorno bipolar (F31.x)
- ✓ Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
- ✓ Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)
- ✓ Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

2. Duración de la enfermedad y tratamiento: una evolución superior a 2 años, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación). Haber recibido tratamiento psiquiátrico intensivo más de una vez o haber recibido apoyo residencial continuo por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital.
3. Presencia de discapacidad: afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, medido a través de diferentes escalas como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I).

En España, padecen un trastorno mental el 9% de la población, y lo padecerá un 15% a lo largo de su vida. Sin embargo, no se han establecido criterios consistentes y homogéneos que puedan ser utilizados para determinar la morbilidad y prevalencia del TMG, y con ello cuantificar y planificar unos servicios adecuados. ^(1,2)

La atención a las personas con enfermedad mental ha sufrido grandes cambios., ya que hasta hace pocas décadas el modelo de atención se organizaba en torno al Hospital Psiquiátrico. La reforma psiquiátrica en España de 1985 hizo que se sustituyese por un modelo de orientación comunitaria provocando que muchas personas pasaran a recibir sus cuidados dentro del Sistema de Salud. Con esta reforma se pretendía potenciar los recursos asistenciales a nivel comunitario, evitar la estigmatización de los pacientes con enfermedad mental y desarrollar servicios orientados a la reinserción social. ⁽²⁾

Las personas con TMG presentan un amplio rango de necesidades entre las que se encuentran el autocuidado, la autonomía, el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento social que el tratamiento convencional se ve limitado para resolver de forma satisfactoria, pues en la mayoría de los casos se reduce a una intervención biológica. La terapia farmacológica sigue siendo imprescindible para el tratamiento de la sintomatología

psicopatológica, pero ante estas nuevas necesidades detectadas que tienen que ver con la sintomatología negativa de la enfermedad, se hacen imprescindibles nuevos enfoques terapéuticos, para tratar los déficits del funcionamiento psicosocial, favoreciendo la atención integrada orientada hacia la rehabilitación. (3,4)

La rehabilitación psicosocial, consiste en “un conjunto de estrategias de intervención psicosocial que complementan las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas, y se orientan a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida, y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas.”(1,5)

El objetivo principal de la rehabilitación es el funcionamiento de la persona en su entorno natural, mejorando sus capacidades personales y sociales, apoyando el uso de los diferentes roles favoreciendo la integración en la comunidad, mejorando la calidad de vida de la persona afectada y su familia. Esto supone una atención integral encaminada hacia la recuperación. (5)

Las intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial han ganado importancia, y han sido recomendadas en la “Guía Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el TMG” que publica el Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2009. Se incorporan diferentes técnicas adaptadas en aprendizaje social y modificación de la conducta, incluyendo entrenamiento y desarrollo de habilidades personales y sociales y estrategias psicoeducativas, demostrando su eficacia en la mejora del funcionamiento de personas con TMG, pero a pesar de ello, en la actualidad, están siendo infrautilizadas. (1)

El espectro de estas intervenciones psicosociales es muy amplio y abarca diversos tipos de actuaciones. La elección de un determinado abordaje está determinado por las necesidades del paciente, como por los recursos existentes.(3)

Las personas con TMG tienen en común un deterioro del funcionamiento social que debe ser abordado de manera prioritaria, ya que afecta a su calidad de vida. Dentro de las intervenciones encaminadas en tratar este problema, mencionadas en un documento de consenso y con larga tradición en servicios de rehabilitación se encuentran las técnicas expresivas. ⁽⁶⁾ Están basadas en la utilización de mecanismos de simbolización, comunicación y expresión a través de canales verbales y no verbales, realizada por profesionales con formación especializada en salud mental y recomendada en pacientes con sintomatología negativa. ⁽⁶⁾

Dentro de las técnicas expresivas para el tratamiento de pacientes con TMG se encuentra el psicodrama. ^(3,5,7)

El psicodrama es un método terapéutico, de diagnóstico y tratamiento ideado por J.L. Moreno, con el fin de desarrollar habilidades para la expresión de emociones, manejo de sentimientos y la exploración de la personalidad a través de técnicas dramáticas. Moreno lo define como “un método que sondea a fondo la verdad del alma mediante la acción”. ⁽⁸⁾

Desde el psicodrama, la funcionalidad, adaptación e integración social están basadas en el entrenamiento de la espontaneidad y el aprendizaje de roles. Anima a los pacientes a que actúen en eventos relevantes de sus vidas, en lugar de narrarlos. Se trata de traer al aquí y ahora acontecimientos pasados, presentes o futuros y representarlos espontáneamente de modo que se impulse al individuo a una nueva situación o a una respuesta a una situación pasada (Moreno, 1995). ^(7,8)

Las sesiones psicodramáticas se realizan en un contexto grupal para favorecer las relaciones interpersonales, aportando riqueza a la terapia y cuentan con una serie de elementos y fases. ^(7,8,9)

➤ Elementos del psicodrama:

- Protagonista: miembro del grupo que actúa como el eje y actor de la dramatización. Va retratar su propio mundo privado en la escena.

- Ego-auxiliar: cualquier persona que participa en la representación para ayudar al protagonista a explorar su problema. Actúa de elemento terapéutico poniendo su espontaneidad, emociones y pensamientos al servicio del protagonista y de la escena.
 - Director: es el conductor o terapeuta. Es la persona encargada de dirigir y coordinar la sesión.
 - Escenario: espacio psicodramático que permite acontecer de una nueva realidad entre los integrantes.
 - Acción o escena: es el drama, representación del tema de trabajo propuesto por parte del protagonista con la asistencia del director y los egos-auxiliares.
- Fases del psicodrama:
- Caldeamiento: Se inicia en el momento que se junta el grupo y se comienza a interactuar. Se crea un clima de cohesión, calidez, tolerancia y confianza que permite abordar un tema, así como la emergencia de un protagonista que centre los intereses del grupo.
 - Dramatización: la acción constituye el núcleo del psicodrama, surge del caldeamiento, una vez que emerge el protagonista que ha identificado un área problema y su necesidad de trabajarla en la representación. Se interpretan personajes y se movilizan emociones, procurando la resolución o transformación de los conflictos planteados. No existe un guion a seguir.
 - Clausura: Se invita a todos los miembros a compartir vivencias con los sucesos del drama, evitando las críticas destructivas. Se expresan en primer lugar quienes tomaron parte en la acción, desde el más al menos implicado, después el resto del grupo.

Además de los elementos básicos y la estructura, existen múltiples técnicas psicodramáticas y variaciones de ellas (soliloquios, el espejo, role playing, proyección de futuro...). El terapeuta, que actúa como director, debe tener el suficiente grado de conocimiento de ellas, lo que permite asistir al protagonista de la escena de gran variedad de experiencias. (Ilustración 1)⁽⁹⁾

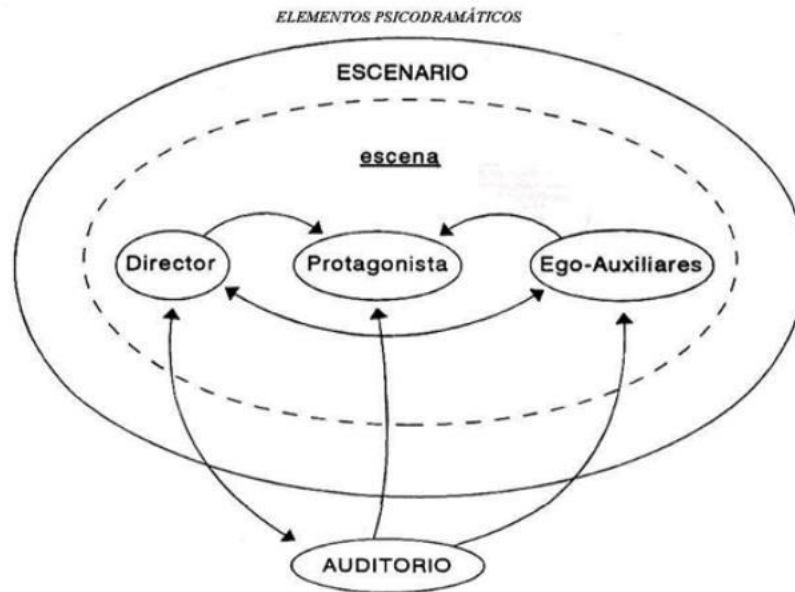


Ilustración 1. Estructura del psicodrama

El psicodrama supone una oportunidad de aprendizaje en cada sesión, a través de la acción, bajo la dirección del terapeuta y con el respaldo del grupo. Mediante la formación como terapeuta en técnicas de psicodrama, el enfermero especialista en salud mental como parte del equipo multidisciplinar, presenta una herramienta útil como parte integrada en los cuidados de los pacientes con Trastorno Mental Grave. ^(9,10)

Centrándonos en la elaboración de este proyecto de investigación, tomaremos como referencia el modelo conceptual de Hidelgar E. Peplau, que servirá de guía de actuación. Ésta expone que la enfermería psiquiátrica consiste “en el diagnóstico de las respuestas humanas de los clientes en relación con los problemas psicosociales y psiquiátricos que los apartan de la comunidad e impiden que lleven una vida sana en ella”. También hacía alusión, a que algunos de los problemas más importantes de los pacientes psiquiátricos son la comunicación y las dificultades en las relaciones y que estos son tratados por las enfermeras durante el curso de la relación enfermera-paciente. ^(11, 12)

2. JUSTIFICACIÓN

El Instituto Nacional para la Salud y las directrices de Excelencia Clínica para la psicosis y la esquizofrenia en la guía NICE, sugieren que las terapias artísticas, en las que se incluye el psicodrama, están indicadas para mejorar los síntomas negativos de la psicosis. ⁽¹³⁾

Una GPC del Sistema Nacional de Salud hace referencia a que hay pocos estudios con suficiente rigor científico en relación al psicodrama como tratamiento de personas con TMG. Además la mayoría de estudios proceden de China, por lo que hay dudas sobre si la concepción del psicodrama en oriente y occidente sea similar. ^(1,13)

Según un metanálisis realizado por Ruddy et al.⁽¹⁵⁾ que compara el psicodrama con la intervención estándar en pacientes hospitalizados con esquizofrenia, no existen suficientes datos sobre los beneficios ni tampoco perjuicios del psicodrama, por tanto no aporta datos concluyentes.

Kipper et al⁽¹⁶⁾ en otro metaanálisis llegan a la conclusión de la validez del psicodrama como técnica psicoterapéutica, sin embargo un análisis posterior del mismo encuentra que este estudio presenta deficiencias metodológicas.

En una revisión más reciente realizada por Attard A. ⁽¹⁷⁾ sobre la efectividad de la terapia artística en adultos con psicosis los artículos cuantitativos de alta calidad no proporcionaron pruebas concluyentes. Por otra parte, los artículos cualitativos indicaron que según las experiencias de los participantes resultó una intervención beneficiosa y aceptable, aunque esto se basó un número pequeño de estudios.

Sería necesario desarrollar más investigaciones para corroborar las experiencias de los individuos y aportar resultados sólidos sobre los efectos del psicodrama en el estado mental, el funcionamiento social y la calidad de vida en personas con TMG, guiando la práctica basada en la evidencia.

Por lo señalado anteriormente se plantea este estudio, con el fin de valorar la eficacia de una terapia grupal basada en técnicas psicodramáticas en pacientes con TMG.

3. HIPOTESIS

- Hipótesis nula (Ho): la intervención en Psicodrama no es efectiva para mejorar la calidad de vida y el funcionamiento social en pacientes con TMG
- Hipótesis alternativa (Ha): la intervención en Psicodrama resulta efectiva para mejorar la calidad de vida y el funcionamiento social en pacientes con TMG

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- Determinar la efectividad de una intervención en Psicodrama en pacientes con TMG

4.2. Objetivos específicos

- Analizar el efecto del psicodrama en la calidad de vida y el funcionamiento social de pacientes con TMG
- Explorar la percepción de los pacientes con TMG sobre la intervención en psicodrama

5. METODOLOGÍA:

5.1. Tipo de estudio

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema planteado y los objetivos formulados, se ha diseñado un estudio de metodología mixta: cuantitativa y cualitativa. Con esta metodología se pretende ampliar el alcance de la investigación, complementando los resultados de un método apoyados con los del otro, buscando la confirmación entre los datos cuantitativos y cualitativos. La agrupación de ambos procesos nos permite tener una visión holística del fenómeno a estudiar, alcanzando así un abordaje integral. ⁽¹⁸⁾

“El método cualitativo y cuantitativo provienen de dos corrientes filosóficas distintas, una positivista, que busca la verdad y la otra más bien interpretativa tratando de entender la realidad, sin embargo, todos reconocemos que tanto la verdad como la realidad están superpuestas” J.Brannen ⁽¹⁹⁾

En este estudio se conservarán las estructuras y procedimientos de cada método, llamadas según Sampieri “forma pura de métodos mixtos”. ⁽¹⁸⁾

Desde la perspectiva cuantitativa se llevará a cabo un ensayo clínico aleatorizado y controlado. Los pacientes se distribuirán de forma aleatoria en dos grupos: un grupo experimental cuyos sujetos recibirán la intervención en psicodrama y un grupo control con las mismas características que el grupo experimental, que no recibirá dicha intervención y al que se le hará seguimiento habitual.

El enfoque cualitativo será de tipo fenomenológico, basado en el paradigma naturalista, se tendrán en cuenta los pacientes que participen en la intervención y la recogida de datos se realizará a lo largo del estudio mediante la observación y entrevistas. ^(18,20)

El diseño elegido será por tanto de triangulación concurrente (DITRIAC). La recogida de datos se realizará de forma simultánea y los resultados se integrarán en la fase de interpretación. Este diseño se utiliza para corroborar los resultados y validar la información entre datos cualitativos y

cuantitativos, lo que permite aprovechar las ventajas y minimizar las debilidades de ambos métodos.⁽¹⁸⁾

5.2. **Ámbito de estudio**

El estudio se llevará a cabo en el Hospital de Bermeo, Vizcaya (Ilustración 2). Es un hospital público situado en la costa vasca, a 40Km de Bilbao. Forma parte de la Red de Salud Mental de Vizcaya, y pertenece al Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

Se trata de un centro de rehabilitación psiquiátrica, cuenta con cinco unidades y una capacidad aproximada de 140 pacientes. Es un hospital abierto, en el que los usuarios reciben el tratamiento y combinan la estancia en el hospital con salidas y permisos al exterior, lo que permite el contacto con su entorno natural. La estancia media es de uno a dos años.



Ilustración 2. Hospital de Bermeo, Vizcaya

5.3. **Periodo de estudio**

El periodo de estudio será de 9 meses.

5.4. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Con el fin de recopilar la información científica más relevante sobre el tema de estudio y elaborar el marco de referencia de la investigación, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica informatizada el mes de abril de 2017. Se han consultado bases de datos del ámbito de ciencias de la salud, tanto de cobertura nacional como internacional, empleando diferentes límites y utilizando palabras clave en términos MeSH. Se han incluido revisiones sistemáticas y artículos científicos en idiomas inglés y español, con un límite de publicación de 10 años con el fin de consultar información lo más actualizada posible. (Tabla II)

Tabla I. Estrategia de búsqueda bibliográfica

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	RESULTADOS	ESTUDIOS PERTINENTES
COCHRANE PLUS	(psicodrama) AND (trastorno mental)	3	2
PUBMED	"psychodrama"[MeSH Terms] AND "schizophrenia"[MeSH Terms]	18	3
CINAHL	"psychodrama"	9	0
DIALNET (Portal de difusión)	"psicodrama"	37	5
CUIDEN	"psicodrama"	6	2

5.5. Población a estudio

5.5.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con TMG según criterios del NIMH ingresados en el Hospital de Bermeo
- Ambos sexos. Edades entre 18 y 60 años
- Pacientes sin sintomatología psicótica positiva

- No consumo de tóxicos (excepto tabaco)
- Aceptar la participación en el grupo de Psicodrama
- Dar el consentimiento para participar en la investigación

5.5.2. Criterios de exclusión

- Descompensación psicopatológica.
- Consumo de drogas.
- Patología orgánica incapacitante o retraso mental.
- Negativa a participar en el grupo.

5.6. Recogida de datos y mediciones

En consideración al diseño establecido, los instrumentos y estrategias que se utilizarán para la obtención de la información son:

5.6.1. Fase cuantitativa

De cada paciente incluido en el estudio se estudiarán las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas: edad (expresada en años), sexo (hombre/mujer), nivel de estudios.
- Variables clínicas: tipo de diagnóstico dentro del TMG, días de ingreso.
- Escalas validadas:
 - Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP) ⁽²¹⁾

Autores: Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bousoño M, Bascaran MT, Guzmán-Quilo C, Bobes J.

Se utilizará la versión española. Se trata de una escala que evalúa el funcionamiento del paciente durante el último mes en las siguientes áreas: a) autocuidado, b) actividades sociales habituales, c) relaciones personales y sociales, d) comportamientos perturbadores y agresivos. Utiliza los niveles de gravedad: ausente, leve, manifiesta, marcada, grave y muy grave. La puntuación va de 1 a 100 (dividida en 10 intervalos), de peor a mejor funcionamiento. Es heteroaplicada,

semiestructurada y el tiempo de administración es de 10-30 minutos.
(ANEXO I)

➤ Escala de Calidad de vida (Quality of Life Scale)⁽²²⁾

Autores: Rodríguez Fornells A, Rodríguez A, Jarne Esparcia A, Soler Pujol R, Miarons R, Grau Fernández A.

Se utilizará la versión española. Consta de 21 ítems que se agrupan en las siguientes 4 categorías o factores: funciones intrapsíquicas, relaciones interpersonales, rol instrumental, uso de objetos comunes y actividades cotidianas. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 valores, que oscila entre 0 (mayor grado de disfunción en ese ítem) y 6 (normalidad). El marco de referencia temporal son las 4 semanas anteriores.

Debe ser administrada por un profesional entrenado en el uso de la escala mediante una técnica de entrevista semiestructurada. La propia escala, en el cuadernillo de aplicación proporciona una serie de preguntas orientativas para la evaluación de cada ítem. Además, proporciona también descripción detallada de qué se pretende evaluar con cada uno de los ítems, y criterios operativos para la asignación de las puntuaciones. Proporciona una puntuación global que es la suma de las puntuaciones en todos los ítems de la escala excepto el 12 de satisfacción. También proporciona puntuaciones en cada uno de los 4 factores; se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems que los constituyen. No existen puntos de corte. A mayor puntuación, mejor funcionamiento del paciente en esa categoría. (ANEXO II)

Los cuestionarios empleados se administrarán en dos momentos diferentes, dos meses previos y dos meses posteriores a la intervención, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, para analizar si han existido variaciones en las escalas y poder comparar los resultados obtenidos.

5.6.2. Fase cualitativa

Se realizará una utilización combinada de técnicas, a través de la entrevista y la observación:

- Entrevistas semiestructuradas: con ellas se pretende recoger la visión subjetiva del entrevistado en relación a la experiencia en el grupo de psicodrama. Se realizarán de forma individual tras la participación en la intervención. Tendrán duración de 30-45 minutos y serán grabadas en audio para facilitar su posterior análisis. Al ser semiestructurada, se realizará un guion con preguntas abiertas con el fin de reconducir la entrevista para que los participantes muestren sus sentimientos y emociones. (ANEXO III)
- Observación: la observación científica se caracteriza por hacerse de un modo deliberado, sistemático y consciente. Una de sus ventajas es que permite identificar diferencias entre lo que los sujetos dicen y lo que se observa. Se trata de observación participante, ya que el observador se integra en la realidad que estudia, participando en las actividades del grupo.

Se realizará durante los grupos de psicodrama. Para poder registrar de la mejor forma la información observada, se realizará mediante material narrativo, a través de auto-registros de los participantes que contarán con un diario, y notas del investigador a través de un cuaderno de campo. Los registros se realizarán después de cada sesión de psicodrama, de forma separada, indicando siempre la fecha y hora.

5.7. Selección de la muestra

Se seleccionarán a aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión y estén interesados en participar en la investigación. Se realizará un muestreo concurrente para métodos mixtos, según el diseño cuantitativo y cualitativo.

5.8. Proceso de aleatorización

Se realizará un muestreo aleatorio simple para asignar a cada paciente al grupo experimental y al grupo control mediante un programa informático. A su vez el grupo intervención se dividirá en cuatro grupos también de forma aleatoria para poder llevar a cabo las sesiones de psicodrama.

5.9. Justificación del tamaño muestral

El tamaño muestral a incluir en cada uno de los grupos de estudio estará determinado con el fin de detectar diferencias significativas en la media del funcionamiento global y la calidad de vida en los pacientes que experimenten mejoría en uno y otro grupo. Teniendo en cuenta los valores medios de la puntuación total de las escalas de calidad de vida (QLS) y Funcionamiento Personal y Social (PSP) se estima una desviación de 25 puntos, con un nivel de confianza del 95% y un poder estadístico del 80%, para determinar una diferencia de 15 puntos en la escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP), y asumiendo una probabilidad de pérdidas del 10% el tamaño muestral sería de $n= 48$ pacientes en cada grupo. Este tamaño muestral también es significativo para determinar diferencias en la escala de calidad de vida.

Para el diseño cualitativo se realizará un muestreo teórico intencionado partiendo de los $n=48$ pacientes que formarán parte del grupo de intervención hasta alcanzar la saturación.

5.10. Descripción de la intervención

Tras el consentimiento por parte de la dirección y los comités del Hospital de Bermeo, se realizará una reunión con el equipo en el cual se explicarán los objetivos del estudio y la metodología a seguir.

Tras la selección de los participantes se programarán las sesiones de psicodrama. Una enfermera especialista en salud mental del Hospital de Bermeo, con formación en técnicas psicodramáticas, será la encargada de desarrollar las sesiones y actuará como investigadora principal con la ayuda de otra enfermera especialista en salud mental con experiencia investigadora. Para el análisis de los datos se contará con la colaboración de dos psiquiatras del centro que desconocerán la asignación de los pacientes a uno u otro grupo, además participará un profesional de bioestadística para el análisis e interpretación de resultados.

Grupo experimental: recibirán la intervención que consistirá en la realización de un “Taller de Psicodrama” (ANEXO IV). Se formarán 4 grupos, con 12 participantes cada uno. Se llevarán a cabo 8 sesiones, que tendrán una duración aproximada de 2 horas y una periodicidad semanal.

Además de la intervención continuarán con el mismo tratamiento que estaban recibiendo previo al estudio.

Grupo control: continuarán con el mismo tratamiento que estaban recibiendo previo a la participación en el estudio.

5.11. Análisis de los datos

La recogida, interpretación y análisis de datos se llevará a cabo por la investigadora principal, con ayuda del resto del personal colaborador (enfermera, 2 psiquiatras y bioestadístico), contrastando los datos obtenidos a lo largo del estudio con el fin de aproximarse a una descripción detallada del proceso.

5.11.1. Análisis cuantitativo

Al inicio, se cribará la información obtenida en las bases de datos para poder identificar observaciones erróneas.

Se realizará un análisis descriptivo de ambos grupos al principio y al final de la investigación, para poder comparar la efectividad de la terapia, a través del contraste de hipótesis, con el objetivo de interpretar las diferencias encontradas entre ambos grupos. Las variables cuantitativas se estudiarán mediante medidas de tendencia central y dispersión, y las cualitativas mediante porcentajes y frecuencias.

Para determinar si existen cambios significativos en las escalas empleadas tras la realización de la intervención, se empleará el test t de Student de datos pareados. Para el caso de variables cualitativas, se empleará el test de McNemar. Se analizará si los cambios registrados se asocian con otras variables. Para ello se utilizará el test t de Student para el caso de variables cuantitativas o el test Chi cuadrado para el caso de variables cualitativas. Se utilizarán modelos de regresión múltiple lineal y logística para determinar variables asociadas de forma independiente a la mejoría experimentada.

Este análisis se completará con distintas representaciones gráficas. Se empleará el paquete estadístico R-Commander.⁽²³⁾

5.11.2. Análisis cualitativo

En los estudios cualitativos, la información se analiza según se va recogiendo, lo que permitirá rediseñar la metodología, siendo flexibles y con capacidad de retroalimentación.

Para dar una estructura a los datos se realizará la organización de la información, por lo que se revisará todo el material recogido mediante las entrevistas y la observación (auto-registros y notas del investigador).

Tras esta revisión, se realizará la transcripción, para realizar un análisis temático identificando la esencia del fenómeno, teniendo en cuenta los objetivos de la investigación. Estas transcripciones serán revisadas de

nuevo para identificar palabras y textos que supongan una primera clasificación y organización de los datos.

Los datos obtenidos se clasificarán en categorías para agrupar todos los temas según significados compartidos. Las categorías se irán creando y modificando conforme avanza el análisis, agrupándolas en función de patrones mediante códigos, de forma que se asignen los temas a cada unidad de análisis.

La información obtenida se analizará con el fin de establecer relaciones y mapas conceptuales para entender el fenómeno estudiado. Se utilizará como apoyo la herramienta informática de soporte al análisis de textos ATLAS.TI 7.

Tanto la recogida como el análisis se realizarán hasta la saturación teórica, cuando los temas y categorías de los datos se hagan repetitivos y redundantes, buscando la percepción de los pacientes sobre la participación en el grupo de psicodrama.

5.11.3. Integración de resultados

Tras el análisis cuantitativo y cualitativo, se realizará la fase de integración a través de la triangulación de resultados. Ambos métodos se centran en aspectos y objetivos específicos diferentes, pero son complementarios entre sí, llevando a un enfoque más completo.

Se analizará si los datos se confirman mutuamente, apoyando conclusiones sobre la efectividad de la intervención. El manejo de los datos será planteado como un complemento y no una competencia para poder identificar la verdadera esencia de los acontecimientos.

5.11. Criterios de rigor

Para garantizar la calidad del análisis cualitativo se tendrán en cuenta unos criterios de rigor. La credibilidad se alcanzará con la triangulación mediante distintas fuentes y técnicas de recogida de datos. También se utilizarán dos investigadores con experiencia para analizar la información recogida.

La consistencia expresa la estabilidad y replicabilidad del estudio. Para alcanzarla se realizará una descripción minuciosa del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos. También se utilizará la triangulación de los resultados.

La confirmabilidad se garantizará mediante una posición de neutralidad del investigador para asegurar la autenticidad de los resultados obtenidos. Se realizarán transcripciones textuales y se contrastarán los resultados con la literatura existente. Se tendrá en cuenta el rol del investigador y se explicarán los posibles sesgos que pueda cometer.

La transferibilidad se entiende como la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Para asegurar dicho criterio se expondrá una descripción detallada del estudio.

5.12. Limitaciones

Una de las limitaciones es la imposibilidad de doble ciego, ya que el investigador y los participantes conocerán quienes pertenecen al grupo experimental y al control. Esto se intentará solventar en la fase de análisis de datos, ya que la persona que los analice, en este caso los clínicos, no conocerán la identidad de cada grupo.

Para minimizar el sesgo de información, es decir, la forma en la que se obtienen los datos de las diferentes variables, la recogida de información se realizará de forma minuciosa, de la historia clínica y se emplearán cuestionarios validados.

También puede darse el sesgo de aprendizaje, que puede suceder al usar el mismo instrumento de medida antes y después de la intervención. No obstante, esto se intentará minimizar dejando pasar al menos seis meses entre mediciones.

El estudio también puede verse sesgado por el abandono del programa antes de su finalización. Esto se intenta solventar con la estimación de pérdidas establecidas en el cálculo de tamaño muestral.

6. CRONOGRAMA

Tabla II. Cronograma del proyecto

ACTIVIDADES	MESES								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Revisión bibliográfica									
Planificación y selección de la muestra									
Evaluación inicial									
Intervención en Psicodrama									
Técnicas de observación y entrevistas									
Evaluación final									
Análisis e interpretación de los datos									
Resultados e informes									

7. ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto se llevará a cabo respetando los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación, los principios promulgados en la Declaración de Helsinki⁽²⁴⁾, las normas de Buena Práctica Clínica⁽²⁵⁾ y se respetará en su totalidad el Código Deontológico de la Enfermería Española.

Se pondrá en conocimiento y se solicitará autorización para la realización del estudio al Comité Ético de Investigación Clínica de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) y al Comité de Ética Asistencial de la Red de Salud Mental de Vizcaya.

Se tendrá en cuenta la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁽²⁶⁾ que regula el derecho a la información del usuario y el derecho al consentimiento informado. Se facilitará hoja informativa (ANEXO V) y consentimiento informado a todos los participantes (ANEXO VI). En caso de que algún sujeto estuviera incapacitado legalmente se solicitará por escrito el consentimiento del mismo así como el de su tutor legal, ya sea un familiar o el Instituto Tutelar de Vizcaya (ITB).

Se tendrá en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal⁽²⁷⁾ que regula el uso de la historia clínica del usuario, permitiendo el acceso con fines de investigación. Se garantizará la confidencialidad de las grabaciones y su carácter anónimo, así como de las transcripciones de las entrevistas y todos los datos recogidos del paciente. Los resultados obtenidos se emplearán exclusivamente para los fines de la investigación.

8. APLICABILIDAD

La realización de esta investigación tiene la finalidad de determinar si la intervención en psicodrama es efectiva en pacientes con TMG, dentro del proceso de rehabilitación, mejorando el funcionamiento personal y social, así como la calidad de vida.

Hasta la actualidad, no hay evidencia suficiente disponible sobre los beneficios de esta terapia, por lo que si se confirmara su efectividad, se podría optimizar esta intervención dentro del campo de la rehabilitación psicosocial. La mejora del funcionamiento social en estos pacientes se podría reflejar en un mayor cumplimiento terapéutico y desarrollo de habilidades para la integración temprana en la comunidad, reduciendo el tiempo de estancia en las unidades de rehabilitación.

Por tanto si se confirma la hipótesis alternativa, se podría implementar esta terapia dentro de la cartera de servicios de la Red de Salud Mental de Vizcaya y realizar investigaciones más amplias, con el fin de guiar la práctica clínica.

9. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras la elaboración de este proyecto de investigación se pretenden divulgar en medios nacionales e internacionales, tanto en revistas como en congresos científicos del ámbito de la salud mental.

Revistas:

- Psiquiatría y salud mental (Factor de Impacto JCR año 2015: 1.650)
- Actas españolas de psiquiatría (Factor de Impacto JCR año 2015: 0.813)
- Enfermería Clínica (Factor de Impacto SJR año 2015: 0.245)
- Index de Enfermería (Factor de Impacto SJR año 2015: 0.142)

- International Journal of Mental Health Nursing (Factor de Impacto SJR año 2015: 0.835)

Congresos:

- Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM)
- Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental
- Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría (Interpsiquis)
- Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Investen (Instituto de Salud Carlos III)

10. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

10.2. Recursos necesarios

Infraestructura:

El estudio se llevará a cabo en las instalaciones del Hospital de Bermeo perteneciente a la Red de Salud Mental de Vizcaya. Se realizará en una sala de grupos equipada con sillones, colchonetas y mesas. También se contará con dos despachos equipados con material de oficina.

Recursos humanos:

- Dos enfermeras especialistas en Salud Mental con experiencia investigadora y en realización de grupos, una será la investigadora principal del proyecto y la otra como colaboradora. Ambas se encargarán de la implementación y desarrollo de la intervención, así como de la recogida y análisis de datos.
- Dos psiquiatras que colaborarán en el análisis de los datos
- Un profesional de bioestadística para el análisis e interpretación de los datos obtenidos que será contratado durante dos meses a tiempo parcial

Recursos materiales:

- Material fungible de oficina: bolígrafos, rotuladores, folios, cartulinas, cuadernos, carpetas, tinta para impresora
- Material inventariable: ordenador, impresora, lápiz usb

Otros gastos:

- Inscripción y asistencia a congresos
- Traducción del artículo
- Pago revistas Open Acces

Tabla III. Memoria económica

CONCEPTO	COSTE
RECURSOS HUMANOS	
1 Enfermera Investigadora Principal	0€
1 Enfermera Colaboradora	0€
2 Clinicos (Psiquiatras)	0€
1 Estadístico tiempo parcial (2 meses)	1000€
RECURSOS MATERIALES	
Material de oficina	200€
Ordenador Portátil (1 unidad)	500€
Impresora (1 unidad)	300€
Lápiz USB (4 unidades)	20€
OTROS GASTOS	
Inscripción y asistencia a congresos	2000€
Traducción artículo	300€
Pago revistas Open Acces	1800€
TOTAL	6120€

10.3. Posibles fuentes de financiación

Para llevar a cabo este proyecto de investigación se buscará la financiación a través de distintos organismos públicos y privados:

- Ayudas a proyectos de investigación en salud. Osakidetza (Servicio Vasco de Salud)
- Ayudas a proyectos de investigación del Instituto de Salud Carlos III
- Premio investigación y beca ANESM
- Premios Enfermería en Desarrollo

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº2007/05.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2011.
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
4. Perestelo Pérez L, Rivero Santana AJ, González Lorenzo M, Pérez Ramos J. Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO Nº 2007/14.
5. Gisbert Aguilar, C. et al. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo.[Internet] AEN. Madrid 2003; [citado 15 abril 2017] 4:133-187 .Disponibile en:

https://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf

6. Modelo de Atención a personas con enfermedad mental grave. Documento de consenso. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006
7. Lorente Sanz, E. Una experiencia terapéutica del uso del teatro en salud mental. TOG -A Coruña. [Internet] 2014 [citado 15 abril 2017] 11(20):1-15. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original4.pdf>
8. Filguera Bouza, M. La Terapia Psicodramática (desde el enfoque clásico moreniano). Rev Vínculos.[Internet] 2013 Jun [citado 15 abril 2017] 1:5-40. Disponible en: http://www.itgpsicodrama.org/revista_vinculos.html
9. Rojas Bermúdez, R. Actualizaciones en Psicodrama: imagen y acción en la teoría y la práctica. A Coruña: Spiralia Ensayo. 2012.
10. Gómez Holgado, F; Belloso Roperó, JJ. Psicodrama en una unidad de psicoterapia. Rev. Psicoterapia y Psicodrama. 2014. 3:7-22
11. Granada López J. M, Cols. Manual de enfermería psiquiátrica. Barcelona, Editorial Glosa, S.L., 2009
12. Werner O'Toole, Rouslin Welt S. Teoría Interpersonal en la práctica de la enfermería. Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. Barcelona: Masson; 1996.
13. National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE Clinical Guideline 178. NICE 2014
14. Qu Y, Li Y, Xiao G. The efficacy of dramatherapy in chronic schizophrenia. (2009) Chinese Journal of Psychiatry, 33(4):237-9.
15. Ruddy RA, Dent-Brown K. Dramaterapia para la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford:

- Update Software Ltd. [citado 15 abril 2017] Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>.
16. Kipper DA, Ritchie TD. The effectiveness of psychodramatic techniques: a meta-analysis. (2003) *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 2003; 7(1): 13-25
 17. Attard A, Larkin M. Art Therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:1067-7
 18. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. (5ª ed). Mexico: McGrawHill; 2010
 19. Brannen J. *Mixed methods research*, National Centre for Research Methods, Institute of Education, University London. 2005.
 20. Salamanca Castro, AB. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. *Nure Inv [Internet]*. 2006 Sept-Oct. [Citado 15 abril 2017]; 3(24). Disponible en <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/288>
 21. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bousoño M, Bascaran MT, Guzmán-Quilo C, Bobes J. Validation of the Spanish Personal and Social Performance scale (PSP) in outpatients with stable and unstable schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]*. 2011 Jan. [Citado 15 abril 2017] ;4(1):9-18. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-validacion-version-espanola-escala-funcionamiento-S1888989111000024#elsevierItemBibliografias>
 22. Rodriguez Fornells A, Rodriguez Martínez A, Jarne Esparcia, A. Estudio factorial y adaptación de la escala de Calidad de Vida en la esquizofrenia (QLS). *Rev de Psicol Gral y Aplic*. 1995, 48 (3): 353-365
 23. Rcmdr 2.2-1 [Software libre]. R versión 3.2.2 (2015-08-14)

24. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Francia: WMA; Asociación médica mundial [citado 15 abril 2017]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
25. Normas de buena práctica clínica. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. [citado 15 abril 2017]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/industria/inspeccionBPC/docs/guia-BPC_octubre-2008.pdf.
26. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15/11/2002).
27. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14/12/1999).

12.ANEXOS

ANEXO I. Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP)

Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP) y algoritmo de puntuación.

7. Puntúe el grado de disfunción del paciente durante el *último mes* en las siguientes 4 áreas principales. Para determinar el grado de disfunción ha de utilizar los *criterios operativos* que se facilitan a continuación. Observe que hay unos criterios comunes para las áreas a-c y otros criterios específicos para el área d.

	Ausente	Leve	Manifiesta	Marcada	Grave	Muy grave
a. Autocuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Relaciones personales y sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Actividades sociales habituales, incluidos trabajo y estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Comportamientos perturbadores y agresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Niveles de gravedad áreas a-c</i>
(i) Ausente
(ii) Leve: solamente conocido por alguien muy cercano a la persona
(iii) Manifiesto: dificultades claramente perceptibles por cualquiera, aunque no interfieren sustancialmente con la capacidad de la persona para realizar su actividad en dicha área, teniendo en cuenta el contexto sociocultural, edad, sexo y nivel de educación de la persona
(iv) Marcado: las dificultades interfieren considerablemente con el desempeño de la actividad en esa área; sin embargo, la persona todavía es capaz de realizar algunas cosas sin ayuda profesional o social, si bien inadecuada u ocasionalmente; si es ayudada por alguien es capaz de alcanzar el nivel de funcionamiento anterior
(v) Grave: dificultades que hacen que la persona sea incapaz de realizar cualquier actividad en esa área, si no es ayudada profesionalmente, o lleva a la persona a una actividad destructiva; sin embargo, no hay riesgos de supervivencia
(vi) Muy grave: deterioros y dificultades de tal intensidad como para poner en peligro la supervivencia de la persona
<i>Niveles de gravedad área d</i>
(i) Ausente
(ii) Leve: grosería, insociabilidad o quejas leves
(iii) Manifiesto: hablar demasiado alto o hablar con otros de una forma demasiado familiar o comer de una forma socialmente inaceptable
(iv) Marcado: insulta a otros en público, rompe o tira objetos, actúa frecuentemente de una forma socialmente inapropiada, pero no peligrosa (p. ej., desnudarse u orinar en público)
(v) Grave: amenazas verbales o agresiones físicas frecuentes, sin intención ni posibilidad de lesiones graves
(vi) Muy grave: actos agresivos frecuentes, dirigidos a causar lesiones graves

2. Seleccione un intervalo de 10 puntos. La selección del intervalo de 10 puntos se basa en los grados de disfunción que ha determinado para las 4 áreas principales: *a)* autocuidado; *b)* relaciones personales y sociales; *c)* actividades sociales habituales, incluidos trabajo y estudio; y *d)* comportamientos perturbadores y agresivos.

100- 91	Funcionamiento excelente en las 4 áreas principales. Se le tiene en elevada consideración por sus buenas cualidades, afronta adecuadamente los problemas de la vida, está involucrado en un amplio rango de intereses y actividades
90- 81	Funcionamiento bueno en las 4 áreas principales, presencia tan sólo de problemas o dificultades comunes
80- 71	Dificultades leves en una o más áreas a-c
70- 61	Dificultades manifiestas, pero no marcadas en una o más áreas a-c o dificultades leves en d
60- 51	Dificultades marcadas en una de las áreas a-c, o dificultades manifiestas en d
50- 41	Dificultades marcadas en 2 o más áreas, o dificultades graves en una de las áreas a-c, con o sin dificultades manifiestas en d
40- 31	Dificultades graves en una área y dificultades marcadas en al menos una de las áreas a-c, o dificultades marcadas en d
30- 21	Dificultades graves en 2 áreas a-c, o dificultades graves en d, con o sin deterioro en las áreas a-c
20- 11	Dificultades graves en todas las áreas a-d o muy graves en d con o sin deterioro en las áreas a-c. Si la persona reacciona a provocaciones externas las puntuaciones sugeridas son 20-16; si no, las puntuaciones sugeridas son 15-11
10- 1	Falta de autonomía en el funcionamiento básico con comportamientos extremos, pero sin riesgos de supervivencia (puntuaciones 6-10) o con riesgo de supervivencia, p. ej. riesgo de muerte por malnutrición, deshidratación, infecciones, incapacidad para reconocer situaciones de peligro manifiesto (puntuaciones 1-5)

3. Ajuste dentro del intervalo de 10 puntos

- El nivel de disfunción en otras áreas deberá tenerse en cuenta para ajustar la puntuación dentro del intervalo decimal (p. ej., de 31 a 40), como:
 - ⦿ Cuidados de salud física y psicológica
 - ⦿ Alojamiento, área de residencia, cuidado de la vivienda
 - ⦿ Contribución a las actividades del hogar, participación en la vida familiar o en la vida del centro de día/residencial
 - ⦿ Relaciones íntimas y sexuales
 - ⦿ Cuidado de los niños
 - ⦿ Red social, amigos y colaboradores
 - ⦿ Ajuste a las normas sociales
 - ⦿ Intereses generales
 - ⦿ Uso del transporte, teléfono
 - ⦿ Estrategias de afrontamiento en situaciones de crisis
- El riesgo y el comportamiento suicida no se tienen en cuenta en esta escala.

4. Registre, entre 0-100, la **puntuación final**:

ANEXO II. Escala de calidad de vida (QLS)

Instrucciones para el clínico: Marque con un círculo la puntuación más adecuada a cada ítem, después de la entrevista clínica. Consulte el manual para la valoración de los ítems, que contiene la definición, descripción de los puntos más importantes y el método de valoración.

Relaciones interpersonales y red social								
1. Miembros de la unidad familiar	0	1	2	3	4	5	6	9
2. Amigos	0	1	2	3	4	5	6	
3. Conocidos	0	1	2	3	4	5	6	
4. Actividad social	0	1	2	3	4	5	6	
5. Red social	0	1	2	3	4	5	6	
6. Iniciativas sociales	0	1	2	3	4	5	6	
7. Retraimiento social	0	1	2	3	4	5	6	
8. Relaciones sociosexuales ⁰	1	2	3	4	5	6		
Rol instrumental								
9. Extensión	0	1	2	3	4	5	6	
10. Idoneidad	0	1	2	3	4	5	6	
11. Desempleo	0	1	2	3	4	5	6	
12. Satisfacción	0	1	2	3	4	5	6	9
Funciones intrapsíquicas y objetos y actividades comunes								
13. Propósito	0	1	2	3	4	5	6	
14. Motivación	0	1	2	3	4	5	6	
15. Curiosidad	0	1	2	3	4	5	6	
16. Anhedonía	0	1	2	3	4	5	6	
17. Utilización del tiempo	0	1	2	3	4	5	6	
18. Objetos	0	1	2	3	4	5	6	
19. Actividades	0	1	2	3	4	5	6	
20. Empatía	0	1	2	3	4	5	6	
21. Interacción	0	1	2	3	4	5	6	
Puntuación de los factores:								
I. Relaciones interpersonales (1-8): _____								
II. Rol instrumental (9-11): _____								
III. Funciones intrapsíquicas (13-17, 20-21): _____								
IV. Objetos y actividades comunes (18-19): _____								
Puntuación total (ítems 1-11, 13-21): _____								

ANEXO III. Entrevista semiestructurada

CÓDIGO DEL PACIENTE:

FECHA:

Hora de Inicio/Fin:

El motivo de la presente entrevista es recoger información sobre el comportamiento, actitudes, participación, comunicación y aspectos reseñables que observe de su funcionamiento personal, tanto positivos como negativos, tras la participación en el “Taller de Psicodrama”

Le realizaré una serie de preguntas, que podrá responder de forma voluntaria, y de hacerlo será con sinceridad.

1. ¿Cómo se ha sentido durante y después de las sesiones?
2. ¿Considera que la realización del “Taller de Psicodrama” le ha aportado beneficios personales? Si la respuesta es afirmativa, indique qué aspectos cree que ha beneficiado.
3. ¿Ha detectado algún cambio importante en su funcionamiento personal? Si la respuesta es afirmativa, indique qué cambios ha detectado
4. ¿Ha detectado algún cambio importante en sus relaciones sociales? Si la respuesta es afirmativa, indique qué cambios ha detectado.
5. ¿Le ha surgido algún conflicto durante o después de la intervención? En caso afirmativo, explique los acontecimientos ¿Lo ha podido resolver por sí mismo?
6. ¿Considera que el “taller de psicodrama” ha influido en su calidad de vida?
7. Puede añadir cualquier comentario que considere importante

ANEXO IV. Intervención en psicodrama

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES DE PSICODRAMA

Todas las sesiones estarán estructuradas en tres fases: caldeamiento, dramatización y clausura.

➤ CALDEAMIENTO

Se preparará el encuentro psicodramático. Se presentarán los objetivos del taller y de la sesión. Se pone en contacto Director y Auditorio, disminuyendo la tensión y facilitando la interacción. Se realizarán ejercicios de respiración como preparación antes de comenzar la dramatización.

➤ DRAMATIZACIÓN

Se llevarán a cabo las diferentes técnicas psicodramáticas propuestas.

➤ CLAUSURA

Análisis y debate sobre la dramatización. Expresión de sentimientos y experiencia personal, integrando los aspectos individuales y grupales y sus interacciones en cada sesión.

SESIÓN 1.

- Objetivos:
 - Presentación del taller y los participantes
 - Aumentar en conocimiento de cada uno de los participantes
 - Fomentar la espontaneidad del grupo
- Técnicas:
 - Auto-presentación: el protagonista se presentará a sí mismo verbalmente y mediante dramatizaciones simples (gestos, sonidos, movimientos, pantomimas...)
 - Técnica en espejo: el protagonista observará desde fuera su propia imagen mientras el ego-auxiliar ocupa su lugar y reproduce la representación que ha realizado.

SESIÓN 2.

- Objetivos:
 - Obtener conocimiento mutuo
 - Exploración de roles
- Técnicas:

Personaje: se realizará la interpretación de un personaje imaginario en quien nos gustaría o temeríamos encarnarnos.

- Escultura: se realizará la representación gráfica con los propios cuerpos de una imagen relacional y las vivencias asociadas. Se realizará en varios grupos.

SESIÓN 3.

- Objetivos:
 - Fomentar la comunicación y adaptación al medio
 - Aumentar la espontaneidad y expresión de emociones
- Técnicas:

Juego con objetos intermedios: se emplearán la música y la pintura, para facilitar la apertura de los canales de comunicación y entrenar la espontaneidad.

Psicodanza: se utilizará la música como soporte y la danza como vehículo de comunicación. Cada miembro será un receptor y vivenciará el estímulo musical a través del movimiento.

SESIÓN 4

- Objetivos:
 - Confrontar al grupo con un tema relevante
 - Comprobar la armonización entre la percepción propia y la ajena
- Técnicas:
 - Drama asociativo: se harán asociaciones libres en torno a un tema nuclear propuesto. Los conceptos se reducen hasta obtener un número equivalente al de participantes. Cada miembro asume un concepto y será el rol que deba representar.

- Cambio de roles: los sujetos cambiarán sus papeles para aportar “insight” sobre las vivencias contenidas en el lugar del otro y destapar las incongruencias en la comunicación.
-

SESIÓN 5

- Objetivos:
 - Explorar los problemas actuales
 - Conocer las expectativas sobre la intervención
- Técnica:
 - La tienda mágica: el director explicará que en la tienda mágica cada uno podrá obtener artículos que no se venden en una tienda normal (seguridad, autoestima, amor, reconocimiento...) y no podrá comprarlos con dinero, sino a cambio de un compromiso. El grupo deberá decidir si el compromiso es adecuado o si la persona podría ofrecer algo más a cambio de lo que quiere.
 -

SESIÓN 6

- Objetivos:
 - Fomentar la expresión de pensamientos y sentimientos reprimidos
- Técnicas:
 - Soliloquio: el director pedirá al protagonista que piense en una serie de imágenes, ideas y vivencias evocadas en un momento escénico. Se detendrá la escena y pedirá al protagonista que exprese en voz alta lo que está pensando, imaginando que los demás no le escuchan.
 - El doble: se pondrán en evidencia elementos no expresados por cada persona. Se realizará un cuestionamiento, en forma de preguntas, sobre la veracidad de lo que el protagonista está manifestando en la acción.
 -

SESIÓN 7

- Objetivo:
 - Explorar conductas defensivas y el poder para cambiarlas
- Técnica:

- Monodrama: se pide al grupo que si alguno tiene un problema, lo represente en el escenario, asumiendo todos los papeles de la situación interpersonal conflictiva, primero como la percibe y después como quisiera que fuese. El grupo lo presenta con la participación del conflicto que tiene cada uno semejante, empezando con la ayuda del director de una nueva acción dramática.

SESIÓN 8

- **Objetivos:**
 - Observar los mecanismos de respuesta ante diferentes situaciones
 - Adquirir técnicas de afrontamiento eficaces
- **Técnicas:**
 - Interpretación de resistencias: en primer lugar se enfrenta al protagonista a situaciones conocidas observando sus reacciones y realizando una confrontación con el grupo, posteriormente se cambia esta situación y actuación por situaciones temidas, confrontándolo nuevamente con el grupo.
 - Proyección hacia el futuro: con la proyección se realizará una representación de la situación tal como se anticipa (teme o desea) que será en un futuro.

ANEXO V. Modelo de hoja informativa

DOCUMENTACIÓN INFORMATIVA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: “Efectividad de una intervención en psicodrama en personas con Trastorno Mental Grave”

Este documento tiene como objeto ofrecer información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar que se realizará en las instalaciones del Hospital de Bermeo.

Objetivo del estudio: desarrollo de una intervención consistente en un “Taller de Psicodrama”. Se realizará como un complemento al tratamiento de rehabilitación que está recibiendo y la finalidad será evaluar su efectividad para mejorar el funcionamiento social y la calidad de vida.

¿Quién participará en el estudio? Se han establecido una serie de criterios, para asegurarse que se incluye a usuarios que puedan beneficiarse del estudio.

¿En qué consistirá el estudio? Se llevarán a cabo 8 sesiones de Psicodrama, de carácter semanal, a grupos de 12 personas y serán dirigidas por una Enfermera Especialista en Salud Mental. El Psicodrama es una técnica psicoterapéutica avalada para el tratamiento de personas con Trastorno Mental Grave. De cara a comprobar los resultados se realizarán entrevistas y se cumplimentarán escalas antes, durante y después de la intervención.

¿Recibiré información que se obtenga del estudio? Si lo desea, podrá recibir un resumen de los resultados alcanzados.

¿Qué debo hacer si acepto participar? La participación es totalmente voluntaria. Si Ud. acepta, deberá firmar el Consentimiento Informado. Si desea retirarse, puede hacerlo en el momento que quiera.

Puede preguntar todas las dudas que le surjan y será debidamente informado durante todo el proceso.

Para más información contacte con el Equipo Investigador

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO VI. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: EFECTIVIDAD DE UNA TERAPIA DE PSICODRAMA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

D./Dña.....

....., con DNI nº....., mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que:

Se me ha facilitado una hoja informativa sobre la finalidad del grupo de psicodrama, habiendo comprendido el significado del procedimiento.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y aclarar mis dudas.

He recibido suficiente información tanto verbal como escrita sobre la naturaleza y propósitos del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar

explicaciones y sin que esto repercuta en los cuidados proporcionados.

Por tanto, habiendo comprendido la información recibida, deseo manifestar mi voluntad de participar en el estudio y para ello otorgo mi consentimiento informado firmando el presente documento.

Firma del participante:

Firma del representante legal (personas tuteladas):

