

FACULTAD DE ENFERMERÍA



Trabajo de fin de grado.

GRADO EN ENFERMERÍA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS, ACTITUDES DE LOS PACIENTES HACIA
EL TRATAMIENTO Y ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA
ADHERENCIA.

Adherence to treatment in schizophrenic patients, patients'
attitudes towards treatment and strategies to improve
adherence.



AUTORA: RUTH ENEIDA FERNÁNDEZ ITURREGUI

DIRECTOR: SANTIAGO LÓPEZ GONZÁLEZ

JUNIO 2018

AVISO RESPONSABILIDAD UC.

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

ÍNDICE.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	3
ABSTRACT AND KEY WORDS.	3
1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.	5
1.1. Justificación y elección del tema.....	7
1.2. Concepto, características y síntomas de la patología esquizofrénica.	8
1.3. Concepto de adherencia terapéutica.....	9
2. OBJETIVOS.	10
3. METODOLOGÍA.	10
4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ESQUIZOFRÉNICA.	13
4.1. Factores que influyen en la adherencia de los pacientes psiquiátricos.	14
4.1.1. Variables sociodemográficas.....	14
4.1.2. Variables relativas a la relación terapéutica.	16
4.1.3. Variables relacionadas con el tratamiento.	17
4.1.4. Variables clínicas.	18
4.1.5. Dependencias.....	19
4.2. Medidas de evaluación de la adherencia.	19
5. CONSECUENCIAS Y REPERCUSIONES DE LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA.	23
6. ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA ADHERENCIA EN LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA MENTAL.	25
6.1. Estrategias técnicas.	26
6.2. Educativas.....	26
6.3. Medidas de apoyo social y familiar.	26
6.4. Estrategias dirigidas al profesional sanitario.....	27
7. CONCLUSIONES.....	28
8. BIBLIOGRAFÍA.	29
9. ANEXOS.	32
9.1. ANEXO 1. Test de adherencia SMAQ.	32

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.

RESUMEN:

La adherencia terapéutica es un problema extendido a nivel mundial. En el caso de la esquizofrenia, es una dimensión fundamental del trabajo del equipo de enfermería en el tratamiento de la enfermedad, debido a los problemas que puede desencadenar. Son elevadas las tasas de abandono terapéutico, llegando a alcanzar un 50% y originando graves resultados. En esta revisión narrativa se muestran los factores determinantes del incumplimiento terapéutico, divididos en categorías, así como los métodos destinados a medirlo y las consecuencias sobre la salud. La valoración del cumplimiento terapéutico ha de hacerse combinando varias de las fórmulas existentes, ya que debido a la dificultad de medición no se dispone de técnicas universales. Entre las consecuencias, con diferentes niveles de gravedad, se encuentran las recaídas, rehospitalizaciones, aumento de los costes sanitarios, suicidios, etc. Para finalizar, se explican una serie de propuestas y medidas a tener en cuenta para aumentar la adherencia terapéutica en los pacientes con esquizofrenia, abarcando todos los ámbitos que la condicionan.

PALABRAS CLAVE: Cumplimiento de la medicación, adherencia en el paciente, salud mental, esquizofrenia.

ABSTRACT AND KEY WORDS.

ABSTRACT:

Therapeutic adherence is a worldwide problem. In the case of schizophrenia, adherence is a fundamental dimension in the treatment of the disease by the nursing team, it is because of the problems it can trigger. There are high rates of therapeutic drop out, reaching 50% and causing serious results.

This narrative review shows the determining factors of the therapeutic noncompliance, divided into categories, as well as the methods destined to measure it and the health consequences. The therapeutic compliance assessment must be done by combining several of the existing formulas, because there is not an universal technique available, due to the difficulty of measurement. The consequences, which vary in different levels of severity, include relapses, rehospitalizations, increased health costs, suicides, etc.

Finally, several proposals to be taken into account to increase the therapeutic adherence in patients with schizophrenia are explained, covering all the areas that can influence it.

KEY WORDS: medication adherence, patient compliance, mental health, schizophrenia.

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.

Hoy en día, las patologías mentales presentan una alta prevalencia a nivel mundial. La que más nos ocupa a lo largo de este trabajo es la esquizofrenia, con unos 21 millones de personas afectadas en todos los continentes. Otras enfermedades mentales importantes como el trastorno afectivo bipolar y la depresión también tienen una elevada prevalencia (60 millones y 300 millones de casos en todo el mundo respectivamente) (1).

La patología esquizofrénica por regla general afecta de manera homogénea en todo el mundo, aunque existen algunas zonas geográficas de más incidencia y otras con una tasa menor (2).

A nivel mundial, existen diferentes análisis que hablan de la incidencia de esquizofrenia estudiada en diferentes países, de los cuales se concluye que a pesar de las diferencias se puede establecer una media de 15,2 pacientes afectados por cada 100.000 habitantes, siendo esta cifra superior en los países desarrollados que, en aquellos en vías de desarrollo, y dentro de los primeros, incrementándose en las zonas urbanas frente a las zonas rurales (2).

Los datos a nivel estatal se extraen del estudio ESEMeD-España, los cuales son determinantes para conocer la prevalencia de enfermedades mentales a nivel nacional. Una cifra significativa es que 1 de cada 5 personas a las que se le realiza la entrevista han presentado al menos un trastorno mental a lo largo de su vida (3).

Concretamente en Cantabria, existen datos que muestran una tasa de incidencia de casi 2 casos por cada 10.000 por año, sin diferencias por sexos (2).

Los trastornos psicóticos tienen una prevalencia del 3,9% de la población total, y dentro de ese porcentaje el 0,9% corresponde al terreno de la esquizofrenia. Afecta con más frecuencia a hombres que a mujeres, y la edad predominante de aparición es temprana (4,5). Diversos estudios establecen la edad a la que debuta el primer brote en torno a los 26 años de edad, destacando que se inicia antes en los hombres que entre las mujeres, en los primeros suele aparecer antes de los 30 y en el grupo femenino antes de los 35 años de edad (2).

La esquizofrenia puede conllevar discapacidad, lo que significa que estos pacientes van a tener más limitaciones en los ámbitos laboral y educativo. Las tasas de desempleo aumentan con la gravedad de la patología, pudiendo llegar hasta cifras del 80%. Del mismo modo, de la cifra total de personas con invalidez permanente, los trastornos esquizofrénicos ocupan hasta un 10% (2). También, se asocia con mortalidad prematura, ya que las personas diagnosticadas de esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 más de probabilidad que aquellos que no presentan esquizofrenia de morir de forma temprana. Algunas de las causas que justifican este incremento

en las tasas de mortalidad son los suicidios, la polimedicación y las enfermedades cardiovasculares, entre otras (6). Además, este tipo de pacientes también pueden sufrir otro tipo de complicaciones y problemas de índole social, como la estigmatización y la exclusión de la sociedad (7). Son graves y múltiples las consecuencias ocasionadas por la esquizofrenia al aparecer en una época temprana de la vida (2).

A pesar de que los pacientes esquizofrénicos son más reticentes a recibir asistencia sanitaria y médica (8), las cifras del gasto sanitario invertido en ellos son altas.

La enfermería asume un papel muy importante en el control de cualquier paciente, tanto agudo como crónico, prestando un cuidado holístico e integral, abarcando todas las dimensiones del ser humano. Entre las labores enfermeras, que son muchas y muy diversas, se encuentran también las de la administración de la medicación. La toma de la medicación prescrita por parte del paciente es algo sumamente importante para su recuperación o mantenimiento sin reagudizaciones, y es la enfermera quien en su visión holística del paciente se encarga de intentar conseguir que exista una adherencia terapéutica para así evitar las graves consecuencias derivadas del no cumplimiento de las prescripciones. Los pacientes con esquizofrenia son también pacientes cuya enfermedad es crónica, y precisa evaluación y seguimiento. Existen diferentes tratamientos para dicha enfermedad, entre los que se encuentran la terapia psicosocial, y el que nos interesa en este caso, el tratamiento farmacológico. En estos casos, la enfermera realiza una labor fundamental para tratar de aumentar el cumplimiento de las prescripciones por parte de los pacientes (9).

Por ello, en este documento se describirá una revisión acerca del estado de la prevalencia de la adherencia al tratamiento, así como de los factores que influyen en ella. Por otro lado, también refleja los mecanismos, técnicas o actuaciones que utiliza la enfermería para aumentar la adherencia y fomentar la aceptación del tratamiento. Finalmente, a modo de cierre aparecen descritas las principales consecuencias de la no adherencia terapéutica, que deja de manifiesto la importancia del tema tratado.

1.1. Justificación y elección del tema.

Tras los, prácticamente, 4 años de carrera, he ido viendo diferentes ámbitos en los que se desarrolla la enfermería, y diferentes maneras de llevarla a cabo. Cada rotatorio práctico me ha causado satisfacción, ya que me he sentido realizada con lo que he hecho, tratando de aprender, superar dificultades y mejorar aquellas cualidades que considero que tengo.

Durante varios de mis rotatorios en este último año, afortunadamente para mí, pude tener contacto con el paciente psiquiátrico, pues realicé mis prácticas en un centro dedicado a pacientes con patología mental, así como en una unidad de psiquiatría del HUMV (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla). En su gran mayoría, lo que predominaba entre las patologías más comunes del centro donde estuve era la esquizofrenia.

Realmente me impactó el trabajo que realiza la enfermería con estos pacientes, y sobre todo la relación terapéutica tan importante que se establece entre el profesional sanitario y el paciente psiquiátrico, la cual favorece la estabilización del estado de dichos enfermos.

Durante mi periodo práctico con los pacientes del área de salud mental, pude observar que tenían características y necesidades especiales derivadas de su patología diferentes a las que pueden tener otros enfermos no psiquiátricos. Algo que me llamó mucho la atención fue aquello que da pie al tema de este trabajo, y es la adherencia al tratamiento. En ciertos casos vi, por un lado, una auténtica negación a la toma de su tratamiento farmacológico pautado y, por otro, una acertada actuación enfermera para conseguir el cumplimiento de la prescripción. Esto me motivó para la realización de este trabajo.

1.2. Concepto, características y síntomas de la patología esquizofrénica.

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más conocidos a nivel mundial, esto es debido tanto a su prevalencia como a su importancia. Según el DSM-5, el acrónimo de las iniciales en inglés de la quinta edición del Manual Estadístico de los Problemas Mentales, se define como un trastorno caracterizado por:

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado.
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

La esquizofrenia se considera un trastorno mental de gravedad caracterizado por una alteración del pensamiento, de las emociones y de las percepciones. Los pacientes esquizofrénicos también pueden cursar con distorsión del lenguaje, alteraciones conductuales, así como de la conciencia de ellos mismos. Algunos de los síntomas más característicos y llamativos de la enfermedad son la presencia de alucinaciones o delirios. Por alucinaciones se entienden todas aquellas alteraciones de la percepción. El paciente es capaz de ver, oír, sentir, o incluso degustar algo que no existe. En definitiva, perciben estímulos que no son reales. Los delirios son ideas que persisten, cuya base es errónea pero la persona está completamente convencida de lo real de dichos pensamientos, aunque tenga pruebas que avalen que eso no es cierto.

Otros síntomas importantes que caracterizan a la esquizofrenia son la desorganización del discurso a la hora de comunicarse, pudiendo balbucear, y el comportamiento extravagante. Además, es común verles con un aspecto desaliñado o estrafalario, y el vagabundeo (1,7,10).

Las manifestaciones de esta enfermedad se clasifican en dos grupos, los síntomas primarios y los secundarios. Los primarios son aquellos experimentados por el paciente en fases más tempranas, aunque se pueden dar durante otros periodos de la enfermedad, siendo estos subjetivos. Los secundarios son más tardíos e incluyen las alteraciones psicóticas, que son más objetivas (11).

Hay diversas teorías que tratan de explicar la etiología de la patología esquizofrénica, sin embargo, no hay consenso para establecer una como primaria.

Dentro de los principales fármacos más utilizados para la esquizofrenia se encuentran los antipsicóticos. También es común el uso de otro tipo de medicamentos, como por ejemplo para controlar el estado de ánimo, o para tratar complicaciones asociadas.

1.3. Concepto de adherencia terapéutica.

Existen diferentes términos que se utilizan para explicar la adherencia terapéutica. Entre ellos los más comúnmente utilizados son “adherencia” o “adherence”, “concordancia” o “concordance”, “cumplimiento” o “compliance”.

A lo largo de este documento se van a utilizar indistintamente dichos términos utilizándolos a modo de sinónimos, aunque realmente no lo sean, puesto que existe un matiz entre ellos. La palabra cumplimiento lleva implícita una actitud pasiva del paciente a la toma del tratamiento, en la que este lo que hace es acatar las prescripciones de los profesionales de la salud sin tomar decisiones propias. Cuando hablamos de adherencia, se entiende como el proceso mediante el cual el paciente tiene implicación y muestra una actitud activa ante la toma de su tratamiento (12).

Del mismo modo el término adherencia se entiende como más completo ya que no solo incluye la correcta toma de los fármacos prescritos, lo que sería el cumplimiento, sino que también se refiere a las conductas, hábitos y forma de vida del paciente. A modo de ejemplo, hablar de adherencia sería tener en cuenta la dieta y el ejercicio que realiza un diabético, y no solo fijarse en si toma correctamente los antidiabéticos orales o si cumple la pauta de insulina (13).

No existe unanimidad a la hora de establecer una definición definitiva y universal para hablar del fenómeno de la adherencia al tratamiento.

Entre otras definiciones para el término cumplimiento terapéutico se halla la propuesta por *Haynes*, que viene a decir lo siguiente: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” (12).

Como definición para la adherencia terapéutica destaca la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, OMS, en la cual la adherencia es considerada, en el año 2004, como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el

seguimiento de una dieta o la modificación de los hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (14).

2. OBJETIVOS.

- Describir la prevalencia de la adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos.
- Determinar los factores que influyen en la adherencia.
- Identificar los métodos para evaluar la adherencia.
- Proponer estrategias generales para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos.
- Explicar las consecuencias más comunes derivadas de la no adherencia terapéutica.

3. METODOLOGÍA.

Este documento, denominado revisión narrativa, consiste en una recopilación de información de diferentes fuentes y bases de datos, para conocer el estado actual acerca de un tema en concreto.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado entre el 10 de noviembre de 2017 y el 10 de abril del 2018. Se encontraron un total de 42.840 artículos en diferentes bases de datos, principalmente en estas cuatro: Pubmed, Scopus, Google Académico y Dialnet.

Para llevar a cabo la búsqueda se emplearon distintos descriptores y palabras claves, presentes tanto en el DeCS como en el MeSH. Estas fueron: “medication adherence”, “cumplimiento de la medicación”, “patient compliance” “mental health” y “esquizofrenia”. Además, se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR”. La búsqueda se fundamentó en la selección de artículos y documentos que tuvieran las palabras clave integradas en el título.

Del mismo modo también han sido utilizadas otras palabras no incluidas en el DeCS y MeSH para completar la búsqueda bibliográfica ya que eran relevantes, tales como “adherencia”, “concordancia”.

La búsqueda bibliográfica se realizó tanto en inglés como en castellano, y los criterios para la selección de artículos han sido los siguientes:

- Acceso a texto completo en línea.
- En idioma inglés y español.

- Con menos de 15 años de antigüedad desde su publicación.

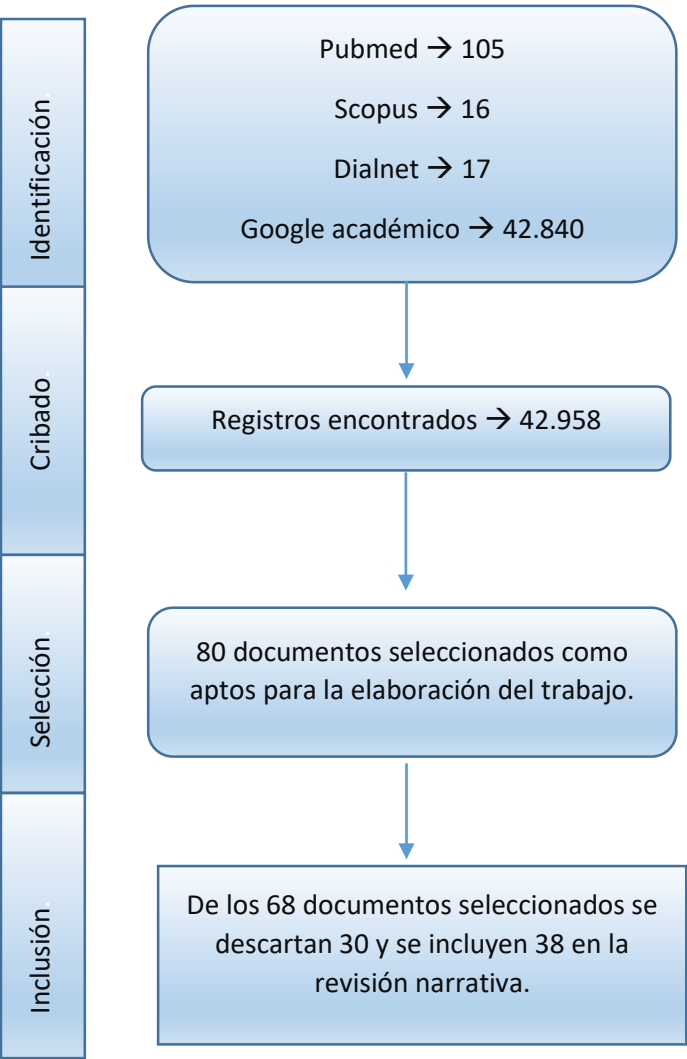
Se ha hecho hincapié en encontrar metaanálisis y revisiones sistemáticas publicadas sobre el tema a tratar.

Además de este modelo de búsqueda, se ha empleado también otro método denominado comúnmente “técnica de la bola de nieve”, obteniendo referencias de la propia bibliografía de los artículos seleccionados.

Según la base de datos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y las palabras clave, se han encontrado:

- “Adherence” AND “schizophrenia” o “Adherencia” AND “esquizofrenia”
 - PUBMED → 97 documentos.
 - SCOPUS → 15 documentos.
 - GOOGLE ACADÉMICO → 36.700 resultados.
 - DIALNET → 16 resultados.
- "Patient compliance" and "schizophrenia".
 - PUBMED → 8 documentos.
 - SCOPUS → 1 documento.
 - GOOGLE ACADÉMICO → 6.120 resultados.
 - DIALNET → 1 resultados.

DIAGRAMA DE FLUJO.



4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ESQUIZOFRÉNICA.

A nivel global, la adherencia al tratamiento representa un problema de salud pública como menciona la OMS, y además de ser un problema de gran trascendencia e importancia debido a los costos y complicaciones derivadas del mismo, este está aumentando en todo el mundo.

Según los datos de la OMS, se observa que únicamente el 50% de los pacientes crónicos cumplen con sus prescripciones médicas. Esta cifra hace referencia a los países desarrollados, pues en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo presentan resultados de adherencia significativamente inferiores.

La no adherencia terapéutica es un problema que se ve agravado con el aumento de las enfermedades crónicas a nivel mundial. Los trastornos mentales se encuentran dentro de la categoría de enfermedades crónicas no transmisibles, grupo que en 2001 protagonizaba el 54% de la morbilidad global (15).

A lo largo de todo el documento, se va a poner de manifiesto que las tasas de adherencia varían y sus porcentajes van fluctuando dependiendo del estudio en el que se basen. Esto es debido a varios factores.

En primer lugar, la definición de adherencia no es siempre la misma, depende de la manera que tengan los investigadores de entender la adherencia. Un ejemplo de esto es que puede haber gente que dé por hecho que, si el blíster está vacío, la medicación está administrada, mientras otros reconocen que la única forma de conocer si ha sido administrada de verdad es mediante marcadores sanguíneos. A esto ha de sumársele que no todos los grupos de investigadores realizan sus estudios en las mismas condiciones, ni en poblaciones similares y, además, no tienen en cuenta las mismas variables a evaluar, ni las mismas técnicas de controlar si los pacientes toman su medicación prescrita.

La esquizofrenia es, de entre todas las enfermedades mentales, aquella que peores índices de adherencia presenta (13).

Los trastornos psicóticos muestran tasas de no adherencia terapéutica elevadas, que autores como Gaobel y Pietzker establecen en 1983 en un 75%. Años más tarde, en 1990, Corrigan y cols., señalan como cifra de tasas de incumplimiento el 80% (16).

Según un estudio en 1994 de Weiden y cols., las tasas de incumplimiento del régimen terapéutico tras un año del alta de un ingreso en un hospital psiquiátrico son del 50%, incrementándose al 75% a los dos años del alta (17).

A menudo es una creencia común que el incumplimiento del régimen terapéutico afecta a aquellos pacientes refractarios y con historial de reagudizaciones, así como con falta de un entorno social que les apoye. Sin embargo, esto es incorrecto, ya que también se conocen elevadas tasas de no adherencia en pacientes con un apoyo social óptimo y que acuden regularmente a consulta con su médico (13).

4.1. Factores que influyen en la adherencia de los pacientes psiquiátricos.

Son los propios pacientes los que identifican diversos aspectos que les dificultan adherirse al tratamiento prescrito. Entre estos señalan a la duración de los tratamientos para la enfermedad, ya que la gran mayoría de ellos consisten en regímenes de larga duración, los cuales traen consigo efectos secundarios molestos e incómodos. También identifican aquí la dificultad presente en un seguimiento clínico de la patología, así como la estigmatización a la que se ven sometidos dichos pacientes por el hecho de presentar una enfermedad mental, en un mundo donde no está normalizado. Para mucha gente resulta algo alarmante ver a una persona tomarse un fármaco antipsicótico, y sin embargo ve con total normalidad alguien que está medicado con una terapia anticoagulante (13).

Según los datos propuestos por Haynes en 1976, existen infinidad de variables que influyen en el proceso de la adherencia. Él identifica más de 200 variables diferentes (18).

Hay múltiples factores de riesgo que pueden ser sugestivos de que se desarrolle una pobre adherencia al tratamiento, entre estos se encuentran los siguientes, organizados en categorías (19).

4.1.1. Variables sociodemográficas.

Edad.

Hay controversia en relación a cómo influye la edad de los pacientes en su adherencia al tratamiento farmacológico. A pesar de que hay ciertos estudios que no atribuyen una edad más joven a un menor cumplimiento de la medicación, la mayoría de los autores señalan que las

tasas más altas de abandono terapéutico pertenecen a colectivos de jóvenes pacientes. La edad influye de manera positiva, a mayor edad, mayor adherencia. Sin embargo, en los adultos de avanzada edad y los ancianos aumenta la incidencia de posologías erróneas y de olvidos en la administración de los tratamientos (19). La mayor adherencia se presenta en personas de mediana edad (20).

Género.

Esta es una variable que muestra resultados ambiguos, hay artículos que citan que las mujeres presentan cifras de adherencia superiores a las que se les atribuyen a los hombres(19). Sin embargo, existen otros estudios cuyos datos apuntan a que las mujeres abandonan más los tratamientos que los hombres (21).

Estado Civil.

El estado civil, a diferencia de las dos variables anteriores, muestra resultados que se mantienen constantes con cifras similares en las diversas fuentes.

Las personas con pareja, ya estén casadas o no, presentan mejores tasas de adherencia frente a las que se encuentran solteras. Así mismo, el hecho de tener hijos también aumenta las cifras de cumplimiento terapéutico. Del mismo modo, los sujetos cuyo estado civil es viudo, divorciado, en pareja, pero con una mala relación, aquellos que se han casado varias veces y las personas que viven solas, tienen niveles de adherencia inferiores a los anteriores.

Esto está relacionado con el beneficio que supone tener un rico y cohesionado círculo social. Una persona que vive con un ser querido que le apoye, recuerde, y supervise si se ha tomado el tratamiento va a tener un mejor seguimiento del régimen terapéutico, y por ello una mejor adherencia (19).

Nivel Socioeconómico.

Por regla general, esta variable se muestra estable en la gran mayoría de estudios. El bajo nivel socioeconómico disminuye la adherencia terapéutica y aumenta el abandono. La explicación es que en muchos casos las personas con bajos recursos económicos tienen otra serie de necesidades que les preocupan más y que deben satisfacer y por ello no prestan tanto interés al cumplimiento farmacológico. Además de lo anterior, pueden presentar problemas para costearse los fármacos. Cabe destacar que, según algunos investigadores, el hecho de tener un empleo estable hace que se aumente la adherencia al tratamiento en relación con los desempleados (19).

Nivel educativo.

Este es un factor controvertido ya que hay estudios que no lo relacionan con la adherencia terapéutica. Sin embargo, existen otros que lo definen como un factor que influye en el cumplimiento del régimen prescrito, a mayor nivel educativo mayor es el grado de adherencia (19).

Características étnicas.

No existen datos concluyentes acerca de si los rasgos étnicos componen un factor determinante en la adherencia al tratamiento, a pesar de que algunos estudios relacionan a las personas de etnia blanca con una mayor adherencia. Lo que sí parece estar claro es que aquellas personas que se encuentran fuera de su país o se hallan en grupos minoritarios presentan unas tasas más altas de incumplimiento terapéutico debido a la menor interacción social que experimentan y a que en algunas culturas no están bien vistas algunas enfermedades, entre las cuales se encuadran las patologías psiquiátricas (19).

4.1.2. Variables relativas a la relación terapéutica.

Los terapeutas y profesionales sanitarios con los que tratan estos pacientes son un pilar fundamental en el cumplimiento del tratamiento prescrito. En concreto la enfermería establece el nexo entre la prescripción del tratamiento y la cumplimentación del mismo por parte del paciente.

No es correcto responsabilizar a los pacientes de la no adherencia terapéutica, ya que no son responsables al 100%. La influencia de los profesionales sanitarios y de la relación terapéutica establecida entre profesional y paciente toma un papel fundamental. Del mismo modo, el sistema de salud también gana en responsabilidad ya que en muchos casos no favorece la adherencia, debido a la forma en la que está organizado (22).

A día de hoy, los factores vinculados con la relación entre el paciente y el sanitario generan más interés a la hora de hacer estudios sobre adherencia terapéutica, aun conociendo el estrecho vínculo que tienen las características sociodemográficas, explicadas en el apartado anterior, con el incumplimiento terapéutico (21).

La relación entre el profesional de enfermería y el paciente es fundamental, importancia que se acusa, sobre todo, en los pacientes con enfermedades mentales. Debe fomentar la aceptación del tratamiento y de la enfermedad por parte del paciente, para ayudarles así a mostrar una

actitud positiva y favorable a la toma de los fármacos y al cumplimiento del resto de prescripciones (21).

Según datos de 1990 publicados por Frank y Gunderson, es notable la diferencia en las tasas de adherencia entre un grupo de personas que padecen esquizofrenia y que presenta una buena relación terapéutica, frente a otro, que también sufre la enfermedad y la relación profesional-paciente está empobrecida. Los datos son significativos. El primer grupo muestra unas tasas de abandono por encima del 70% mientras que aquellos con buena alianza terapéutica presentan una cifra del 26% (17).

En muchos estudios esta pobre alianza terapéutica se ve relacionada con la falta de tiempo existente para que se establezca una relación de confianza entre sanitario y paciente, tanto en ámbitos de atención primaria como de atención especializada. Del mismo modo, la falta de una buena comunicación y transmisión de la información desde los profesionales hacia los pacientes también dificulta el cumplimiento. En muchos de los casos los profesionales no les dan toda la información acerca de su patología o de su tratamiento a los pacientes (14).

4.1.3. Variables relacionadas con el tratamiento.

Las características del tratamiento también son factores condicionantes de la adherencia terapéutica. Hay que diferenciar que los tratamientos pueden ser tanto farmacológicos como no farmacológicos. Los pacientes tratados con fármacos a la vez que con terapia psicológica presentan una mejor adherencia a su tratamiento que aquellos que únicamente toman psicofármacos (19).

En primer lugar, como características del tratamiento cabe hablar de duración y complejidad. Los tratamientos con resultados a largo plazo suelen presentar cifras de cumplimiento inferiores, en comparación con aquellos en los que los pacientes obtienen beneficios a corto plazo derivados de la toma de la medicación (14). Cuanto más simple es un tratamiento, más alta es la tasa de adherencia esperada debido a que es más fácil su administración y hay menor posibilidad de errores. Los que precisan más tomas o más cantidad de fármacos suelen ser peor aceptados (20).

En relación al ámbito de tratamiento, no son iguales las tasas de adherencia en pacientes hospitalizados frente a aquellos atendidos de manera ambulatoria. En el segundo grupo hay más abandono del tratamiento debido a que no hay un profesional supervisándolo de manera constante (19).

En aquellos pacientes que toman fármacos, los que utilizan los de nuevas generaciones suelen tener una mayor adherencia debido a la menor incidencia de efectos adversos que presentan (19). Los efectos adversos de los tratamientos a veces son muy molestos, y representan incomodidad para los pacientes, lo que puede llevarles a abandonar sus prescripciones. Son una de las causas principales de la no adherencia terapéutica. Casi la mitad de los pacientes, así como más de un 60% de los psiquiatras, coinciden en la importancia de los efectos secundarios relacionados con el incumplimiento terapéutico (17). No solo se considera que afecten al abandono total del tratamiento, sino que, a pesar de tomar su tratamiento, no lo hacen de la manera adecuada, pues pueden administrarse dosis erróneas, en horas incorrectas, o incluso confundir e intercambiar un fármaco por otro (14).

Entre los efectos secundarios, hay ciertos ámbitos de la vida del paciente que pueden verse afectados con importantes consecuencias para el paciente, y que no se valoran correctamente por los profesionales sanitarios. Un ejemplo de esto son los efectos adversos relacionados con la sexualidad, que pueden ser originados por múltiples fármacos y causar incomodidad al paciente, y sin embargo ni ellos los comentan, ni los sanitarios preguntan sobre este tipo de efectos. El aumento de peso secundario a ciertos fármacos es también un factor causante de abandono terapéutico (17). Del mismo modo, hay efectos adversos que se pasan por alto por no parecer importantes como, por ejemplo, sequedad de boca, y son los que realmente están contribuyendo a que el paciente no continúe tomando su tratamiento prescrito (9).

Los pacientes que ya han recibido previamente tratamientos psicológicos aceptan mejor los futuros, frente a aquellos que se enfrentan a un tratamiento de este tipo por primera vez (19). La presencia de abandonos a tratamientos previos en la historia del paciente es, del mismo modo, un factor predictor de futuros incumplimientos (20).

4.1.4. Variables clínicas.

Existen otros factores que también influyen en la adherencia terapéutica. Estos son los relacionados con la propia enfermedad.

Las enfermedades mentales son un factor de riesgo, pues están vinculadas con mayores tasas de incumplimiento terapéutico (20). Dentro de las enfermedades mentales, la patología esquizofrénica es la que está ligada a una menor adherencia.

La esquizofrenia, tema clave del trabajo, es una patología crónica en la que además pueden aparecer reagudizaciones. Las enfermedades de carácter agudo son más favorables a presentar tasas de adherencia más elevadas que las patologías crónicas (14).

Otro agente implicado en la adherencia está constituido por la presencia de dolor o malestar físico, el cual reduce la cifra de cumplimiento (20).

4.1.5. Dependencias.

Los antecedentes de consumo de drogas, adicción al tabaco, hachís o alcohol influyen de manera negativa en la adherencia terapéutica (20).

En muchos de los casos, como señalan diversos estudios, son las propias drogas factores de riesgo para la aparición de enfermedades mentales, tales como enfermedades psicóticas, y dentro de estas, la esquizofrenia (23).

4.2. Medidas de evaluación de la adherencia.

La medición de la adherencia terapéutica es importante, así como compleja, debido a su multidimensionalidad (24). Un fármaco o un tratamiento puede ser muy eficaz, pero si no se toma de manera adecuada no sirve, ya que no estaría cumpliendo su cometido y se estaría produciendo una pérdida de efectividad.

En principio se puede pensar que para conocer la adherencia a un tratamiento puede ser suficiente realizar una simple pregunta al paciente del estilo de: “¿Ha tomado usted la medicación tal y como le han indicado?”. Sin embargo, poniendo en tela de juicio el relato del paciente, de esta manera no es posible conocer si ha cumplido verdaderamente con la prescripción, o está mintiendo, bien porque se siente culpable, o bien para evitar ser juzgado o reñido (25).

Es preciso que existan métodos de evaluación que abarquen tanto el cumplimiento de la forma de administración de la medicación y de las dosis, así como otros que se encarguen de medir si dicho cumplimiento persiste en el tiempo (25).

Existen diferentes métodos para evaluar la adherencia terapéutica, pues debido a su complejidad se hace imposible sintetizar todos los aspectos a medir en una única fórmula. Concretamente, en el ámbito de la enfermedad mental, es preciso que estos sistemas de evaluación sean fáciles y simples. Estas técnicas pueden ser tanto objetivas, que a su vez pueden

clasificarse en objetivas directas y objetivas indirectas, como subjetivas, obteniendo resultados siempre de manera indirecta.

Los métodos objetivos directos están basados en la medición y detección de niveles del fármaco o de alguno de sus metabolitos en sangre, saliva, orina, etc. Con esta clase de métodos se detectan niveles más elevados de incumplimiento que con otros sistemas de evaluación de la adherencia. Sin embargo, estas determinaciones no indican siempre una adecuada adherencia, puesto que puede existir fármaco en el organismo, pero no indica si se ha tomado la dosis correctamente. Del mismo modo, hay ciertos pacientes que cumplen con el tratamiento los días previos a la extracción de esas determinaciones, por lo que el resultado es positivo, mientras que el cumplimiento no ha sido el apropiado. Otro importante inconveniente de estos métodos que justifica su inviabilidad es que son muy caros además de cruentos, ya que en muchas ocasiones precisan extracciones de muestras sanguíneas, y muchos pacientes se niegan (24).

Los sistemas objetivos indirectos de evaluación del cumplimiento terapéutico están constituidos por varios métodos. Uno de los más sencillos es el recuento de las pastillas del paciente, es decir, contabilizar el número de pastillas que faltan en el envase y compararlo con el número de comprimidos que deberían faltar, obteniendo así la tasa de adherencia. Es un método de estimación de la adherencia simple y rápido, sin embargo, puede presentar sesgos ya que permite conocer cuántas pastillas faltan, pero no se sabe si todas las que ya no están en el envase han sido administradas o simplemente se han extraído y se han desechado.

También existen dispositivos, como pastilleros, que son capaces de contabilizar el número de ocasiones en las que son abiertos, teniendo en cuenta la fecha y la hora. Sin embargo, el inconveniente es el mismo que en el caso anterior, una vez extraída la dosis, ¿es realmente ingerida? No está claro. Además, son técnicas que requieren materiales, como los pastilleros o envases electrónicos, cuyo coste es elevado (24). Únicamente un 50% de los pacientes que utilizan esta clase de dispositivos electrónicos de monitorización de la adherencia muestran tasas de adherencia correctas (25).

Por último, existe una técnica que implica la cooperación de las farmacias y está facilitada por la implantación de la receta electrónica. Esta consiste en la obtención de información de las bases de datos de farmacia, en las que aparece registrado el momento en el que el paciente acude a recoger la medicación pautaada. En este caso hay que presuponer que la medicación recogida de la farmacia es también administrada. Por lo tanto, no nos asegura tasas de adherencia exactamente iguales a lo que supone en realidad, pero sí permite calcular el gasto de fármacos para prever futuras necesidades. De igual modo, no es posible conocer de esta forma la tasa de

cumplimiento, basada en la recogida de medicación de la farmacia, de un paciente en concreto, sino de grupos o poblaciones en conjunto (24,25).

Hasta aquí los métodos de evaluación de la adherencia objetivos. A continuación, se encuentran descritos los métodos subjetivos para estimar el cumplimiento terapéutico.

Las técnicas subjetivas de valoración de la adherencia terapéutica son siempre indirectas, y están constituidas por la información proporcionada por los pacientes, familiares o por los sanitarios encargados de su seguimiento, por lo que la adherencia está sobreestimada. Comúnmente, los más empleados son el autoinforme y el informe realizado por el médico, siendo este último el que, de entre los dos, aporta cifras inferiores de cumplimiento, ya que el paciente tiende a valorarse mejor. Dichos métodos tratan de evaluar las percepciones y conocimientos de los pacientes hacia el proceso de su patología o su tratamiento. Son fáciles de emplear además de más asequibles económicamente debido a su bajo coste, aunque sus resultados no sean tan concluyentes.

En el ámbito de la psiquiatría son la herramienta de elección, ya que es más barata y mejor aceptada que técnicas cruentas y además se ha comprobado que muestran cifras de adherencia sensatas en relación a la realidad. Los pacientes con patología mental ocasionan a los profesionales mayor dificultad para determinar si son adherentes o no (24).

Hoy en día existen variedad de test y escalas para determinar la adherencia terapéutica, muchas de ellas centradas en las presunciones, percepciones y actitudes de los pacientes hacia el tratamiento o la enfermedad, debido a que es conocido que este es uno de los factores que más influyen en la adherencia en los pacientes psiquiátricos. Dentro de estas se encuentran la ROMI, DAI, MARS y BEMIB. Del mismo modo también existen escala dirigidas a evaluar directamente el cumplimiento terapéutico. El más utilizado y extendido a nivel mundial es el test de Morisky-Green, el cual está traducido y validado en varios idiomas, pero también son empleadas otras escalas generales tales como la escala BARS (26).

Las escalas pueden ser generales, es decir, creadas para determinar la adherencia en cualquier tipo de paciente, o más específicas, o lo que es lo mismo, dirigidas a un grupo específico de pacientes. Siguiendo los ejemplos anteriores, el test de Morisky-Green sería general, mientras que la escala SMAQ (Anexo 1) sería un test particular para pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o la DAI-10, muy útil en el caso abordado, de pacientes que padecen esquizofrenia (24-27).

El test de Morisky-Green está formado por cuatro preguntas que deben realizarse al paciente, cuya respuesta únicamente puede ser dicotómica, es decir, “Sí” o “No”. Se designa como un paciente adherente a aquel cuya respuesta es “No” a las cuatro preguntas, y no adherente a aquel que responde con un “Sí” a alguna de ellas o a varias. Las cuestiones son las siguientes:

- ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su enfermedad?
- ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
- Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla? (28)

Esta escala debe ser introducida en la conversación de manera natural, y no como un test (27).

La Escala BARS evalúa el cumplimiento terapéutico relacionado con la utilización de dispositivos electrónicos de control de la adherencia como los mencionados anteriormente en este apartado (26).

El test MARS (The Medication Adherence Report Scale) es un test autoadministrado que evalúa el cumplimiento de la medicación compuesto por 30 ítems que miden tanto el comportamiento como las actitudes de los pacientes. Cada ítem cuenta un punto, y una puntuación inferior a 25 representa cumplimiento inadecuado de la medicación. Fue creado para pacientes con enfermedades crónicas y ha dado buenos resultados en patologías mentales, y en concreto en pacientes esquizofrénicos. Como aspecto negativo es que debido a su longitud muchos de los enfermos no la cumplimentan correctamente (24,26,27).

El ROMI es otro test que evalúa, mediante subescalas, las actitudes de los pacientes ante el tratamiento farmacológico. Es específico para la esquizofrenia, y se ha traducido y versionado en español. A modo de inconveniente se puede reseñar también su longitud (17,27).

El DAI, también conocido como Drug Attitude Inventory, de cual existen dos versiones, con más o menos ítems, DAI-10 y DAI-30, es también un test autoadministrado, específico para la esquizofrenia y, como su nombre indica, permite medir las actitudes hacia el tratamiento. Sus resultados se correlacionan con las pruebas directas objetivas de medición de la adherencia (17,24,26,27).

Por último, la escala BEMIB representa otra escala autoadministrada por el propio paciente, diseñada explícitamente para pacientes con esquizofrenia, y consta de 8 ítems que abarcan tanto la percepción que tienen los pacientes sobre su enfermedad y sobre el tratamiento, como los impedimentos u obstáculos.

5. CONSECUENCIAS Y REPERCUSIONES DE LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

La importancia de la adherencia terapéutica se debe en gran medida a las consecuencias derivadas de la falta de esta. Estas pueden ser de varios tipos, y pueden ir desde repercusiones menos graves, a otras de alta importancia debido a la incapacidad que producen. Las secuelas que derivan del incumplimiento terapéutico dependen del tipo de fármaco que se debería tomar y no se toma, así como de la clase de patología por la que se prescribe el régimen de tratamiento incumplido. Pues, no es lo mismo las consecuencias atribuidas al incumplimiento de un régimen de anticonceptivos, que, por ejemplo, a la no adherencia a un tratamiento recetado para la tuberculosis, que es una enfermedad que se puede propagar dando lugar a un problema de salud pública, o por supuesto, al tratamiento destinado al control de una enfermedad psíquica, como es el caso de la esquizofrenia.

A modo de dato, cabe destacar que las tasas de recaída de los pacientes con esquizofrenia superan a la esperada en más de un 70%, lo cual es una cifra alarmante (17). En pacientes incumplidores del tratamiento farmacológico, con esquizofrenia, las cifras que representan la recaída de los enfermos, pueden llegar incluso a más de un 80% tras 5 años de no adherencia terapéutica (29).

De manera específica, las consecuencias del incumplimiento terapéutico pueden dividirse en dos grandes grupos. Por un lado, las consecuencias clínicas, directamente relacionadas con el estado del paciente, y, por otro lado, las consecuencias económicas (14,30).

Dentro de las repercusiones de tipo clínico, la no adherencia terapéutica en esta enfermedad está directamente relacionada con un peor pronóstico para el paciente, así como con una evolución negativa de la patología, produciendo reingresos, y recaídas con frecuencia. Del mismo modo, también se ve incrementada la probabilidad de suicidio o intento autolítico, como es lógico, el nivel de calidad de vida se reduce, y aumenta la morbilidad y la posibilidad de una muerte prematura. Por otro lado, aumenta la carga de trabajo de los familiares responsables, afectándoles de manera negativa (15,31,32).

Existen tres elementos que pueden condicionarlas. Estos son, en primer lugar, la patología por la que se medica, en segundo lugar, el tipo de incumplimiento, ya que no es lo mismo no tomar ninguna dosis, cuya consecuencia sería la evolución del curso de la enfermedad con sus síntomas propios, que iniciar el tratamiento e interrumpirlo, cuyas consecuencias dependerían del momento del abandono, y de otros factores relacionados. Y, en último lugar, las propiedades o

características de los fármacos (farmacocinética, farmacodinámica, etc.). Es clara la relación existente entre incumplimiento terapéutico y resultados negativos en salud. Esto provocaría una ruptura, una brecha entre la eficacia de los fármacos y la efectividad, ya que el seguimiento erróneo de la pauta de tratamiento llevaría consigo el no aprovechamiento de las propiedades de los fármacos (14).

En lo relativo a las consecuencias de carácter económico, estas están relacionadas con múltiples aspectos. Uno de ellos sería el aumento de las visitas a los servicios de urgencia, y por ello, también el incremento en el número de hospitalizaciones de estos pacientes, con el consiguiente gasto que ello trae consigo. Hilado a lo anterior, también se encontrarían aquí los gastos derivados de la realización de pruebas diagnósticas, en muchos de los casos invasivas, así como la prescripción de nuevos fármacos.

Del mismo modo, esto también abarcaría el alejamiento del empleo, la pérdida de productividad de los pacientes y las bajas laborales e incapacidades, relacionadas con la mortalidad y morbilidad elevada (14).

En los Estados Unidos de América se han obtenido datos sobre los costes que supone la patología esquizofrénica anualmente, llegando a alcanzar los 10 billones de dólares. Se ha comprobado que casi la mitad del gasto invertido en el tratamiento de la esquizofrenia, está relacionado con costes asociados a la no adherencia al tratamiento y régimen terapéutico (29).

Concretamente en el caso de la esquizofrenia, existen otras repercusiones asociadas al abandono del tratamiento, tales como el abuso de drogas y tóxicos, la dependencia alcohólica, el vandalismo y el aumento de detenciones, así como un sentimiento de no sentirse a gusto con la vida, que en muchos de los casos puede dar lugar, como se ha descrito anteriormente, a desencadenar intentos de suicidio (33).

Para finalizar, es interesante describir un término comúnmente empleado en los enfermos de esquizofrenia, que es consecuencia directa de la no adherencia terapéutica. Este es el síndrome de la puerta giratoria. Este término se acuña para hacer referencia a que los pacientes se encuentran entrando y saliendo de los hospitales de manera constante debido a las reagudizaciones de su patología (9).

6. ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA ADHERENCIA EN LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA MENTAL.

Como se puede observar y comprobar a lo largo de todo el documento, la adherencia terapéutica representa un problema multidimensional y complejo, por lo que las estrategias encaminadas a fomentarla deben abarcar todos los ámbitos que la conforman, evaluando todas las causas. Cabe poner interés en los profesionales sanitarios, y sobre todo en el papel de la enfermería, la cual toma un peso muy importante en el proceso de incrementar la adherencia terapéutica, siendo la principal responsable dentro del equipo asistencial (17). Para ello, se debe educar y formar a los profesionales de enfermería en métodos o técnicas para abordar el tema del incumplimiento de los tratamientos y así actuar en consecuencia, de la mejor manera posible (34).

Hilado a lo anterior, y a modo de paliar la responsabilidad que el sistema sanitario tiene en las elevadas tasas de incumplimiento, el Dr. Rafael Bengoa aboga por fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en el diseño y puesta en marcha de estrategias para aumentar la adherencia terapéutica, mediante la introducción de incentivos (22).

Por lo tanto, un aspecto inicial, clave y primordial a tener en cuenta por los profesionales sanitarios a la hora de proponer estrategias para fomentar la adherencia, es no culpabilizar a los propios pacientes de las bajas tasas de cumplimiento terapéutico y participar en un cambio de actitudes para que acepten tanto la enfermedad como su tratamiento (16).

En primer lugar, lo primero en lo que intervenir es en la información que se da a los pacientes. Aquellos enfermos que reciben una mejor información acerca de su proceso de enfermedad y de su tratamiento son más proclives a tomar conciencia de ello y a cumplir mejor con el régimen de tratamiento debido a que adquieren responsabilidad en la toma de los fármacos (17).

Lo más importante sería estudiar detenidamente la historia del paciente para así conocer cuál es su patología, cuál es su tratamiento, si tiene más patologías, cómo es su círculo social, si es consumidor de sustancias tóxicas, etc. En resumen, realizar una buena anamnesis para crear una base firme de conocimientos sobre la que trabajar, pues se ha de conocer al paciente en todos sus ámbitos, como por ejemplo el personal, no solo en el clínico. Una vez que se conoce bien al paciente es más fácil actuar e individualizar las estrategias, puesto que cada persona es única y tiene necesidades diferentes (17). Estar al tanto del paciente, de su patología, creencias, valores, relaciones familiares, etc. es muy importante a la hora de predecir abandonos, ya que la mejor forma de tratarlo siempre es antes de que ocurra, es decir, prevenir.

A continuación, se explican diferentes claves o directrices a tener en cuenta para fomentar la adherencia terapéutica en los pacientes con enfermedades psíquicas, como la esquizofrenia, ya que pueden existir ciertas variantes en relación a si se proponen para otro grupo de enfermos con otro tipo de patologías.

Las estrategias para abordar la no adherencia terapéutica se pueden dividir en diferentes categorías que permiten su mejor análisis (14).

6.1. Estrategias técnicas.

Se refieren a las medidas empleadas, cuya finalidad es facilitar las prescripciones mediante el empleo de ayudas técnicas o dispositivos, entre los cuales se encuentran los pastilleros electrónicos mencionados en el apartado 4.2. Muchos de estos sistemas portan alarmas que avisan de cuándo toca tomar la medicación y de la dosis a administrar. Aquí también se encuadran los calendarios de organización de la medicación, o los registros diarios. Otro factor importante que queda englobado aquí es, por ejemplo, facilitar el cumplimiento de las prescripciones mediante elementos tan básicos como una caligrafía comprensible y clara, lenguaje adaptado al paciente y establecer contacto con otros profesionales para abordar la no adherencia terapéutica desde una perspectiva interdisciplinar.

6.2. Educativas.

Como se ha mencionado anteriormente, es muy importante que el paciente esté siempre bien informado de una manera adecuada a sus capacidades y deseos. Con esto se pretende que el enfermo conozca más sobre su patología y tratamiento con el fin de empoderarle y hacerle participe de su recuperación, mediante el fomento de una actitud positiva. Del mismo modo, se les puede instruir y dar claves para que recuerden los horarios de las tomas, se les puede facilitar un calendario personalizado donde aparezcan dosis y fármacos a las horas pertinentes, enseñar reglas mnemotécnicas, etc.

6.3. Medidas de apoyo social y familiar.

Como aparece expuesto en el apartado 4.1, el entorno social del paciente es muy importante en la adherencia al tratamiento, ya que si este no es adecuado no va a ayudar a que el paciente tome su medicación. Las medidas que se proponen para intervenir en este ámbito consisten en

un soporte y apoyo del círculo social del paciente, si lo tiene, fomentando la participación activa de sus familiares y amistades cercanas en su proceso y su tratamiento, y prestándoles a ellos toda la información y ayuda que necesiten. Es decir, mediante la introducción de programas educativos para los pacientes y familiares. Por otro lado, también se incluyen aquí otro tipo de medidas encaminadas a facilitar y mejorar el sistema de apoyo social mediante la concesión de subvenciones, ayudas económicas, ayuda asistencial a domicilio, etc. Y en último lugar, fomentar un ambiente social sano incluyendo al paciente en programas y grupos de apoyo, actividades recreativas que le satisfagan, etc.

6.4. Estrategias dirigidas al profesional sanitario.

En este apartado se incluyen las acciones encaminadas a proporcionar a los profesionales de la salud los conocimientos y las habilidades necesarias para que sean capaces de trabajar sobre la adherencia de los pacientes. Consisten, entre otras en: cursos de formación para los profesionales, permitirles su participación en la realización de protocolos relacionados con el tema, medidas para incentivarles, etc. Aquí también se debe hablar de la importancia de la relación terapéutica. El profesional debe trabajar con el paciente con el fin de ganarse su confianza y credibilidad, de modo que este último sea más favorable a aceptar el tratamiento y a integrarlo en su vida diaria dejando de lado el abandono. Además, como ya se ha explicado, no se debe culpabilizar al paciente, y se deben respetar sus decisiones sin imponerse de manera autoritaria.

Lo que verdaderamente se utiliza en la actualidad es la combinación de varias estrategias que han demostrado su eficacia en el paciente, no únicamente una en concreto (9,16,17).

7. CONCLUSIONES.

Los pacientes con enfermedades crónicas, como se ha visto a lo largo del documento, son, en general, poco adherentes. En concreto en la esquizofrenia, los enfermos llegan a tasas superiores al 50% de incumplimiento terapéutico. La adherencia al tratamiento ocupa un lugar fundamental en los temas a tener en cuenta y a trabajar en el tratamiento de la esquizofrenia, debido a que el incumplimiento tiene unas graves consecuencias asociadas, entre las que se encuentran las recaídas y rehospitalizaciones, exclusión social, los suicidios, etc. Y por supuesto también se suman aquí la pérdida de capital laboral y la incapacidad de los pacientes, con el consiguiente gasto sanitario que ello origina. La enfermería, como principal prestadora de cuidados integrales a los pacientes, es una pieza clave en el seguimiento y tratamiento de estos pacientes para fomentar y trabajar la adherencia terapéutica.

De entre todos los factores que influyen en la adherencia, se ha estudiado que son importantes tanto aquellos relacionados con el paciente, entre los que se encuentran la edad, el género, la etnia, el nivel educativo y socioeconómico, la adicción a tóxicos u otras dependencias, etc.; así como los externos, entre los cuales la relación con el terapeuta (relación terapéutica) cobra gran importancia, y la enfermería tiene mucho que hacer ahí.

Cada vez dispone de más recursos, información y conocimientos para trabajar y abordar el tema, siendo los pacientes los primeros beneficiados. Por ejemplo, las escalas de valoración del cumplimiento de la medicación cada vez son más completas. Del mismo modo, las técnicas y estrategias que fomentan el cumplimiento cada vez son más válidas debido a que con el tiempo, van siendo probadas y reevaluadas mediante datos de estudios científicos.

A modo de conclusión final, cabe decir que, a pesar de toda la información disponible en el campo de la adherencia al tratamiento, siguen existiendo frentes de investigación abiertos y nuevos caminos sobre los que avanzar. Del mismo modo que la industria farmacéutica desarrolla nuevos medicamentos y tratamientos que pueden facilitar el cumplimiento terapéutico, también se va aumentando el campo de conocimientos en relación a las terapias conductuales y cognitivas destinadas a trabajar la adherencia.

8. BIBLIOGRAFÍA.

- (1) OMS Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. 2017; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>. Accessed 2/2, 2018.
- (2) de la Guía, Grupo de Trabajo. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. : Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
- (3) Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina clínica 2006;126(12):445-451.
- (4) Segarra R, Arranz B, Arrillaga A, Betancor D, Napal O, Guitiérrez M. *Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis*. 2014.
- (5) Ortiz A, Alonso I, Ubis A, Ruiz M. *Guías de cuidados de enfermería en salud mental*. 2011;4.
- (6) Auquier P, Lançon C, Rouillon F, Lader M. Mortality in schizophrenia. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2007;16(12):1308-1312.
- (7) OMS Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Nota descriptiva Nº 397. 2016; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>. Accessed 1/20, 2018.
- (8) OMS Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Nota descriptiva Nº 397. 2016; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>. Accessed 1/20, 2017.
- (9) Pinilla Alarcón M. Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo 2007;9(1).
- (10) García Montes JM, Pérez Alvarez M. Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. International Journal of Clinical and Health Psychology 2003;3(1).
- (11) Miret S, Fatjó-Vilas M, Peralta V, Fañanás L. Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación. Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2016;9(2):111-122.
- (12) Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Revista cubana de salud pública 2004;30(4):0-0.
- (13) Roca M. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre la opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. Actas Esp Esp Psiquiatr 2006:386-392.
- (14) Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención primaria 2009;41(6):342-348.
- (15) OMS Organización Mundial de la Salud. **El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura**. 2003; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>. Accessed 2/12, 2018.
- (16) Corrigan PW, Liberman RP, Engel JD. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. Psychiatric Services 1990;41(11):1203-1211.

- (17) Cirici R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2002;29(4):232-238.
- (18) Haynes R. A critical review of the determinants of patient compliance. Compliance with therapeutic regimens Baltimore, MD: John Hopkins University Press 1976:26-39.
- (19) Muñoz Marrón E. Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indiferencia aprendida. 2004.
- (20) Ortego Maté MC. Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Un metaanálisis. : Universidad de Cantabria; 2011.
- (21) Heredia A, Córdoba JA, Escolar A, Carmona J. Variables asociadas al abandono del tratamiento o la terapia en el equipo de salud mental del Distrito de Jerez de la Frontera. Psiquiatría Pública 1995;12(2):139-149.
- (22) Yach D. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. 2003; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>.
- (23) Filardo V, Aguiar S, Musto C, Pieri D. La marihuana provoca esquizofrenia. Espacio público y drogas en Uruguay. Aporte universitario al debate nacional sobre drogas 2012:119-170.
- (24) De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud 2016;7(1):25-30.
- (25) Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. Anales de medicina interna: SciELO Espana; 2007.
- (26) Artiles FJA, Fleta JLH, Miragaia JP. Métodos de evaluación de la Adherencia. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria 2009;9(1):79-93.
- (27) Chamorro MÁR, García-Jiménez E, Amariles P, Chamorro AR, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención primaria 2008;40(8):413-417.
- (28) Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D, et al. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). Rev Fed Arg Cardiol 2005;34(1):104-111.
- (29) Reina EH, Artiles FJA, Fleta JLH. Estrategias de intervención para mejorar la Adherencia. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria 2009;9(1):95-105.
- (30) Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. : World Health Organization; 2003.
- (31) Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia. CNS drugs 2002;16(7):473-484.
- (32) Herings R, Erkens JA. Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2003;12(5):423-424.

(33) Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Lacro JP, Dolder CR. A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006 Jul;67(7):1114-1123.

(34) Coombs T, Deane FP, Lambert G, Griffiths R. What influences patients' medication adherence? Mental health nurse perspectives and a need for education and training. *International journal of mental health nursing* 2003;12(2):148-152.

(35) Chamorro R, García-Jiménez E, Busquets Gil A, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino E, Dáder F, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España* 2009;11(4):183-191.

9. ANEXOS.

9.1. ANEXO 1. Test de adherencia SMAQ.

ESCALA SMAQ ₍₃₅₎	
PREGUNTAS.	RESPUESTAS.
1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	(Sí/No)
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	(Sí/No)
3. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	(Sí/No)
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	(Sí/No)
5. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	(A: ninguna; B: 1-2; C: 3-5; D: 6-10; E: más de 10)
6. Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	(Días:.....)