

# **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

## **GRADO EN ENFERMERÍA**



**UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA**

### **ENFERMERÍA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA ESQUIZOFRENIA**

NURSING AND THERAPEUTIC ADHERENCE IN SCHIZOPHRENIA

**AUTOR**

**D. JOSÉ MANUEL NAVARRO RUIZ**

**DIRECTORA**

**Prof. <sup>a</sup> M<sup>a</sup> DOLORES RUIZ FERNÁNDEZ**



Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
Universidad de Almería

**Curso Académico**  
2018/2019  
**Convocatoria**  
Junio

## **RESUMEN**

El incumplimiento terapéutico y la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en la esquizofrenia constituyen un problema importante de salud pública, con grandes consecuencias negativas clínicas y económicas para la sociedad. El objetivo de esta revisión fue analizar la adherencia terapéutica en el paciente psiquiátrico y las estrategias que contribuyen a mejorarla, valorando el papel que ejerce la enfermería en este campo. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Scielo, Elsevier y Cuiden. Se utilizaron los siguientes términos DeCS y MeSH: “adherencia”, “tratamiento”, “esquizofrenia”, “enfermería” y “drogas”. Se incluyeron artículos, guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados, a texto completo, en inglés y español y con un periodo comprendido entre 2009 y 2019. Los estudios debían de tratar sobre la adherencia terapéutica o incumplimiento terapéutico en pacientes adultos con esquizofrenia. En el proceso de selección, y aplicando los criterios de búsqueda se obtuvieron 19 estudios. La conducta no adherente en la esquizofrenia está determinada por la falta de conciencia del paciente sobre su problema de salud, aunque influyen otros factores como, la información insuficiente facilitada a los pacientes, o la falta de comprensión de la propia enfermedad. Con el fin de mejorar la adherencia terapéutica se han utilizado intervenciones psicosociales, comunitarias y diferentes terapias de adherencia terapéutica, en las que ha participado la enfermería. Por tanto, existen diferentes factores que influyen en la adherencia terapéutica de estos enfermos y no existe un único tratamiento que permita mejorar la adherencia a la medicación. Los profesionales de enfermería tienen un gran papel en el cumplimiento terapéutico de estos enfermos.

- **Palabras claves:** adherencia, tratamiento, esquizofrenia, enfermería, fármacos.

**ABSTRACT**

The therapeutic noncompliance and the lack of adherence to pharmacological treatment in schizophrenia constitutes a major public health problem, with great negative clinical and economic consequences for society. The aim of this review was to analyze the therapeutic adherence in the psychiatric patient and the strategies that contribute to improving it, valuing the role that nursing plays in this field. A literature review was made in the databases: Pubmed, Scielo, Elsevier and Cuiden. The following DeCS terms were used: "adherence", "treatment", "schizophrenia", "nursing" and "drugs". We included articles, clinical practice guidelines and standardized care plans, in full text, in English and Spanish, and for a period between 2009 and 2019. These studies had to deal with therapeutic adherence or therapeutic noncompliance in adult patients with schizophrenia. In the selection process and applying the search criteria, 19 studies were obtained. Non-adherent behavior in schizophrenia is explained by the lack of awareness of the patient about his health problem, although other factors such as insufficient information provided to patients, or lack of understanding of the disease itself. In order to improve therapeutic adherence, psychosocial, community interventions and different therapeutic adherence therapies have been used, in which nursing has participated. Therefore, there are different factors that influence the therapeutic adherence of these patients and there is no single treatment that improves adherence to medication. Nursing professionals have a great role in the therapeutic compliance of these patients.

➤ **Keywords:** adherence, treatment, schizophrenia, nursing, drugs.

**ÍNDICE**

<b>1. INTRODUCCION</b> .....	1
1.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN.....	1
1.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	1
1.3 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA .....	1
1.4 SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA.....	2
1.5 TRATAMIENTO .....	4
1.6 ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	5
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	6
2.1 OBJETIVOS GENERALES.....	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFOS .....	7
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	7
<b>4. DESARROLLO</b> .....	9
4.1 REPERCUSIÓN DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.....	9
4.2 FACTORES IMPORTANTES DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	11
4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	12
<b>5. PROGRAMAS DE MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL</b> .....	17
<b>6. CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN</b> .....	18
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	20
<b>8. ANEXOS</b> .....	22
8.1 ANEXO 1 .....	22
8.2 ANEXO 2 .....	23

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Definición y conceptualización**

Los avances tecnológicos y médicos han permitido que hoy en día se haya cronificado enfermedades anteriormente mortales, entre estas las enfermedades mentales<sup>(1)</sup>. La esquizofrenia es una enfermedad, tipificada como trastorno mental grave, crónico y se caracteriza por la falta de consciencia de esta y el cumplimiento deficiente del tratamiento. La OMS define la esquizofrenia como “una psicosis, un tipo de enfermedad mental caracterizado por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta”<sup>(2)</sup>. Aunque se desconoce la causa precisa de la patología, se caracteriza por un deterioro del funcionamiento social, cognitivo y afectivo, afectando a la forma de actuar la persona, pensar y sentir<sup>(1)</sup>.

### **1.2 Epidemiología**

Si bien, la esquizofrenia puede ser sumamente incapacitante, es menos común que otros trastornos mentales graves. Alrededor de 7 u 8 personas de cada 1.000 desarrollarán esquizofrenia en su vida<sup>(3)</sup>. La probabilidad de padecer la enfermedad a lo largo de la vida se estima entre 0,7% y el 0,9% de la población en los países europeos<sup>(4)</sup>.

### **1.3 Tipos de esquizofrenia**

Existen diferentes subtipos de esquizofrenia, según CIE 10, Clasificación internacional de enfermedades mentales de la OMS<sup>(5)</sup>:

- Esquizofrenia paranoide: Se caracteriza por la aparición de delirios (de persecución, celos o de misiones que el paciente tiene que cumplir) y alucinaciones auditivas. Predominan los síntomas positivos sobre los negativos. Generalmente, los pacientes con esta patología suelen debutar con una edad mayor a la media y suelen tener buen pronóstico y mejor adherencia al tratamiento.

- Esquizofrenia hebefrénica: Se representa con ideas delirantes extrañas y fragmentadas y con tendencia a la divagación. La afectividad suele ser inapropiada, con risas en momentos poco adecuados y, también, acostumbra a verse un deterioro global de la personalidad, ya que este tipo de esquizofrenia se caracteriza por aparecer en mayor proporción en la adolescencia.
- Esquizofrenia catatónica: Principalmente, podemos ver dentro de este tipo la presencia de trastornos psicomotores - agitación, estupor, negativismo a la flexibilidad cérica y la catalepsia -. Es poco frecuente, pero es la que debuta en edades más tempranas y suele tener un peor pronóstico.
- Esquizofrenia indiferenciada: Se le llama así cuando no predomina la sintomatología de un tipo por encima de otra.
- Esquizofrenia residual: Se trata de una etapa avanzada de la enfermedad, al menos de 1 año de evolución, en la que vemos una ausencia de síntomas positivos y en caso de que estén presentes se encuentran atenuados. Sin embargo, los pacientes mantienen una continua alteración de síntomas negativos.
- Esquizofrenia simple: Es muy poco frecuente; en ella, desde el inicio podemos ver gran variedad de síntomas negativos y un grave deterioro social<sup>(4)</sup>.

#### **1.4 Síntomas de la esquizofrenia**

Podemos encontrar tres amplias categorías<sup>(4)</sup>:

##### **Los síntomas positivos:**

Son comportamientos psicóticos que generalmente no se ven en personas sanas. Las personas con síntomas positivos pueden perder el contacto con la realidad. Los

síntomas positivos incluyen las alucinaciones, los delirios, los trastornos del pensamiento y los trastornos del movimiento.

**Los síntomas negativos:**

Están asociados con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. “Afecto plano” (disminución en la expresión de emociones a través del rostro o tono de voz), falta de satisfacción en la vida diaria, dificultad para comenzar y mantener actividades y reducción del habla.

**Los síntomas cognitivos:**

De la esquizofrenia son sutiles para algunas personas y más graves para otras, Los síntomas cognitivos incluyen:

- Deficiencia en el “funcionamiento ejecutivo” (capacidad para comprender información y usarla para tomar decisiones).
- Problemas para concentrarse o prestar atención.
- Problemas con la “memoria operativa”, también conocida como “memoria de trabajo” (capacidad para usar información inmediatamente después de haberla aprendido).

La esquizofrenia afecta a las familias y la sociedad. Cuando la cognición esta disminuida se asocia a malos resultados sociales y laborales, lo que puede originar angustia a las personas con esquizofrenia<sup>(4)</sup>. Muchas de las personas con este trastorno tienen un problema importante para mantener un trabajo o cuidarse y esto puede hacer que dependan de otros y crear una dependencia. Es común el estigma en torno a la esquizofrenia, por lo que estas personas con esta patología a menudo prefieren no hablar sobre esta enfermedad, ni quieren obtener el tratamiento adecuado<sup>(6)</sup>.

## 1.5 Tratamiento

Un buen tratamiento ayuda a que muchos pacientes se recuperen y puedan perseguir sus metas en la vida, aunque las personas con esquizofrenia pueden tener síntomas durante toda su vida, pero pueden gestionar sus síntomas <sup>(6)</sup>.

El tratamiento de la esquizofrenia necesita un buen y amplio enfoque, que sea integrador e interdisciplinar, debe de incluir medicación, psicoterapia y tratamientos psicosociales individuales o grupales. Las terapias grupales ofrecen un contexto realista, igualitario, horizontal y neutral donde se desarrollan múltiples interacciones que mejoran la conciencia de esta enfermedad, el aprendizaje interpersonal, la cohesión grupal, mayor autonomía del paciente y mejora de la relación terapéutica<sup>(3)</sup>.

El tratamiento farmacológico a utilizar en esta patología consta de los siguientes tipos o grupos de fármacos:

- Tipos de antipsicóticos típicos: haloperidol, levomepromacina, clorpromacina, sulpiride y tiaprida<sup>(7)</sup>.
- Tipos de antipsicóticos atípicos: clozapina (leponex), ziprasidona (zeldox), risperidona, olanzapina, quetiapina, aripripazol (abilify), amisulpride, paliperidona. <sup>(7)</sup>.
- Depot en España se comercializan 4 fármacos: Modecate (principio activo flufenazina), Lonseren (principio activo pipotazina), Clopixol (principio activo zuclopentixol), Risperdal (principio activo risperidona) <sup>(8)</sup>.
- Fármacos complementarios: anticonvulsivantes, antidepresivos, benzodiacepinas, beta bloqueantes y litio<sup>(9)</sup>.
- Terapia electroconvulsiva: La TEC combinada con antipsicóticos puede administrarse a los pacientes con esquizofrenia que presentan síntomas psicóticos graves y que no responden al tratamiento con fármacos antipsicóticos. Los

pacientes con rasgos catatónicos son un grupo que en principio podría obtener ventajas específicas con el tratamiento con la TEC<sup>(9)</sup>.

### **1.6 Adherencia terapéutica**

La definición de adherencia terapéutica plantea serias dificultades, aunque Haynes y Sackett definieron este concepto como la medida con la que el paciente modifica su conducta orientándola hacia la ingesta del medicamento; al poner en marcha tal medida es posible asegurar el cumplimiento de los tratamientos. Esto implica la aceptación de un diagnóstico del que depende el pronóstico<sup>(10)</sup>; sin embargo, para poder implantar una adecuada definición de adherencia es necesario diferenciarla del concepto cumplimiento<sup>(1)</sup>. Aunque los dos conceptos se utilizan de forma intercambiable, presentan unas diferencias muy importantes. La adherencia se refiere a la relación colaborativa entre paciente y profesional para la consecución y lograr los objetivos terapéuticos marcados, mientras que el cumplimiento implica que el paciente adopte un rol pasivo y obediente en su aptitud ante el clínico. Cumplimiento y adherencia se utilizan de manera indistinta en muchos de los estudios para la realización de este trabajo, a pesar de que algunos autores insisten en no considerarlos términos sinónimos. El cumplimiento en algunos trabajos se reserva al grado en que un paciente cumple con una prescripción farmacológica. La adherencia se referiría a un concepto en su conjunto mucho más amplio, que incluiría hábitos de vida, dietas, e incluso a la actitud activa de colaboración del paciente con un conjunto de estrategias terapéuticas<sup>(8)</sup>.

La Asociación Americana de Psicología (APA) ha publicado recientemente un documento de consenso internacional que establece los siguientes criterios: los pacientes que toman más del 80% de la medicación se catalogan como adherentes, los que toman entre el 80 y el 20% como adherentes parciales y los que toman menos del 20% como no adherentes<sup>(1)</sup>.

La falta de adhesión del tratamiento sigue siendo un problema de primer orden en la esquizofrenia. La tasa de adherencia en esquizofrenia es muy variable según los estudios, se ha estimado una tasa media del 41,2%<sup>(6)</sup>. El aumento de las recidivas es el

primer índice para saber qué hay incumplimiento en la medicación, que contribuye al “síndrome de la puerta giratoria” de los pacientes con esquizofrenia<sup>(4)</sup>.

La adherencia terapéutica, es un proceso que está influido por múltiples factores, la mayoría ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos<sup>(1)</sup>.

Según datos del ministerio de sanidad, aproximadamente del 4% al 12% de los pacientes con trastornos mentales, siguen de forma rigurosa su tratamiento farmacológico; el resto prefiere no ingerir fármaco alguno, ya sea porque cree no necesitarlos o porque dejan de tomarlos después de sufrir síntomas. El principal factor de contribución para el control efectivo de este tipo de enfermedades es la adherencia del paciente<sup>(11)</sup>. De ahí que la puesta en marcha por equipos profesionales de enfermería de programas, de aceptación, conocimiento y manejo de fármacos antipsicóticos, ya sean desde las unidades de agudos, subagudos, o cualesquiera de los diferentes dispositivos extrahospitalarios, son vitales para asegurar un mínimo de cumplimiento terapéutico<sup>(9)</sup>.

Las enfermeras/os de atención primaria tienen un papel relevante en la identificación precoz de posibles obstáculos al cumplimiento y en detectar aquellas dificultades que encuentra el paciente para mantenerse adherente<sup>(7)</sup>.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GENERALES**

Analizar la adherencia terapéutica en el paciente psiquiátrico y las estrategias que contribuyen a mejorarla, valorando el papel que ejerce la enfermería en este campo.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la repercusión del incumplimiento terapéutico en los pacientes con esquizofrenia.
- Analizar los factores que estén relacionados con la adherencia terapéutica.
- Identificar las intervenciones de enfermería para mejorar la adherencia terapéutica.

## 3. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para la realización de este trabajo. Para ello, se hizo una búsqueda de artículos, guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados. Esta búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Elsevier y Cuiden.-Para realizar dicha búsqueda, se utilizaron los siguientes términos MeSH: “schizophrenia”, “adherence”, “drugs”, “nursing” y “treatment”.-Por otro lado, se utilizaron los siguientes términos DeCS: “adherencia”, “tratamiento”, “esquizofrenia”, “enfermería”, “drogas”.

Los términos nombrados fueron combinados en las distintas bases de datos tal y como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 1. Estrategia de búsqueda.**

<b>Bases de datos</b>	<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Art. Encontrados</b>	<b>Art. Filtrados</b>	<b>Art. Seleccionados</b>
Pubmed	Schizophrenia AND adherence AND drugs	173	31	13
	Schizophrenia AND adherence AND nursing	28	4	3
	Schizophrenia AND adherence AND treatment	1200	160	31
Scielo	Schizophrenia AND adherence AND nursing	41	39	2
Elsevier	Enfermería AND adherencia AND esquizofrenia AND tratamiento	16	6	6
Cuiden	Schizophrenia AND adherence AND nursing	1	1	1

Para la selección de los artículos, se llevaron a cabo los siguientes criterios de inclusión:

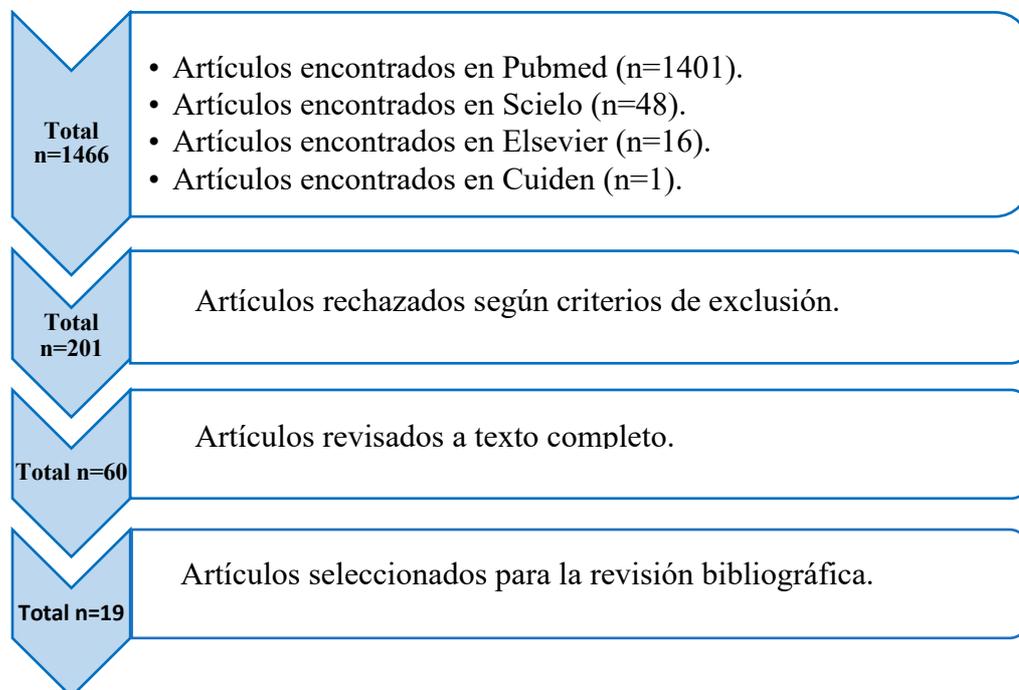
- Artículos que trataran sobre la adherencia terapéutica o incumplimiento terapéutico en pacientes adultos con esquizofrenia.
- Artículos con una antigüedad máxima de 10 años (2009-2019).
- Artículos publicados en español e inglés.
- Artículos con acceso a texto completo.

Los criterios de exclusión fueron:

- Se excluyeron aquellos que tenían relación con pacientes pediátricos y ancianos.
- Se excluyeron los artículos que hablaban de otro tipo de trastornos mentales.

Finalmente, tras la realización de la búsqueda bibliográfica, fueron seleccionados un total de 19 artículos que se utilizaron en este TFG. A continuación, se muestra un flujograma con los artículos seleccionados tras la realización de la búsqueda bibliográfica:

**Figura 1. Flujograma del proceso de selección de artículos.**



#### **4. DESARROLLO**

##### **4.1 REPERCUSIÓN DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO**

Entre un 50 y un 90,4% de las personas con esquizofrenia no cumplen el tratamiento adecuadamente. Esto provoca fracasos terapéuticos, reagudización de la enfermedad y frustración de las medidas rehabilitadoras<sup>(12)</sup>.

El efecto del incumplimiento terapéutico en la evolución de los pacientes con esquizofrenia es muy importante porque aumenta el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios mucho más frecuentes, aumenta exponencialmente el riesgo de suicidio, incrementa costes sanitarios, disminuye la calidad de vida del paciente y repercutirá claramente en todo su entorno, familia y cuidadores<sup>(13)</sup>.

El incumplimiento es la causa principal, que perjudica y dificulta la obtención de todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a estos pacientes. En cuanto a esto, la falta de adherencia terapéutica es la herramienta que utilizamos para considerar la magnitud del problema, con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables<sup>(10)</sup>.

La prevención del suicidio en los pacientes con esquizofrenia se puede llevar a cabo con la mejora de la adherencia terapéutica y el mantenimiento de una vigilancia especial en los sujetos con factores de riesgo<sup>(14)</sup>. Es importante tener en cuenta el riesgo de suicidio en todas las fases de la enfermedad y realizar una evaluación inicial de este riesgo en el momento de la evaluación psiquiátrica de cada paciente<sup>(15)</sup>. Los pacientes en los que se considere que existe un riesgo elevado de suicidio deben ser hospitalizados y deben aplicarse todas las precauciones necesarias para evitarlo<sup>(12)</sup>.

Es muy importante optimizar el tratamiento farmacológico de la psicosis y la depresión para abordar la tendencia suicida del paciente de manera directa, con un enfoque de empatía y apoyo. Debe realizarse una estrecha vigilancia de los pacientes en crisis que son más vulnerables, sobre todo durante los periodos de recaídas, crisis personal, modificaciones del entorno o periodos de dificultad o depresión durante el curso de la enfermedad<sup>(16)</sup>.

En este contexto parece de gran interés conocer las potenciales estrategias existentes para abordar el problema del incumplimiento y las evidencias existentes sobre las mismas<sup>(17)</sup>. El tratamiento en equipos de salud mental comunitaria reduce las muertes por suicidio. Se recomienda aumentar la frecuencia de las visitas ambulatorias en

pacientes con alta reciente del hospital, ya que esto constituye un periodo importante de vulnerabilidad del paciente<sup>(9)</sup>.

## 4.2 FACTORES IMPORTANTES DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

### **FACTORES:**

Los estudios sobre los factores asociados a la aparición de recaídas indican que el abandono total o parcial del tratamiento es el factor predictivo más importante, y se asocia con un incremento del riesgo de recaída hasta cinco veces superior comparado con aquellos pacientes que siguen el tratamiento<sup>(12)</sup>.

Otro factor importante es la falta de conciencia del paciente al desconocer totalmente su padecimiento, lo que deriva en complicaciones por diferentes factores. Factores de riesgo<sup>(10)</sup>:

- ✓ Antecedentes de abandono.
- ✓ Antecedentes de mala respuesta subjetiva por efectos adversos.
- ✓ Ausencia de acuerdo explícito.
- ✓ Mala evolución.
- ✓ Ausencia de control externo de la familia.
- ✓ Ausencia de la enfermedad.
- ✓ Baja expectativa terapéutica.
- ✓ Baja adherencia a las expectativas terapéuticas.
- ✓ Consumo de sustancias ilícitas.
- ✓ Acatisia, embotamiento y aumento de peso.

Hay otros autores que mencionan factores implicados en el incumplimiento, y los clasifican en:

- **Factores relacionados con la enfermedad:**

Cuando un paciente va mejorando su estado de salud, en aspectos neuropsicológicos y psicopatológicos, está presente la evolución, la psicopatología, la gravedad y los subtipos de trastornos como es el consumo de tóxicos.

- **Factores relacionados con el tratamiento:**

El tratamiento farmacológico ocasiona efectos secundarios como mal sabor, discinesia. Otros factores relacionados son: Eficiencia, dosis y tiempo de acción, duración y complejidad, costos y vía de administración.

- **Factores relacionados con el entorno del paciente:**

Influye la actitud de la familia, de la persona enferma y su tratamiento, la relación paciente con el profesional de medicina o enfermería; influye, también, la supervisión y el soporte socio familiar.

- **Factores relacionados con el equipo terapéutico:**

Ésta es la relación del paciente y el profesional de la salud, ya sea paciente/médico, o bien, paciente/enfermera; la actitud frente al médico, ante la enfermedad, y el tratamiento; las características del medio terapéutico.

#### **4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

Características que deberían estar presentes en toda intervención:

- No culpabilizar, una premisa inicial y fundamental a tener presente ante cualquier circunstancia relacionada con el incumplimiento es la no culpabilización del paciente; el paciente es uno más de los factores implicados en la etiopatogenia del mismo y no puede descargarse sobre el mismo la responsabilidad del problema<sup>(8)</sup>.
- Individualización de la intervención, dado como ya se ha comentado, el origen multifactorial del incumplimiento y que en general las actuaciones van dirigidas a personas concretas, es necesario establecer estrategias de intervención individualizadas en función de los factores implicados en la falta de adherencia en ese caso concreto y a las características individuales del incumplidor<sup>(8)</sup>.

- Fortalecimiento de la relación, el establecimiento de una adecuada relación entre el profesional y el paciente hace posible la creación de un vínculo que les permite entenderse en el establecimiento de una estrategia terapéutica, que al ser compartida por el paciente hace que sea aceptada como propia y, por lo tanto, existan menos tasas de abandono. Además, los pacientes que reconocen abiertamente al profesional tener problemas para seguir el tratamiento prescrito, lo cual sugiere tener establecida una relación de confianza, responden mejor a las intervenciones que se pongan en marcha para solucionar dicha situación<sup>(8)</sup>.
- Integración en la práctica diaria, toda intervención que sea integrada en la práctica clínica diaria tendrá a su favor el poder hacerla extensible a un grupo mayor de población y esto es valorado muy positivamente por distintos autores que consideran que de este modo podría realizarse una actuación preventiva sobre el incumplimiento. En este sentido, la Atención Primaria, por las características que definen la atención prestada por sus profesionales (continuidad, integralidad, etc.), es el marco más adecuado para implementar dichas actuaciones<sup>(8)</sup>.
- Participación de distintos profesionales, la prevención, la detección y el abordaje del incumplimiento terapéutico no son competencia exclusiva de los médicos y distintos profesionales, entre los que habría que destacar el personal de enfermería de Atención Primaria (pero sin olvidar otros como farmacéuticos, psicólogos, etc.), pueden realizar intervenciones con éxito<sup>(17)</sup>.

Durante las últimas décadas han surgido diversas intervenciones que tienen como objetivo conseguir que los sujetos con esquizofrenia se adhieran correctamente al tratamiento farmacológico. A continuación, se revisan las características de las principales intervenciones que existen en la actualidad, así como los estudios que se han realizado para analizar su eficacia<sup>(18)</sup>.

- **Entrevista motivacional**

La entrevista motivacional (EM) es un enfoque psicoterapéutico que procura ayudar a las personas a reconocer y a ocuparse de sus problemas potenciales y presentes según Miller y Rollnick<sup>(18)</sup>. Sus autores enfatizan que la EM no trata de un conjunto de técnicas, sino que define “la forma de ser” con el paciente mediante una serie de principios esenciales:

1. Establecimiento de una relación colaborativa entre paciente y profesional.
2. Evocación de las motivaciones internas del sujeto.
3. Respeto sobre su autonomía.

De este modo, el uso de la EM como intervención para mejorar la adherencia en sujetos con esquizofrenia recae en su eficacia para incentivar, motivar y mantener el cambio en el comportamiento de las personas <sup>(19)</sup>.

Sin embargo, en la literatura revisada no hallamos muchos estudios que hayan encontrado y evaluado las capacidades de la intervención en la EM como intervención única para incrementar la adherencia a la medicación, y la mayoría de las investigaciones se han centrado en examinar tratamientos basados en EM que incorporan otras técnicas cognitivo-conductuales.

- **Terapia de adherencia al tratamiento**

La terapia de adherencia al tratamiento (Treatment Adherence Therapy (TAT), en inglés) constituye una intervención individual de enfoque cognitivo-conductual. Está basada en un modelo empírico que agrupa los determinantes de la falta de adherencia en tres categorías:

1. Falta de Insight y rechazo del tratamiento.
2. Insatisfacción con la medicación.
3. Carencia de habilidades cognitivas necesarias para realizar correctamente el tratamiento farmacológico, e incorpora un módulo de intervención para cada uno de ellos <sup>(18)</sup>;

- ✓ Entrevista motivacional.
- ✓ Adaptación de la medicación.
- ✓ Técnicas de entrenamiento conductual.

- **Terapia de adherencia, afrontamiento y educación**

La terapia de adherencia, afrontamiento y educación (Adherence-Coping-Education (ACE), en inglés) es una intervención diseñada para incrementar la consciencia de enfermedad y mejorar la adherencia en sujetos con esquizofrenia. La terapia está basada en el modelo de creencias de salud y su aplicación presenta cuatro fases principales:

1. Establecimiento de alianza terapéutica.
2. Promoción de la adherencia al tratamiento.
3. Desarrollo de un plan terapéutico de mantenimiento.
4. Rehabilitación.

### **Intervenciones comunitarias**

Las intervenciones comunitarias para sujetos con esquizofrenia plantean una doble tarea:

1. Acercar el paciente a la comunidad.
2. Aproximarse al grupo social del sujeto para promover procesos de aceptación de la psicopatología.

A sí mismo, tenemos otra línea novedosa de tratamiento que es la, intervención telefónica de resolución de problemas (Telephone Intervention Problem Solving (TIPS), en inglés), una herramienta terapéutica que brinda apoyo a los pacientes con esquizofrenia y que pretende promover la resolución de problemas, ofrecer estrategias de afrontamiento, proporcionar seguimientos y recordatorios.

### **Intervenciones mixtas**

Hay una gran diversidad de tratamientos que han demostrado tener capacidad terapéutica para mejorar la adherencia a la medicación en sujetos con esquizofrenia ha motivado la aparición de intervenciones mixtas que integran y combinan diferentes estrategias. Recientemente, un ensayo clínico evidenció como una intervención mixta aplicada a 60 pacientes con esquizofrenia resultaba significativamente más eficaz que el tratamiento habitual para incrementar la adherencia terapéutica, aunque otro estudio más reciente asegure menor porcentaje de efectividad, pero sigue siendo una intervención eficaz para la adherencia <sup>(19)</sup>.

### **Intervenciones farmacológicas**

En cuanto a la manera de prescribir la medicación hay que tener en cuenta las características de la farmacoterapia es en consecuencia un aspecto esencial e importante para mejorar y fomentar una adherencia óptima de la misma. En este sentido, las principales intervenciones farmacológicas incluyen:

1. Optimización de las dosis para minimizar los síntomas.
2. Aplicación de un periodo de prueba adecuado antes de incrementar las dosis o añadir otros fármacos.
3. Uso de inyecciones de larga duración.
4. Reducción de las dosis o modificación de la medicación para minimizar los efectos secundarios.
5. Simplificación del tratamiento.
6. Evaluación de la ingesta de comprimidos <sup>(19)</sup>.

Puede variar en cada caso la intervención farmacológica que escojamos, para la mejora de la adherencia terapéutica de nuestro paciente<sup>(10)</sup>.

## **5. PROGRAMAS DE MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, EN LOS DISTINTOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL**

### **- Programa de higiene y cuidado (AVD):**

Se basa en realizar una rutina en la cual el paciente recupere su capacidad de autocuidado, autoestima y es uno de los factores de las recaídas.

### **- Programa de actividad física:**

Se realiza con el objetivo de combatir la sintomatología negativa y apática y evita la pérdida de movilidad y tonicidad, situándose espacialmente con el medio.

### **- Programa de educación para la salud:**

Se realiza para formar, informar y mejorar los conocimientos y hábitos de vida saludables, de forma que el propio paciente es el conductor de la sesión, realizando puestas en común con el resto de los participantes y la supervisión y dirección de enfermería.

### **- Programa (Buenos días):**

La finalidad de dicho programa es la orientación temporoespacial y el conocimiento de la actualidad informativa.

### **- Programa de relajación de Jakobson:**

La finalidad de dicho programa es la de controlar la ansiedad y sus efectos, para favorecer los cuidados vespertinos y la reducción de la medicación hipnótica.

### **- Programa de ayuda mutua, individual o grupal, dependiendo de la fase del proceso psicopatológico:**

Se realiza para la puesta en común de problemas, emociones e inquietudes, desde la propia experiencia de los participantes, donde no existe líder y todos se tratan de igual a igual. Y el individual se basa en la ayuda mutua donde pacientes ya recuperados pueden servir de apoyo a pacientes con falta de adherencia terapéuticamente.

### **- Programas de cocina, manualidades, actividades recreativas etc...:**

Son programas diversos que mejoran su autoestima desde las actividades lúdicas recreativas que ayudan a completar la adherencia terapéutica.

## **6. CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN**

Este trabajo en el que se ha realizado una revisión bibliográfica, está basado concretamente en examinar las intervenciones que actualmente se utilizan para mejorar la adherencia terapéutica, la farmacología y las terapias que se complementan y no solo el cumplimiento farmacológico sino, la visión holística de sujetos con esquizofrenia.

Como primera opción, hay que señalar que la falta de adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia es uno de los problemas mayores de la enfermedad. Las elevadas tasa de prevalencia de este fenómeno son muy altas en pacientes con esquizofrenia y sus consecuencias comportan resultados devastadores para su pronóstico. Con esto, al examinar la adherencia terapéutica al tratamiento, vemos que hay una gran diversidad de definiciones y una falta de consenso en el desarrollo evaluativo, son aspectos claramente problemáticos que necesitan de un mayor estudio. En relación a las intervenciones, se constata que no hay un tratamiento único para mejorar la adherencia a la farmacología, sino que podemos contar con varias intervenciones que nos muestran beneficios terapéuticos. En este sentido, tenemos que entender que hay tres elementos fundamentales y que parecen tener un papel muy relevante y fundamental:

1. El establecimiento de una relación terapéutica colaborativa entre paciente y profesional, en este caso enfermera/o.
2. El estudio individualizado de los factores que motivan los problemas de adherencia en cada caso y abordaje de estos.
3. La interdisciplinariedad en el tratamiento, como equipo interdisciplinar tenemos el compromiso de realizar una buena labor asistencial desde todas las categorías que engloban dicho equipo.

El poder establecer una relación terapéutica colaborativa entre paciente y enfermera/o queda reflejado ya en la propia definición de adherencia terapéutica y tenemos su máximo exponente en la entrevista motivacional. Aunque los estudios de esta intervención presentan resultados no muy claros, la EM aporta una aproximación prometedora y esencial en el tratamiento de la adherencia. Así mismo, la EM constituye uno de los elementos básicos de la TAT, y la ACE, intervenciones que muestran mejores tasas de eficacia.

Desde otra perspectiva, determinar el impacto que nos produce cada uno de los factores asociados a la falta de adherencia terapéutica nos resulta básico para diseñar intervenciones, que puedan cumplir los objetivos deseados.

Según los resultados de las intervenciones comunitarias positivas en sujetos que presentan falta de apoyo o falta de habilidades, para realizar correctamente el cumplimiento de medicación y las distintas intervenciones terapéuticas, pone de manifiesto que la adherencia en su conjunto tiene que constituir un objetivo fundamental y terapéutico para los equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, así como también trabajar en todos los aspectos sociales, hábitos de vida, laborales y conductuales la integración en la sociedad, eliminando con esto el estigma que tanto afecta a nuestros pacientes, para una completa inserción social elevando con todo esto su autoestima.

Queda claro por todos los estudios que se han realizado que el tratamiento químico no es suficiente para eliminar la psicopatología ni tampoco lo único.

En el tratamiento de adherencia terapéutica en su conjunto es fundamental, la medicación y las intervenciones psicoeducativas, que consiguen incrementar la adherencia terapéutica, la toma de conciencia de la enfermedad por parte del paciente, la toma de responsabilidad de su proceso, su calidad de vida y mejorar el número de recaídas e incluso mejoran los costes sanitarios según coste-eficacia.

Con todo esto, podemos concluir, que todas las intervenciones que mejoran la adherencia son fundamentales e imprescindibles para garantizar un buen tratamiento en la esquizofrenia, garantizando que trabajando con ellas a la vez que administramos los tratamientos químicos conseguimos mejorar los resultados de dicha adherencia, combinándolos según nuestro paciente y su propia idiosincrasia, siendo necesario seguir mejorando y estudiando los factores facilitadores de la adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia y asegurarnos de tener una buena difusión y aplicación en nuestro día a día en la práctica clínica como enfermeros.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013;23(1):103–8.
2. Esquizofrenia [Internet]. [cited 2019 May 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. María Medina Rodríguez Á, del Carmen Gómez Pérez M, Javier Acosta Artiles F, María González Martín J. Efectividad de la terapia grupal en pacientes con esquizofrenia. *Rev Enfermería Docente* [Internet]. 2017;(108):7–11. Available from: [http://www.huvv.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/3-esquizofrenia\\_CORREGIDO.pdf](http://www.huvv.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/3-esquizofrenia_CORREGIDO.pdf)
4. Pérez García C. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. *Rev Enfermería y Salud Ment*. 2015;(1):16–22.
5. CIE 10 Clasificación internacional de enfermedades mentales de la OMS [Internet]. Available from: [http://psicoarea.org/cie\\_10.htm#99](http://psicoarea.org/cie_10.htm#99)
6. Martín E, Navarro I. La esquizofrenia. *Uciencia Rev Divulg científica la Univ Málaga*. 2012;44–7.
7. Aten Primaria C. Habilidades e Terapéutica [Internet]. Vol. 19, Año. 2013 [cited 2019 Apr 20]. Available from: [http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol\\_3/4.Habilidades-e-terapeuticas/Habilidades\\_e\\_Terapeuticas\\_vol19\\_n3\\_2.pdf](http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_3/4.Habilidades-e-terapeuticas/Habilidades_e_Terapeuticas_vol19_n3_2.pdf)
8. Kirkpatrick B. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2009;2(3):105–7. Available from: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=13141287&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=286&ty=108&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v02n03a13141287pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13141287&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=286&ty=108&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v02n03a13141287pdf001.pdf)
9. Centros EN, Mental DES. GPC esquizofrenia centros de salud mental.
10. salinas Cruz E NGM, Licenciada En Enfermería L, En Enfermería En Educación M. [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx) Adherencia terapéutica. *Enf Neurol* [Internet]. 2012;11(2):102–4. Available from: <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
11. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcohn M. La baja

- adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Enfermería Glob.* 2005;7:1–9.
12. López LA. Originales Efectividad de una intervención psicoeducativa audiovisual. :16–20.
  13. Treatment adherence in Schizophrenia: Nurse practitioners consensus in mental health [Internet]. [cited 2019 Apr 16]. Available from: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/suplements/11/ESP/11-ESP-832226.pdf>
  14. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors [Internet]. Vol. 187, *British Journal of Psychiatry*. 2005 [cited 2019 Apr 17]. p. 9–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15994566>
  15. Servicio De Salud M. ESQUIZOFRENIA Tratamiento de la [Internet]. [cited 2019 May 16]. Available from: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_443\\_Esquizofrenia\\_Murcia.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf)
  16. De Sanidad M, Consumo Y. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS NOTA [Internet]. [cited 2019 May 16]. Available from: [www.msc.es](http://www.msc.es)
  17. Sánchez OR. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Ter del Sist Nac Salud* [Internet]. 2005;29(2):40–8. Available from: [https://www.msccbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29\\_2EstrategiasMejora.pdf](https://www.msccbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf)
  18. Gratacós Torras M, Pousa Tomàs E. Intervenciones Para Mejorar La Adherencia Terapéutica En Sujetos Con Esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo - Psychol Pap* [Internet]. 2018;39(1). Available from: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pii?pii=2850>
  19. Gratacós Torras M, Tomàs EP. L TÉRMINO ADHERENCIA INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN SUJETOS CON ESQUIZOFRENIA INTERVENTIONS TO IMPROVE THERAPEUTIC ADHERENCE IN SUBJECTS WITH SCHIZOPHRENIA. [cited 2019 May 24]; Available from: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2850>

## 8. ANEXOS

### 8.1 ANEXO 1 ESCALAS PSICOMÉTRICAS PARA LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Se han desarrollado múltiples escalas psicométricas para la evaluación del incumplimiento del paciente psicótico, o específicamente, del paciente esquizofrénico. Existen escalas diseñadas para el estudio del incumplimiento en sí mismo, mientras que otras evalúan las actitudes ante la medicación. Ambos tipos de escalas son complementarias (Sajatovic et al., 2010). Por último, las escalas que evalúan el insight, y en especial, la conciencia de la necesidad de tratamiento, puede predecir el grado de cumplimiento (Bobes et al., 2007), por lo que pueden ofrecer una valoración indirecta del mismo.

**TABLA 1**  
**COMPARACIÓN DE DEFINICIONES DE ADHERENCIA**

<b>Autor y año</b>	<b>Muestra</b>	<b>Definición de adherencia</b>
<b>Eaddy et al., 2005</b>	N=7.864	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Parcialmente adherente (cumplimiento &lt;80% medicación)</li> <li>✓ Adherente (cumplimiento 80-100% medicación)</li> <li>✓ Excesivamente adherente (cumplimiento &gt;125% medicación)</li> </ul>
<b>Morken et al., 2008</b>	N=50	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Buena adherencia catalogada como menos de un mes sin toma de medicación.</li> </ul>
<b>Ahn et al., 2008</b>	N=36.195	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Adherente y parcialmente adherente (Cumplimiento &gt;80% medicación)</li> <li>✓ No Adherente (Cumplimiento &lt;80% medicación)</li> </ul>
<b>Kozma et al., 2009</b>	N=1,499	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cociente de posesión de medicación</li> </ul>
<b>Laan et al., 2010</b>	N=477	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cociente de posesión de medicación</li> </ul>

**TABLA 2**  
**TASAS DE PREVALENCIA DE LA ADHERENCIA**

<b>Autor y año</b>	<b>Tasa de prevalencia</b>
<b>Coldham et al., 2002</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 40.9% sujetos adherentes.</li> <li>✓ 19.9% sujetos parcialmente adherentes.</li> <li>✓ 39.3% sujetos no adherentes.</li> </ul>
<b>Robinson et al., 2002</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 26% de sujetos no adherentes durante el primer año de tratamiento.</li> <li>✓ 30% de sujetos no adherentes después de la primera recaída.</li> </ul>
<b>Hui et al., 2005</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 25% de los sujetos deciden dejar de tomar la medicación.</li> <li>✓ 38% de los sujetos olvidan tomar la medicación.</li> </ul>
<b>Novick et al., 2010</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 28,8% de sujetos no adherentes durante tres años de seguimiento.</li> </ul>
<b>Hui et al., 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 16,2 % de falta de adherencia durante el primer año y 15, 4% durante el segundo.</li> </ul>
<b>Hui et al., 2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 17,6% de sujetos no adherentes.</li> </ul>

## **8.2 ANEXO 2**

### **CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (GHQ-28)**

#### **Población diana:**

Población general. Sugerido para la valoración de la salud mental. También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 28 ítems divididas en 4 subescalas:

- A. Síntomas somáticos.
- B. Ansiedad e insomnio.
- C. Disfunción social.
- D. Depresión grave.

Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso).

Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación (CGHQ) se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/caso).

#### **PÁGINAS WEB DE ACCESO AL CUESTIONARIO DE GOLDBERG**

- [https://1.bp.blogspot.com/-msZI3avaLq0/WC8KLtSIyHI/AAAAAAAAABnI/dRd\\_reY9088GX4qkN9onFedzpsOvN3AwQCLcB/s1600/golberd2.png](https://1.bp.blogspot.com/-msZI3avaLq0/WC8KLtSIyHI/AAAAAAAAABnI/dRd_reY9088GX4qkN9onFedzpsOvN3AwQCLcB/s1600/golberd2.png)
- [https://1.bp.blogspot.com/-o0Jf\\_N8XFJU/WC8KSpTc3fI/AAAAAAAAABnM/XtnYG\\_PMzjUKiQzr3Os9OFrObqQcbl0mwCLcB/s1600/golberd3.png](https://1.bp.blogspot.com/-o0Jf_N8XFJU/WC8KSpTc3fI/AAAAAAAAABnM/XtnYG_PMzjUKiQzr3Os9OFrObqQcbl0mwCLcB/s1600/golberd3.png)