



MODALIDADES TERAPÉUTICAS PARA INCREMENTAR LA ADHERENCIA

TERAPÉUTICA EN ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL



TRABAJO DE FIN DE GRADO

AUTORA: PAULA DÍEZ MIGUEL

DIRECTORA: ÁNGELA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

JULIO DE 2021

**GRADO EN ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA**

AVISO DE RESPONSABILIDAD UC.

Este documento es el resultado del Trabajo de Fin de Grado de un alumno, siendo su tutor 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 información 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 difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos de Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	3
ABSTRACT AND KEY WORDS.....	3
INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.....	4
OBJETIVOS.....	5
ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.....	6
CAPÍTULO 1: Tratamiento para las enfermedades de salud mental.....	7
CAPÍTULO 2: Factores que influyen en la adherencia al tratamiento terapéutico.....	8
CAPÍTULO 3: Métodos de valoración de la adherencia.....	11
3.1 Métodos objetivos.....	11
i. Métodos objetivos directos.....	12
ii. Métodos objetivos indirectos.....	12
3.2 Métodos subjetivos.....	13
CAPÍTULO 4: Consecuencias derivadas de la falta de adherencia al tratamiento.....	14
4.1 Ineficacia del tratamiento prescrito.....	15
4.2 Hospitalización y aumento del gasto para los sistemas de salud.....	15
4.3 Suicidio.....	15
4.4 Recaídas y crisis por descompensación.....	15
CAPÍTULO 5: Estrategias para fomentar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en personas con una enfermedad mental.....	16
5.1 Intervenciones en grupos específicos.....	16
5.2 Ayuda y orientación para familias.....	16
5.3 Estrategias para mejorar la condición física.....	17
5.4 Hábitos higiénico-dietéticos saludables.....	18
5.5 Descentralización de la asistencia sanitaria.....	18
5.6 Psicoeducación para los pacientes.....	19
CONCLUSIONES.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

RESUMEN:

Las enfermedades de salud mental son un problema de salud pública. Alrededor de un 40% de la población ha podido presentar clínica compatible con el diagnóstico de un trastorno mental en algún momento de su vida. Además, suponen un gran gasto sanitario. Por este motivo, la adherencia terapéutica es un fenómeno que se ha de tener muy en cuenta, ya que la literatura estima que las tasas de la falta de adherencia al tratamiento son variables y muy elevadas, oscilando entre el 10- 77%, en la patología mental.

En esta revisión se exponen los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, divididos en subtipos, así como los métodos que se emplean para objetivarlos y las consecuencias derivadas. Existen varios tipos de escalas de valoración gracias al amplio conocimiento sobre este ámbito, y entre las consecuencias derivadas, se encuentran la ineficacia del tratamiento prescrito, hospitalización, aumento del gasto, suicidio, recaídas, etc. Finalmente, se enumeran varias propuestas para fomentar la adherencia terapéutica e incrementar la calidad de vida en personas con un trastorno mental. El papel de las enfermeras es fundamental en el abordaje de la adherencia al tratamiento en personas con patología mental.

PALABRAS CLAVE:

Salud Mental, Trastornos Mentales, Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento, Enfermería

ABSTRACT:

Mental health illnesses are a public health problem. Around 40% of the population has presented symptoms compatible with the diagnosis of a mental disorder at some point in their life. In addition, it represents a great health expending. For this reason, therapeutic adherence is a phenomenon that must be considered since the literature estimates that the rates of non-adherence to treatment are variable and very high, ranging between 10-77%, in the mental pathology.

This review presents the factors that influence treatment adherence and compliance, divided into subtypes, as well as the methods used to objectify them and the resulting consequences. There are several types of assessment scales due to the extensive knowledge about this area. Some of the consequences of failure are the inefficacy of the prescribed treatment, hospitalization, increased spending, suicide, relapses, etc. Finally, several proposals to promote therapeutic adherence and increase the quality of life in people with a mental disorder are listed. The role of nurses is essential in addressing adherence to treatment in people with mental illness.

KEY- WORDS:

Mental Health, Mental Disorders, Treatment Adherence and Compliance, Nursing

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Los problemas de salud mental tienen una amplia prevalencia a nivel global y debido a la gran intromisión que generan en la vida de las personas afectadas y del coste sanitario que suponen, son un importante problema de salud pública (1).

La definición de Salud Mental que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “La salud mental es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2). Esta definición está vinculada tanto al bienestar que se obtiene mediante la realización de actividades a corto plazo, centradas en uno mismo, como a aquellas llevadas a cabo a largo plazo, en las que se incluyen acciones de tipo altruista y a la percepción de productividad que tienen las personas al realizarlas. Así, el objetivo que propone la OMS sobre la salud mental es alcanzar el bienestar emocional, psicológico o social (3).

Sin embargo, existe una falta de consenso en cuanto a esta definición (4). Tener una buena salud mental incluye un amplio rango de emociones, desde enfado, ira, tristeza o indiferencia, hasta la felicidad plena a la hora de alcanzar el bienestar personal, considerándose todas estas emociones dentro de la normalidad. Como afirman algunos autores, “la definición de salud mental está influenciada por la cultura que la define” (3) y va ligada a las diferentes etapas de la vida. No realizamos las mismas actividades en la infancia, adolescencia o vejez, por lo que es un concepto dinámico y debe definirse de manera muy amplia (5). Una persona que experimenta emociones de tristeza, insatisfacción o rabia, dependiendo en qué momento de su vida se encuentre, no implica que carezca de una buena salud mental, y promulgarlo puede provocar que algunas opten por disfrazar estos sentimientos, ya que se han creado unas expectativas irreales de lo que es tener una buena salud mental (3). El bienestar de cada persona es culturalmente sensible e inclusivo (5). La salud mental es, por tanto, un reflejo de la complejidad de la vida humana y de todas las experiencias vividas (3).

De acuerdo con esta definición, las enfermedades de salud mental se consideran “Trastornos mentales que se caracterizan por signos y síntomas específicos, tales como cambios en la conciencia, la emoción, el comportamiento, el pensamiento, la percepción y la memoria, que pueden conducir a importantes deterioros funcionales, dificultades en el autocuidado y las relaciones interpersonales, baja calidad de vida, social y ocupacional” (6). En este sentido, el tratamiento de los enfermos mentales requiere múltiples intervenciones. En la actualidad existen numerosos tratamientos psicológicos eficaces para tratar los trastornos psiquiátricos, sin embargo, es la prescripción farmacológica lo que constituye el elemento clave para el abordaje del paciente con una patología mental grave (1, 6).

La literatura evidencia que una de cada cuatro personas ha podido desarrollar una clínica compatible con el diagnóstico de un trastorno mental en un año y que, además, alrededor de un 40% ha podido presentarlos en algún momento de su vida. Asimismo, las enfermedades de salud mental en los países occidentales suponen un gasto público que oscila entre el 3% y el 4% de su Producto Nacional Bruto (1). Por este motivo, el fenómeno de la adherencia al tratamiento en las enfermedades de salud mental supone un importante reto para los profesionales de la salud (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona favorece: tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (7). Además, la literatura científica estima que las tasas de no adherencia al tratamiento son muy variables, oscilando entre 10 y el 77% y mostrando unas tasas medias de 35 a 60% (1). De ahí que una falta de la adherencia terapéutica pueda provocar un aumento de las crisis por descompensación, induciendo un aumento de ingresos y reingresos hospitalarios y también una mayor carga y, por ende, un mayor gasto público para los sistemas de salud. Además, la falta de adherencia puede relacionarse con un aumento de las tasas de suicidio, un empeoramiento del pronóstico de la patología inicial o un deterioro de la calidad de vida de los pacientes que las padecen (1, 6).

El papel de la enfermería en el ámbito de la salud mental es esencial, prestando un cuidado holístico e integral de la persona. Su función va ligada a las diferentes modalidades terapéuticas que buscan mejorar el estado de salud, aliviar los síntomas y prevenir las recaídas de la persona con patología mental. Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, a pesar de que existen diferentes tratamientos psicológicos, se ha comprobado que uno de los mayores problemas es el uso errático o abandono de la medicación por parte de las personas que las padecen (2).

Por ello, en esta revisión, se tratarán de asentar estrategias que puedan incrementar la adherencia terapéutica y mejorar la calidad de vida de las personas con una enfermedad mental, puesto que la adherencia al tratamiento no está siempre garantizada.

OBJETIVOS

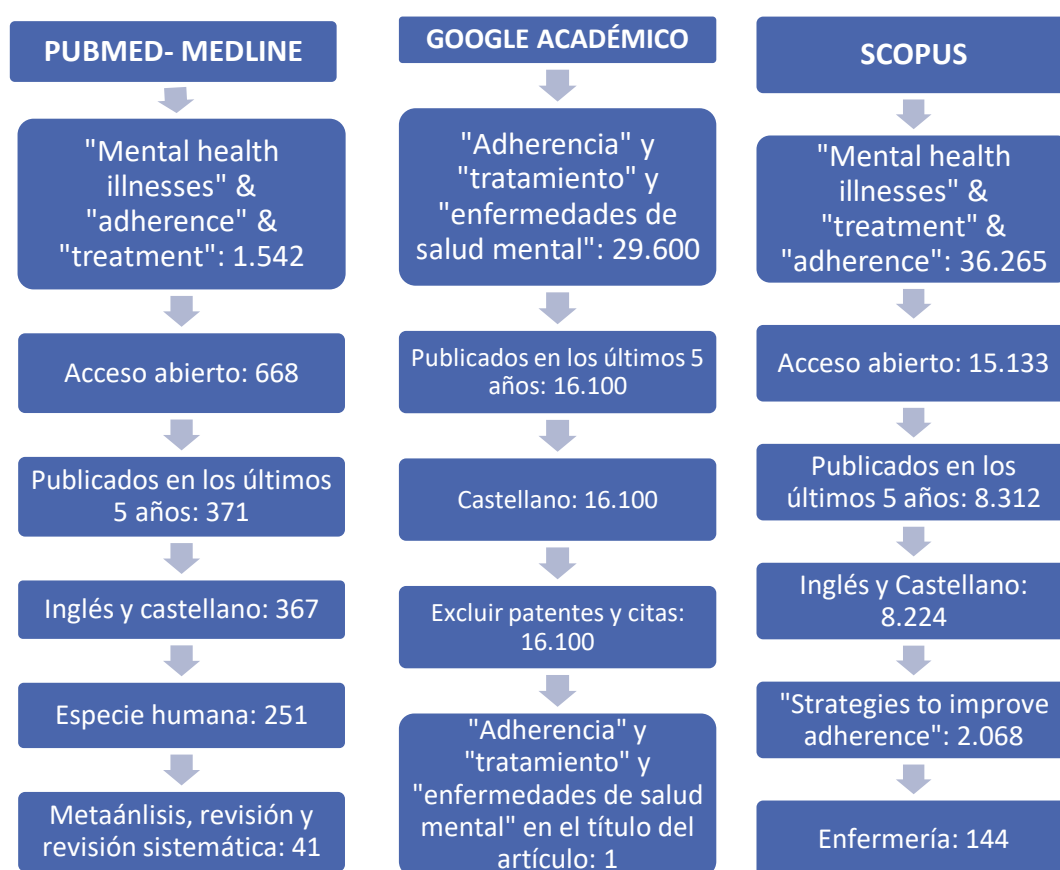
- Objetivo general: Identificar estrategias que puedan mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de las personas con un trastorno mental.
- Objetivos específicos:
 1. Identificar los tipos de **tratamiento** utilizados en enfermedades de salud mental.
 2. Establecer los **factores** que influyen en la adherencia terapéutica.
 3. Determinar los **métodos de valoración de la adherencia** al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica.
 4. Describir las **consecuencias** más comunes derivadas de la falta de adherencia al tratamiento.
 5. Enumerar las **estrategias** para fomentar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en personas con un trastorno mental.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Para la realización de este trabajo se han utilizado como fuente para la obtención de datos, las principales bases de datos de ciencias de la salud como Scopus y PubMed-Medline, a través de las palabras clave: Enfermedades de Salud Mental, Adherencia al tratamiento y Enfermería y buscadores como Google Académico. En cuanto a los criterios de búsqueda, se han añadido artículos que pudieran visualizarse en texto completo con acceso gratuito y los idiomas escogidos han sido inglés y castellano. Por otro lado, se han empleado documentos que estuvieran publicados en los últimos cinco años, 2016-2021, aunque se han incluido artículos anteriores debido a su gran significación. Además, se ha completado la información con páginas web de organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En primer lugar, se realizó una selección de artículos más generales para iniciar el trabajo (Figura 1), y, a partir de estos, se escogieron referencias bibliográficas de los mismos, realizando también nuevas búsquedas más específicas.

Figura 1: Diagrama de flujo de búsqueda bibliográfica inicial



Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO 1. TRATAMIENTO PARA LAS ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL.

El tratamiento más utilizado en los trastornos de salud mental es el medicamentoso, sin embargo, existen grandes desafíos para lograr una prescripción adecuada para esta población. El problema más persistente de los psicofármacos es la morbilidad clínica de estos pacientes, (8) que provoca una alta prevalencia de un estilo de vida deficiente.

Se establece que los trastornos por uso de sustancias (TUS) son una de las principales causas mundiales de años vividos con una discapacidad, siendo el trastorno depresivo mayor (TDM) la segunda causa psiquiátrica de discapacidad. Ambas patologías han aumentado radicalmente en los últimos 20 años llegando a afectar al 2% de la población general y suponen ya no solo una gran incapacidad para los pacientes, como se ha comentado previamente, sino también establecen un gran desafío para el sistema de salud que los acoge (9).

Para el TDM, el tratamiento convencional se fundamenta en la farmacoterapia, la psicoterapia y la terapia electroconvulsiva (TEC) (9, 10). Sin embargo, los estudios de efectividad sobre los psicofármacos, antidepresivos o antipsicóticos exponen que, puesto que la remisión es a menudo difícil de lograr, el uso combinado de estos está en aumento, aunque con evidencia escasa. Pero el incremento de estos fármacos y su combinación supone un riesgo más elevado de efectos secundarios, su costo es más alto para el paciente y la sociedad y, en ocasiones exigen un entorno más especializado que se traduce, también, en términos económicos. Además, a menudo resultan no ser adecuados para la remisión de la enfermedad (9).

Otra patología muy común en salud mental es la esquizofrenia. Los pacientes que la padecen presentan una clínica muy variada, con un patrón que sigue sin estar claro, por lo que la respuesta a las múltiples alternativas terapéuticas varía significativamente. Es la dificultad para predecir la respuesta individual, lo que provoca que la estrategia terapéutica, fundamentada en la farmacoterapia, sea un planteamiento de prueba y error y dificulte la calidad de vida de estas personas (8).

En el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el abordaje terapéutico de esta patología consiste en combinar fármacos antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado del ánimo. Pero, incluso cuando se establece un tratamiento teóricamente apropiado, el 40- 60% de los pacientes con TOC presentan síntomas residuales incapacitantes (9).

A pesar de que en la última década se ha realizado una gran investigación de terapias psicológicas como terapia en combinación con antidepresivos, el estudio sobre estrategias no farmacológicas ha sido escasa (10). Asimismo, la imposibilidad de establecer unos patrones clínicos claros para estas enfermedades (9) y la escasa remisión de los síntomas de la enfermedad con psicofármacos, indica la necesidad de fomentar nuevos estudios sobre tratamientos farmacológicos innovadores, y no solo eso, sino que también obliga a establecer diferentes técnicas y nuevas estrategias terapéuticas para combatir la patología psiquiátrica (11).

CAPÍTULO 2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO

La adherencia al tratamiento se entiende como un término donde el paciente cumple pasivamente el plan terapéutico impuesto por el médico, como un contrato inamovible. Sin embargo, este concepto hace referencia a múltiples conductas (1), entre las que están: no interrumpir el tratamiento, tomar la cantidad de medicación pautada y en el horario indicado, acudir a las citas programadas con los profesionales, evitar poner en riesgo su salud y aprender a desarrollar conductas beneficiosas para esta (1). Debido a la pluralidad de conductas, la adherencia al tratamiento se asocia con diversas variables.

2.1.GÉNERO

La evidencia demuestra que no existe diferencia entre la adherencia al tratamiento entre hombres y mujeres con enfermedades de salud mental. Sin embargo, esto es una cuestión social y cultural, y puede afectar dependiendo en qué circunstancias, modificando la autopercepción que cada persona tiene de sí misma (12).

De tal forma que, si en nuestra sociedad comparamos a ambos géneros, las mujeres en seguimiento con terapia farmacológica declaran haber sufrido alguna alteración en su imagen corporal, como es el aumento de peso, y lo denuncian como un factor negativo percibido. Esto puede implicar un rechazo de su propia apariencia física y provocar una interrupción o uso irregular del tratamiento prescrito. Y por este motivo, se entiende que los hombres tienen una mayor adherencia al tratamiento (6).

Por otro lado, la afectación en un género u otro también viene determinado por el contexto, pero, aun así, recalca que se necesitan más estudios que lo refuercen (13).

2.2.SITUACIÓN ECONÓMICA:

El ingreso individual de cada persona está directamente relacionado con la adherencia terapéutica. Aquellas personas que reciben menos de un salario mínimo tienen menor adherencia terapéutica, ya que de su economía dependerá seguir o no las recomendaciones de los profesionales sanitarios a la hora de adquirir los medicamentos, o de acudir a las citas programadas. La falta de recursos económicos puede impedir el acceso a estos servicios y poner en riesgo la continuidad del tratamiento (6).

Por otro lado, en nuestro país, gracias a los servicios de salud, existe una reducción considerable del coste de los medicamentos y atención sanitaria. Sin embargo, en otros países del mundo donde el sistema sanitario es privado, o en países como Brasil, con un sistema que tiene defectos, esto puede conllevar a que las personas con trastornos mentales no reciban correctamente los medicamentos por parte de los servicios sanitarios (6).

De esta manera, aquellos medicamentos que no se distribuyen gratuitamente, que tienen un coste alto o que presentan deficiencias en su distribución, pueden provocar la ausencia de adherencia a la terapia, asimismo con las citas programadas con su profesional de referencia. Si, además, esta persona recibe un ingreso por debajo del salario mínimo, donde sus necesidades básicas se ven comprometidas, abonar un coste elevado por la asistencia sanitaria, pasará a ser un bien no prioritario (6).

Por otro lado, se ha comprobado que tener unos ingresos económicos bajos está directamente relacionado con varios trastornos mentales y, además, aumenta el riesgo de suicidio en las personas que los padecen. Sobremanera, la reducción de estos ingresos a lo largo de la vida del paciente también fomenta el riesgo de padecer alguna enfermedad de salud mental (14).

2.3.ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNOS MENTALES:

En cuanto a los antecedentes familiares, la literatura confirma que no hay relación entre la adherencia de los pacientes con o sin antecedentes familiares con trastornos de salud mental. Sin embargo, debido a la falta de estudios que hayan investigado esta variable, no se puede verificar si este patrón está asociado (6).

2.4.PERCEPCIÓN SOBRE SU SALUD

La autopercepción de la enfermedad está muy relacionada con la adherencia. Evidenciando que, aquellas personas que tienen un insight negativo o deficiente, tienen una probabilidad tres veces mayor de no adherirse al tratamiento en comparación a aquellas con una buena autopercepción de la enfermedad (10).

Por otro lado, si las personas no notan una mejoría en su estado con el tratamiento prescrito, tienden a pensar que este es ineficaz, llegando incluso a interrumpirlo (15). Aquellas personas con una actitud negativa hacia el tratamiento muestran una menor adherencia (16). Sin embargo, si tienen una percepción de mejora en su calidad de vida, una sensación subjetiva de bienestar o sienten una disminución de síntomas, pueden intensificar la adherencia terapéutica. La persona ansía encontrarse bien y halla en la terapia una solución (6).

Por otro lado, existe el caso opuesto. Personas con trastornos mentales que manifiestan sentirse bien, por lo que no perciben la necesidad de continuar su pauta y deciden obviar el tratamiento. Esta ausencia de síntomas provoca en ellos una percepción subjetiva de “curación” y priorizan su bienestar a la situación futura que puede desencadenar el abandono o el seguimiento anómalo de la terapia (10).

2.5.DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL:

Aquellas personas que están diagnosticadas con más de un trastorno psiquiátrico y que presentan mayor comorbilidad, con un alto volumen de fármacos en su tratamiento, se adhieren menos a él. Además, síntomas específicos como la apatía, falta de resiliencia, abulia o inapetencia, derivados directamente de la enfermedad, pueden comprometer la adherencia (6). Por otro lado, en concreto, las personas con esquizofrenia entienden que su enfermedad puede comprometer gravemente su vida diaria, creándoles limitaciones, de ahí que sean más constantes con la terapia. Asimismo, aquellas personas que han sufrido una crisis o descompensación de su enfermedad sienten el tratamiento prescrito como una solución y son más rigurosos con su seguimiento (6).

Sin embargo, existen contradicciones en este aspecto. No hay evidencia que demuestre diferencias en cuanto a la adherencia al tratamiento en personas diagnosticadas con un trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia o depresión (17).

2.6.DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y TIEMPO DE TRATAMIENTO:

Al tratarse de enfermedades crónicas, sus síntomas varían a lo largo de la vida de la persona, y por tanto también los sentimientos de efectividad o desmotivación por la ausencia de mejoría, incidiendo directamente en el juicio de cada persona frente al tratamiento prescrito. Por eso, el uso continuo de medicamentos es un factor que obstaculiza la adherencia (6). Por otro lado, existen contradicciones, los pacientes que han estado en tratamiento durante más tiempo han logrado una mayor adherencia, porque entendieron el beneficio que tenía la farmacoterapia, después de haber pasado por periodos de crisis o recaídas (18).

2.7.FALTA DE TOMA DE SU MEDICACIÓN AL MENOS UNA VEZ EN EL MES ANTERIOR

El olvido de la pauta farmacológica es un factor de la mala adherencia terapéutica, sobre todo cuando los regímenes terapéuticos son complejos. Por ello, la literatura demuestra que aquellas personas que no toman la medicación al menos una vez en el mes anterior se adhieren menos al tratamiento (6).

2.8.TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

En las enfermedades de salud mental existe una complejidad en la prescripción de medicamentos. Existen muchas variables, como tipo o volumen de fármacos, institución que los dispensa o país, que pueden dificultar la pauta médica. De hecho, autores mencionan que la pauta médica puede llegar a ser un concepto tan ambiguo como el término “salud”. Individualizar la prescripción médica es una ardua tarea tanto para el profesional, como para el paciente que debe someterse a cambios en la pauta, en ocasiones, continuos, que dificultan la adherencia (1).

2.9.INTENTO DE SUICIDIO

Se ha evidenciado que la escasa adherencia terapéutica puede suponer un empeoramiento de los signos y síntomas de la enfermedad, y apelando a las personas con trastornos de salud mental, esto puede aumentar la ideación suicida (19).

Además, entre las consecuencias del incumplimiento terapéutico se encuentran las recaídas, las hospitalizaciones y el suicidio, existiendo un riesgo de suicidio entre cinco y siete veces mayor en las personas que no presentan una buena adherencia (18).

2.10.PARTICIPACIÓN FAMILIAR:

Se ha demostrado que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo para problemas mentales o emocionales, destacando, sobre todo, familias donde existe una buena

relación de parentesco. En este caso, los miembros afectados buscarán apoyo entre las personas con las que tengan lazos más estrechos (20).

Los familiares juegan un papel muy importante en la adherencia, supervisan, acompañan, adquieren los medicamentos, motivan y evalúan las habilidades y limitaciones que tiene la persona para tratar su enfermedad. Además, se ha demostrado que las personas con un mejor apoyo familiar tienen menos probabilidades de abandonar la terapia (6) y que la implicación de los padres en el cuidado de sus hijos con patología mental reduce el riesgo de una recaída de la enfermedad para el niño (21).

2.11. ABUSO DE SUSTANCIAS

Personas diagnosticadas de esquizofrenia que, en paralelo a su tratamiento farmacológico, optan por hacer un consumo perjudicial de tóxicos, evidencian una menor adherencia al tratamiento, llegando incluso a abandonarlo o a prolongarlo, pero de forma errática (22).

2.12. ESTIGMA SOCIAL

El estigma hacia las personas con patología mental ha provocado su exclusión para muchas oportunidades profesionales y laborales. A través de las entrevistas realizadas a pacientes, surgen adjetivos como “anormales”, “incapaces”, “locos” o “no aptos” que discriminan y limitan sus opciones. Para evitar que se les etiquete, muchas personas con trastornos mentales ocultan su estado de salud mental (18).

El sentimiento de ineptitud o incompetencia dificulta la adherencia al tratamiento, ya que estas personas, al no sentirse “suficientemente válidas”, pueden llegar a experimentar sentimientos de abulia o apatía, dejando de lado la terapia (6). El fomento de la psicoeducación ha demostrado ser una posibilidad para mejorar el estigma en este tipo de población (23).

CAPÍTULO 3. MÉTODOS DE VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA

La adherencia terapéutica es considerada uno de los factores más fiables a la hora de predecir el pronóstico de la enfermedad mental. Sin embargo, aún no existen métodos de evaluación apropiados que sean capaces de abarcar todas las dimensiones de este factor y que además se puedan aplicar en la práctica clínica (1).

Dentro de este contexto, se diferencian dos modalidades de valoración, dependiendo de los factores que se tengan en cuenta; los métodos de valoración objetivos y los métodos de valoración subjetivos (1).

3.1. MÉTODOS OBJETIVOS

Existen diferentes métodos objetivos para evaluar la adherencia terapéutica, ya que,

debido a su complejidad, sintetizar todos los aspectos a medir en una única fórmula es dificultoso. Se clasifican en métodos objetivos directos y métodos objetivos indirectos (1).

a. MÉTODOS OBJETIVOS DIRECTOS

El método directo de valoración consiste en la medición del fármaco u otros marcadores bioquímicos en los fluidos corporales del paciente, tales como sangre, saliva u orina. De esta manera, se puede averiguar si el paciente ha seguido o no la pauta de medicación prescrita, siendo uno de los métodos más efectivos para valorar el cumplimiento del tratamiento (1).

Sin embargo, a pesar de ser un método de medición totalmente objetivo, puede haber ciertos obstáculos que cuestionen su fiabilidad. Estas determinaciones no indican siempre una adherencia óptima, puesto que puede detectarse la existencia de un fármaco en el organismo, pero no indica si se ha tomado la dosis correctamente (1).

Asimismo, existen pacientes que cumplen con el tratamiento los días previos a, por ejemplo, la extracción sanguínea, por lo que en el resultado aparecen los parámetros en rango y son considerados pacientes con buena adherencia, mientras que el cumplimiento no ha sido el apropiado. Son los denominados “incumplidores de bata” (1).

Otro inconveniente de estos métodos es que tienen un costo elevado, además de ser algo cruentos a veces, ya que en ocasiones son necesarias las extracciones sanguíneas, y muchos pacientes se oponen a ello. También encontramos hándicaps en relación con el tipo de psicofármacos, dado que no todos los medicamentos son medibles a través de este método. Y, por último, cabe destacar la metabolización de los fármacos que difiere de un paciente a otro. Por lo tanto, los niveles que se obtienen sirven únicamente para asegurar que el medicamento se ha tomado o no, sin considerar si la dosis administrada ha sido la correcta (1).

En la práctica clínica este método tiene poca utilidad debido a que es necesario tener infraestructuras específicas, como laboratorios, para poder llevarlo a cabo, son caras y solo se pueden emplear con determinados fármacos (1).

b. MÉTODOS OBJETIVOS INDIRECTOS

Los métodos objetivos indirectos valoran la toma de la medicación y el grado de control de la enfermedad del paciente y están constituidos por varios métodos. Uno de los más sencillos es el recuento de las pastillas del paciente; consiste en contabilizar el número de pastillas que faltan en el envase y compararlo con el número de comprimidos que debería haber según la dosis, el tiempo y la pauta prescrita, 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. Además, presenta dificultades en pacientes polimedicados que deben manejar alta cantidad de psicofármacos. También existen dispositivos, como pastilleros electrónicos, que son capaces de contabilizar el número de veces que son abiertos, teniendo en cuenta la fecha y la hora. No obstante, el inconveniente es el mismo que en el caso anterior, una vez extraída la dosis, no está realmente claro si es ingerida. Asimismo, son técnicas que requieren materiales, como los

pastilleros o envases electrónicos, cuyo coste es elevado. La evidencia muestra que únicamente la mitad de los pacientes que utilizan esta clase de dispositivos electrónicos de monitorización, muestran tasas de adherencia al tratamiento correctas (1, 24).

Por último, existe un método que implica la cooperación de las farmacias, facilitada por la implantación de la receta electrónica. 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 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 manera, no es posible conocer de esta manera la tasa de cumplimiento terapéutico, pero sí conocer el incumplimiento si el tratamiento no ha sido recogido (1, 24).

3.2. MÉTODOS SUBJETIVOS

Las técnicas subjetivas de valoración son siempre indirectas, y están constituidas por la información recogida de los pacientes, familiares o de los sanitarios encargados de su seguimiento, por lo que la adherencia está sobreestimada (1, 25).

Dichos métodos tratan de valorar las percepciones y conocimientos de los pacientes hacia el proceso de su patología y/o tratamiento. Son fáciles de emplear y son más asequibles económicamente que los métodos directos, aunque sus resultados no sean tan concluyentes. Son la herramienta de elección en el ámbito de la salud mental. También se ha comprobado que muestran cifras de adherencia sensatas en relación con la realidad (1).

Hoy en día existen variedad de tests y escalas para determinar la adherencia terapéutica. Muchas de ellas, como se ha comentado previamente, están centradas en las presunciones, percepciones y actitudes de los pacientes hacia el tratamiento o la enfermedad, debido a que es este uno de los factores con más afectación en la adherencia de los pacientes con patología mental. Dentro de estas se encuentran la Escala ROMI, el Test DAI, la Escala MARS y la Escala BEMIB (26).

- *Rating of Medication Influences (ROMI)* es una escala que evalúa, mediante subescalas, las actitudes de los pacientes frente a su percepción de salud y el tratamiento farmacológico prescrito. De especial utilidad para conocer los factores psicosociales y ambientales, aunque a modo de inconveniente se puede reseñar su longitud (27).
- *Drug Attitude Inventory*, también conocido como Test DAI, de cual existen dos versiones, con más o menos ítems, DAI-10 y DAI-30, es un test autoadministrado, que evalúa los efectos de los antipsicóticos en pacientes psiquiátricos, su *insight*, las actitudes, las creencias y los sentimientos relacionados con la toma de la medicación (1, 26, 27, 28).
- *The Medication Adherence Report Scale (MARS)*. Es un test autoadministrado con 30 ítems que miden tanto el comportamiento, como las creencias en materia de salud y las experiencias de los pacientes crónicos con trastornos psiquiátricos (1, 26, 28).

- Por último, *Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs (BEMIB)*. Esta escala autoadministrada por el propio paciente consta de 8 ítems que abarcan tanto la percepción que tiene sobre su enfermedad y tratamiento, como los impedimentos y obstáculos encontrados (1, 26, 28).

Por otro lado, también existen escalas que abarcan dos dimensiones, la actualidad y una valoración general del cumplimiento. La herramienta más utilizada y extendida a nivel mundial es el Test *Morisky- Green*, aunque existen otras escalas como la *Escala BARS* (1, 26, 28).

- El Test *Morisky-Green* está formado por cuatro preguntas que deben formularse 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 preguntas 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?*

Esta escala debe ser introducida en la conversación de forma natural, y no como un test. (29).

- Finalmente, la *Escala BARS*, que evalúa el cumplimiento terapéutico relacionado con la utilización de dispositivos electrónicos de control de la adherencia como los mencionados anteriormente en este apartado (28).

CAPÍTULO 4. CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA FALTA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La escasa adherencia al tratamiento interfiere en la recuperación de los pacientes de salud mental, compromete la efectividad del tratamiento y además supone un gasto considerable para los sistemas de salud (1). Asimismo, está relacionada con el aumento de las crisis por descompensación, las tasas de suicidio, el empeoramiento del pronóstico de la patología inicial y supone un deterioro de la calidad de vida de los pacientes que las padecen (12, 14).

4.1 INEFICACIA DEL TRATAMIENTO PRESCRITO

El trastorno depresivo mayor (TDM) presenta una patogénesis que aún no se ha entendido completamente por parte de los profesionales (30). Se trata de un trastorno con una clínica muy amplia, cuyos síntomas van de leves a más graves y que necesita tratamientos muy variados (31). La farmacoterapia actual sigue siendo ineficaz en un gran subconjunto de pacientes diagnosticados de trastorno depresivo mayor, e incluso, existe un gran riesgo de que haya síntomas que sean pasados por alto y que tanto la atención como el tratamiento que

reciban sea insuficiente, poniendo en peligro la adherencia de este (30). Por otro lado, patologías como la anorexia nerviosa tiene una de las tasas de mortalidad más altas entre otros trastornos psiquiátricos ya que a menudo los tratamientos son ineficaces, haciendo que los pacientes desconfíen de la psicoterapia. Por este motivo, las recaídas en las personas diagnosticadas con anorexia nerviosa son muy altas (33).

4.2 HOSPITALIZACIÓN Y AUMENTO DEL GASTO PARA LOS SISTEMAS DE SALUD

En 2017, aproximadamente el 14% de la carga sanitaria global se relacionaba con los trastornos mentales, en su mayoría enfermedades crónicas incapacitantes, depresión y otros trastornos mentales comunes como la psicosis. Datos que han ido en aumento (35).

La comorbilidad en los trastornos mentales es la regla más que la excepción, e influye enormemente en el uso de los servicios de salud (34). Las tasas de readmisión en pacientes psiquiátricos por descompensación son altas y aunque no existen factores directamente relacionados con la reincidencia, la comorbilidad física podría ser uno de los factores de riesgo importantes para el reingreso psiquiátrico (36).

4.3 SUICIDIO

La depresión mayor es un trastorno heterogéneo de múltiples determinaciones, además, la sintomatología propia de la enfermedad, como la anhedonia o la apatía entre otros, dificulta la adherencia al tratamiento prescrito y pone en peligro la calidad de vida y la supervivencia de estas personas (31).

Por otro lado, el trastorno límite de personalidad (TLP) se asocia con conductas suicidas y autolesiones: el 10% de estas personas, morirán por suicidio. No existen evidencias de que la hospitalización sea útil, y es la psicoterapia el tratamiento que ha evidenciado más eficacia en esta enfermedad. De ahí que, la escasa adherencia al mismo haga peligrar la supervivencia de estas personas (32).

4.4 RECAÍDAS Y CRISIS POR DESCOMPENSACIÓN

La recesión económica mundial ha fomentado una creciente preocupación por el impacto de la disminución de los ingresos como factor de riesgo de trastornos mentales y comportamientos suicidas. Los medios de comunicación han informado de un aumento en las tasas de llamadas de crisis a los centros de apoyo telefónico. Por otro lado, la literatura afirma que la reducción en los ingresos y los aumentos de la tensión financiera, se asocian con episodios de crisis, descompensación de la propia enfermedad, trastornos del estado de ánimo incidentes, trastornos por uso de sustancias y cualquier trastorno del estado de ánimo, ansiedad o uso de sustancias, dado que los pacientes priorizan el gasto de sus ingresos en las necesidades básicas y dejan de adquirir la medicación prescrita (14).

CAPÍTULO 5. ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON UNA ENFERMEDAD MENTAL

La práctica interdisciplinar de los profesionales sanitarios especializados en salud mental es indispensable para prevenir cualquier situación de alarma que haga peligrar la adherencia al tratamiento (6).

Como se ha comentado previamente, los fármacos psicoactivos son el elemento fundamental de la terapia en pacientes psiquiátricos (1), sobre todo en personas con una enfermedad mental grave, (36) como la esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, depresiones mayores, trastornos bipolares y otros trastornos psicóticos (28, 38). Sin embargo, el riesgo de abandono o de la administración errática de la medicación pone en peligro la adherencia al tratamiento, amenazando la estabilidad de la patología y derivando en una elevada mortalidad por parte de los pacientes (38).

Asimismo, existen otras modalidades terapéuticas (1) que pueden favorecer la adherencia y seguridad del paciente hacia la pauta médica (28), garantizando una disminución considerable de la clínica y permitiendo una mejor calidad de vida (37).

5.1. INTERVENCIONES EN GRUPOS ESPECÍFICOS

Como se ha expuesto anteriormente, una de las consecuencias derivadas de la falta adherencia al tratamiento farmacológico en salud mental es el suicidio (12, 14).

Implementar las intervenciones en grupos de personas con las mismas patologías, mejora la adherencia al tratamiento farmacológico y disminuye significativamente el riesgo de suicidio. (30) Asimismo, estos programas de apoyo entre personas con las mismas enfermedades, en los que se incluyen actividades conjuntas entre ellos, pueden ayudar a reducir la carga de las necesidades de atención de salud mental (18). Realizar actividades en grupos de 4-6 personas, tales como talleres o programas de actividad física, mejoran la salud física y mental de personas con una enfermedad de salud mental grave (38).

Las actividades que se plantean en grupo o en el entorno de la comunidad, promueven las relaciones interpersonales entre los propios pacientes, también con personas fuera del contexto sanitario y con los profesionales, e inciden positivamente en la adherencia a la terapia, promoviendo una mejor calidad de vida para el paciente (38).

5.2. AYUDA Y ORIENTACIÓN PARA FAMILIAS

La familia es un pilar fundamental para las personas con trastornos mentales. Son, en muchos casos, los cuidadores principales y van a ofrecerles un apoyo muy significativo, por eso es imprescindible su formación. Y no solo las familias, también personas que se encuentran en el círculo cercano de la persona, tales como amigos, pareja, etc (39).

Las personas del entorno del paciente son un recurso potencialmente importante, y en muchos casos olvidado que puede mejorar las intervenciones de este grupo de personas para, no solo prevenir recaídas e ingresos hospitalarios, sino también para incidir en su estilo de vida (28).

Se ha evidenciado que padres con hijos diagnosticados con enfermedades de salud mental que reciben ayuda y orientación por parte del personal sanitario acerca de la enfermedad, signos y síntomas, mecanismos de actuación ante una recaída, o información acerca del tratamiento de sus hijos, son capaces de convertirse en personas muy motivadas e implicadas en el proceso de salud de sus descendientes, adquieren el conocimiento para satisfacer las necesidades de sus hijos y también, para mantener su propia salud (21).

Además, aquellas intervenciones donde se incluye a la familia muestran una menor incidencia de trastornos de salud mental que en aquellas en las que solo participa el personal sanitario (39).

Asimismo, invertir en la formación de las familias puede minimizar la necesidad de atención sanitaria por parte de los pacientes psiquiátricos (40). Por eso, las enfermeras especializadas en salud mental deben valorar la posibilidad de educar a las familias, incluyéndolo como otra labor en el cuidado de la persona, instruirles en términos de medicación, para que sean capaces de supervisar y evaluar las tomas, o ser capaces acompañar a la persona a las citas (13, 21).

5.3. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CONDICIÓN FÍSICA

La esperanza de vida en las personas con trastornos mentales graves puede llegar a ser de entre 25 y 30 años menos que la de la población en general (28). Y como ya se ha comentado en apartados anteriores, una de las causas que provocan esta mortalidad tan anticipada, es el suicidio, promovido por la no adherencia farmacológica (12,14).

Sin embargo, encontramos otras enfermedades relacionadas con la alta mortalidad, como son el sobrepeso, los problemas cardiovasculares y la diabetes mellitus tipo 2 que entorpecen la calidad de vida del paciente con enfermedad psiquiátrica (28).

Los malos hábitos que derivan en estas patologías pueden ser modificados desde la práctica enfermera (28) y no solo eso, el ejercicio físico también puede mejorar la clínica de la patología base (18).

La literatura propone varias alternativas para la promoción de la salud. Entre ellas se encuentran los planes de salud establecidos por un profesional sanitario y la asistencia de forma continuada (41), las sesiones semanales de 45 minutos en gimnasios, a través de actividades de resistencia, fuerza, psicomotricidad y elasticidad dirigidas, actividades físicas con el videojuego Nintendo "Wii Sports" y actividades en comunidad como yoga, natación o fútbol en equipos locales (38).

Con esta práctica los pacientes pueden minimizar los síntomas tanto positivos como negativos de la enfermedad, y aunque el paciente muestre una intención de cambio, el papel de los profesionales sanitarios es imprescindible para brindar un apoyo continuado e identificar los objetivos del ejercicio, que les ayude a superar las barreras psicológicas y a mantener una actitud positiva hacia una actividad física regular. Además, todas estas acciones permiten que el paciente pueda desempeñar de manera más eficaz su rutina diaria (38).

Sin embargo, a pesar de los beneficios que otorga el ejercicio, esta población suele realizar bajos niveles de actividad física y con escasa adherencia. La motivación que puedan experimentar por perder peso, mejorar su estado de ánimo, reducir el estrés o aumentar su

energía, son mediadas precisamente por el estrés, la fatiga o el estado de ánimo que se presentan como barreras hacia el ejercicio (38).

Establecer una rutina de ejercicio físico no solo combate las enfermedades secundarias a los malos hábitos de vida, sino que también lidia con los síntomas negativos de la enfermedad psiquiátrica, como la apatía o la desmotivación, viéndose superados por el afán y el incentivo de cumplir las rutinas impuestas (28).

5.4. HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS SALUDABLES

Apelando al párrafo anterior, no solo la mejora de la condición física previene posibles enfermedades asociadas, sino que se han de subrayar los hábitos saludables como elemento a trabajar también sobre la patología inicial para impulsar una buena calidad de vida (38).

Las personas con un diagnóstico de esquizofrenia tienen unos hábitos higiénico-dietéticos menos saludables que la población general, ya que además de ingerir menos fruta, verdura y fibra, consumen alimentos con un aporte mayor de calorías y grasas saturadas. Por ello, el objetivo en este tipo de pacientes es establecer estrategias para fomentar cambios en la dieta y poder reducir los riesgos de enfermedades relacionadas, para ello se puede promover la participación e iniciativa de los pacientes en talleres de alimentación y nutrición, programas específicos para la dislipemia, diabetes e hipertensión arterial (28).

Otras actividades que pueden desarrollarse en este campo se centran en los hábitos no saludables como los principales factores de riesgo que pueden provocar un descenso de la calidad de vida. En concreto, valoran diversos parámetros como la talla, peso, tensión arterial, perímetro abdominal, índice de masa corporal, nivel de obesidad, analítica cada 6 meses, valores de la glucemia basal y presencia o no de dislipemia para establecer las necesidades y los objetivos individuales de cada persona e incluirla posteriormente en talleres de educación para la salud, talleres de cocina, programas de actividad física, programas de actividades domésticas y actividades de la vida diaria o talleres de relajación (28).

Todas estas actividades pueden ser perfectamente llevadas a la práctica en las unidades de media estancia, y también gracias a la coordinación de otros organismos como ayuntamientos o centros asistenciales externos al hospital, ayudando así a mejorar el estado de salud del paciente psiquiátrico (28).

5.5. DESCENTRALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

La descentralización de la asistencia sanitaria permite distribuir los recursos sanitarios a las zonas geográficas más dispersas para abarcar un mayor número de personas. Esto también permite que se puedan transferir los conocimientos y servicios sanitarios para poder asistir a personas en situaciones críticas, y lo que nos ocupa en este caso, atender a personas que estén experimentando una crisis secundaria a una enfermedad de salud mental y permanecer con ellas hasta que remita el episodio, evitando un ingreso hospitalario que aumente la carga sanitaria (22).

En Australia y ahora también en Inglaterra, existe un servicio de salud que proporciona un tratamiento individualizado en caso de crisis o recaída en personas con patología mental. A través de esta atención personalizada en el domicilio del paciente, se evita el ingreso hospitalario. Asisten a personas de entre 18 y 65 años con una patología mental grave, como esquizofrenia y trastornos afectivos, pero excluyendo primeros episodios en diagnósticos de abuso de alcohol y drogas, trastornos de personalidad y discapacidad intelectual. El equipo de salud está activo las 24h del día e interviene durante todo el episodio de la crisis hasta que esta se resuelve (22).

Asimismo, ofrecer una asistencia sanitaria en el domicilio del paciente permite tratarle en un entorno familiar reduciendo el estigma del ingreso psiquiátrico (22).

5.6. PSICOEDUCACIÓN PARA LOS PACIENTES

Las intervenciones psicológicas han evidenciado ser un tratamiento exitoso en pacientes con patología mental a lo largo de la historia. La psicoterapia es un método que aumenta la adherencia al tratamiento, desarrollando nuevas estrategias para abordar de manera más efectiva a la población psiquiátrica (43).

Un ejemplo de esto es la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Se basa en que el dolor, la decepción, la enfermedad, la aflicción y la ansiedad son características inevitables a lo largo de la vida y se marca como objetivo terapéutico ayudar a las personas a adaptarse a este tipo de situaciones. Mediante el desarrollo de la “flexibilidad psicológica”, tratan de ayudarles a enfrentarse a estos desafíos evitando que intenten olvidar o reprimir las experiencias indeseables vividas. Este tipo de terapia es flexible y puede desarrollarse en diferentes formatos, como, por ejemplo, en talleres grupales, vía telefónica o por videollamada (43).

Otras intervenciones como los talleres de relajación, llevados a cabo tanto por un psicólogo como por un equipo de enfermería especializado, pueden desarrollar la autoestima y la motivación de estos pacientes, disminuir los síntomas negativos de la enfermedad, como la ansiedad, la apatía o la desmotivación y lograr resultados favorables en la cognición (38).

Finalmente, varios autores han evidenciado que las sesiones grupales de mindfulness consiguen disminuir moderadamente la sintomatología clínica en pacientes con ansiedad, depresión y trastornos adaptativos mixtos, permitiéndoles reducir la medicación y resultando una práctica muy beneficiosa para mejorar la calidad de vida de los participantes (37).

CONCLUSIONES:

Tras realizar esta revisión bibliográfica, se observa que los problemas de salud mental tienen una gran prevalencia mundial y debido a la influencia que cursa sobre la vida las personas afectadas y del costo que esto supone, son un gran problema social.

Por otro lado, se establece que, aún siendo la psicoterapia la primera línea de tratamiento, su eficacia aún no está clara y obliga a desarrollar nuevos estudios. Además, la adherencia terapéutica, que es un elemento fundamental en las enfermedades de salud mental, presenta una ausencia común en estos pacientes que se ha de tener en cuenta y sobre la que poder trabajar.

La literatura demuestra que entre todos los factores que influyen en la adherencia, aquellos relacionados con el paciente, como el diagnóstico de la propia enfermedad, la percepción sobre su salud, la continuidad de la prescripción médica, la situación económica o la adicción a tóxicos entre otros, así como los factores externos, entre los que se encuentran la participación familiar o el estigma social, cobran gran importancia, y son ámbitos sobre los que se puede incidir.

Asimismo, hoy en día, gracias al amplio conocimiento del campo, se han establecido escalas de valoración de la adherencia terapéutica muy completas y rigurosas que permiten dar una visión más holística de la persona, fomentando una atención más personalizada y adecuada.

Además, hay que tener en cuenta que el incumplimiento de la pauta tiene graves consecuencias derivadas, entre las que se encuentran la ineficacia del tratamiento prescrito, la hospitalización y el aumento del gasto sanitario, el suicidio, las recaídas y las crisis por descompensación. Por este motivo, la enfermería es un elemento clave que puede aliviar los síntomas y prevenir las recaídas de la persona con patología mental, ejerciendo un control sobre la pauta de estos pacientes, supervisando, apoyando o elaborando estrategias que mejoren el seguimiento.

Para finalizar, hay que destacar que la disponibilidad cada vez mayor de recursos e información sobre este ámbito, permite establecer líneas de investigación y nuevos caminos en este contexto. Por este motivo, aparecen nuevas técnicas y estrategias que fomentan el cumplimiento terapéutico, que son cada vez más efectivas y que mejoran la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad mental.

En conclusión, la farmacoterapia es la primera línea de tratamiento en las enfermedades de salud mental, sobre todo en enfermedades mentales graves, sin embargo, el abandono y la administración errática de la pauta, ponen en peligro la adherencia, y por tanto, el curso adecuado de la enfermedad. Por ello, es necesario introducir estrategias terapéuticas que fomenten la adherencia y que permitan una buena calidad de vida de las personas que las padecen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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* [Internet]. 2016 [citado 2 ene 2021]; 7:25–30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.001>
2. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). Geneva: World Health Organization; [Internet]. 2004 [citado 2 ene 2021]; Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
3. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. A proposed new definition of mental health. *Psychiatr Pol* [Internet]. 2017 [citado 2 ene 2021]; 51:407–11. Disponible en: <https://doi.org/10.12740/PP/74145>.
4. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open* [Internet]. 2015 [citado 2 de ene 2021]; 5:70-79. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007079>.
5. Vaillant GE. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry* [Internet]. 2012 [citado 2 ene 2021]; 11:93–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.006>.
6. Borba L de O, Maftum MA, Vayego SA, Mantovani M de F, Felix JVC, Kalinke LP. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [citado 2 ene 2021]; 52:33-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017006603341>.
7. Patricia V. Burkhart RN, PhD, Eduardo Sabaté MD, MBA, MPH Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Journal of Nursing Scholarship* [Internet] 2004 [citado 2 ene 2021]; 3(35):207 Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.tb00001.x>
8. Yang A, Tsai S-J. New Targets for Schizophrenia Treatment beyond the Dopamine Hypothesis. *IJMS* [Internet]. 2017 [citado 2 ene 2021]; 18:1689. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms18081689>.
9. Dunlop K, Hanlon CA, Downar J. Noninvasive brain stimulation treatments for addiction and major depression. *Annals of the New York Academy of Sciences* [Internet]. 2017 [citado 2 ene 2021]; 1394:31–54. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nyas.12985>.
10. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 2 ene 2021]; 50. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006150>
11. Martiny K. Novel Augmentation Strategies in Major Depression. *Dan Med J.* [Internet]. 2017 [citado 2 ene 2021]; 64(4) Disponible en: https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-08/b5338.pdf
12. Sajatovic M, Micula-Gondek W, Tatsuoka C, Bialko C. The Relationship of Gender and Gender Identity to Treatment Adherence Among Individuals With Bipolar Disorder. *Gender Medicine* [Internet]. 2011 [citado 2 ene 2021]; 8:261–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.genm.2011.06.002>.
13. Mayston R, Kebede D, Fekadu A, Medhin G, Hanlon C, Alem A, et al. The effect of gender on the long-term course and outcome of schizophrenia in rural Ethiopia: a population-based cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2020 [citado 20 ene 2021]; 55:1581–91. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01865-1>.

14. Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJG. Relationship Between Household Income and Mental Disorders: Findings From a Population-Based Longitudinal Study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2011 [citado 20 ene 2021]; 68:419. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.15>.
15. Ramesh M, Parthasarathi G, Ram D, Lucca J. Incidence and factors associated with medication nonadherence in patients with mental illness: A cross-sectional study. *J Postgrad Med* [Internet]. 2015 [citado 20 ene 2021]; 61:251. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/0022-3859.166514>.
16. Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference and Adherence* [Internet]. 2017 [citado 20 ene 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.2147/PPA.S124658>.
17. Conti V, Lora A, Cipriani A, Fortino I, Merlino L, Barbui C. Persistence with pharmacological treatment in the specialist mental healthcare of patients with severe mental disorders. *Eur J Clin Pharmacol* [Internet]. 2012 [citado 20 ene 2021]; 68:1647–55. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00228-012-1298-2>.
18. Yu S, Kowitt SD, Fisher EB, Li G. Mental Health in China: Stigma, Family Obligations, and the Potential of Peer Support. *Community Ment Health J* [Internet]. 2018 [citado 20 ene 2021]; 54:757–64. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0182-z>.
19. Ferreira ACZ, Brusamarello T, Capistrano FC, Marin MJS, Maftum MA, Ferreira ACZ, et al. A vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos na perspectiva do pensamento complexo. *Texto & Contexto – Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 20 ene 2021]; 26. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001000016>.
20. Chen J, Xu D, Wu X. Seeking Help for Mental Health Problems in Hong Kong: The Role of Family. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 2019 [citado 20 ene 2021]; 46:220–37. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0906-6>.
21. Svavarsdottir EK, Gísladottir M, Tryggvadottir GB. Perception on family support and predictors' of satisfaction with the healthcare service among families of children and adolescents with serious mental illnesses who are in active psychiatric treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* [Internet]. 2019 [citado 20 ene 2021]; 32:6–15. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcap.12220>.
22. Gianatsi M, Burns H, Hunt IM, Ibrahim S, Windfuhr K, While D, et al. Treatment of Mental Illness Prior to Suicide: A National Investigation of 12,909 patients, 2001–2016. *PS* [Internet]. 2020 [citado 20 ene 2021]; 71:772–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900452>.
23. Yin H, Wardenaar KJ, Xu G, Tian H, Schoevers RA. Mental health stigma and mental health knowledge in Chinese population: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 20 ene 2021]; 20:323. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02705-x>.
24. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna* [Internet]. 2007 [citado en 20 ene 2021]; 24:138–41. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-71992007000300009

25. Aschbrenner KA, Mueser KT, Bartels SJ, Pratt SI. Perceived social support for diet and exercise among persons with serious mental illness enrolled in a healthy lifestyle intervention. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [Internet]. 2013 [citado 7 feb 2021]; 36:65–71. Disponible en : <https://doi.org/10.1037/h0094973>.
26. Artiles FJA, Fleta JLH, Miragaia JP. Métodos de evaluación de la Adherencia. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria. [Internet]. 2009 [citado 7 feb 2021]; 9(1):79-93. Disponible en: <https://aen.es/wp-content/uploads/docs/cuadernos9-1.pdf>
27. Cirici R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* [Internet]. 2002 [citado 7 feb 2021]; 29(4):232-238. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Roser_Amell/publication/288395258_The_therapeutic_adherence_in_psychotic_patients/links/5757264f08ae05c1ec16cfc1/The-therapeutic-adherence-in-psychotic-patients.pdf
28. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, José Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria* [Internet]. 2008 [citado 7 feb 2021]; 40:413–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13125407>.
29. 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* [Internet]. 2005 [citado 7 feb 2021]; 34(1):104-111. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Piskorz/publication/246747642_National_study_on_compliance_to_treatment/links/5c9a457c92851cf0ae99e367/National-study-on-compliance-to-treatment.pdf
30. Ménard C, Hodes GE, Russo SJ. Pathogenesis of depression: Insights from human and rodent studies. *Neuroscience* [Internet]. 2016 [citado 7 feb 2021]; 321:138–62. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.05.053>.
31. Saracino RM, Nelson CJ. Identification and treatment of depressive disorders in older adults with cancer. *Journal of Geriatric Oncology* [Internet]. 2019 [citado 7 feb 2021]; 10:680–4. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.02.005>.
32. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina* [Internet]. 2019 [citado 25 ene 2021]; 55:223. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>.
33. Manger S. Lifestyle interventions for mental health. *Aust J Gen Pract* [Internet]. 2019 [citado 25 ene 2021]; 48:670–3. Disponible en: <https://doi.org/10.31128/AJGP-06-19-4964>.
34. Bulik CM, Flatt R, Abbaspour A, Carroll I. Reconceptualizing anorexia nervosa. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* [Internet]. 2019 [citado 25 ene 2021]; 73:518–25. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/pcn.12857>.
35. Ayano G. Significance of mental health legislation for successful primary care for mental health and community mental health services: A review. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* [Internet]. 2018 [citado 25 ene 2021]; 10:4. Disponible en: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1429>.
36. Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 25 ene 2021]; 17:2. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1172-3>.
37. Izaguirre-Riesgo A, Menéndez-González L, Alonso Pérez F. Efectividad de un programa de enfermería en autocuidados y mindfulness, para el abordaje del trastorno mental común,

- en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2020 [citado 25 ene 2021]; 52:400–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.05.015>.
38. Jiménez E, Cañas MJL de G, Abril M de las MO, Cruz MLS de la, Soriano MTM, Valentín MIE. Proyecto de enfermería sobre calidad de vida y salud física en pacientes con trastorno mental grave. *Revista de enfermería y salud mental* [Internet]. 2016 [citado 15 abr 2021]; 7–16. Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/enfermeras-de-la-unidad-de-media-estancia-de-salud-mental-de-cuenca-premiadas-por-un-proyecto-sobre>
 39. Happell B, Wilson K, Platania-Phung C, Stanton R. Physical health and mental illness: listening to the voice of carers. *Journal of Mental Health* [Internet]. 2017 [citado 15 abr]; 26:127–33. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1167854>.
 40. Moscovici L, Balco EM, Degani NC, Bolsoni LM, Marques JMA, Zuairi AW, et al. Associations between primary health care strategies and outcomes of mental disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 5 jun 2021]; 42:360–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0659>.
 41. Aschbrenner KA, Mueser KT, Bartels SJ, Pratt SI. Perceived social support for diet and exercise among persons with serious mental illness enrolled in a healthy lifestyle intervention. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [Internet]. 2013 [citado 5 jun 2021]; 36:65–71. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/h0094973>.
 42. Firth J, Rosenbaum S, Stubbs B, Gorczynski P, Yung AR, Vancampfort D. Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* [Internet]. 2016 [citado 5 jun 2021]; 46:2869–81. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>.
 43. Dindo L, Van Liew JR, Arch JJ. Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics* [Internet]. 2017 [citado 15 abr 2021]; 14:546–53. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>.