

# TRABAJO DE FIN DE GRADO

## GRADO EN ENFERMERIA



UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA

### ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

*Adherence in the treatment of schizophrenia*

#### AUTOR

**D. / D.<sup>a</sup> Salomé Cebrián García**

#### DIRECTOR

**Prof./Prof.<sup>a</sup> Genoveva Granados Gámez**



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

**Curso Académico**  
2019/2020  
**Convocatoria**  
Junio

## **AGRADECIMIENTOS**

Deseo expresar mis más sinceras gratitudes a mi tutora y profesora Genoveva Granados Gámez, por colaborar conmigo en la realización de este trabajo, por su ayuda y dedicación mostrada durante el desarrollo de este.

Agradezco también a toda mi familia y mis amistades por permanecer a mi lado estos años de la carrera y al profesorado de la Facultad de Enfermería de Universidad de Almería por convertirnos en grandes profesionales y personas.

Muchas gracias a todos.

## **INDICE**

<b>RESUMEN</b>	<b>0</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>0</b>
<b>LISTADO DE ABREVIATURAS</b>	<b>0</b>
<b>1. INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>5</b>
<b>4. DESARROLLO</b>	<b>8</b>
4.1. Incidencia sobre la falta de adherencia y como afecta a los pacientes	<b>8</b>
4.2. Factores de riesgo y facilitadores en los pacientes asociados con la falta de adherencia	<b>10</b>
4.3. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento	<b>14</b>
<b>5. DISCUSION</b>	<b>16</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>23</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>24</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>27</b>
8.1. Tabla 1	<b>27</b>

## **RESUMEN:**

*Introducción:* La esquizofrenia es un trastorno mental crónico grave, con manifestaciones cognitivas y conductuales severas, que necesita para su control la toma de psicofármacos. La no adherencia al tratamiento conlleva consecuencias negativas y adversas para los pacientes. Existen varios métodos para medir de manera eficaz la adherencia.

*Objetivos:* Explorar el fenómeno de la falta de adherencia en pacientes con esquizofrenia, en cuanto a la magnitud del problema, factores de riesgo y estrategias para prevenirlo.

*Metodología:* Se trata de una revisión bibliográfica narrativa. La búsqueda de la información se realizó en las bases de datos PubMed, Scielo, Dialnet y Elsevier, de la biblioteca del Servicio Andaluz de Salud. Se incluyeron artículos y libros de los últimos 10 años, redactados en castellano e inglés y seleccionados mediante la guía CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español).

*Desarrollo:* La no adherencia a la medicación entre los pacientes con esquizofrenia se encuentra entre el 40% y el 56%, según los estudios. Se ha identificado que el consumo de drogas, la falta de percepción de la enfermedad, una red de apoyo pobre, escaso seguimiento a los pacientes tras el alta, los efectos adversos de los medicamentos etc., son factores de riesgo. Se consideran estrategias para mantener la adherencia la atención continuada de enfermería, entrevistas motivacionales, agentes antipsicóticos de segunda generación, antipsicóticos inyectables de acción prolongada e intervenciones psicoterapéuticas, incluida la psicoeducación.

*Conclusión:* La esquizofrenia es un problema de salud mental que llega a ser muy incapacitante en las personas que no toman la medicación. Existen evidencias sobre la no adherencia al tratamiento, las causas que favorecen la no adherencia, así como de las estrategias que han mostrado eficacia en su control y mejora. Se ha demostrado la relación entre adherencia y disminución de las manifestaciones y consecuencias de la enfermedad.

## **SUMMARY:**

*Introduction:* Schizophrenia is a severe chronic mental disorder, the main therapeutic approach to schizophrenia is antipsychotic drugs, and knowledge of the disease itself is essential. Non-adherence has been shown to have a negative impact, with adverse consequences for patients. There is no single method that is considered a reference to measure adherence, therefore several of them must be used.

*Objectives:* To explore the phenomenon of non-adherence in patients with schizophrenia, regarding the magnitude of the problem, risk factors, and strategies to prevent it.

*Methodology:* This is a narrative bibliographic review in the databases of the Andalusian Health Service virtual library, where we consulted through the PubMed database in first place. Subsequently, these arch was carried out in other databases such as Scielo, Dialnet and Elsevier. Written in Spanish and English, with an age of no more than 10 years. The quality of the studies was assessed using the CASPe (Critical Appraisal Skills Program Spanish) guide.

*Development:* Non-adherence to medication among schizophrenia patients was between 40 and 56%, according to studies. We can find several risk factors such as drug use, lack of perception of the disease, support network, follow-up of discharged patients, adverse effects of medications, etc. Some strategies to improve this problema may be continuing nursing care, motivational interviews, second-generation antipsychotic agents, long-acting injectable antipsychotics, and psycho therapeutic interventions, including psychoeducation.

*Conclusion:* Schizophrenia is a very important mental health problem characterized by a wide range of symptoms and signs. There is a very high rate of patients diagnosed with schizophrenia who lack adherence to treatment. It is essential to recognize the causes of non-adherence and find instruments to prevent and treat the problem.

## **LISTADO DE ABREVIATURAS:**

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ADHES: Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia

CASPe: Critical Appraisal Skills Programme en Español

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

K-CWST: Korean- Colour Word Stroop

MARS: Medication Adherence Report Scale

DUP: Duration of Untreated Psychosis

ITAQ: Escala de Evaluación del Insight

GQOLI: Inventario Genérico de Calidad de Vida

SLOF: Specific Levels of Functioning

CAT: Cognitive Adaptative Therapy

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale

BDI-II: Inventario de Depresión

ACT: Tratamiento Comunitario Asertivo

SST: Capacitación en Habilidades Sociales

PORT: Equipo de Investigación de Resultados de Pacientes con Esquizofrenia

4PAS :4-Point Ordinal Alliance Scale

BIS: Birch Wood Insight Scale

DAI : Drug Attitude Inventory

BMQ: Beliefs about Medicines Questionnaire

## 1. INTRODUCCIÓN:

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico grave caracterizado por una amplia gama de síntomas y signos, que incluye cambios de comportamientos, la distorsión del pensamiento, de las percepciones, las emociones y el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Existe una abundante investigación sobre esta enfermedad pero aún se desconoce la causa (Godoy García, Caballero Martínez, Godoy-izquierdo, Vázquez Perez, & Muela Martínez, 2016). Afecta aproximadamente a 21 millones de personas, siendo más frecuente y precoz en hombres que en mujeres (Godoy García et al., 2016).

El principal abordaje terapéutico de la esquizofrenia son los fármacos antipsicóticos, siendo fundamental, la propia percepción de enfermedad, y el seguimiento de las recomendaciones prescritas. Por este motivo, la adherencia a los medicamentos antipsicóticos desempeña un papel clave en el tratamiento. Se ha demostrado que la no adherencia tiene un impacto negativo, lo que conlleva consecuencias adversas para los pacientes; entre ellas, el comportamiento violento y autolesivo, empeoramiento de los síntomas riesgo de rehospitalización, también mayores costes para la sociedad y al sistemas de salud, (Zhou, Rosenheck, Mohamed, Ning, & He, 2017). En España el coste medio por persona de la esquizofrenia es de 7000 euros al año y podría triplicarse si los pacientes recaen (Godoy García et al., 2016). Se estima que la tasa de incumplimiento del tratamiento en pacientes de esquizofrenia es de 40-50% (Zhou et al., 2017).

Según (Godoy García et al., 2016), la principal consecuencia es una profunda alteración tanto de la vida de los pacientes como de las personas que los rodean.

Como sucede con el resto de enfermedades mentales, para el diagnóstico de esquizofrenia se siguen los criterios recogidos en Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2013)(ver Figura 1).

<b>Tabla 1. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia según el DSM-V.</b>
A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado. 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos.
B. Desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses, período que ha de incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales durante los cuales los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada.
D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.
E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.
F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).
<p>Especificar si:</p> <p>Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.</p> <p>Primer episodio, actualmente en episodio agudo.                      Primer episodio, actualmente en remisión parcial.                      Primer episodio, actualmente en remisión total.                      Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo.                      Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.                      Episodios múltiples, actualmente en remisión total.                      Continuo.                      No especificado.</p>
<p>Especificar si:</p> <p>Con catatonía.</p>
<p>Especificar la gravedad actual:</p> <p>La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave).</p>

Fuente:(“DSM-V,” 2013)

Estudios realizados, en países desarrollados, (Valenstein et al., 2002; Weiden et al., 2004; Liu-Seifert et al., 2005; Byerly et al., 2007; Karow et al., 2007), han identificado que la falta de adherencia a la medicación se relaciona, con no estar en un primer episodio de la enfermedad, baja eficacia del tratamiento, efectos secundarios, poca alianza terapéutica, falta de conocimiento de la enfermedad, actitudes negativas hacia la medicación y abuso de sustancias (Zhou et al., 2017).

En referencia al tratamiento farmacológico, las formulaciones de acción prolongada y los antipsicóticos atípicos son preferibles a los convencionales, también se ha encontrado que los antidepresivos mejoran la sintomatología en la fase prodrómica. Sin embargo, los antipsicóticos plantean tres problemas: primero la asociación a efectos secundarios graves como el síndrome metabólico, segundo no parece ser eficaz para los síntomas negativos, déficit cognitivos y deterioro del funcionamiento cotidiano, y tercero



frecuentemente estos pacientes no se adhieren al tratamiento, lo que cuadruplica el riesgo de recaída (Godoy García et al., 2016).

En un estudio prospectivo la no adherencia se asoció a arrestos judiciales, violencia, consumo de drogas y alcohol, más urgencias psiquiátricas, peor función mental y menor satisfacción con la vida (Corcostegui Santiago, Prieto Peraita, & Lertxundi Etxebarria, 2017). Para afrontar estos problemas, surgió en el año 2003 el proyecto ADHES (adherencia terapéutica en la esquizofrenia), una iniciativa en la que trabajan más de 400 psiquiatras con el fin de evaluar y mejorar la adherencia terapéutica. Para ello se han desarrollado varias actividades orientadas al colectivo de los psiquiatras, enfermeros, familiares y pacientes. Recientemente ha sido publicado en el Consenso Clínico Español, enfermería ha sido siempre sensible a esta problemática, ha realizado algunas propuestas de intervención, aunque no existe ningún planteamiento de intervención consensuado (Giner et al., 2010).

El riesgo de recaída psicótica en pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos se multiplica casi por cinco y alcanza el 81.9% a los cinco años. Más del 50% de estos pacientes que abandonan los antipsicóticos recaen en 3-10 meses. Las tasas de hospitalización psiquiátricas, según la base de datos americana Medicaid, son menores en pacientes adherentes (14%) que en no adherentes (35%) o parcialmente adherentes (24%) y el riesgo de hospitalización aumenta con el incremento de días sin medicación. En el 58,6% de los pacientes con esquizofrenia ingresados en unidades de agudos la razón principal era la falta de adherencia al tratamiento (Corcostegui Santiago et al., 2017).

En la actualidad no existe un método único que sea considerado de referencia para medir la adherencia, por lo que se deben utilizar varios de ellos. Los métodos disponibles son objetivos (directos e indirectos) y subjetivos (indirectos) (Cuevas & Sanz, 2016).

Los métodos objetivos directos se basan en la determinación del psicofármaco prescrito, de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en fluidos biológicos como sangre, orina etc. Se asume que su presencia en ellos expresa el medicamento que se ha tomado. Esto sirve para determinar si el tratamiento se ha tomado o no pero no si las dosis han sido las indicadas. Los métodos objetivos indirectos valoran la adherencia a través de las circunstancias que se relacionan con la toma de la medicación y con el grado de control de la enfermedad, por ejemplo, recuento de comprimidos, tecnología de monitorización

y bases de datos de las farmacias. Los métodos subjetivos indirectos suelen valorar la conducta de los pacientes así como sus conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento. La información que utilizan suelen provenir del propio enfermo, familiares o profesionales de salud a cargo de ellos, por ejemplo el autoinforme, el informe médico, escalas de valoración indirectas del cumplimiento terapéutico como la escala Morisky, Drug attitude inventory, cuestionario de creencias sobre los medicamentos, escala MARS (Cuevas & Sanz, 2016).

Una vez justificada la existencia de fármacos efectivos en el control de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, la importancia de la toma de la medicación en el control de la enfermedad, e identificada la evidencia, del escaso seguimiento del tratamiento por parte del paciente; el propósito de este estudio es revisar el conocimiento sobre el fenómeno de la adherencia, implicado en los cuidados de enfermería.

## **2. OBJETIVOS:**

### *Objetivo general:*

Explorar el fenómeno de la adherencia en el paciente con esquizofrenia respecto al tratamiento farmacológico prescrito y causas determinantes de la misma.

### *Objetivos específicos:*

Conocer la incidencia sobre la falta de adherencia y como afecta a los pacientes.

Identificar los factores de riesgos en los pacientes asociados con la falta de adherencia.

Explorar las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.

### 3. METODOLOGÍA:

#### 3.1. *Diseño:*

El presente trabajo es un estudio de investigación realizado a través del método de revisión bibliográfica narrativa, que consiste en la descripción y la comparación de los resultados recogidos en los diferentes artículos, sobre adherencia en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, analizando la evidencia en los resultados y conclusiones en cada artículo. El uso de este tipo de diseño se justifica por la necesidad de identificar, sintetizar y comparar los contenidos en la bibliografía existente sobre este tema y poder concretar las posibles conclusiones de la misma.

#### 3.2. *Protocolo de búsqueda:*

Lo primero fue plantearse una pregunta correcta para poder abordarla, siguiendo la estructura PIO y fue la siguiente: ¿Cómo es el fenómeno de la inercia del paciente esquizofrénico respecto a su tratamiento? A continuación la estructura PIO:

-P: pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y que tienen recomendado tratamiento farmacológico.

-I: Analizamos el fenómeno de la falta de adherencia en el tratamiento farmacológico.

-O: Aumento de recaídas de la enfermedad como consecuencia de la falta de adherencia

La búsqueda de los documentos se ha realizado a través de la Biblioteca Virtual del Servicio Andaluz de Salud, donde consultamos a través de la base de datos PubMed en primer lugar. Posteriormente se realizó la búsqueda en otras bases como Scielo, Dialnet y Elsevier. Se han utilizado los descriptores del vocabulario MESH y del lenguaje natural de la búsqueda en PubMed, obteniendo la siguiente estrategia de búsqueda: “Schizophrenia” “psychosocial” “treatment” “medication” “adherence” “risk” “factors” y los descriptores booleanos “AND”

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos 5 años. No obstante, se seleccionaron dos artículos de diez años de antigüedad debido a su calidad científica.

- Publicados en inglés y español.
- Uso de artículos, revistas, capítulos de libros relacionados con la temática.
- Artículos y revisiones, originales y con acceso libre a texto completo.
- Artículos que estudian a personas de más de 18 años.

Los criterios de exclusión fueron:

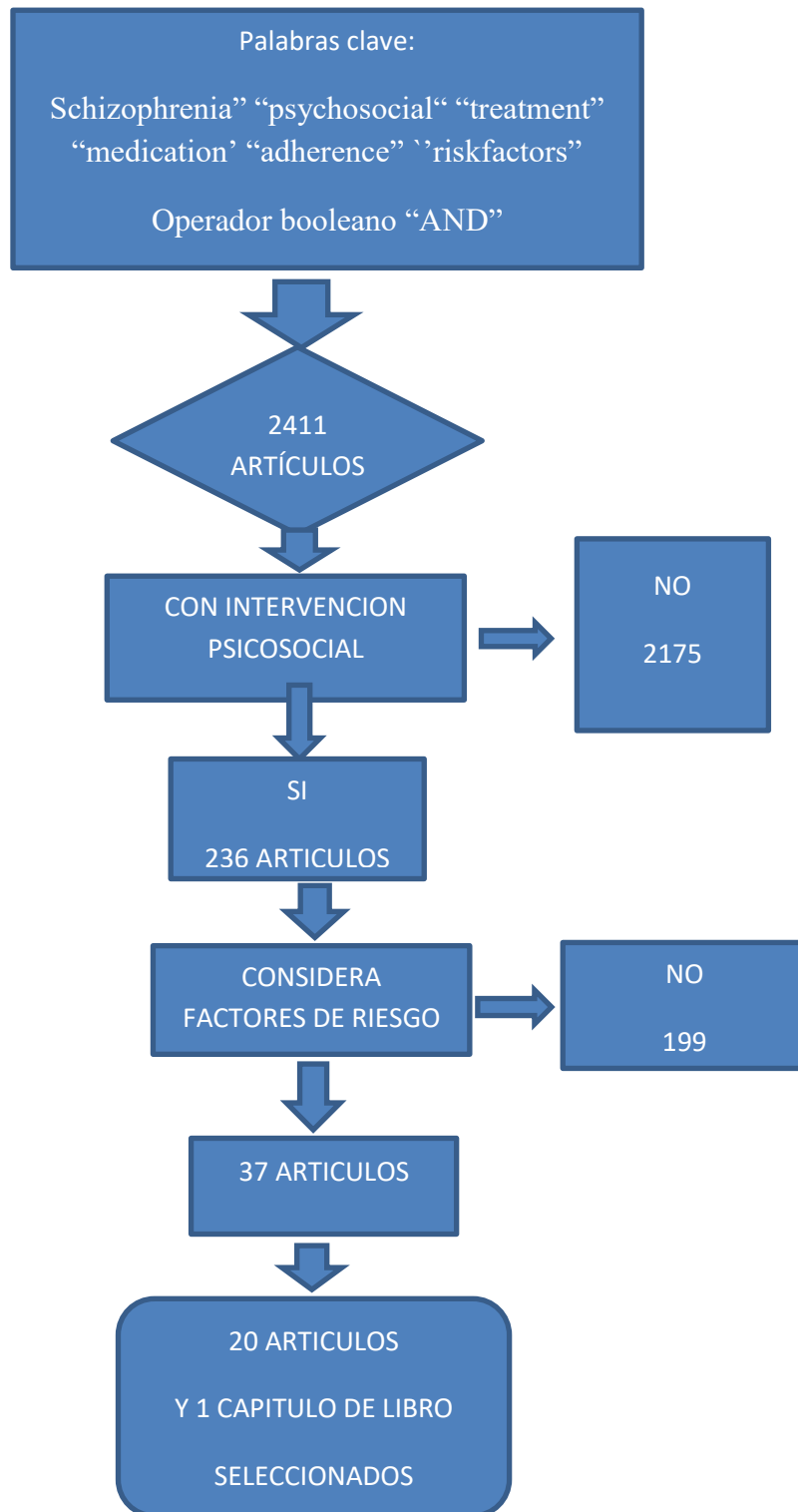
- Bibliografía incompleta.
- Artículos cuya redacción no era clara o específica.
- Artículos publicados en idiomas distintos a los elegidos.

Una vez establecidos los criterios, se procedió a una primera lectura del título y resumen de los artículos encontrados. En segundo lugar se seleccionaron los artículos que podrían servir para dar respuesta a los objetivos del trabajo, reduciendo la cifra a 37. De todos los artículos seleccionados, se realizó la lectura del texto completo. Los artículos que no resultaron oportunos para el trabajo, se eliminaron. Finalmente fueron seleccionados para el trabajo 20 artículos y un libro.

En el procedimiento de la lectura de los diferentes artículos encontrados se han utilizado los criterios de calidad que propone la Guía Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe)

En el estudio se han incluido 20 artículos y un capítulo de libro (ver anexos, Tabla 1)

Diagrama de Flujo:



## 4. DESARROLLO:

En este apartado se presenta la información siguiendo los objetivos que se plantearon en el estudio.

### *4.1 Incidencia sobre la falta de adherencia y como afecta a los pacientes:*

Los resultados de estudios internacionales, sobre no adherencia a la medicación en los pacientes con esquizofrenia, han obtenido valores superiores al cincuenta por ciento. Un reciente meta-análisis, señala el 56% (Semahegn et al., 2020). Considerando el nivel de adherencia, (Chaudari, Saldana, Kadiani, & Shahani, 2017) habían informado que el 16% de pacientes eran adherentes altos, el 32% adherentes medios y el 52% eran adherentes bajos.

En otro estudio el 28% de los pacientes informaron que eran cumplidores del tratamiento, el 17% parcialmente cumplidores y el 20% no cumplidores (Giner et al., 2010).

Para los investigadores (Corcostegui Santiago et al., 2017) el predictor más importante de la recaída de la esquizofrenia es la falta de adherencia; en su estudio, las tasas de recurrencia de los síntomas ocurren en un 77% al cabo de un año de suspender la medicación y en un 90% al cabo de dos años de dicha suspensión. Además de las recaídas, la falta de adherencia puede ser también un factor de riesgo para la violencia en trastornos psicóticos. La retirada prematura de antipsicóticos se asocia con episodios violentos (Corcostegui Santiago et al., 2017). Según estos autores, la falta de adherencia se asocia a un aumento del riesgo de suicidio, observándose incrementos de cuatro y siete veces más en los pacientes no adherentes en comparación con los adherentes.

Por otro lado, en el estudio realizado por (Wong-Anuchit, Chantamit-o-pas, Schneider, & Mills, 2018) los pacientes mayores, que llevan un trascurso más largo de la enfermedad mental y con ello, comportamientos negativos más arraigados, es más difícil, mejorar la adherencia al tratamiento.

Estudios previos ya habían informado (Mahone et al., 2016), que la falta de adherencia a la medicación aumentaba el riesgo de recaída, hospitalización, suicidio y arresto criminal. Para el autor, esto conduce a interrupciones en las relaciones y en la vivienda y, por lo tanto, contribuye a una mala calidad de vida. En la misma línea, otro estudio había recogido (Mahone et al., 2016) que las tasas de seguimiento durante los primeros 3 meses

después del inicio del tratamiento, eran del 40%. Más aún, los médicos que participaron en el estudio, informaron que sus pacientes, tomaban solo del 51% al 70% de los medicamentos recetados. Datos similares fueron encontrados en el estudio realizado por (Zhou et al., 2017); según los autores el 25.8% de la muestra dejaron de tomar la medicación psicotrópica, que les había sido recetada, un año después del alta

Respecto a la relación entre adherencia al tratamiento y la sintomatología de la enfermedad, se ha observado, en pacientes con una duración de la enfermedad de más de 10 años, con síntomas moderadamente severos, que informaban de un estado levemente deprimido, valores de no adherencia a la medicación del 84,62% (Na et al., 2015).

En cuanto a la convivencia de los pacientes, se ha pronosticado que aproximadamente dos de cada cinco pacientes (41%) viven de forma independiente o con la familia, 10 años después del inicio de la psicosis suponiendo el DUP (el tiempo en psicosis antes de comenzar al tratamiento) (Horvitz-Lennon et al., 2019).

El incumplimiento del tratamiento según algunos autores (Corcostegui Santiago et al., 2017) se asocia también con mortalidad prematura en pacientes esquizofrénicos, el suicidio es una de las principales causas de muerte prematura, y la no adherencia a antipsicóticos es uno de los principales factores de riesgo.

La forma en que el paciente percibe su propio problema es fundamental y muchos pacientes psiquiátricos se sienten estigmatizados. En este sentido, un estudio donde se analiza el impacto de la auto-estigmatización en la actitud con la medicación de los pacientes (Feldhaus et al., 2018) mostro que el estigma social conlleva a una peor calidad de vida para estos pacientes y empeora la adherencia a su medicación.

### *4.2 Factores de riesgos y facilitadores en los pacientes asociados con la falta de adherencia:*

#### *Factores de riesgo:*

Como se recoge en páginas anteriores, la falta de adherencia es un problema grave para los pacientes y se relaciona con la agudización de los síntomas. Este hecho lo ratificaron el 98% de los profesionales de enfermería en el estudio realizado por (Giner et al., 2010). Según estos profesionales los motivos de la recaída se relacionaba hasta el 94% con el

consumo de drogas y alcohol y un 95% el incumplimiento del tratamiento anti psicótico. Sobre el factor individual destacaron la falta de conciencia de la enfermedad con un 98%. También identificaron, entre los factores del sistema de salud relacionados con la adherencia la falta de continuidad entre los distintos recursos o dispositivos de la red con un 82%, y con un 89% la falta de un cuidador principal.

Se ha demostrado que la adherencia se ve afectada por la actitud negativa del paciente hacia la medicación, falta de conocimiento, salud negativa y estigma percibido, abuso de sustancias, y características socio demográficas de los pacientes; también se ha demostrado que la falta de apoyo social está asociada a la falta de adherencia. Igualmente se recoge, la falta de psicoterapia, falta de información, larga duración del tratamiento con poco seguimiento del personal de salud, planificación inadecuada del alta, aumento de las hospitalizaciones, poco apoyo y entorno de atención, experimentando barreras de acceso a la atención de alta calidad y proveedores de atención médica que no pueden proporcionar información sobre adherencia, cobertura inadecuada de medicamentos y peor alianza terapéutica (Semahegn et al., 2020).

En otro estudio (Ahmad, Khalily, & Hallahan, 2017), identificaron cinco factores principales que se relacionaban con la falta de adherencia al tratamiento. Con mayor porcentaje fue que 1) los pacientes recurrían a tratamientos alternativos (por ejemplo, curanderos) en vez del tratamiento tradicional médico 96.4%, seguido de 2) falta de conocimiento 65.5%, 3) mal estado económico 60.0%, 4) efectos adversos de los medicamentos 60.0% y 5) el uso de sustancias psicoactivas como alternativa a los medicamentos psicotrópicos 41.1%. Según los autores los niveles más bajos de conocimiento se asociaron, significativamente, con el estado de soltero, el abuso de sustancias psicoactivas se asoció con el género masculino y los efectos secundarios de la medicación se asociaron con niveles más bajos de nivel educativo.

Un estudio previo, (Mahone et al., 2016) había identificado varios factores del paciente que contribuyen a un mal seguimiento respecto a la adherencia de la medicación, incluyendo déficits cognitivos, anosognosia (falta de conocimiento o conciencia de la enfermedad), abuso de sustancias, falta de acceso a servicios de salud, limitaciones financieras y falta de apoyo social y cuatro factores clave adicionales: falta de efectividad de los medicamentos, efectos secundarios, actitudes hacia el tratamiento y una alianza terapéutica débil, esta se refiere a la relación entre paciente y médico y adquiere mayor



relevancia al abordar el seguimientos a pacientes con anosognosia. Entre las variables cognitivas examinadas en el estudio de (Na et al., 2015), solo el número de errores en la lectura de palabras del K-CWST(pruebas de palabra) se asoció significativamente con la falta de adherencia en la medicación de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

La vergüenza y el estigma social son dos factores que contribuyen a la falta de adherencia, debido al rechazo de la sociedad, vergüenza por parte del paciente de tomar medicamentos o de contar su diagnóstico (Chaudari et al., 2017).

Chaudari et al., 2017) asociaron con la adherencia la edad más joven de los pacientes, el sexo masculino, el bajo ingreso familiar, el puntaje PANSS(escala de síntomas positivos y negativos) más alto (puntaje positivo, negativo y total), los grados más bajos de conocimiento, la falta de antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, la responsabilidad de tomar medicamentos, antipsicóticos de primera generación y número de medicamentos recetados y, la razón principal de la falta de adherencia dada por los pacientes según los autores fueron los efectos adversos de los medicamentos (61.54%), el tratamiento percibido como ineficaz (53.85%), los problemas financieros (46.15%), la vergüenza y el estigma sobre la enfermedad y el tratamiento (42.31%), con respecto al tratamiento innecesario (42.31%), y dificultad para acceder al centro de salud (26.9%). Igualmente, observaron que los antipsicóticos de primera generación y la combinación de antipsicóticos de primera generación y antipsicóticos de segunda generación se asociaron con una baja adherencia en comparación con los antipsicóticos de segunda generación solos. También un mayor número de medicamentos en la prescripción se asoció con una baja adherencia en los pacientes.

En otro trabajo (Feldhaus et al., 2018) los autores encontraron que un mayor nivel de auto-estigmatización se asoció como un factor que influye en la falta de adherencia. Según los autores porque cursa con menor sensación de bienestar subjetiva, síntomas depresivos más graves y género masculino, respaldando la idea de que la auto-estigmatización es un factor influyente en la actitud con la medicación y que, por tanto, debe considerarse en la práctica clínica.

En su estudio (Czobor et al., 2015) influyen en la falta de adherencia los efectos del abuso de sustancias, los efectos secundarios extrapiramidales de los medicamentos antipsicóticos como acatisia, parkinsonismo y discinesias, y el rechazo al tratamiento, los conocimientos sobre la propia enfermedad y el efecto de los fármacos. Los resultados

mostraron que una menor adherencia al tratamiento farmacológico se asoció de manera significativa con el uso de sustancias, niveles más altos de rechazo a la medicación y falta de conocimientos. Además, la mala adherencia a la medicación en este estudio se asoció con una interrupción más temprana al tratamiento y las implicaciones clínicas de los resultados encontrados apuntan a la importancia de las evaluaciones e intervenciones de rutina para abordar el conocimiento de los propios pacientes sobre la enfermedad, vigilar el abuso de sustancias y la necesidad de establecer una adecuada alianza terapéutica.

### Factores facilitadores de la adherencia:

La no adherencia a la medicación está influenciada por factores, como el comportamiento individual de los pacientes, el apoyo social o familiar, la clínica o la enfermedad y el tratamiento, y los factores generales relacionados con el sistema de atención médica (Semahegn et al., 2020).

En el estudio de (Zhou et al., 2017), solo el 44.5% de los pacientes estaban cubiertos por el seguro de salud, y se observó que los pacientes que discontinuaron su medicación tenían menos probabilidades de estar cubiertos por el seguro (24.6%, vs. 51.4%). Esta diferencia la relacionaban con una asociación significativa entre la continuidad de cuidados en los asegurados y la toma de medicación. Igualmente, identificaron que había más probabilidad de falta de adherencia cuando el cuidador del paciente tenía otro trabajo y el de cuidar no era el principal. Según los autores, la menor duración de la enfermedad, la falta de cobertura de seguro y los puntajes de menor conocimiento (ITAQ) al alta, se asociaron de manera significativa e independiente con una mayor probabilidad de interrupción de la medicación. También informaron, que además de la cobertura médica otros factores importantes en la falta de adherencia son el tiempo que lleve el paciente con la enfermedad y el conocimiento de esta. En su estudio, los pacientes que carecían de seguro médico tenían 2.3 veces más probabilidades de suspender la medicación, los pacientes de 2 a 5 años de enfermedad y menos de 2 años de duración de la enfermedad tuvieron 2,7 veces más probabilidades de interrumpir la medicación que aquellos con una duración de más 5 años. Además, los pacientes con menos conocimiento al alta mostraron un mayor riesgo de interrupción de la medicación.

Por otro lado, se ha observado que una buena capacidad de percepción del paciente, y de su función ejecutiva, así como la ausencia de síntomas depresivos se asocian con una mayor adherencia a la medicación (Na et al., 2015).

(Chaudari et al., 2017) informaron que la presencia de antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, en su estudio, se asoció con un nivel de adherencia alto y medio, mientras que la falta de antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica se asoció significativamente con un bajo nivel de adherencia. Igualmente encontraron, que la auto administración de medicamentos por parte de los propios pacientes se asoció significativamente con una baja adherencia y cuando la responsabilidad de administrar medicamentos fue tomada por algún cuidador, la adherencia mejoró a nivel alto y medio.

En su artículo Horvitz-Lennon et al.,(2019) observaron por un lado que el ingreso temprano para mejorar la adherencia, predijeron que el ingreso temprano al tratamiento reduce las re- hospitalizaciones en 12.6–14.4% de pacientes con esquizofrenia, y por otro, que si los pacientes comienzan al tratamiento con un tiempo de psicosis largo puede haber menos adherencia que los pacientes que empiezan el tratamiento con un tiempo de psicosis más corto.

#### *4.3 Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento:*

Se ha asociado el mantenimiento de vida saludable de los pacientes (comer sano, deporte, rutinas etc..) con una mejor adherencia del tratamiento farmacológico (Giner et al., 2010)

La atención continuada de enfermería y su relación con la adherencia, se ratifica en el estudio de Ye, Guo, Song, & Zheng, (2017) cuyo objetivo fue explorar los efectos en la adherencia de los pacientes a la medicación, una vez han sido dados de alta. Después de 6 meses de estudio, los autores encontraron en el grupo, que había recibido atención de enfermería continuada tasas mayores respecto al grupo control, en las variables: cumplimiento de la medicación completa (71,11%), la tasa de conocimiento de la salud relacionado con la esquizofrenia (96,67%), y más bajas en la variable tasa de recurrencia (8,89%). Según los autores la calidad de vida del grupo de observación fue significativamente mejor que la del grupo de control.

La entrevista motivacional como método para mejorar la adherencia, fue el objetivo del estudio de (Chien, Mui, Gray, & Cheung, 2016). Los efectos de la entrevista fueron mejoras en la percepción de enfermedad y tratamiento, reducción de la severidad de los síntomas y menor duración de las re-hospitalizaciones. El grupo de la entrevista motivacional informó de puntuaciones positivas en las escalas ITAQ, SLOF y PANSS (escalas sobre síntomas de esquizofrenia y adherencia), aumento significativamente la comprensión de la enfermedad y la tasa de adherencia, se redujo significativamente los re-ingresos.

En otro estudio (Ahmad et al., 2017) muestra que ajustar la medicación para cada paciente y revisarla con frecuencia es una estrategia clave para aumentar la adherencia, como puede ser cambiar los antipsicóticos de primera generación a los de segunda generación o utilizar antipsicóticos inyectables de acción prolongada.

En la misma línea, de lo anteriormente expuesto, algunos autores encontraron que las intervenciones CAT, basadas en entrevistas motivacionales mejoraron los síntomas psiquiátricos y que las sesiones y dosis más altas mostraron mayor efecto que las más cortas (Wong-Anuchit et al., 2018). Según los autores, estas intervenciones aumentan la adherencia en pacientes con esquizofrenia y los médicos deberían considerar incorporarlas en su práctica clínica. Los efectos fueron significativamente más bajos cuando los participantes eran mayores y cuando hubo un período más largo entre la

intervención y la medición del resultado. La evidencia según estos autores confirma la efectividad de las intervenciones CAT basadas en entrevistas motivacionales, la mayoría de los investigadores muestran los efectos positivos evidenciados en los puntajes más bajos de BPRS, PANSS o BDI-II en los grupos de intervención en comparación con los de los grupos de control.

Otro estudio, que analizan los efectos de la entrevista motivacional (Ertem & Duman, 2018) y señalan importantes implicaciones para la práctica de la enfermería, los investigadores encontraron una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de intervención y control en las fases posteriores a la entrevista motivacional. Los resultados del estudio indicaron, que el 75% del grupo de intervención y el 40% del grupo control, no recibieron información de un médico o una enfermera sobre su medicación. Y tanto el grupo de intervención (30%) como el grupo control (65%) no estaban satisfechos con la dosis de los medicamentos que recibieron. La diferencia entre las opiniones de los dos grupos con respecto a la dosis suficiente fue igualmente significativa.

Mahone et al., (2016) incluyeron en su estudio intervenciones psicosociales basadas en el autocontrol de la enfermedad, el manejo de casos / tratamiento comunitario asertivo (ACT), la capacitación en habilidades sociales (SST), la psicoeducación familiar y el empleo con apoyo. Los programas de autogestión de enfermedades en los que hace referencia los autores ayudaron a los pacientes a desarrollar habilidades para manejar los aspectos médicos, sociales y emocionales de una enfermedad crónica, mejoraron los comportamientos de salud de los pacientes y la gravedad de los síntomas y disminuyeron los costes de atención médica a largo plazo. En el estudio los conceptos de Medicina personal, referida a las actividades no farmacéuticas, y al de medicina píldora, donde las enfermeras hacen la función de educadores y asesoras y unos de sus roles es informar sobre los diferentes opciones de administración de los fármacos.

Por otro lado, las intervenciones (Zhou et al., 2017) que fortalecen la participación del paciente en el tratamiento, a través de la cobertura y el conocimiento del seguro, fomentadas mediante la intervención psicoeducativa, pueden fomentar el cumplimiento de la medicación. En sentido contrario el mal conocimiento en el momento del alta se asoció con la interrupción completa de la medicación.

En un estudio (von Maffei, Görges, Kissling, Schreiber, & Rummel-Kluge, 2015) se utilizó como método de psicoeducación mediante películas sobre los síntomas, el diagnóstico, las causas, las señales de advertencia, el tratamiento de la esquizofrenia y sobre la influencia de los familiares. Los resultados del visionado de las películas mostraron que el conocimiento sobre la esquizofrenia, el cumplimiento, la percepción de la enfermedad y la calidad de vida aumentaron significativamente y permanecieron estables durante al menos medio año.

En otro estudio (Feldhaus et al., 2018) los autores encontraron alta asociación entre comprensión de la enfermedad y actitud positiva hacia la toma de su medicación.

En un estudio (Tessier et al., 2017) encuentran que un mayor grado de adherencia se relacionó con un conocimiento y comprensión del problema más alta, una mayor alianza terapéutica y un trauma percibido más bajo. Con estas estrategias aumentaron las puntuaciones en cuestionarios de adherencia como 4PAS y BIS.

## **5. DISCUSIÓN:**

El presente estudio pretendía explorar el fenómeno de la falta de adherencia a la medicación en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. En general, aproximadamente en la mitad de los pacientes con esquizofrenia no se adhieren completamente al tratamiento. Tanto la comprensión de la enfermedad mental como las actitudes positivas hacia el tratamiento se asociaron con una adherencia satisfactoria, mientras que las actitudes negativas hacia la medicación están asociadas con la falta de adherencia (Czobor et al., 2015).

Por otro lado, se observa en la bibliografía consultada, diferencias en el porcentaje de falta de adherencia y en la manera de clasificarla. Por ejemplo Zhou et al., (2017) recogen que un cuarto de la muestra discontinuaron la medicación después del alta hospitalaria; mientras que Chaudari et al., (2017) escribieron que aproximadamente la mitad de su muestra informaban de adherencia alta y media, y algo más de la mitad de baja.

A nivel global, un estudio (Corcostegui Santiago et al., 2017) indica que la adherencia en pacientes psiquiátricos, es muy elevada y tiene consecuencias negativas en los individuos, sus familias y en el sistema de salud. Entre estos trastornos, considera que

la esquizofrenia es la que mantiene las cifras más altas de falta de adherencia. A la vez, que la considera el predictor más importante de recaída en este trastorno.

Semahegn et al., (2020), destacan que la no adherencia es a menudo un problema oculto en las consultas de los psiquiatras y otros médicos, que se debe abordar, entre otros motivos porque la falta de adherencia a la medicación antipsicótica provoca importantes daños en términos de salud, la adherencia a la medicación de los pacientes se ve afectada por sus percepciones y creencias sobre los efectos secundarios.

En relación con los factores que influye en la adherencia, el aumento de peso y los efectos secundarios metabólicos de los antipsicóticos de segunda generación han suplantado, en gran medida, las preocupaciones sobre los efectos secundarios extrapiramidales asociados principalmente con antipsicóticos más antiguos (Czobor et al., 2015). Según (Chaudari et al., 2017) los antipsicóticos de segunda generación se asociaron con una mejor adherencia en comparación con los antipsicóticos de primera generación, ya que estos últimos causan efectos secundarios extrapiramidales como distonía, acatisia y discinesia tardía que pueden ser particularmente problemáticos para que los pacientes continúen su tratamiento: Siguiendo al autor, los pacientes informaron de efectos adversos de los medicamentos como la razón de su no adherencia y la mitad de los pacientes no adherentes informaron que percibieron el tratamiento como ineficaz. En otro estudio los sujetos también relacionaron los efectos adversos con la falta de adherencia al tratamiento (Ahmad et al., 2017).

Según Na et al., (2015) la atención reducida, la memoria deficiente y la capacidad ejecutiva, están asociadas al menor seguimiento del tratamiento, a pesar de la intención de su cumplimiento. Este hecho, lleva al replanteamiento y a la exigencia de que en los estudios se deba describirse el significado que se otorga al término adherencia.

La falta de información es un factor clave para la adherencia, el estudio de (Zhou et al., 2017), lo confirma, manteniendo los pacientes a una adherencia mucho más larga. Según otros autor es la comprensión de la enfermedad también puede considerarse, un factor significativo, en su estudio los pacientes con bajo conocimiento al no percibir la necesidad del tratamiento, no serían adherentes al mismo (Chaudari et al., 2017).

Hay evidencia sobre que vivir solo y el uso de sustancias influyen negativamente en la adherencia; sin embargo, no hay una asociación significativa en el estudio de (Na et al., 2015). Datos que podría atribuirse al pequeño número de participantes.

El sentido de apego o dependencia se pone de manifiesto en los pacientes cuando necesitan que sus familiares o cuidadores les recuerden que deben tomar sus medicamentos. En este sentido, los pacientes cuyas familias no están involucradas en sus tratamientos o no conviven con ellos, tienen mayor riesgo de no cumplir con los regímenes de medicamentos recetados, por lo que el apoyo familiar es un factor facilitador de la adherencia (Zhou et al., 2017).

Muchos pacientes mantienen un buen estado mental durante la hospitalización, pero después del alta suspenden voluntariamente la medicación o no la adhieren, lo que aumenta la tasa de recurrencia de la enfermedad y reduce la calidad de vida de los pacientes (Ye et al., 2017). Según los autores, para mejorar este problema, el personal clínico necesitaría sin duda contar con un sistema de enfermería extrahospitalario más sistemático e integral para garantizar que los pacientes aún tengan un alto cumplimiento de la medicación después del alta y garantizar un estado mental estable. De acuerdo con la necesidad de un sistema extrahospitalario, según otros autores (Chaudari et al., 2017) el acceso a un centro de atención de salud mental, ubicado de forma remota, puede ser un problema para ciertos pacientes, especialmente en términos de tiempo y dinero; por ejemplo para renovar sus recetas regularmente. Para el autor, estos casos, indican la necesidad de fortalecer las infraestructuras en áreas periféricas no urbanas y la necesidad de construir servicios comunitarios de salud mental.

La vergüenza y el estigma sobre la enfermedad y el tratamiento es otro factor importante en la falta de adherencia; el miedo a ser discriminado por estigma o vergüenza de tomar medicamentos puede llevar a los pacientes a suspender su tratamiento (Chaudari et al., 2017). En relación con estos factores un estudio (Feldhaus et al., 2018) evidenció que una mayor auto-estigmatización (especialmente con respecto a la experiencia de discriminación y alienación) predijo una actitud más negativa hacia tratamiento farmacológico antipsicóticos. Según el autor puede reflejar vergüenza y otras actitudes negativas, relacionadas con el tratamiento, posiblemente contribuye a una actitud negativa hacia la medicación.



Es importante resaltar que un solo estudio de los consultados recogiera la relación entre la adherencia y el miedo. (Feldhaus et al., 2018) en su estudio, encontraron que la influencia de una actitud positiva hacia la medicación antipsicótica fue el miedo a la recaída.

Igualmente un solo estudio (Tessier et al., 2017) recoge que la alianza terapéutica es un fuerte factor de la adherencia a la medicación, en menor grado, la información, mientras que el trauma relacionado con la adherencia es moderado en el papel de la comprensión de la adherencia. Bajo estos hallazgos, podrían ser útiles para mejorar la alianza terapéutica con el equipo de tratamiento en pacientes con poca percepción, también es el trauma percibido, y en los pacientes que como en el estudio de (Tessier et al., 2017) que fueron obligados al ingreso al hospital tenían menos probabilidades de tomar medicamentos o usar servicios de salud mental que aquellos que no fueron obligados.

Entre los instrumentos utilizados para la mejora de la adherencia está la entrevista motivacional por parte de enfermería. Por eso es importante que las enfermeras psiquiátricas se familiaricen con los métodos de intervención y entrevista y se sientan cómodas con su aplicación para mantener la adherencia al tratamiento. Según (Ertem & Duman, 2018) a través de la entrevista los pacientes reconocen cuales son los efectos secundarios de la medicación y cuáles son los síntomas. Se dan cuenta de los efectos positivos de la medicación en la enfermedad, pudiendo expresar sus pensamientos y justificar sus comportamientos en la propia entrevista. (Wong-Anuchit et al., 2018) evidenciaron que existe un efecto de dosis potenciador en que las sesiones de entrevista motivacional más largas y frecuentes aumentan el cumplimiento de la medicación. En este estudio, los participantes mayores mostraron una mejoría menor en los síntomas psiquiátricos de las intervenciones basadas en entrevistas motivacionales que los participantes más jóvenes y por último las sesiones de refuerzo periódicas como refuerzo terapéutico pueden mejorar el éxito a largo plazo de la intervención. Otro estudio (Fiszdon, Kurtz, Choi, Bell, & Martino, 2016) que utilizaron esta técnica modificada, como estrategia para la adherencia, mostraron también hallazgos positivos, que mejoraban cuando el umbral de la asistencia a este técnica llego a diez sesiones.

Otros autores (Chien et al., 2016) mostraron que la técnica de entrevista motivacional mejoraron los síntomas psicóticos, la duración de las hospitalizaciones, el funcionamiento

psicosocial y la percepción de la enfermedad, aunque no hubo diferencia en los reingresos del hospital a corto plazo.

Por otro lado, en un estudio (Horvitz-Lennon et al., 2019) se sugiere que el ingreso temprano al tratamiento podría ser una estrategia que se asocia con mejoras significativas en la probabilidad de vida independiente o familiar, empleo competitivo, recepción de beneficios por discapacidad y hospitalización psiquiátrica. Existen intervenciones basadas en la evidencia para acelerar el ingreso al tratamiento y mejorar la adherencia a los antipsicóticos, que incluyen servicios de intervención temprana e intervenciones a favor de la adherencia como los antipsicóticos inyectables. En comparación con los antipsicóticos inyectables se indicó que un mayor uso demuestra tasas reducidas de recaída en comparación con los medicamentos orales (Ahmad et al., 2017).

Otra estrategia para mejorar la adherencia de la que hablan algunos autores (Mahone et al., 2016) es la psicoeducación familiar. Mediante estas técnicas se proporciona información sobre el estado de la enfermedad, habilidades de afrontamiento y apoyo emocional para los familiares de pacientes. Los ejemplos de intervenciones psicosociales basadas en la evidencia incluyen el autocontrol de la enfermedad, el manejo de casos / tratamiento comunitario asertivo (ACT) reservado para clientes con los síntomas más graves, la capacitación en habilidades sociales (SST), la psicoeducación familiar y el empleo con apoyo (Mahone et al., 2016). Teniendo en cuenta que el funcionamiento psicosocial deteriorado es la razón principal por la cual las personas con esquizofrenia, y que a menudo están más motivadas, para mejorar su funcionamiento en estas áreas que simplemente controlar sus síntomas o evitar recaídas y hospitalizaciones, se debe dar prioridad a la focalización de los resultados psicosociales incluso en pacientes sintomáticos o con deterioro cognitivo (Mueser, Deavers, Penn, & Cassisi, 2013).

Una estrategia de interés, recogida en un único estudio es la utilización de películas, como estrategia de psicoeducación para estos pacientes. Después la intervención los pacientes estaban más informados sobre su enfermedad y parecían recordar esta información después de unos meses. Junto con el cumplimiento, también aumentó la percepción de la enfermedad, que podría ser un requisito previo crucial, aunque el número de reingresos no disminuyó. Es importante destacar que este resultado indica que la psicoeducación es

una herramienta eficaz no solo durante el primer episodio de un paciente, sino también después de una o más recaídas (von Maffei et al., 2015).

Existe el máximo acuerdo en considerar la gravedad del problema de la adherencia, su repercusión en las recaídas y en la evolución del paciente. Las estrategias preferidas para evaluar la adherencia son: el registro de la administración de inyectables y la impresión clínica del paciente (Giner et al., 2010). Un grupo de trabajo considera que es preciso intervenir de manera específica cuando el paciente ha sufrido ya varias recaídas a causa del bajo cumplimiento terapéutico o se detecta una nula conciencia de enfermedad. La potenciación de las actitudes positivas hacia el tratamiento y el establecimiento de acuerdos con el paciente acerca de la importancia de tomar los fármacos son las estrategias preferidas por el personal de enfermería para reducir las recaídas por falta de adherencia (Giner et al., 2010).

Algunos programas específicos de prevención de recaídas por no adherencia, señalan que los beneficios no solo repercuten en los pacientes, sino que también pretenden aliviar la carga de sus familiares, mejorando su calidad de vida y las relaciones familiares gracias a mejorar la autogestión de la enfermedad y el afrontamiento, así como al fortalecimiento de las creencias de los pacientes sobre su capacidad y eficacia para afrontar el estrés y los síntomas de la enfermedad. Finalmente, al contrario de lo que ocurre con el tratamiento farmacológico, los beneficios de estos programas serían de larga duración y no presentarían efectos secundarios indeseables, más bien al contrario: los recursos y competencias adquiridos no sólo les ayudarán a manejar más adecuadamente la enfermedad sino a tener un mejor funcionamiento psicosocial en la vida diaria y, en general, un mayor bienestar y calidad (Godoy García et al., 2016)

En el ámbito nacional se han aplicado métodos objetivos y subjetivos para valorar la adherencia, que no se habían mencionado como tal en los otros artículos revisados (Cuevas & Sanz, 2016). Entre los métodos objetivos directos se incluyen la determinación del psicofármaco prescrito de sustancias en fluidos biológicos. Su presencia en ellos expresa que el medicamento se ha tomado, aunque esto no es siempre totalmente cierto, por los pacientes que toman la medicación solo los días previos. Por otra parte, los métodos objetivos indirectos incluyen el recuento de comprimidos, mediante visitas domiciliarias no anunciadas, a través de dispositivos que contienen un chip electrónico

en la tapa del envase, bases de datos de las farmacias, sin embargo, aunque el paciente retire sus medicamentos no se tiene la certeza de que el paciente cumpla el tratamiento adecuadamente. Los métodos subjetivos suelen valorar la conducta de los pacientes y aunque son menos fiables que los métodos directos, son más sencillos y económicos. La información que utilizan suele provenir del propio enfermo, de un familiar o del profesional de la salud. En la actualidad, las formas más comunes, son el auto informe, el informe del médico y las escalas de valoración del cumplimiento como la escala Morisky, la escala DAI-10, el cuestionario BMQ y la escala MARS (Cuevas & Sanz, 2016).

### Limitaciones del estudio:

Algunas de las limitaciones han sido a la hora de seleccionar los artículos, habiéndose incorporado solo en español y en inglés. Por otra parte, otra de las limitaciones ha sido el hecho de basarse en una revisión de otros artículos y no poder realizar un estudio con capacidad de análisis más avanzada, por ejemplo la revisión sistemática o el metaanálisis. Otra deriva del concepto de adherencia, al no existir acuerdo entre autores, lo que dificulta la comparación entre los estudios encontrados. Una de las limitaciones han sido las poblaciones de estudio de los diferentes trabajos, con características culturales, socio sanitarias y económicas diferentes.

### Futuras líneas de investigación:

Aunque en la actualidad la enfermería está cada vez más concienciada de la magnitud del problema, es necesaria más investigación y que se pongan en marcha nuevas estrategias que aprovechen los recursos de las nuevas tecnologías para prevenir este fenómeno y afrontarlo de una manera más interdisciplinar.

A partir de estos datos se puede entender que el papel de la enfermería puede ser fundamental en el abordaje del problema para identificarlo, prevenirlo y tratarlo ya que programas de educación sanitaria dirigida a estos colectivos, entrevistas motivacionales y seguimiento tras el alta hospitalaria son tareas que han demostrado mayor eficacia en la adherencia y son fundamentales en el trabajo de enfermería. En cuanto a las posibilidades para el futuro, por ejemplo, en España la universalización de la atención sanitaria y la implementación de nuevas herramientas electrónicas como la Receta XXI podría ayudar a detectar aquellos pacientes que no retiran sus medicamentos de la farmacia como

primera señal de alarma y sirviera de indicador a quién realizar llamada telefónica y entrevista motivacional en primer lugar.

## **6. CONCLUSIONES:**

- Hay una tasa muy elevada de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que tienen falta de adherencia al tratamiento.
- La falta de adherencia en pacientes con esquizofrenia está relacionada con múltiples factores como la falta de conocimiento y percepción de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento, el uso de antipsicóticos de primera generación, el uso indebido de sustancias psicoactivas, una red pobre de apoyo familiar y social, el estigma social de la enfermedad, pacientes con menor duración de la enfermedad y sin antecedentes familiares, los que tienen síntomas depresivos, dificultades para acceder al centro de salud u hospital de referencia.
- Las estrategias para mejorar la falta de adherencia utilizadas son: la continuidad de los cuidados hospitalarios con las enfermeras de atención primaria o equipos hospitalarios con seguimiento una vez que se dan de alta para la rehabilitación de la salud, utilizar agentes antipsicóticos de segunda generación, antipsicóticos inyectables de acción prolongada e intervenciones psicoterapéuticas, incluida la psicoeducación como el autocontrol de la enfermedad, el manejo de casos / tratamiento comunitario asertivo (ACT), la capacitación en habilidades sociales (SST), la psicoeducación familiar y el empleo con apoyo, la entrevista motivacional y la psicoeducación mediante proyección de películas educativas relacionadas con el tema.

## 7. BIBLIOGRAFÍA:

- Ahmad, I., Khalily, M. T., & Hallahan, B. (2017). Reasons associated with treatment non-adherence in schizophrenia in a Pakistan cohort. *Asian Journal of Psychiatry*, 30(July 2017), 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.07.024>
- Chaudari, B., Saldana, D., Kadiani, A., & Shahani, R. (2017). Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 26(2), 215–222. <https://doi.org/10.4103/ipj.ipj>
- Chien, W. T., Mui, J., Gray, R., & Cheung, E. (2016). Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0744-6>
- Corcostegui Santiago, B., Prieto Peraita, M., & Lertxundi Etxebarria, U. (2017). Adherencia en Salud Mental. In Euromedice Vivactis (Ed.), *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento* (pp. 141–167). [www.euromedice.net](http://www.euromedice.net)
- Cuevas, C. de las, & Sanz, E. J. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7, 25–30.
- Czobor, P., Van Dorn, R., Citrome, L., Kahn, R., Fleischhackere, W., & J., and V. (2015). Treatment adherence in schizophrenia: A patient-level meta-analysis of combined CATIE and EUFEST studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 25(8), 1158–1166. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.04.003>.
- DSM-V. (2013). In *Archives of Neurology And Psychiatry* (Vol. 9, pp. 49–72). <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1923.02190230091015>
- Ertem, M. Y., & Duman, Z. Ç. (2018). The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 75–86. <https://doi.org/10.1111/ppc.12301>
- Feldhaus, T., Falke, S., von Gruchalla, L., Maisch, B., Uhlmann, C., Bock, E., & Lencer, R. (2018). The impact of self-stigmatization on medication attitude in

- schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 261(November 2017), 391–399.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.012>
- Fiszdon, J. M., Kurtz, M. M., Choi, J., Bell, M. D., & Martino, S. (2016). Motivational interviewing to increase cognitive rehabilitation adherence in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 42(2), 327–334. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv143>
- Giner, J., García, I., Granada, J., Leal, M., Sales, R., Lluch, M., ... Rodríguez, A. (2010). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia:: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(1), 1–45.
- Godoy García, J., Caballero Martínez, M., Godoy-izquierdo, D., Vázquez Perez, M. ., & Muela Martínez, J. A. (2016). Prevención de recaídas en la esquizofrenia : Propuesta de un programa de intervención durante la fase prodrómica en fase prodrómica. *Reidocrea*, 5, 56–68.
- Horvitz-Lennon, M., Predmore, Z., Orr, P., Hanson, M., Hillestad, R., Durkin, M., ... Mattke, S. (2019). The Predicted Long-Term Benefits of Ensuring Timely Treatment and Medication Adherence in Early Schizophrenia. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, (0123456789).  
<https://doi.org/10.1007/s10488-019-00990-7>
- Mahone, I. H., Maphis, C. F., & Snow, D. E. (2016). Effective Strategies for Nurses Empowering Clients With Schizophrenia: Medication Use as a Tool in Recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(5), 372–379.  
<https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1157228>
- Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 465–497. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620>
- Na, E., Yim, S. J., Lee, J. N., Kim, J. M., Hong, K., Hong, M. H., & Han, H. (2015). Relationships among medication adherence, insight, and neurocognition in chronic schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69(5), 298–304.  
<https://doi.org/10.1111/pcn.12272>
- Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients

with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis.

*Systematic Reviews*, 9(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>

Tessier, A., Boyer, L., Husky, M., Baylé, F., Llorca, P., & Misdrahi, D. (2017).

Medication adherence in schizophrenia : The role of insight , therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry Research*, 257(February), 315–321. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.063>

von Maffei, C., Görge, F., Kissling, W., Schreiber, W., & Rummel-Kluge, C. (2015).

Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: A pilot study using a quasi-experimental pre-post design. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0481-2>

Wong-Anuchit, C., Chantamit-o-pas, C., Schneider, J. K., & Mills, A. C. (2018).

Motivational Interviewing–Based Compliance/Adherence Therapy Interventions to Improve Psychiatric Symptoms of People With Severe Mental Illness: Meta-Analysis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(2), 122–133. <https://doi.org/10.1177/1078390318761790>

Ye, M., Guo, J., Song, C., & Zheng, F. (2018). Effects of out-of-hospital continuing

nursing on schizophrenia patients ' rehabilitation and quality of life. *Open Medicine*, 12(1), 501–505. <https://doi.org/10.1515/med-2017-0070>

Zhou, Y., Rosenheck, R., Mohamed, S., Ning, Y., & He, H. (2017). Factors associated

with complete discontinuation of medication among patients with schizophrenia in the year after hospital discharge. *Psychiatry Research*, 250(November 2016), 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.036>



## 8. ANEXOS:

Tabla 1:

AUTOR y FECHA DE PUBLICACION	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	RESULTADOS
(Czobor et al., 2015)	Metanálisis	N=1493	Los resultados mostraron que una menor adherencia al tratamiento farmacológico se asoció con el uso de sustancias ( $p = 0.0003$ ), niveles más altos de hostilidad ( $p = 0.0002$ ) y visión deteriorada ( $p < 0.0001$ ). Las implicaciones clínicas de los resultados apuntan a la importancia de las evaluaciones e intervenciones de rutina para abordar el conocimiento de los pacientes y el uso comórbido de sustancias y el establecimiento de una alianza terapéutica.
(Na et al., 2015)	Transversal	N=104	La puntuación de adherencia medida en la versión coreana de la Escala de calificación de adherencia a la medicación fue de 88 (84,62%) pacientes fueron categorizados como adherentes y 16 (15,38%) como poco adherentes a su medicación. Los pacientes con buena percepción tenían más probabilidades de mantener su medicación ( $P = 0,0005$ ), y una mejor función ejecutiva se asoció con una mayor adherencia a la medicación ( $P = 0,0008$ ). Menos síntomas depresivos se asociaron con una buena adherencia a la medicación ( $P = 0.0304$ ).
(Corcostegui Santiago et al., 2017)	Libro	--	La falta de adherencia al tratamiento farmacológico psiquiátrico es muy elevada y tiene consecuencias negativas en los individuos, sus familias y en el sistema de salud. Además, la comorbilidad psiquiátrica es un factor de riesgo para la no adherencia en trastornos físicos
(Godoy García et al., 2016)	Propuesta de programa de intervención para prevención de recaídas.	No hay muestra.	Se propone una intervención multicomponente destinada a pacientes con esquizofrenia y a sus familiares, con 24 sesiones dirigidas a la psicoeducación y adherencia al tratamiento. Dicha intervención pretende ayudarles a detectar y modificar los principales marcadores prodrómicos cabe esperar que los pacientes mejoren la comprensión de su enfermedad y su adherencia a la medicación, reconozcan y actúen sobre los primeros signos de recaída y reduzcan las tasas de recaída.
(Cuevas & Sanz, 2016)	Revisión sistemática.	No hay muestra.	La falta de adherencia a los tratamientos prescritos en la práctica psiquiátrica es un problema multifactorial que incluye factores centrados en el paciente, factores relacionados con el tratamiento, factores del sistema de atención médica, factores sociales y económicos, y los factores de la enfermedad. Este artículo describe los principales métodos de valoración existentes.
(Giner et al., 2010)	Estudio descriptivo Observacional	N=215 enfermeros	Un comité de expertos diseñó un cuestionario específico. Se envió el cuestionario a 215 enfermeros. Las estrategias preferidas para evaluar la adherencia son: el registro de la administración de inyectables y la impresión clínica del paciente. El grupo de trabajo considera que es preciso intervenir de manera específica cuando el paciente ha sufrido ya varias recaídas a causa del bajo cumplimiento terapéutico o se detecta una nula conciencia de enfermedad. La potenciación de las actitudes positivas hacia el tratamiento y el establecimiento de acuerdo con el paciente son las estrategias preferidas del personal de enfermería
(Feldhaus et al., 2018)	Estudio descriptivo transversal.	N=81	Se investigan posibles asociaciones entre la actitud de adherencia a la medicación y el grado de autoestigmatización, al tiempo que exploramos los factores relacionados con la autoestigmatización. Se predijo una actitud más positiva hacia la medicación mediante una mejor comprensión de la enfermedad, $R^2 = 0.23$ ). un mayor nivel de autoestigmatización se asoció con un menor bienestar subjetivo, síntomas depresivos más graves y género masculino ( $R^2$ ajustado = 0,58) los hallazgos respaldan la noción de que la autoestigmatización es un factor influyente en la actitud de la medicación que, por lo tanto, debe apreciarse en la práctica clínica

(Chien et al., 2016)	Ensayo controlado.	N=134	El grupo de terapia de adherencia informó mejoras significativamente mayores en la gravedad de los síntomas ( $p < 0,003$ ), la percepción de la enfermedad / tratamiento ( $p < 0,001$ ), el funcionamiento ( $p < 0,005$ ), la duración de las re-hospitalizaciones ( $p < 0,005$ ) y la adherencia a la medicación ( $p < 0,005$ ) durante 18 meses de seguimiento, en comparación con la atención habitual sola
(Tessier et al., 2017)	Estudio descriptivo transversal multicentrico	N=72	se evaluaron 72 pacientes con respecto a la sintomatología, la adherencia autoinformada con la medicación, el conocimiento, los efectos secundarios de la medicación, la alianza terapéutica y el trauma percibido relacionado con el tratamiento psiquiátrico. La mayor adherencia se correlacionó con una mayor comprensión, una mayor alianza terapéutica y un menor trauma percibido. Estas tres variables parecen ser determinantes importantes de la adherencia a la medicación del paciente. La adherencia podría mejorarse al reducir el trauma percibido y al aumentar el conocimiento
(Chaudari et al., 2017)	Estudio transversal	N=50	Entre los pacientes, el 52% eran de baja adherencia (no adherentes) La razón principal de la falta de adherencia dada por los pacientes fueron los efectos adversos de los medicamentos, el tratamiento percibido como ineficaz, los problemas financieros, la vergüenza y el estigma sobre la enfermedad y el tratamiento, en relación con el tratamiento innecesario y la dificultad para acceder al centro de salud.
(Semahegn et al., 2020)	Metaanálisis y revisión sistemática.	N=63.957 pacientes de 35 estudios	Mantener la adherencia a la medicación es el curso más esencial pero desafiante en la modalidad de tratamiento farmacológico para los trastornos psiquiátricos mayores. Cuarenta y seis estudios se incluyeron en la revisión sistemática. De estos, 35 estudios (esquizofrenia ( $n = 9$ ), trastornos depresivos ( $n = 16$ ) y bipolares ( $n = 10$ )) se incluyeron en el metaanálisis. En general, el 49% de los pacientes con trastornos psiquiátricos mayores no eran adherentes a su medicación psicotrópica. De estos, la no adherencia a la medicación psicotrópica para la esquizofrenia, los trastornos depresivos mayores y los trastornos bipolares fueron 56%, 50% y 44%, respectivamente. El comportamiento individual de los pacientes, la falta de apoyo social, el tratamiento clínico y la enfermedad y los factores del sistema de salud influyeron en la falta de adherencia a la medicación psicotrópica
(Wong-Anuchit et al., 2018)	Metaanálisis	N=1267	Las intervenciones CAT basadas en MI mejoraron significativamente los síntomas psiquiátricos con un tamaño de efecto moderado (ES) de 0,45. Las sesiones más largas y las dosis de intervención más altas mostraron ES significativamente mayores que las sesiones más cortas y las dosis más bajas. Los ES fueron significativamente más bajos cuando los participantes eran mayores y cuando hubo un período más largo entre la intervención y la medición del resultado.
(Ertem & Duman, 2018)	Ensayo controlado	N=40	Hubo una diferencia estadísticamente significativa respecto al nivel de conocimiento entre los grupos de intervención y control en las fases posteriores al IM ( $p = 0,026$ ), el seguimiento del tercer mes ( $p = 0,011$ ) y el último seguimiento del sexto mes ( $p = 0,002$ ), también hubo diferencia en de conciencia de la enfermedad de la escala de percepción en el post-IM ( $p = 0,037$ ), el seguimiento del tercer mes ( $p = 0,004$ ) y el seguimiento del sexto mes ( $p = 0,005$ ). Los puntajes totales de la Medición de adherencia a la medicación autoinformada por los pacientes antes del IM entre los grupos de intervención y control mostraron diferencias significativas en el post-IM ( $p = 0,001$ ), el seguimiento del tercer mes ( $p < 0,001$ ) y el sexto mes ( $p < 0,001$ ) .
(Fiszdon et al., 2016)	Ensayo controlado aleatorizado	N=64	64 pacientes fueron asignados al azar para recibir el MI de 2 sesiones centrado en el funcionamiento cognitivo o una entrevista de control simulado de 2 sesiones centrada en la evaluación y la retroalimentación sobre los estilos de aprendizaje preferidos. El

## ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

			nivel de motivación posterior a la entrevista predijo la asistencia a la sesión. No hubo diferencias significativas en la mejora en una medida del contenido del entrenamiento cognitivo literatura sobre la eficacia del IM para individuos con psicosis ha sido mixta, especulamos que nuestros hallazgos positivos pueden haber sido influenciados por las adaptaciones realizadas al IM, así como por el enfoque en una intervención no farmacológica
(Mueser et al., 2013)	Revisión sistemática	No hay muestra.	Además de hacer una revisión del problema hacen diversas propuestas de intervención en pacientes con esquizofrenia, tratamientos basados en la evidencia, intervenciones psicosociales, diferentes grados de evolución de la enfermedad y actuaciones en base a diferentes grupos de edad.
(Horvitz-Lennon et al., 2019)	Supuesto teórico simulado	N=10.000 supuestos	Simulamos el efecto de un ingreso temprano al tratamiento y una mejor adherencia a los medicamentos antipsicóticos. Predecimos que el ingreso temprano al tratamiento reduce las hospitalizaciones en 12.6–14.4% y la recepción de beneficios en 7.0–8.5%, mientras que aumenta la vida independiente / familiar en 41.5–46% y el empleo en 42–58%. Nuestros hallazgos sugieren beneficios sustanciales de la atención temprana y consistente de la esquizofrenia.
(Mahone et al., 2016)	Revisión sistemática bibliográfica.	No hay muestra	Los médicos indican que, en promedio, sus clientes con esquizofrenia toman solo del 51% al 70% de sus medicamentos recetados. La falta de seguimiento de la medicación aumenta el riesgo de recaída, hospitalización, suicidio y arresto criminal. Los factores que se identificaron respecto a la falta de adherencia incluyen déficits cognitivos, anosognosia (es decir, falta de conocimiento o conciencia de la enfermedad), abuso de sustancias comórbidas, falta de acceso a servicios de salud, limitaciones financieras y falta de apoyo social. Se identificaron cuatro factores clave adicionales: falta de efectividad de los medicamentos, efectos secundarios, actitudes hacia el tratamiento y una alianza terapéutica débil.
(von Maffei et al., 2015)	Ensayo controlado	N=113	Mostrar las películas en el entorno probado fue factible. El conocimiento sobre la esquizofrenia ( $p < 0.001$ ), el cumplimiento ( $p < 0.01$ ), la percepción de la enfermedad ( $p < 0.01$ ) y la calidad de vida ( $p < 0.001$ ) aumentaron significativamente después de que los pacientes vieron las películas y permanecieron estable durante al menos medio año. Una gran mayoría (84,9%) de los pacientes consideraron que las películas eran interesantes e informativas.
(Ye et al., 2017)	Ensayo controlado aleatorizado.	N=180	Después de 6 meses para el grupo de observación, la tasa de cumplimiento de la medicación completa fue del 71,11%, la tasa de conocimiento del conocimiento de la salud relacionado con la esquizofrenia fue del 96,67% y la tasa de recurrencia fue del 8,89%.) Para el grupo control, la tasa de cumplimiento de la medicación completa fue del 45,56%, la tasa de conocimiento del conocimiento relacionado con la esquizofrenia fue del 46,67% y la tasa de recurrencia de la enfermedad fue del 26,67%. La calidad de vida del grupo de observación era obviamente mejor que el grupo de control; la diferencia fue estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ).
(Ahmad et al., 2017)	Estudio descriptivo transversal.	N=55	Se realizaron entrevistas semiestructuradas en cuatro hospitales psiquiátricos en la región de Peshawar en Pakistán con 55 participantes. Las cinco razones principales documentadas para la no adherencia al tratamiento fueron: 1) vía de tratamiento alternativa elegida con un curandero tradicional ( $n = 53, 96.4\%$ ), 2) falta de conocimiento ( $n = 36, 65.5\%$ ), 3) mal estado económico ( $n = 33, 60.0\%$ ), 4) efectos adversos de los medicamentos ( $n = 33, 60.0\%$ ) y 5) el uso de sustancias psicoactivas como alternativa a

			los medicamentos psicotrópicos (n = 27, 41.1%). Se identificaron varios factores modificables como agentes antipsicóticos de segunda generación, antipsicóticos inyectables de acción prolongada e intervenciones psicoterapéuticas, incluida la psicoeducación
(Zhou et al., 2017)	Estudio observacion al prospectivo .	N=236	El análisis de regresión logística se utilizó para investigar los factores que se asociaron con la interrupción de la medicación. El 8% de la muestra discontinuó la medicación en el año posterior al alta se mostró que la menor duración de la enfermedad, la falta de seguro de salud y la mala comprensión en el momento del alta se asociaron significativamente con la interrupción completa de la medicación (p <0.05) Los pacientes discontinuaron su medicación dentro de un año después de la hospitalización psiquiátrica, lo que se asoció con la falta de cobertura de seguro, menos conocimiento de su enfermedad y menor duración de la enfermedad. El mal conocimiento en el momento del alta se asoció significativamente con la interrupción completa de la medicación (p <0.05).