

Grado en Enfermería /Curso académico 2021-2022

Trabajo Fin de Grado

Revisión Bibliográfica

**“ROL DE ENFERMERIA EN LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA”**



ALUMNA: Lucía Rodríguez Díaz

TUTOR: Prof. Yaiza Prieto Chico

DPTO: Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Enfermería

Sede de La Palma

Universidad de La Laguna

JUNIO 2022

RESUMEN

En la actualidad, el incumplimiento terapéutico y la falta de adherencia al tratamiento supone uno de los principales temas de estudio entre los profesionales sanitarios, constituyendo a su vez un problema importante de salud pública, reflejándose en consecuencias negativas clínicas y económicas para la sociedad.

En el caso del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, la adherencia cobra más importancia ya que el abandono de este constituye un problema dominante en la actualidad. La conducta no adherente en la esquizofrenia está determinada por la falta de conciencia del paciente sobre su problema de salud, aunque influyen otros factores como, la información insuficiente facilitada a los pacientes, o la falta de comprensión de la propia enfermedad. Con el fin de mejorar la adherencia terapéutica se han utilizado intervenciones psicosociales, comunitarias y diferentes terapias de adherencia terapéutica, en las que ha participado la enfermería. Por tanto, existen diferentes factores que influyen en la adherencia terapéutica de estos enfermos y no existe un único tratamiento que permita mejorar la adherencia a la medicación. Los profesionales de enfermería tienen un gran papel en el cumplimiento terapéutico de estos pacientes.

Por ello, el objetivo de esta revisión ha sido analizar las causas de la no adherencia terapéutica en el paciente con diagnóstico de esquizofrenia, los métodos de valoración que utiliza el personal de enfermería para recabar información acerca de los motivos por los cuáles no toman la medicación pautada, así como las estrategias utilizadas por el personal sanitario para incentivar a los pacientes en el cumplimiento terapéutico.

PALABRAS CLAVE: : adherencia, tratamiento, esquizofrenia, enfermería, drogas, valoración, intervenciones.

ABSTRACT

Currently, non-compliance with treatment and lack of adherence to treatment is one of the main subjects of study among health professionals, constituting in turn a major public health problem, reflected in negative clinical and economic consequences for society.

In the case of the pharmacological treatment of schizophrenia, adherence becomes more important since the abandonment of schizophrenia is a dominant problem today. Non-adhesive behaviour in schizophrenia is determined by the patient's lack of awareness of their health problem, although other factors influence, such as insufficient information provided to patients, or lack of understanding of the disease itself. In order to improve therapeutic adherence, psychosocial and community interventions and different therapeutic adherence therapies have been used, in which nursing has participated. Therefore, there are different factors that influence the therapeutic adherence of these patients and there is no single treatment to improve adherence to medication. Nursing professionals have a great role in the therapeutic fulfillment of these patients.

Therefore, the objective of this review was to analyze the causes of nonadherence therapy in the patient with a diagnosis of schizophrenia, the assessment methods used by nurses to gather information about the reasons why they do not take the prescribed medication, as well as the strategies used by health personnel to incentivize patients in therapeutic compliance.

KEY WORDS: Schizophrenia, adherence, treatment, nursing, drugs, assessment, interventions.

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE; ABSTRACT AND KEY WORDS	
2. INTRODUCCIÓN	1
2.1 Definición y conceptualización del término esquizofrenia	1
2.2 Tipos de esquizofrenia	1
2.3 Síntomas de la esquizofrenia	2
2.4 Tratamiento	4
2.5 Concepto de adherencia terapéutica	6
3. JUSTIFICACIÓN	7
4. OBJETIVOS	9
4.1 Principales	9
4.2 Específicos	9
5. METODOLOGÍA	9
5.1 Criterios de inclusión	10
5.2 Criterios de exclusión	10
6. DESARROLLO Y ANÁLISIS DEL TEMA	11
6.1 Factores que condicionan la adherencia terapéutica en la esquizofrenia	11
6.1.1 <i>Factores relacionados con el paciente</i>	11
6.1.2 <i>Factores familiares y socioculturales</i>	13
6.1.3 <i>Factores relacionados con la enfermedad (Insight)</i>	14
6.1.4 <i>Factores relacionados con la medicación</i>	14
6.1.5 <i>Factores relacionados con el profesional y el sistema sanitaria</i>	15
6.2 Métodos de valoración de la adherencia terapéutica	15
6.2.1 <i>Métodos de valoración objetivos</i>	15
6.2.2 <i>Métodos de valoración subjetivos</i>	17
6.3 Consecuencias y repercusiones de la no adherencia terapéutica	19
7. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA ESQUIZOFRENIA	20
7.1 Entrevista motivacional	21
7.2 Terapia de adherencia al tratamiento	22
7.3 Terapia de adherencia, afrontamiento y educación	22
7.4 Intervenciones Comunitarias	23
7.5 Intervenciones Mixtas	23
7.6 Intervenciones Farmacológicas	23
8. CONCLUSIÓN	25

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
10. ANEXOS.....	34
Anexo 1. Escala de evaluación de actitudes frente a la medicación “Escala Rating of Medication Influences” (ROMI).....	34
Anexo 2. Escala de evaluación de actitudes frente a la medicación “Drug Attitude Inventory” (DAI).....	37
Anexo 3. Escala de evaluación de actitudes frente a la medicación “Medication Adherence Rating Scale” (MARS).....	38
Anexo 4. Escala de evaluación de actitudes frente a la medicación “Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs” (BEMIB).....	39
Anexo 5. Escala de evaluación de la adherencia terapéutica “Brief Medication Questionnaire” (BMQ)	40
Anexo 6. Escala de evaluación de la adherencia terapéutica “Morisky Adherence Scale”	41

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Definición y conceptualización del término esquizofrenia

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

Si bien, la esquizofrenia es una patología crónica que puede causar la incapacitación de la persona afectada. Sin embargo, es menos común que otros trastornos mentales graves. Alrededor de 7 u 8 personas de cada 1.000 desarrollarán esquizofrenia en su vida ⁽³⁾. La probabilidad de padecer la enfermedad a lo largo de la vida se estima entre 0,7% y el 0,9% de la población en los países europeos ⁽⁴⁾.

2.2 Tipos de Esquizofrenia

Existen diferentes tipos de esquizofrenia, según CIE 10, Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS⁽⁵⁾:

- Esquizofrenia paranoide: Caracterizada por la aparición de delirios y alucinaciones auditivas. Predominan los síntomas positivos sobre los negativos. Generalmente, los pacientes con esta patología suelen debutar con una edad mayor a la media y suelen tener buen pronóstico y mejor adherencia al tratamiento.

- Esquizofrenia hebefrénica: Caracterizada por ideas delirantes y con tendencia a la divagación. Destaca la presencia de la afectividad, siendo inapropiada debido a que aparece en momentos irrelevantes o poco adecuados. Debuta con un deterioro global de la personalidad, siendo común su aparición en la adolescencia.
- Esquizofrenia catatónica: Caracterizada por trastornos psicomotores (agitación, estupor, negativismo a la flexibilidad cérica y la catalepsia). Poco frecuente, pero es la que debuta en edades más tempranas y suele tener un peor pronóstico.
- Esquizofrenia indiferenciada: Se le llama así cuando no predomina la sintomatología negativa sobre la positiva y viceversa.
- Esquizofrenia residual: Debuta tras 1 año de evolución de la enfermedad, en la que vemos una ausencia de síntomas positivos y en caso de que estén presentes se encuentran atenuados. Sin embargo, los pacientes mantienen una continua alteración de síntomas negativos.
- Esquizofrenia simple: Caracterizada por una gran variedad de síntomas negativos y un grave deterioro social ⁽⁴⁾.

2.3 Síntomas de la esquizofrenia

El trastorno de la esquizofrenia engloba una serie de síntomas que afectan a múltiples procesos mentales y conductuales. Las principales manifestaciones clínicas de la esquizofrenia las podemos dividir en tres grupos ^(6,7):

– Síntomas positivos: Son aquellos síntomas que el paciente experimenta y las personas sanas no lo presentan. Dentro de los síntomas positivos, podemos encontrar ⁽⁸⁾:

- Delirios: En función de su contenido se pueden diferenciar varios tipos:
 - Delirios persecutorios: La persona cree estar siendo perseguida por otra persona, grupo u organización.

- Delirios referenciales: Cuando creen que determinados gestos, señales del medio o comentarios son dirigidos hacia ella.
- Delirios de grandeza: Creen ser personas importantes como ser famosos, ricos y con habilidades excepcionales.
- Delirios erotomaniacos: Piensan equivocadamente que otra persona está enamorada de él o ella.
- Delirios nihilistas: Cuando el individuo está convencido de que ocurrirá una gran catástrofe.
- Delirios somáticos: Presentan creencias falsas con relación a su estado de salud.

- Alucinaciones: En la esquizofrenia, las alucinaciones más comunes son las de tipo auditivo, en las cuáles la persona cree oír voces de personas conocidas o desconocidas.

- Discurso desorganizado: La persona realiza un discurso que no permite mantener una comunicación adecuada. Puede manifestarse de distintas formas:

- Descarrilamiento o asociaciones laxas: La persona cuando habla pasa de hablar de un tema a otro.
- Tangencialidad: Las respuestas que la persona da tienen una relación indirecta o no tienen ninguna relación con las preguntas.
- Incoherencia: Discurso desorganizado y prácticamente incomprensible.

- Comportamiento desorganizado o catatónico: Este tipo de comportamientos pueden provocar inconvenientes a la hora de conseguir algún determinado objetivo, dando lugar a problemas en su actividad diaria

– Síntomas negativos: Reúne las manifestaciones que una persona sana experimenta de forma cotidiana y la persona con esquizofrenia deja de experimentarlas ⁽⁷⁾. Los principales síntomas negativos son ^(7,8):

- Abulia: Presentan una falta de motivación para realizar actividades cotidianas.

- Expresión emotiva disminuida: Se caracteriza por una disminución de la expresión de las emociones.
- Alogia: Suelen tener una disminución del habla.
- Anhedonia: La capacidad de sentir placer o recordar el placer anteriormente experimentado está reducido.
- Asocialidad: Cuando el interés por las relaciones sociales está disminuido

-Los síntomas cognitivos: Son sutiles para algunas personas y más graves para otras, incluyendo^(7,8):

- Deficiencia en la capacidad para comprender información y usarla para tomar decisiones.
- Problemas para concentrarse.
- Problemas con la “memoria operativa”, también conocida como “memoria de trabajo” en la cual destaca la capacidad para usar información inmediatamente después de haberla aprendido.

2.4 Tratamiento de la esquizofrenia

La finalidad del tratamiento farmacológico en los pacientes es ayudarlos a que se recuperen y puedan perseguir sus metas en la vida. En el caso de las personas con esquizofrenia pueden tener síntomas durante toda su vida, pero pueden gestionar sus síntomas gracias a una correcta adherencia terapéutica⁽⁹⁾.

El tratamiento de la esquizofrenia necesita un buen y amplio enfoque, siendo integrador e interdisciplinar, tratando no solo la medicación, si no también trabajando en la psicoterapia y tratamientos psicosociales individuales o grupales⁽³⁾.

El tratamiento farmacológico predominante en esta patología consta de los siguientes grupos de fármacos^(10,11,12):

- Tipos de antipsicóticos típicos: haloperidol, levomepromazina, clorpromacina, sulpiride y tiaprida.
- Tipos de antipsicóticos atípicos: clozapina (leponex), ziprasidona (zeldox), risperidona, olanzapina, quetiapina, aripripazol (abilify), amisulpride, paliperidona.
- Depot en España se comercializan 4 fármacos: Modecate (principio activo flufenazina), Lonseren (principio activo pipotazina), Clopixol (principio activo zuclopentixol), Risperdal (principio activo risperidona).
- Tratamiento complementario: anticonvulsivantes, antidepresivos, benzodiacepinas, beta bloqueantes y litio
- Terapia electroconvulsiva: La TEC combinada con antipsicóticos puede administrarse a los pacientes con esquizofrenia que presentan síntomas psicóticos graves y que no responden al tratamiento con fármacos antipsicóticos. Los pacientes con rasgos de desorganización en su rutina diaria son un grupo que en principio podría obtener ventajas específicas con el tratamiento de la TEC.

Tabla 1. Tratamiento complementario en la esquizofrenia

FARMACO/TERAPIAS	FINALIDAD
Anticonvulsionantes	Aumenta la eficacia de ciertos antipsicóticos en el tratamiento de la agresividad.
Antidepresivos	Eficaces como tratamiento de los síntomas negativos cuando son combinados con los fármacos antipsicóticos.
Benzodiacepinas	Eficaces en reacciones catatónicas agudas.
Betabloqueantes	Eficaces en el tratamiento de la agresividad y de la acatasia provocada por los fármacos.
Litio	Aumenta la eficacia de los fármacos antipsicóticos, actuando sobre los síntomas negativos

Fuente: Martín García-Sancho JC⁽¹³⁾. Elaboración propia.

2.5 La adherencia terapéutica

El concepto de adherencia terapéutica ha sido definido por gran cantidad de autores, obteniendo múltiples significados en diversos estudios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como:

“El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”⁽¹⁴⁾

Esto implica la aceptación de un diagnóstico del que depende el pronóstico⁽¹⁰⁾; sin embargo, para poder implantar una adecuada definición de adherencia es necesario diferenciarla del concepto cumplimiento⁽¹⁾.

Aunque estos conceptos se utilicen de manera similar, presentan una diferencias muy importantes. Por un lado, la adherencia hace referencia a la relación entre paciente y profesional para lograr los objetivos terapéuticos marcados, mientras que el cumplimiento implica que el paciente adopte un rol pasivo y obediente en su aptitud ante el médico. Cumplimiento y adherencia se utilizan de manera indistinta en muchos de los estudios para la realización de este trabajo, a pesar de que algunos autores insisten en no considerarlos términos sinónimos. El cumplimiento en algunos trabajos se reserva al grado en que un paciente cumple con una prescripción farmacológica. La adherencia hace referencia a un conjunto mucho más amplio, incluyendo hábitos de vida, dietas, rutinas, etc.⁽¹¹⁾.

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

La falta de adherencia terapéutica sigue siendo un problema de gran importancia en la esquizofrenia. La tasa de adherencia en esquizofrenia es muy variable según los estudios, se ha estimado una tasa media del 41,2% ⁽⁹⁾. El aumento de las recaídas es el primer índice para saber qué hay incumplimiento en la medicación, que contribuye al “síndrome de la puerta giratoria” de los pacientes con esquizofrenia⁽⁴⁾.

La adherencia terapéutica, es un proceso que está condicionado por múltiples factores, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos⁽¹⁾.

Según datos del ministerio de sanidad, entre el 4% y 12% de los pacientes con trastornos mentales, siguen de forma rigurosa su tratamiento farmacológico; el resto prefiere no ingerir ningún fármaco, ya sea porque cree que no los necesita o porque deja de tomarlos después de padecer algún síntoma. El principal factor de ayuda para el control de enfermedades como la esquizofrenia es la adherencia del paciente⁽¹⁵⁾. Por ello, se ha puesto en marcha por parte de numerosos equipos multidisciplinares programas de aceptación, conocimiento y manejo de fármacos antipsicóticos, siendo de gran importancia para asegurar un mínimo de cumplimiento terapéutico⁽¹²⁾.

3. JUSTIFICACIÓN

La OMS apunta que 21 millones de personas en el mundo han sido diagnosticadas de esquizofrenia y a medida que transcurren los años, este número continúa aumentando ^(16,17). Su tratamiento suele ser de larga duración, ya que el inicio de esta enfermedad normalmente es a una edad temprana y habitualmente se cronifica⁽¹⁸⁾.

Uno de los principales problemas que presenta el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia es que muchos pacientes no tienen una buena adherencia a la medicación ⁽¹⁹⁾. Aunque a lo largo de las últimas décadas ha habido numerosos avances en el mundo de la psicofarmacología, la tasa de falta de adherencia en la esquizofrenia ha llegado a situarse entre el 80-90% en algún estudio. De manera que se ha convertido en uno de los trastornos mentales con menor nivel de adherencia ⁽²⁰⁾. Además, la falta de adherencia al tratamiento de las personas con esquizofrenia se asocia con los efectos negativos que afectan a los propios pacientes, a la sociedad y al sistema sanitario ⁽²¹⁾.

En cuanto a la falta de adherencia, podemos señalar al incumplimiento terapéutico como uno de los factores más influyentes en las recaídas de pacientes con esquizofrenia. Especialmente aquellos pacientes que no cumplen con el tratamiento

tienen más probabilidades de presentar descompensaciones durante la enfermedad, mayor que los pacientes que tienen una correcta adherencia ^(21,22). Las recaídas conllevan un aumento en las tasas de hospitalización y un peor pronóstico de la enfermedad⁽²³⁾.

En segundo lugar, la falta de adherencia al tratamiento conlleva un gasto económico muy significativo para la sociedad. El coste económico de los trastornos mentales en los países europeos se estima entre el 3% y el 4% del producto interior bruto (PIB), superando los 182.000 millones de euros al año. Dentro de este gasto, el 46% se destina a costes sanitarios y sociales directos, y el resto en costes indirectos. Dentro de este grupo, los trastornos psicóticos son los que suponen un mayor gasto por paciente, estimándose al año un coste de 17.576 euros ⁽²⁴⁾. La principal causa de este aumento del gasto son las tasas de hospitalización y las recaídas. Por ello se ha visto en algunos estudios que, si se invierte mayor cantidad de dinero en intervenciones dirigidas a aumentar la adherencia, disminuiría a su vez el coste que provocan las recaídas y hospitalizaciones, en comparación con el coste que supone abordar las recaídas de los pacientes con esquizofrenia ⁽²⁵⁾.

Por último, la falta de adherencia a la medicación se relaciona actualmente al aumento que se ha producido en las tasa de suicidios en pacientes psiquiátricos ya que estos tienen los principales factores de riesgo para que desarrollen conductas suicidas ⁽²³⁾.

Debido a todo lo anterior, el tratamiento de la esquizofrenia no puede abarcar solamente el tratamiento farmacológico y psicológico. Sino que debe de ir acompañado de intervenciones psicosociales donde el papel de la enfermera tiene una función muy importante, ya que debe aplicar una serie de cuidados a través de intervenciones que promuevan y aumenten tanto la adherencia terapéutica como la conciencia de enfermedad⁽²⁶⁾.

Por los estos motivos se ha decidido llevar a cabo una revisión bibliográfica con el fin de conocer la situación actual de la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

4. OBJETIVOS

4.1 Generales

- Conocer la situación actual de la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

4.2 Específicos

- Valorar la repercusión del incumplimiento terapéutico.
- Enumerar los factores implicados en la adherencia terapéutica.
- Identificar las medidas de intervención en enfermería existentes en la actualidad para la mejora de la adherencia terapéutica.
- Clasificar los métodos de medición para evaluar la adherencia terapéutica.

5. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica basada en la consulta de revistas, bases de datos y publicaciones de múltiples organismos sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia. Las bases de datos utilizadas fueron las siguientes: Pubmed, Scielo, Elsevier, Cuiden, Cochrane Library, Medliney Psicodoc.

Para la búsqueda bibliográfica se ha empleado también otros buscadores científicos como “Google Académico” donde se han realizado búsquedas específicas y avanzadas delimitando la información y también fueron consultados diversos libros y revistas.

Para realizar dicha búsqueda, se utilizaron los siguientes términos MeSH: “schizophrenia”, “adherence”, “drugs”, “nursing” y “treatment”. Por otro lado, se utilizaron los siguientes términos DeCS: “adherencia”, “tratamiento”, “esquizofrenia”, “enfermería”, “drogas”.

Para realizar una búsqueda más exacta y minimizar los criterios de búsqueda se emplearon unos criterios de exclusión e inclusión.

5.1 Criterios de Inclusión

Dentro de los artículos encontrados en la búsqueda, hemos seleccionado aquellos que cumplen los siguientes criterios:

- Artículos que tratan sobre alguno de los objetivos propuestos.
- Artículos publicados entre los años 2009 y 2022
- Artículos que estudian a personas entre 18 y 65 años con diagnóstico de esquizofrenia.
- Artículos con acceso completo
- Artículos publicados en inglés o español.

5.2 Criterios de exclusión

No hemos seleccionado los artículos que:

- No hablan sobre el tema elegido.
- Eran anteriores al 2009.
- Estaban publicados en idiomas distintos a los elegidos.
- No permitían el acceso a texto completo.
- Trataban sobre pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años.

Se ha utilizado algunos filtros concretos en las diferentes bases de datos con el objetivo de limitar la búsqueda y poder obtener los artículos más relevantes para dar respuesta los objetivos descritos. Los filtros utilizados son:

- Idioma: inglés o español.
- Año de publicación: Entre 2009 y 2022.
- Edad: Entre 18 y 65 años.
- Texto completo.

6. DESARROLLO Y ANÁLISIS DEL TEMA

6.1 Factores que condicionan la adherencia terapéutica en la esquizofrenia

La falta de adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia viene relacionada con una serie de factores los cuáles, según los artículos seleccionados, los podemos dividir en las siguientes categorías: factores relacionados con el paciente, factores familiares y socioculturales, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con la medicación y factores relacionados con el profesional y el sistema sanitario⁽²⁷⁾.

6.1.1 Factores relacionados con el paciente.

- Factores sociodemográficos: Algunos de los artículos encontrados no han descrito una relación significativa, siendo estos resultados poco consistentes en varios factores sociodemográficos, como el género, estado civil o empleo ^(27,28). Sin embargo, otros factores como los que se van a enumerar a continuación si han mostrado una fuerte relación con la adherencia terapéutica:

♣ Edad: El autor Valencia refleja en su trabajo de revisión que la mayoría de los estudios señalan que los pacientes jóvenes, concretamente con un rango de edad entre 31 y 40 años, mantenían una mejor adherencia a la medicación⁽²⁰⁾. Además, otros autores en sus revisiones reflejan que encontraron una relación significativa donde los pacientes con una franja de edad entre 45 y 64 años tenían un menor nivel de adherencia que los pacientes más jóvenes. Esta relación puede verse relacionado con la comorbilidad de otras enfermedades crónicas que requieren otro tipo de tratamiento específico, lo que puede llegar a dificultar la adherencia ⁽²⁸⁾.

♣ Nivel educativo: Algunos estudios relacionaron que los pacientes con un nivel de estudios superiores eran más adherentes que los pacientes con un menor nivel de estudios, siendo estos más propensos a abandonar la medicación ⁽²⁰⁾. Vassileva refleja en su estudio realizado con 226 pacientes

ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia que la baja educación se ve reflejada junto con la poca adherencia terapéutica que presentaban ⁽²⁹⁾.

♣ Situación de vida: Se encontró una diferencia significativa entre la adherencia al tratamiento y cómo vivían los pacientes con esquizofrenia. En el estudio de Vassileva se halló que una gran parte de los pacientes con menor adherencia vivían solos, en comparación con los que vivían con familiares o cuidadores ⁽²⁹⁾.

♣ Estatus económico: Las personas con bajos recursos económicos son más propensos a suspender la medicación ⁽²⁰⁾. Ahmad en su estudio identificó que uno de los principales factores de falta de adherencia se debía al estado económico. Esto puede deberse a la falta de medicamentos que se puedan proporcionar de forma gratuita por los servicios sanitarios ⁽³⁰⁾.

- Conciencia de enfermedad o “insight”: Numerosos estudios señalan que los conocimientos hacia la enfermedad son unos de los factores más relacionados con la falta de adherencia terapéutica ^(20,21). Tessier y Ahmad en sus respectivos estudios, concluyeron que el conocimiento de la enfermedad es uno de los factores más influyentes en la adherencia en pacientes con esquizofrenia. Además, hallaron relaciones significativas entre un menor nivel de adherencia y una mayor falta de comprensión de la enfermedad ^(30,31). La falta de comprensión puede conllevar a que la persona niegue la existencia de esta y deje de tomar la medicación ⁽²⁰⁾.

- Reetiquetado de los síntomas psicóticos: Señalado como uno de los principales componentes de la percepción hacia la enfermedad, Vassileva refleja en su estudio que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia tienen la capacidad de reetiquetar los síntomas psicóticos, asociándolos o no a la enfermedad como tal⁽²⁹⁾.

- Percepción: Las creencias propias que cada persona tenga y los significados que atribuyen a tener la enfermedad o tomar la medicación, se consideran factores muy significativos en el logro de la adherencia ⁽²⁰⁾.

- Falta de información: Varios estudios señalan que la falta de información es un factor importante para tener en cuenta en la adherencia terapéutica ⁽³²⁾. Esta falta de información puede tener como consecuencias una negación o un rechazo a la enfermedad ⁽²⁸⁾.

- Actitud hacia la enfermedad y la medicación: Varios autores señalan la importancia de las actitudes de los pacientes hacia la enfermedad y la toma de la medicación en la adherencia al tratamiento ^(33,34). En el estudio de Eticha, se identificó que los pacientes que tenían una actitud más negativa eran los menos adherentes, y los que tenían actitudes más positivas presentaban una mayor adherencia ⁽²⁸⁾. A su vez, la actitud hacia la medicación podía verse afectado por otros factores, como por ejemplo el nivel de afrontamiento que tiene la persona afectada sobre las diferentes opiniones de la gente que lo rodea⁽³⁵⁾. En su estudio, Feldhaus concluye que un elevado nivel de autoestigmatización se asoció con una mayor actitud negativa hacia la medicación ⁽³³⁾.

6.1.2. Factores familiares y socioculturales.

- Abuso de sustancias: Varios estudios identifican que el consumo de sustancias como el alcohol u otras drogas están relacionadas con una disminución de la adherencia terapéutica ⁽²¹⁾. En el estudio de Ahmad, una de las principales causas de la falta de adherencia al tratamiento, en su muestra de pacientes, era el uso de sustancias psicoactivas ⁽³⁰⁾. Los autores reflejaron que los pacientes consumían estas sustancias como alternativa a los medicamentos psicotrópicos. Además, como consecuencia de este consumo, muchos pacientes se olvidaban de tomar la medicación ⁽³⁰⁾.

- Estigma: Algunos autores lo consideran como un factor significativo en la adherencia terapéutica de los pacientes con esquizofrenia ⁽²¹⁾. El estigma puede inducir a que los propios pacientes tengan una percepción negativa de la enfermedad que a su vez afecta a la aceptación de la misma. Todo ello puede provocar una disminución de la adherencia terapéutica ⁽²⁰⁾.

- Apoyo familiar y social: Los estudios reflejan que un mayor apoyo familiar y social está asociado con una mayor adherencia ⁽²¹⁾.

6.1.3. Factores relacionados con la enfermedad.

- La gravedad de los síntomas: Se considera un factor importante que puede dificultar la adherencia terapéutica en los pacientes con esquizofrenia ⁽²¹⁾.

Principalmente, los síntomas psicóticos son importantes a tener en cuenta ya que pueden modificar la percepción de los individuos ⁽³⁴⁾.

- Duración de la enfermedad: Existen varios estudios que reflejan la existencia de una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la duración de la sintomatología de la enfermedad ⁽²⁹⁾. En el estudio de Zhou se reflejó que la duración más corta de la sintomatología de la enfermedad era un factor que podía dificultar la continuidad del tratamiento ya que el paciente consideraba que desde que los síntomas psicóticos desaparecieran, la medicación ya no era necesaria. Todo esto relacionado con el poco conocimiento de la enfermedad por parte de la persona afectada ⁽²⁷⁾.

6.1.4. Factores relacionados con la medicación.

- Efectos secundarios de la medicación: Algunos estudios han destacado la importancia de los efectos secundarios de los medicamentos como factor influyente en la adherencia terapéutica ^(20,21,30,35,36). Por ejemplo, en el estudio de Ahmad, los efectos secundarios de los medicamentos fueron uno de los principales motivos de la falta de adherencia al tratamiento en su muestra de pacientes ⁽³⁰⁾. También es cierto que la mayoría de estos pacientes se encontraban en tratamiento con antipsicóticos de primera generación o típicos. Dichos antipsicóticos pueden provocar, entre otros, efectos secundarios extrapiramidales ⁽³⁰⁾. En otros estudios, como el de Valencia, los efectos secundarios extrapiramidales son uno de los efectos que más preocupan a los pacientes con esquizofrenia y que más asociación tienen con la disminución de la adherencia terapéutica ⁽²⁰⁾.

6.1.5. Factores relacionados con el profesional y el sistema sanitario.

- Alianza terapéutica: La relación terapéutica que puede haber entre el paciente y el profesional de la salud es un factor que tiene gran influencia en la adherencia terapéutica, según indican numerosos estudios ^(20,21,31,35,36). Una buena relación terapéutica, donde predomine la confianza y la colaboración entre paciente-profesional, puede favorecer que aumente la conciencia de enfermedad de los pacientes, mejorando su percepción hacia la enfermedad y la medicación, mejorando así su adherencia al tratamiento ⁽²⁰⁾.

6.2 Métodos de valoración de la adherencia terapéutica

Aunque aún no existan métodos de evaluación adecuados para valorar la adherencia terapéutica y que abarquen todas sus dimensiones, dentro de este contexto, podemos diferenciar dos modalidades de valoración dependiendo de los factores que se tengan en cuenta: Métodos de valoración objetivos y métodos de valoración subjetivos⁽³⁷⁾.

6.2.1 Métodos de valoración objetivos

La dificultad que existía en su momento para encontrar una definición clara y conjugada del concepto de adherencia terapéutica, también se encuentra a la hora de valorar la adherencia que tienen los pacientes al tratamiento. Para ello, existen dos grandes grupos de métodos que se utilizan en la actualidad para medir la adherencia al tratamiento⁽³⁷⁾.

Dentro de este apartado podemos diferenciar métodos directos o indirectos. El método directo de valoración consiste en la medición del fármaco u otros marcadores bioquímicos en los fluidos corporales del paciente. De esta forma, podemos averiguar si el paciente se ha tomado o no la medicación prescrita según los niveles presentes en el usuario. A pesar de que se trata de un método de medición totalmente objetivo, nos podemos encontrar ciertos obstáculos que cuestionan su fiabilidad. Entre ellos diferenciamos a aquellos pacientes denominados “incumplidores de bata blanca”. Este tipo de usuarios únicamente siguen el tratamiento pautado los días previos a su consulta con su médico. De esta

forma, en sus análisis no se dan parámetros anormales de fármaco y son considerados pacientes con buena adherencia, aunque no sigan las pautas prescritas en la totalidad de la prescripción. También encontramos inconvenientes en relación con el tipo de psicofármacos, ya que no todos son medibles a través de este método. Los ejemplos más comunes son las sales de litio y el valproato, ya que alteran nuestros niveles séricos y por lo tanto son cuantificables. Por último, cabe destacar que la metabolización de los fármacos interfiere de un paciente a otro, por lo tanto, los niveles séricos que obtenemos nos sirven únicamente para asegurarnos de que el medicamento se ha tomado o no, sin considerar si la dosis administrada ha sido la correcta. Por otro lado, los métodos objetivos indirectos valoran la toma de la medicación y el grado de control de la enfermedad del paciente. (TABLA 2) ⁽³⁷⁾

Tabla 2. Métodos de valoración objetivos

MÉTODOS DE VALORACIÓN	DESCRIPCIÓN	VENTAJAS	INCONVENIENTES
RECUENTO DE COMPRIMIDOS	Determinación del número de pastillas que faltan en el envase en comparación con el número de comprimidos que debe haber según la dosis, el tiempo y la pauta prescrita.	<ul style="list-style-type: none"> • Método sencillo y económico. • Aplicable a todo tipo de paciente. • No requiere equipamiento específico ni personal cualificado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en pacientes polimedcados que deban manejar muchos envases. • El usuario puede desechar parte del tratamiento para parecer adherente.
TECNOLOGÍA DE MONITORIZACIÓN (MEMS)	Dispositivos electrónicos que analizan el momento en el que el paciente abre y cierra el pastillero, identificando los patrones de uso de la medicación prescrita y calculando su tasa de adherencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicable a todo tipo de paciente. • Información guardada automáticamente en una base de datos. • No es necesario que el paciente se desplace a un centro sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Costes elevados de los dispositivos. • Dificultades inherentes a su uso. • Método limitado a estudios de investigación o ensayos clínicos. • El usuario puede desechar parte del tratamiento para parecer adherente.

BASES DE DATOS DE LAS FARMACIAS	Análisis de la frecuencia con la que el paciente retira los medicamentos prescritos de la farmacia.	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de la adherencia de grandes grupos de población. • El uso generalizado de la receta electrónica facilita el seguimiento de la adherencia. <ul style="list-style-type: none"> • Información guardada automáticamente en una base de datos. • Coste relativamente bajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos recogidos no nos aportan información de si el paciente sigue el tratamiento en la dosis y la forma adecuada. • No aporta datos fiables de la adherencia terapéutica.
--	---	---	---

Fuente: De las Cuevas C, Sanz EJ ⁽³⁷⁾. Elaboración propia.

6.2.2 Métodos de valoración subjetivos

Los métodos subjetivos se pueden clasificar como indirectos, y valoran principalmente la manera de actuar del paciente, así como sus conocimientos acerca del tratamiento y su propia enfermedad. A pesar de que los datos obtenidos con este tipo de técnicas no son tan fiables como los métodos objetivos, son herramientas más sencillas y económicas, y nos aportan datos reales acerca de la efectividad terapéutica del tratamiento. Es por ello por lo que su uso en la práctica clínica está mucho más extendido, comprendiendo a todo tipo de profesionales sanitarios (médicos, psicólogos, enfermeros...) a cargo del paciente. La información obtenida con este tipo de métodos se recoge a través de la entrevista, ya sea con el paciente, un familiar o el profesional sanitario encargado del usuario. Es por ello por lo que normalmente, los datos obtenidos con esta clase de herramientas sobre estiman la adherencia terapéutica. En esta clasificación, encontramos una gran batería de escalas que nos pueden servir de ayuda para la valoración de la adherencia terapéutica en la práctica clínica habitual⁽³⁷⁾. En este caso, podemos encontrarnos con escalas de evaluación de actitudes frente al tratamiento y escalas de evaluación del cumplimiento. En los pacientes con trastornos psicóticos es interesante contemplar ambas categorías, por lo que a continuación se resumen mínimamente las más usadas en la práctica clínica (TABLA 3) ⁽³⁸⁾:

Tabla 3. Métodos de valoración subjetivos

<p>ESCALAS DE EVALUACIÓN DE ACTITUDES FRENTE A LA MEDICACIÓN: este tipo de escalas abarcan 3 dimensiones principales, que son la respuesta subjetiva a la medicación, el insight y las influencias sobre la adherencia y la medicación</p>	<p>ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA: estas escalas pueden abarcar dos dimensiones, la actualidad y una valoración general del cumplimiento.</p>
<p>Rating of Medication Influences (ROMI): basada en el modelo de creencias sobre la salud, se divide a su vez en dos subescalas que analizan los motivos del cumplimiento y el incumplimiento. De especial utilidad para conocer los factores psicosociales y ambientales. Escala administrada por el clínico, formada por 20-23 ítems. (ANEXO I)</p>	<p>Brief Medication Questionnaire (BMQ): esta escala se ha validado en comparación con el dispositivo MEMS (tecnología de monitorización). Es autoadministrada, compuesta por 4 ítems. Consta de tres apartados: uno que analiza el régimen terapéutico y en el que se realizan siete preguntas sobre cómo el paciente tomó la medicación la semana anterior; un segundo apartado sobre las creencias en el que hay dos preguntas sobre los efectos del tratamiento y las molestias que ocasiona; y, finalmente, un tercer apartado sobre las dificultades potenciales para recordar la toma de medicación. (ANEXO V)</p>
<p>Drug Attitude Inventory (DAI): evalúa los efectos subjetivos de los antipsicóticos en pacientes psiquiátricos, su insight, las actitudes, las creencias y los sentimientos relacionados con la toma de medicación. Existen 2 versiones de 30 o 10 ítems, aunque la más usada es la de 10. En la versión DAI10 hay seis ítems formulados en sentido positivo y cuatro en sentido negativo. Las afirmaciones deben clasificarse como verdaderas o falsas. Cada respuesta es puntuada como +1 si es correcta, o -1 si es incorrecta. La puntuación final va desde -10 a +10. Una puntuación más alta indica una actitud más positiva hacia la medicación psiquiátrica. Autoadministrada. (ANEXO II)</p>	<p>Morisky Adherence Scale: Originariamente su uso estaba destinado a pacientes hipertensos, pero también es aplicable a pacientes con trastornos psiquiátricos. Medida autoinformada estructurada. Aunque en sus orígenes estaba formada por 4 ítems, en 2008 se publicó una nueva versión con 8 ítems. El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.(ANEXO VI)</p>
<p>Medication Adherence Rating Scale (MARS): los ítems evalúan las creencias en materia de salud, su experiencia y el comportamiento hacia el tratamiento en pacientes crónicos con trastornos psiquiátricos. Escala autoadministrada, formada por 10 ítems. La puntuación va del 0 al 10. Puntuaciones más altas indican una mejor adherencia por lo que tiene la ventaja que no da una información simplista del nivel de adherencia terapéutica (ANEXO III)</p>	
<p>Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs (BEMIB): se desarrolló para pacientes con esquizofrenia/psicosis, basándose en el modelo de creencias de salud. Evalúa el insight, los beneficios percibidos del tratamiento y los obstáculos internos y externos relacionados, así como las estrategias de recuerdo de la toma de la medicación. Escala autoadministrada, formada por 8 ítems. Las respuestas van en rango de 0 – 5. (ANEXO IV)</p>	

Varias Fuentes (39,40,41) Elaboración propia.

6. 3 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 ésta. Estas pueden ser de varios tipos, y pueden ir desde repercusiones menos graves, a otras de alta importancia. Las consecuencias que derivan de la no adherencia terapéutica 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 tratamiento incumplido⁽⁴²⁾.

Cabe destacar que las tasas de recaída de los pacientes con esquizofrenia superan el 70% ⁽⁴²⁾. En pacientes incumplidores del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, las cifras representan un 80% tras 5 años de no adherencia terapéutica ⁽⁴³⁾.

Por todo ello, las consecuencias del incumplimiento terapéutico pueden dividirse en dos grandes grupos. Por un lado, las consecuencias clínicas, relacionadas con el estado del paciente, y, por otro lado, las consecuencias económicas ^(43,44).

Dentro de las secuelas de tipo clínico, la no adherencia terapéutica en esta enfermedad está directamente relacionada con un mal pronóstico para el paciente, dándose una evolución negativa de la patología, produciendo reingresos, y recaídas con mayor frecuencia. De la misma manera, también se ve desarrollada la probabilidad de suicidio o intento autolítico pues, como es lógico, el nivel de calidad de vida se reduce, y aumenta la posibilidad de una muerte temprana. Por otro lado, aumenta la carga de trabajo de los familiares responsables, afectándoles de manera negativa ⁽⁴⁵⁾.

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 el agravamiento 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 con la medicación. 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^(44,46).

En lo referente a las consecuencias de carácter económico, 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 resultante gasto que ello trae. Relacionado 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 la pérdida del empleo, la pérdida de productividad de los pacientes y las bajas laborales e invalideces, relacionadas con el agravamiento de la enfermedad⁽⁴⁴⁾.

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 usualmente empleado en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, siendo una consecuencia directa de la no adherencia terapéutica. Se le conoce como el “síndrome de la puerta giratoria” y hace referencia a que los pacientes se encuentran entrando y saliendo de los hospitales de manera constante debido a las reagudizaciones de su patología ⁽⁹⁾.

7. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Identificar los factores que influyen en el incumplimiento del paciente con diagnóstico de esquizofrenia es el primer paso para establecer intervenciones y estrategias cuya finalidad será la transformación de estos y la reducción de la falta de adherencia⁽⁴⁷⁾.

Para afirmar una buena adherencia al tratamiento, las actuaciones deben incluir intervenciones que aseguren el tratamiento a largo plazo, trabajando la motivación. Sin embargo, son escasos los estudios consultados que relacionen

la entrevista motivacional con la esquizofrenia, debido a la difícil evaluación por la alteración de las facultades en estos pacientes (en la mayoría de los casos, existe una escasa conciencia de enfermedad ⁽⁴⁸⁾ .

El personal de enfermería como parte adicional de un equipo interdisciplinar sanitario se encuentran implicados en la gestión del control de las enfermedades crónicas. Es la enfermera quien ha de identificar las capacidades de autocuidado del paciente y su meta es eliminar el déficit entre estas capacidades de autocuidado y la demanda⁽⁴⁹⁾ . Esto se puede aplicar a las enfermedades mentales y, en especial, a la esquizofrenia.

Las intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en la esquizofrenia están relacionadas con el paciente, con el sanitario, con el tratamiento o con el apoyo social⁽⁴⁷⁾. Dichas intervenciones son:

7.1 Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es una orientación psicoterapéutica cuyo objetivo es ayudar a las personas a reconocer y a ocuparse de sus problemas más importantes y presentes según Miller y Rollnick⁽²¹⁾. Sus autores destacan que la entrevista motivacional no trata un conjunto de técnicas, sino que acentúa la forma de ser con el paciente mediante una serie de actividades⁽²¹⁾:

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

De este modo, el uso de la entrevista motivacional como intervención para mejorar la adherencia en sujetos con esquizofrenia recae en su eficacia para incentivar, motivar y mantener el cambio en el comportamiento de las personas⁽⁵⁰⁾.

En cambio, en los estudios revisados no hallamos muchos indicios de que se hayan encontrado y evaluado las capacidades de la intervención en la entrevista motivacional como intervención única para incrementar la adherencia a la medicación⁽⁵⁰⁾.

7.2 Terapia de adherencia al tratamiento

La terapia de adherencia al tratamiento “Treatment Adherence Therapy” (TAT), compone una intervención individual de enfoque cognitivo-conductual. Está basada en un modelo práctico que agrupa los determinantes de la falta de adherencia en tres categorías⁽²¹⁾:

1. Falta de Insight y rechazo del tratamiento.
2. Insatisfacción con la medicación.
3. Falta de habilidades cognitivas necesarias para realizar correctamente el tratamiento farmacológico, e incorpora un modelo de intervención para cada uno de ellos ⁽²¹⁾:

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

7.3 Terapia de adherencia, afrontamiento y educación

La terapia de adherencia, afrontamiento y educación “Adherence-Coping Education” (ACE) es una intervención diseñada para desarrollar la consciencia de enfermedad y mejorar la adherencia en pacientes con esquizofrenia. La terapia está basada en el modelo de creencias de salud y su aplicación presenta cuatro fases principales⁽⁵⁰⁾:

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

7.4 Intervenciones comunitarias

Las intervenciones comunitarias para pacientes con esquizofrenia plantean una doble tarea⁽⁵⁰⁾:

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

A sí mismo, cabe destacar que otra línea innovadora de tratamiento que es la, intervención telefónica de resolución de problemas (Telephone Intervention Problem Solving (TIPS), en inglés, es una herramienta terapéutica que brinda apoyo a los pacientes con esquizofrenia y que pretende promover la resolución de problemas, ofrecer estrategias de afrontamiento, proporcionar seguimientos y recordatorios⁽²¹⁾.

7.5 Intervenciones mixtas

Las intervenciones mixtas recogen una serie de tratamientos eficaces para incentivar la adherencia terapéutica en aquellos pacientes diagnosticados de esquizofrenia cuyos factores psicosociales no le permiten avanzar en la mejoría de su patología⁽⁵⁰⁾.

Recientemente, un ensayo clínico demostró como una intervención mixta aplicada a 60 pacientes con esquizofrenia resultaba significativamente más eficaz que el tratamiento habitual para incrementar la adherencia terapéutica, aunque otro estudio más reciente asegure menor porcentaje de efectividad, pero sigue siendo una intervención eficaz para la adherencia ⁽⁵⁰⁾.

7.6 Intervenciones farmacológicas

Los antipsicóticos son el tratamiento farmacológico de elección en la esquizofrenia y la base de su tratamiento. Pero, producen efectos secundarios que hay que tener en cuenta porque pueden ocasionar el rechazo o abandono de la medicación.

Los efectos secundarios más frecuentes son los síntomas extrapiramidales, mareos, sequedad de boca, galactorrea por aumento de la hormona prolactina,

somnolencia excesiva, aumento de peso, disfunción sexual, alteraciones en la conducción cardíaca, etc.⁽⁵¹⁾ .

Los antipsicóticos típicos son los más antiguos y se caracterizan por su eficacia en el control de los síntomas positivos. Por otra parte, los antipsicóticos atípicos se asocian con menos efectos secundarios extrapiramidales y son eficaces tanto en los síntomas positivos como en los negativos. Sin embargo, no están exentos de problemas y son más caros⁽⁵²⁾ .

Uno de los avances en el tratamiento de la esquizofrenia fue el desarrollo de antipsicóticos de administración intramuscular y absorción retardada.

La principal ventaja de las presentaciones depot sobre los antipsicóticos orales es que facilitan el cumplimiento del tratamiento prescrito en aquellos pacientes con baja conciencia de enfermedad⁽⁵³⁾.

La adherencia al tratamiento se asegura con una administración del fármaco cada 2- 4 semanas y la menor frecuencia en la necesidad de administración de los fármacos se puede asociar con una mayor persistencia, reduciéndose las oportunidades de abandonar la terapia⁽⁵³⁾.

Dado que la evidencia actual no permite concluir que las formulaciones depot sean superiores a las orales en cuanto a eficacia y tolerabilidad y que existen desventajas como el dolor en el lugar de la inyección, el rechazo del paciente a ser pinchado, la sensación de estar siempre controlado o las molestias derivadas del desplazamiento y la necesidad de cumplimiento de las citas, lo mejor es tener en cuenta las preferencias del propio enfermo. De este modo, se insiste, también, en la mejora de la adherencia⁽¹¹⁾.

En caso de establecerse el tratamiento con inyectables, es necesario preparar al paciente, informarle sobre las ventajas de la vía de administración y sobre las consecuencias de un seguimiento irregular. Es imprescindible acordar con el enfermo el establecimiento de las citas, el recuerdo de éstas y el control de sus ausencias, así como la vigilancia de los efectos adversos ⁽⁵⁴⁾.

8. CONCLUSIÓN

En la actualidad, los trastornos mentales aumentan por la situación sanitaria que hemos vivido a lo largo de estos años, que no solo afecta a la salud de aquellas personas que pasan el virus, sino, también, a la salud mental. Los trastornos depresivos, el estrés y la ansiedad son los más habituales. En cambio, también afecta a pacientes esquizofrénicos debido a la vulnerabilidad de este grupo de personas.

Pacientes y familiares deben ser conscientes de la importancia que tiene el cumplimiento terapéutico, aunque no es fácil llevar a cabo la práctica, ya que la falta de conciencia de la enfermedad hace inviable que los pacientes con esta patología entiendan que el no cumplir con el tratamiento provoca un aumento en el riesgo de recaídas. Debido a ello, es importante que tanto la familia como el paciente sea conscientes de la importancia que tiene el tratamiento y su cumplimiento.

Concienciar a estos pacientes es un proceso que requiere ser constantes y comprometerse en el tiempo, para lograr una adecuada adherencia terapéutica, siendo la base de ello, el establecimiento de una relación de confianza enfermero-paciente.

Los efectos secundarios de la medicación, no aceptar la patología, la estigmatización, el conocimiento de falta de beneficio del tratamiento y la negación de la enfermedad son causas frecuentes del incumplimiento terapéutico en los pacientes que padecen esquizofrenia.

Considero que la adherencia al tratamiento debería ser evaluada en un mayor número de pacientes y con estudios comparables, que certifiquen la eficacia de las intervenciones de enfermería en la mejora del cumplimiento terapéutico. Los encontrados, son escasos y antiguos. Además, sólo se expone en ellos el beneficio a corto plazo y tienen diversas limitaciones, siendo necesario

documentar el beneficio de las intervenciones para disminuir la falta de adherencia terapéutica en la esquizofrenia a largo plazo.

Por último y teniendo en cuenta la revisión bibliográfica que se ha realizado, resalto que es imprescindible que el personal de enfermería sea consciente de la importancia que tiene una buena adherencia al tratamiento, que si no se cumple puede acarrear graves consecuencias en la vida de muchos pacientes, así como la importancia de saber identificar los factores o posibles causas que originan esa falta de adherencia. También, es importante conseguir que los pacientes establezcan un vínculo positivo con el personal para que así, se pueda fomentar la importancia del tratamiento y de la conciencia hacia la enfermedad.

Por último, y en aquellos casos que lo necesiten, se debe realizar una evaluación y un seguimiento durante un tiempo en aquellos pacientes que lo precisen, observando si las intervenciones que se han realizado han sido efectivas y el paciente ha adquirido una correcta adherencia o, por el contrario, si es necesario trabajar sobre algún factor personal que todavía está causando o puede causar que el paciente adquiera una baja adherencia terapéutica.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. Los riesgos para la salud mental de la crisis económica en España: Evidencia de los centros de Atención Primaria, 2006 and 2010. Eur J Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 29 de marzo de 2022];23(1):103–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23132877/>
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2022 [citado el 29 de marzo de 2022]. Esquizofrenia. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. María Medina Rodríguez Á, del Carmen Gómez Pérez M, Javier Acosta Artilles F, María González Martín J. Efectividad de la terapia grupal en pacientes con esquizofrenia. Rev Enfermería Docente [Internet]. 2017 [citado 30 marzo de 2022];(108):7–11. Disponible en: http://www.huvv.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/3-esquizofrenia_CORREGIDO.pdf
4. Pérez García C. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. Rev Enfermería y Salud Mental [Internet]. 2015 [citado 30 marzo de 2022];(1):16–22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6145926>
5. CIE 10 Clasificación internacional de enfermedades mentales de la OMS [Internet].2019. [citado 1 abril de 2022] Disponible en: http://psicoarea.org/cie_10.htm#99
6. Ortiz de Zárate San Agustín A, Alonso Durana I, Ubis González A, Ruiz de Azúa Velasco MA. Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. Vol. nº 4. Trastornos psicóticos
7. Granados Gámez G, Sánchez Bujaldón M. Enfermería en salud mental. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.[Internet] 2011[citado 1 abril de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5544865>
8. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.[Internet]. 2014. [citada 3 abril de 2022]. Disponible en: <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>
9. Martín E, Navarro I. La esquizofrenia. Uciencia Rev Divulg científica la Univ Málaga.[Internet] 2012[citado 5 abril de 2022](9);44–7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3892390>

10. Aten Primaria C. Habilidades e Terapéutica [Internet]. 2013 [citado 5 de abril de 2022].19(3). Disponible en:
http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_3/4.Habilidades-eterapeuticas/Habilidades_e_Terapeuticas_vol19_n3_2.pd
11. Kirkpatrick B. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2009 [citado 6 abril de 2022] ;2(3):105–7. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13141287&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=286&ty=108&accion=L&origen=zonadelectura%20&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v02n03a13141287pdf001.pdf
12. Aznar Moya J.A, Balanza Martínez P, Castillo Bueno D, Martín García J, Martínez Tudela I, Martínez Artero C, Moreno Ramos J. Tratamiento de la esquizofrenia. Servicio Murciano de Salud [Internet]. 2009. [citado 7 abril de 2022]. Disponible en:
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
13. Martín García-Sancho JC, coord. Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental [Internet] Murcia: Servicio Andaluz de Salud; 2009 [Consultado 10 abril de 2022] Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
14. Pages Puigdemont N, Valverde Merino M.I. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm* [Internet]. 2018 [citado 10 de abril de 2022] 59(4), 251-258. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251
15. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcohn M. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Enfermería Glob* [Internet]. 2005[citado 10 de abril de 2022];7:1–9. Disponible en:
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/475>
16. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva Esquizofrenia [Internet]. Génova: OMS; 2016. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
17. Castillo-Martell H. Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de una institución de atención en salud mental de la ciudad de Lima. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2014 [Consultado 29 de marzo de 2022] ; 30 (2): 9-27. Disponible en:
www.inism.gob.pe/ojsinism/index.php/Revista1/article/view/1

18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente [Internet]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; [Internet] 2009 [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf
19. Godoy García JF, Caballero Martínez M, Godoy-Izquierdo D, Vázquez Pérez ML, Muela Martínez JA. Prevención de recaídas en la esquizofrenia: Propuesta de un programa de intervención durante la fase prodrómica. ReiDoCrea [Internet] 2014 [citado 12 de abril] 5 (7): 56-68. Disponible en:
<http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/40752/5-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Valencia Corcin M. Adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia: retos para Enfermería. Pulso [Internet]. 2015 [citado 22 de abril de 2022]; 84: 30-36. Disponible en: https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso_84/30
21. Gratacós Torras M, Pousa Tomàs E. Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. Papeles del Psicólogo [Internet] 2018 [citado 23 abril de 2022]; 39 (1): 31-39. Disponible en:
<http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/2850.pdf>
22. Acea López L. Efectividad de una intervención psicoeducativa audiovisual en la adherencia terapéutica para personas con esquizofrenia. Metas Enferm [Internet]. 2018 [citado 23 abril de 2022]; 21 (8): 16-20. Disponible en:
<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81296/efectividad-de-unaintervencion-psicoeducativa-audiovisual-en-la-adherencia-terapeutica-para-personascon-esquizofrenia/>
23. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. Ther Adv Psychopharmacol [Internet]. 2013 [citado 24 abril de 2022]; 3(4): 200–218. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24167693/>
24. . Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020. [Internet] Madrid: Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud; 2018 [citado 25 abril de 2022]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>

25. Dilla T, Ciudad A, Álvarez M. Systematic review of the economic aspects of nonadherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia. *Patient Preference and Adherence*. [Internet]; 2013 [citado 25 abril de 2022] 7: 275-284. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3622425/pdf/ppa-7-275.pdf>
26. Mahone IH, Maphis CF, Snow DE. Effective Strategies for Nurses Empowering Clients With Schizophrenia: Medication Use as a Tool in Recovery. *Issues Ment Health Nurs*. [Internet]; 2016 [citado 29 marzo de 2022]; 37 (5): 372-379. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27111300>
27. Zhou Y, Rosenheck R, Mohamed S, Ning Y, He H. Factors associated with complete discontinuation of medication among patients with schizophrenia in the year after hospital discharge. *Psychiatry Res*. [Internet] 2017 [citado 25 abril de 2022]; 250: 129-135. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28160655/>
28. Eticha T, Teklu A, Ali D, Solomon G, Alemayehu A. Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia. *PLoS One* [Internet]. 2015 [citado 1 Mayo de 2022]; 10(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376899/>
29. Vassileva I, Milanova V, Asan T. Predictors of medication non-adherence in Bulgarian outpatients with schizophrenia. *Community Ment Health J*. [Internet] 2014 [citado 1 mayo de 2022]; 50(7):854- 61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24452824/>
30. Ahmad I, Khalily MT, Hallahan B. Reasons associated with treatment non-adherence in schizophrenia in a Pakistan cohort. *Asian J Psychiatr*. [Internet] 2017 [citado 1 mayo de 2022]; 30: 39-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28738259/>
31. Tessier A, Boyer L, Husky M, Baylé F, Llorca PM, et al. Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry Res*. [Internet] 2017. [citado 1 de mayo de 2022]; 257: 315-321. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28800510/>
32. Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2015 [citado 2 de mayo 2022]; 16: 270. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4469254/>
33. Feldhaus T, Falke S, von Gruchalla L, Maisch B, Uhlmann C, et al. The impact of self-stigmatization on medication attitude in schizophrenia patients. *Psychiatry Res*. [Interne] 2018 [citado 3 mayo 2022]; 261: 391–399. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29353769/>

34. Novick D, Montgomery W, Treuer T, Aguado J, Kraemer S, et al. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 3 de mayo 2022]; 15: 189. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524170/>
35. Dahan S, Behrbalk P, Stolovy T, Greenberger C. Improving adherence in hospitalized patients diagnosed with schizophrenia: an integrative one-on-one intervention. *Arch Psychiatr Nurs*. [Internet]2016[citado 3 mayo 2022]; 30(6): 660-665. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27888956/>
36. Matsuda M, Kohno A. Effects of the nursing psychoeducation program on the acceptance of medication and condition-specific knowledge of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2016 [citado 3 mayo 2022]; 30(5): 581-586. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27654241/>
37. . De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Rev. Iberoam. Psicol. Salud*. [Internet] 2016 [citado 5 Mayo 2022] 7(1):25-30p. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206915000174>
38. Acosta FJ, Hernandez JL, Pereira J. Métodos de evaluación de la adherencia. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria* [Internet] 2009 [consultado 17 May] 9(1):79-93p. Disponible en: <http://www.aen.es/docs/cuadernos9-1.pdf#page=79>
39. Ochoa VJ, Rodriguez E. Factores relacionados con el incumplimiento terapéutico en pacientes psiquiátricos. *Abordaje de enfermería. Universidade da Coruña* [Internet] 2017 [consultado 15 May]. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/19392/OchoaLopez_VictorJuan_TFG_2017.pdf?sequence=5
40. . Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm* [Internet] 2018 [consultado 17 May] 59(3):163-172p. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
41. Navarro MP, Macià D. Intervención cognitivo-conductual para la mejora de la adherencia al tratamiento en un caso de esquizofrenia. *Universitas Miguel Hernandez*. [Internet] 2015 [consultado 15 May]. Disponible en: http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2657/1/Navarro%20Ruiz_Maripaz.pdf

42. Cirici R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev Psiquiatría Fac Med Barna [Internet]2002[citado 15 mayo 2022];29(4):232-238. Disponible en: <https://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=IBECS&exprSearch=20202&indexSearch=ID&lang=e>
43. Reina EH, Artiles FJA, Fleeta JLH. Estrategias de intervención para mejorar la Adherencia. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria [Internet] 2009[citado 15 mayo de 2022];9(1):95-105. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/248876>
44. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención primaria[Internet] 2009 [citado 18 mayo 2022];41(6):342-348. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7022018/>
45. OMS Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. [Internet] 2003[citado 20 mayo 2022]; Disponible en: <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/index.html>
46. Ye M, Guo J, Song C, Zheng F. Effects of out-of-hospital continuing nursing on schizophrenia patients' rehabilitation and quality of life. Open Med [Internet]. 2017 [citado 20 mayo 2022]; 12: 501-505. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803569/>
47. NICE. Medicines adherence involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE Clinical Guideline 76; [Internet] 2009.[citado 20 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76/resources/medicines-adherence-involving-patients-in-decisions-about-prescribed-medicines-and-supporting-adherence-pdf-975631782085>
48. Gonzalez J. Abandono del tratamiento antipsicótico: entrevista motivacional. Enfermería Global [Internet]. 2005 [citado 21 mayo 2022]; 6 (1): 1-7. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/255>
49. Niño V. Cronicidad: Aspectos generales. En: Niño V. Cuidados enfermeros al paciente crónico. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE);2011[citado 22 mayo 2022] Vol. 1; p. 21-53.

50. Gratacós Torras M, Tomàs EP. L TÉRMINO ADHERENCIA INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN SUJETOS CON ESQUIZOFRENIA INTERVENTIONS TO IMPROVE THERAPEUTIC ADHERENCE IN SUBJECTS WITH SCHIZOPHRENIA. [citado 22 mayo 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2850>
51. Santos A, Bellver A. Enseñando a aprender: La esquizofrenia, acercarse a ella para entenderla. Educare21 [Internet]. 2009 [citado 22 mayo 2022]; 8. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/59024/>
52. Cerezuelo J, García S. Terapéutica en APS: Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. FMC [Internet]2007[citado 23 mayo 2022]; 14 (10): 637-647. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-antipsicoticos-tipicos-antipsicoticos-atipicos-articulo-13113800>
53. Kaplan G, Casoy J, Zummo J. Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication adherence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia. Patient Prefer Adherence [Internet] 2013[citado 24 mayo 2022]; 7: 1171-1180. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24265549/>
54. García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, Fornés J et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería de salud mental. Actas Esp Psiquiatria[internet]. 2010[citado 25 mayo 2022]; 38 (Supl.1): 1-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3294349>

10. ANEXOS

Anexo 1. Escala de evaluación de actitudes frente a la medicación “Rating of Medication Influences” (ROMI)

PARTE I: RAXONES PARA TOMAR LA MEDICACIÓN	
¿Cuál es la razón por la cual usted está dispuesto a tomar su medicación?	
¿Por qué está dispuesto a tomar su medicación?	
1. BENEFICIO DIARIO PERCIBIDO ¿Cree que el medicamento le ayuda a sentirse mejor?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
2. DEFERENCIA HACIA LA AUTORIDAD ¿Le ha dicho su médico que tome su medicación?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
3. RELACIÓN POSITIVA CON EL MÉDICO QUE LE RECETA LA MEDICACIÓN ¿Le ha influenciado la relación con el médico que le receta el medicamento?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
4. RELACIÓN POSITIVA CON SU TERPÉUTA ¿Le ha influenciado la relación con su terapeuta?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
5. CREENCIA POSITIVA DE LA FAMILIA ¿Hay alguien en su familia o un amigo que cree que usted debería tomar el medicamento?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
6. PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA ¿Cree que tomar el medicamento previene el regreso de su enfermedad o síntomas?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
7. PRESIÓN/FUERZA DE LA FAMILIA ¿Le presiona o le fuerza su familia a tomar el medicamento?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
8. MIEDO A LA RE-HOSPITALIZACIÓN ¿Tiene miedo a ser re-hospitalizado?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
9. REALIZACIÓN DE AS METAS EN LA VIDA ¿Siente que el medicamento le ayuda a alcanzar ciertas metas o aspiraciones en la vida?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)

10. ALIVIO DE EFECTOS SECUNDARIO ¿En comparación con otras medicinas, ésta tiene menos efectos secundarios=	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
PARTE II: RAZONES PARA NO TOMAR LA MEDICACIÓN	
Aunque siempre tome el medicamento, puede haber momentos en que usted era reacio o desearía no tener que tomarlo. ¿Cuál es la razón principal por la que usted se ha sentido reacio o ha deseado no tener que tomar el medicamento durante este mes?"	
"Ahora le voy a decir algunas razones por las cuales otras personas están rehacías a tomar su medicamento. Por favor, ¿dígame si alguna de ellas se le puede aplicar a usted?.	
11. NO PERCIBE UN BENEFICIO DIARIO ¿Cree que el medicamento le ayuda a sentirse mejor?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
12. RELACIÓN NEGATIVA CON EL MÉDICO ¿Le afecta la mala relación que tiene con el médico que le receta la medicación?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
13. RELACIÓN NEGATIVA CON EL TERAPÉUTA ¿Le afecta la mala relación que tiene con su terapeuta?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
14. FAMILIA/AMIGOS SE OPONEN A LOS MEDICAMENTOS ¿Alguien cuya opinión es importante para usted está en contra de que tome medicación?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
15. PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO ¿Tiene dificultad para obtener citas y/o dificultad para obtener sus medicamentos?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
16. VERGÜENZA O ESTIGMA POR CAUSA DE MEDICAMENTOS/ENFERMEDAD ¿Se siente avergonzado de tomar medicación?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
17. ABUSO DE SUSTANCIAS ¿Preferiría tomar otras drogas o alcohol?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
18. NEGACIÓN DE LA ENFERMEDAD	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)

¿Cree que no tiene una enfermedad mental?	
19. EL MEDICAMENTO ACTUALMENTE ES INNECESARIO ¿Cree que actualmente no necesita el medicamento?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
20. LOS EFECTOS SECUNDARIOS LE ANGUSTIAN ¿Le son muy perturbadores los efectos secundarios de la medicación?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
21. INTERFIERE CON SUS METAS EN LA VIDA ¿Siente que el medicamento interfiere con el alcanzar ciertas metas o aspiraciones en la vida?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
22. CAMBIO DE APARIENCIA ¿Hay gente que nota que está bajo los efectos de la medicación?	N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)
23. RESUMEN En general, ¿está dispuesto a tomar la medicación, o más ben no?	SI/NO

Fuente: Ochoa VJ, Rodríguez E. Elaboración Propia.

ANEXO 2. Escala de evaluación de actitudes frente a la medicación “Drug Attitude Inventory” (DAI)

1. Para mí, lo bueno de la medicación supera lo malo	V	F
2. Me siento raro/a (como un zombi) con la medicación	V	F
3. Tomo la medicación por decisión propia	V	F
4. La medicación hace que me sienta más relajado/a	V	F
5. La medicación hace que me sienta más cansado/a	V	F
6. Tomo medicación solo cuando estoy enfermo/a	V	F
7. Me siento más normal con medicación	V	F
8. Es antinatural para mi cuerpo y mente estar controlado/a por medicación	V	F
9. Mis pensamientos son más claros con la medicación	V	F
10. Por estar con medicación, puedo prevenir estar enfermo	V	F
<i>Nota: las frases únicamente se refieren a la medicación psiquiátrica que toma el paciente en el momento de contestar el test.</i>		

Fuente: Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica.⁽⁴⁰⁾

**ANEXO 3. Escala de evaluación de actitudes frente a la medicación
“Medication Adherence Rating Scale” (MARS)**

1. ¿Olvida alguna vez tomar la medicación?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No
5. Tomo la medicación solo cuando me encuentro mal.	Sí	No
6. No es natural para mi mente y cuerpo estar controlado por la medicación.	Sí	No
7. Mi pensamiento está más claro si tomo la medicación.	Sí	No
8. Tomando la medicación, prevengo ponerme enfermo.	Sí	No
9. Me noto raro, como un zombi, con la medicación.	Sí	No
10. La medicación hace que me note cansado y lento.	Sí	No

Fuente: Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica.⁽⁴⁰⁾

ANEXO 4. Escala de evaluación de actitudes frente a la medicación “Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs” (BEMIB)

Ítems BEMIB	Pretest	Postest	Seguimiento
- Tomar la medicación antipsicótica me hace sentir mejor (Efectos adversos)	1	3	3
- Tomar la medicación antipsicótica me ayuda a evitar la hospitalización (C.E)	2	4	4
- Los efectos secundarios de la medicación antipsicótica me fastidian (Efectos adversos)	5	3	4
- Tengo un sistema que me ayuda a recordar tomar la medicación antipsicótica. (O.E)	1	5	5
- Es difícil de recordar cada día que hay que tomar la medicación antipsicótica (O.I)	4	2	3
- No tengo problema en obtener la medicación antipsicótica (O.E)	4	4	4
- Mi familia, amigos y doctores me ayudan a tomar la medicación antipsicótica (O.E)	3	5	4
- Tengo un trastorno psiquiátrico que mejora con la medicación antipsicótica. (C.E)	1	5	5

Fuente: Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica.⁽⁴⁰⁾

ANEXO 5. Escala de evaluación de la adherencia terapéutica “Brief Medication Questionnaire” (BMQ)

1. Por favor, cite todos los medicamentos que tomó la SEMANA PASADA. Para cada medicamento, responda a las siguientes preguntas:						
A	B	C	D	E	F	G
Nombre del medicamento y dosis	¿Cuántos días lo tomó?	¿Cuántas veces al día lo tomó?	¿Cuántas pastillas tomó cada vez?	¿Cuántas veces dejó de tomar la pastilla?	¿Por qué razón la tomaba?	¿Cómo le funciona el medicamento (1=bien 2=normal; 3=mal)
2. ¿Le molesta de alguna forma alguno de sus medicamentos? Sí/No. Si responde afirmativamente, por favor, indique el nombre del medicamento, cuánto le molesta y de qué forma:						
Nombre del medicamento	¿Cuánto le molesta?				¿De qué forma le molesta?	
	Mucho	Algo	Poco	Nada		
3. A continuación, hay una lista de problemas que las personas pueden tener a veces con sus medicamentos. Por favor, indique cómo le afecta cada uno de los problemas y qué medicamento es el responsable:						
		Mucho	Algo	Nada	Medicamento	
a. Abrir o cerrar el bote de medicamento						
b. Leer la letra impresa en el bote						
c. Recordar tomar todas las pastillas						
d. Conseguir sus medicamentos a tiempo						
e. Tomar tantas pastillas al mismo tiempo						

Los valores obtenidos mediante este cuestionario van del 0 (adherente) al 11. La puntuación se establece de la siguiente forma

Análisis del régimen terapéutico (preguntas 1a-1e)	
¿El paciente falló en enumerar su medicación en la pregunta inicial?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente paró o interrumpió el tratamiento debido a una reposición tardía de la medicación o por alguna otra razón?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente manifestó alguna omisión de dosis en un día o en una toma?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente disminuyó la cantidad prescrita por dosis?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente tomó alguna dosis extra o más medicación de la prescrita?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente respondió «no sé» en alguna pregunta?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente rechazó contestar alguna pregunta?	1 = Sí; 0 = No
NOTA: resultados ≥ 1 indican una potencial falta de adherencia terapéutica	
Análisis de las creencias (preguntas 1g y 2-2a)	
¿El paciente contestó «mal» o «no sé» en la pregunta 1g?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente indicó el nombre de algún medicamento que le molestara?	1 = Sí; 0 = No
NOTA: resultados ≥ 1 indican posibles barreras en las creencias	
Análisis de la memoria (preguntas 1c y 3c)	
¿El paciente recibe un régimen multidosis (dos o más veces al día)?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente respondió «mucho» o «algo» en la pregunta 3c?	1 = Sí; 0 = No
NOTA: resultados ≥ 1 indican posibles barreras en la memoria	

Fuente: Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica.⁽⁴⁰⁾

ANEXO 6. Escala de evaluación de la adherencia terapéutica “Morisky Adherence Scale”

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	Sí	No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decirselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Sí	No
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Sí	No
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Sí	No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Sí	No
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas? Nunca/Raramente... De vez en cuando... A veces... Normalmente.... Siempre...		

Fuente: Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica.⁽⁴⁰⁾