



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico 2013/14**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA  
ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA**

**Autor/a:** María Encarnación Galván Sánchez

**Tutor/a:** Rebeca Acebes Sancho

## 1. ÍNDICE

	<b>Página</b>
1. ÍNDICE.....	2
2. RESUMEN/ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN.....	5
4. OBJETIVOS.....	6
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
5. DESARROLLO.....	7
5.1 ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	7
5.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	9
5.2.1 INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL PACIENTE.....	10
5.2.2 GESTIÓN DE CASOS.....	11
5.2.3 EL APOYO SOCIAL Y SU INFLUENCIA.....	12
5.2.4 FÁRMACOS DEPOT.....	13
5.3 PLAN ESTÁNDAR DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA ESQUIZOFRENIA.....	14
6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	18
7. BIBLIOGRAFÍA.....	22
7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
7.2 BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA.....	25
8. ANEXOS.....	26
ANEXO 1: Factores relacionados con la falta de adherencia terapéutica.....	26
ANEXO 2: Características generales de los métodos que evalúan la adherencia.....	27
ANEXO 3: Escalas psicométricas de evaluación de actitudes frente a la medicación y de evaluación del cumplimiento.....	30
ANEXO 4: Plan estándar de cuidados de enfermería para mejorar la adherencia terapéutica en la esquizofrenia.....	31

## **2. RESUMEN**

La falta de adherencia terapéutica es un problema de Salud Pública de gran importancia en la actualidad, con una prevalencia media del 50% en patologías crónicas. Los pacientes psiquiátricos presentan un mayor grado de incumplimiento que los no psiquiátricos. Además, en la esquizofrenia se produce un aumento del incumplimiento que puede llegar al 70-80%, lo que supone grandes consecuencias negativas clínicas y económicas.

La conducta no adherente en la esquizofrenia se explica, sobre todo, por la falta de conciencia del paciente sobre su problema de salud, aunque influyen otros factores.

Examinar los diferentes tipos de medida de la adherencia y conocer los motivos fundamentales por los que las personas aquejadas de esta enfermedad no se adhieren al tratamiento, permite el diseño y la implantación de correctos programas de intervención dirigidos a ayudar a estos pacientes y reducir el número de recaídas y reingresos, mejorando el pronóstico de la enfermedad.

Esta revisión bibliográfica pretende destacar la implicación de la enfermería en el seguimiento y control de las enfermedades mentales, como la esquizofrenia, y en la intervención para mejorar la adherencia terapéutica mediante estrategias como el seguimiento telefónico, las visitas domiciliarias, la administración de antipsicóticos depot y el refuerzo positivo, todo ello basándose en el establecimiento de una relación terapéutica enfermera-paciente y permitiendo la participación del enfermo en la toma de decisiones.

**Palabras Clave:** adherencia, esquizofrenia, enfermería, intervenciones.

## **ABSTRACT**

Failure to Therapeutic adherence is an important Public Health concern nowadays, with a mean prevalence of the 50% in chronic diseases. Psychiatric patients have a higher level of non-adherence than the non-psychiatric patients. Moreover, in that ones with schizophrenia it is generated an increment of noncompliance that may reach the 70-80%. This induces negative clinical and economic consequences.

The non-adherence behaviour in schizophrenia is explained, especially, by the lack of awareness of the patient about his health problem, although it is influenced by other factors.

Examining the different types of adherence measurement and knowing the mainly reasons why people with this disease don't adhere to treatment, allows the design and implementation of accurate intervention programs to help these patients and to reduce the number of relapses and readmissions into the hospital, improving by this way the prognosis of the disease.

This literature review aims to highlight the involvement of nursing in the supervision and control of mental illnesses such as schizophrenia to improve the therapeutic adherence with strategies such as telephone monitoring, home visiting, the administration of depot antipsychotics and the positive reinforcement, all this, being based in the developing of a trusting relationship between nurse and patient and allowing the participation of patients in making decisions.

**Keywords:** adherence, schizophrenia, nursing, interventions.

### 3. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El mayor envejecimiento de la población española y los avances médicos han permitido que hoy en día se hayan cronificado enfermedades anteriormente mortales. Por otra parte, las enfermedades mentales se han incrementado, aún más, en España debido a la crisis económica <sup>1</sup>.

Se estima que alrededor de un 40% a un 50% de los pacientes crónicos no cumplen de forma adecuada las recomendaciones prescritas. Además, esta cifra se eleva hasta el 80% en algunos casos de psicosis<sup>2</sup>.

La irrupción de nuevas tecnologías y los modernos tratamientos farmacológicos han posibilitado disponer de mejores prescripciones médicas cada día. Esto debería significar un incremento en la efectividad de los tratamientos e incidir directamente en la calidad de vida de los pacientes. Pero, para ello, es necesario un correcto cumplimiento de las recomendaciones y, en muchos casos, no es así.

Se sabe que el incumplimiento terapéutico provoca importantes repercusiones negativas, hasta el punto de afirmar la Organización Mundial de la Salud que “aumentar la adherencia terapéutica puede tener un impacto más grande en la salud que cualquier avance en las terapias” <sup>3</sup>.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida y las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas, así como la mayor causa de los años vividos con discapacidad <sup>4,5</sup>.

El incumplimiento empeora sustancialmente la calidad de vida del paciente, de la familia, así como también influye en el pronóstico de la enfermedad. Además, la falta de adherencia terapéutica ocasiona alteraciones en la relación profesional sanitario-paciente, perturba los resultados de estudios de investigación y aumenta los costes sanitarios.

Aunque no se cuantifican los costes económicos como tal, se intuye que son altos debido al incremento de la morbilidad y al mayor número de ingresos hospitalarios, e indirectamente, por la incapacidad laboral, etc <sup>3</sup>.

Diversos estudios de consenso concuerdan en señalar que en el enfermo mental la falta de colaboración en el tratamiento constituye uno de los mayores riesgos de recaídas<sup>6-8</sup>. Por tanto, se considera de vital importancia tanto las prescripciones de salud como su correcto seguimiento.

Con frecuencia, los pacientes con enfermedades mentales presentan grandes dificultades para seguir las prescripciones médicas, pero, en contraposición, poseen el mejor potencial para beneficiarse de estas. La falta de conciencia de enfermedad es un factor que agrava el problema de la adherencia en psiquiatría<sup>9</sup>.

La importancia de este trabajo viene determinada por el gran porcentaje de enfermos mentales (en concreto con esquizofrenia) que no tienen una buena adherencia terapéutica. El propósito es actualizar, mediante una revisión bibliográfica, el conocimiento existente acerca de la adherencia terapéutica en el paciente psiquiátrico y las estrategias que contribuyen a mejorarla, descubriendo el gran papel que ejerce en ello la enfermería.

Se realizó una revisión de las bases de datos y buscadores: MEDLINE, CUIDEN, SCIELO, DIALNET y GOOGLE ACADÉMICO y se utilizaron los siguientes descriptores: adherencia terapéutica, cumplimiento terapéutico, salud mental, esquizofrenia, enfermería, estrategias e intervenciones, tanto en castellano como en inglés. De 50 documentos publicados entre 2004 y 2014, finalmente se seleccionaron 45.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General:**

- Analizar el papel de la enfermería en la mejora de la adherencia terapéutica de pacientes esquizofrénicos para incrementar su calidad de vida.

### **4.2 Objetivos 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.
- Formular estrategias de enfermería que contribuyan a aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes esquizofrénicos.
- Desarrollar un plan estándar de cuidados de enfermería en la esquizofrenia para mejorar la adherencia al tratamiento.

## **5. DESARROLLO**

### **5.1 ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

La adherencia terapéutica se puede definir como el grado en que la conducta de una persona (tomar medicamentos, seguir una dieta, ejecutar modificaciones en el estilo de vida, etc) se corresponde con las recomendaciones acordadas por un profesional de la salud. Por el contrario, el incumplimiento terapéutico hace referencia al grado en que no se cumplen esas recomendaciones terapéuticas <sup>10-11</sup>.

Dado que cumplimiento y adherencia son términos que se emplean de manera indistinta en la mayoría de publicaciones, a pesar de que algunos autores no consideran que sean palabras sinónimas, en este trabajo se emplea uno u otro vocablo para referirnos al mismo aspecto.

En la práctica, el término cumplimiento se suele reservar al uso de los medicamentos por parte del paciente y se entiende como una obediencia al seguir las instrucciones y recomendaciones, por lo que el paciente tiene un rol pasivo. Sin embargo, según la literatura consultada, la palabra adherencia parece permitir una mayor participación del paciente, una implicación activa y voluntaria<sup>12</sup>. Di Mateo y Di Nicola conceptualizaban ya en 1985 la adherencia como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado<sup>13</sup>.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que daña el pensamiento, las emociones, la percepción y la conducta. Afecta aproximadamente al 1% de la población y cursa con una serie de síntomas característicos positivos (delirios, alucinaciones...) y negativos (pobreza afectiva, apatía, problemas en la atención y concentración, etc).

Pese a los grandes avances en el proceso de atención, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se siguen asociando con consecuencias negativas para la salud (consumo de drogas, inactividad, patrones desorganizados en la nutrición y la higiene...). Esto puede facilitar la aparición de problemas médicos concomitantes, como la obesidad, el síndrome metabólico, diabetes, trastornos vasculares, etc. El abuso de sustancias es la comorbilidad más frecuente en los pacientes con esquizofrenia y tiene un gran efecto sobre la psicopatología, el curso del tratamiento (mala adherencia) y el pronóstico de la enfermedad<sup>14</sup>.

La falta de adherencia en los enfermos mentales supone severas consecuencias: peor pronóstico, mayor número de ingresos hospitalarios, más recaídas, deficiente calidad de vida y suicidios. Hay que tener en cuenta que la tasa de suicidios en la esquizofrenia es del 10% y se asocia fuertemente con la depresión y la falta de adherencia al tratamiento. Un 30% realiza tentativas de suicidio<sup>15</sup>.

La prevención del suicidio en los pacientes con esquizofrenia se puede llevar a cabo con la mejora de la adherencia terapéutica y el mantenimiento de una vigilancia especial en los sujetos con factores de riesgo<sup>16</sup>.

Entre las enfermedades mentales, por sus especiales características, la esquizofrenia ofrece las cifras más altas de falta de adherencia terapéutica o incumplimiento y los problemas de baja adherencia están íntimamente relacionados con las recaídas. La situación se desarrolla en cadena porque el número de recaídas está proporcionalmente relacionado con el nivel de calidad de vida, el grado de deterioro y la evolución general del estado de salud. Si se consigue que el paciente esté estable, desde el punto de vista sintomatológico, se puede incidir más en el abordaje de la rehabilitación psicosocial<sup>17</sup>.

Así, surge en 2003, el Proyecto ADHES (Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia), con el objetivo de plantear nuevas propuestas que faciliten un mayor cumplimiento y lograr un mejor control de la patología, proporcionando una mayor autonomía e integración del paciente esquizofrénico en la sociedad. En este Proyecto, participan un gran número de psiquiatras y el propósito es extenderse en la creación y desarrollo de actividades dirigidas tanto a los profesionales como a los enfermos y familiares<sup>9</sup>.



Diferentes autores, clasifican los factores relacionados con la falta de adherencia al tratamiento en los trastornos psicóticos en cuatro bloques: factores relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el tratamiento y con el entorno<sup>17-20</sup>. Estos factores pueden ser consultados en el anexo 1.

Para detectar la falta de adherencia y calcularla, existen una serie de métodos que se clasifican en función de si son directos o indirectos<sup>3,21,22</sup>. En el anexo 2 se muestran las características de estos métodos.

Se han desarrollado escalas psicométricas para evaluar el incumplimiento del paciente psicótico y, específicamente, del paciente esquizofrénico. Existen escalas diseñadas para el estudio del incumplimiento en sí mismo (Morisky, BARS o el dispositivo MEMS) y otras diseñadas para evaluar las actitudes ante la medicación (ROMI, DAI, MARS y BEMIB)<sup>18</sup>. Ambos tipos de escalas pueden ser complementarias y, en especial, las que evalúan la conciencia de la necesidad de tratamiento, pueden predecir el grado de cumplimiento, ofreciendo una valoración indirecta del mismo<sup>24</sup>. En la tabla del anexo 3 se comparan las diferentes escalas psicométricas.

A pesar de la diversidad de métodos existentes, es difícil cuantificar de forma correcta la adherencia terapéutica. Si se comparan las respuestas de los pacientes con las ofrecidas por los familiares y, sobre todo, por los psiquiatras, los pacientes tienden a minimizar el riesgo de incumplimiento. A veces, consideran que suprimir una dosis o algunos días la medicación no constituye un incumplimiento terapéutico<sup>25</sup>.

Dado que no existe ningún método perfecto, la mejor táctica posible para medir la adherencia es la combinación de varios<sup>3</sup>. En la esquizofrenia, el registro de administración de inyectables y la impresión clínica son los métodos más utilizados<sup>5</sup>.

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

Identificar los factores de riesgo para el incumplimiento del paciente esquizofrénico es el primer paso para establecer estrategias de intervención dirigidas a la modificación de éstos y a la reducción del riesgo de falta de adherencia<sup>26</sup>.

Para asegurar una 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)<sup>27</sup>.

Los profesionales enfermeros, como parte integrante de un equipo interdisciplinar sanitario, se encuentran implicados en la gestión del control de las enfermedades crónicas, que se considera uno de los ejes en los que se asienta su atención. Es la enfermera quien ha de identificar las capacidades potenciales de autocuidado del paciente y su meta es eliminar el déficit entre estas capacidades de autocuidado y la demanda<sup>28</sup>. Esto se puede aplicar a las enfermedades mentales y, en especial, a la esquizofrenia.

Las intervenciones específicas para mejorar la adherencia terapéutica en la esquizofrenia están relacionadas con el paciente, con el sanitario, con el tratamiento o con el apoyo social<sup>18</sup>.

Los programas de intervención más prometedores para aumentar la conducta de adherencia son aquellos que usan una combinación de: educación del paciente, habilidades conductuales, auto-refuerzos y apoyo social, todo ello para autorregular la conducta de salud por parte del enfermo<sup>29</sup>.

### **5.2.1 INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL PACIENTE**

En un consenso de enfermería en salud mental sobre cuidados de enfermería para mejorar la adherencia terapéutica en la esquizofrenia, en el que participaron gran cantidad de enfermeros españoles, se concluyó que la potenciación de las actitudes positivas hacia el tratamiento y el establecimiento de acuerdos con el paciente sobre la importancia de tomar la medicación son las estrategias preferidas por el personal de enfermería para reducir las recaídas. Entre las intervenciones dirigidas a lograr un acuerdo con el paciente, se debe resaltar la identificación con el paciente de las consecuencias de no tomar los fármacos y mostrar interés por sus problemas y necesidades, animándole a que explique sus dificultades y asuma más responsabilidad en el seguimiento de su tratamiento<sup>30</sup>.

Es indispensable el refuerzo de las actitudes positivas, ofrecer formas de compensación en el caso de esquizofrénicos que sufren efectos secundarios y/o tengan bajo soporte social y brindar apoyo emocional frente a las recaídas, enseñando nuevas habilidades para enfrentarse a los problemas y empleando medidas recordatorias (seguimiento telefónico, sms, agenda, visitas domiciliarias...). En los pacientes con problemas de incumplimiento, facilitar el conocimiento del servicio de atención al usuario e informar sobre los recursos sanitarios existentes en su área (horarios, teléfonos, asociaciones familiares, personas a las que contactar, etc) y la vía de acceso a los servicios de urgencia son tácticas muy apropiadas<sup>30</sup>.

### **5.2.2 GESTIÓN DE CASOS**

Con los Programas de Gestión de Casos se persigue asegurar la atención y continuidad de los cuidados en pacientes con Trastorno Mental Grave y Prolongado. Todo esto, se lleva a cabo mediante el establecimiento de tareas y actividades de seguimiento y con la coordinación entre todos los recursos: equipos de atención primaria, profesionales de salud de mental (equipo de Salud Mental, Unidad de Agudos, Centro de Rehabilitación Psicosocial), servicios sociales (ayuda a domicilio), Centro Ocupacional, Red de Hogares Protegidos, asociaciones, centros cívicos y voluntariado. Estos programas se están poniendo en práctica cada vez más para lograr, no sólo, una mayor adherencia terapéutica, sino, también, incrementar la satisfacción de los pacientes y su calidad de vida. Para controlar la adherencia al tratamiento, se establecen actividades encaminadas a detectar la inasistencia a las citas o controles, recoger información sobre el motivo y adoptar medidas para evitarlas<sup>31</sup>.

Para el desarrollo de la continuidad de casos se confeccionan listados de los pacientes incluidos en el Programa, distinguiendo entre diferentes grados de actuación y distintos niveles de seguimiento: control de medicación (oral y/o depot), realización de visitas domiciliarias, control de la salud física (acompañamiento al centro de salud), apoyo y asesoramiento a la familia y/o al personal cuidador. El seguimiento se efectúa cada semana, quincena, mes, etc y se calcula la incidencia de pacientes anualmente, así como el número de ingresos, estancias y altas hospitalarias o del resto de centros<sup>31</sup>.

La llamada telefónica es una estrategia apropiada para fortalecer la adherencia terapéutica, siendo especialmente beneficiosa en aquellos pacientes que muestran actitudes negativas hacia el tratamiento antipsicótico<sup>32</sup>.

En las llamadas telefónicas, se realiza la intervención educativa (tratamiento farmacológico, conocimiento de la enfermedad, dieta, ejercicio, hábitos tóxicos, estado emocional) y se hace una valoración clínica del paciente, que sirve para identificar la presencia de signos de descompensación. Con el seguimiento telefónico se trabajan los distintos aspectos relacionados con la enfermedad para conseguir un automanejo óptimo. Cuando se consigue la estabilidad, el paciente puede ser dado de “alta” del seguimiento telefónico o puede que se pacten llamadas cada cierto tiempo, en función de sus necesidades<sup>33</sup>.

### **5.2.3 EL APOYO SOCIAL Y SU INFLUENCIA**

Las actividades psicosociales comprenden la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales, la intervención familiar y los grupos de autoayuda, entre otras<sup>34</sup>.

Existen varios estudios que aseguran que el apoyo social tiene efectos beneficiosos importantes en la adherencia al tratamiento, a través de la mejora de las funciones cognitivas de los pacientes crónicos: la autoeficacia, la motivación, el control personal, la confianza en uno mismo, la autoestima y el estado de ánimo, y la disminución de los conflictos emocionales, la tensión, el estrés y la depresión<sup>35,36</sup>.

La evidencia actual sugiere que las intervenciones psicosociales carecen de efectividad para la mejora del cumplimiento cuando se aplican sólo a los pacientes<sup>18</sup>. Por este motivo, es necesario incluir a la familia.

Los pacientes que reciben ánimo, refuerzo y apoyo por parte de sus familiares y amigos tienen más probabilidades de seguir las prescripciones terapéuticas que aquellos otros con menos apoyo social, inestabilidad familiar o que se encuentran en una situación de aislamiento social. Asimismo, el resultado de las conductas de afrontamiento del paciente depende no sólo de sus esfuerzos y del estado psicológico, sino, también, de la manera en la que los miembros de la familia y amigos reaccionan ante esas conductas. De ahí, la importancia de las relaciones interpersonales y del entorno social en la salud y bienestar de estos enfermos<sup>36</sup>.

#### **5.2.4 FÁRMACOS DEPOT**

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<sup>37</sup>.

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<sup>38</sup>.

Uno de los avances en el tratamiento de la esquizofrenia fue el desarrollo de antipsicóticos de administración intramuscular y absorción retardada<sup>39</sup>.

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.

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. Las diferencias más significativas entre los antipsicóticos inyectables atípicos y típicos son la menor sedación y la mayor eficacia de los atípicos frente a los convencionales con respecto a los síntomas negativos<sup>40</sup>.

En nuestro país, disponemos de tres antipsicóticos atípicos depot (risperidona, paliperidona y olanzapina). Aunque la tasa de efectos secundarios es aceptable, en el caso de la olanzapina de liberación retardada, tiene especial relevancia la existencia del denominado Síndrome post-inyección.

Se trata de un efecto secundario poco común que consiste en la presencia de síntomas de sobredosis de olanzapina después de la administración intramuscular de la medicación, lo que ha supuesto la necesidad de observar al paciente durante tres horas después de cada inyección y ha provocado cierta restricción del uso del medicamento<sup>41</sup>.

En un estudio donde se analizaba el impacto de la olanzapina inyectable, se demostró que la seguridad y la eficacia de este fármaco era similar a la oral, excepto en lo referente a los efectos secundarios relacionados con el lugar de inyección. De los pacientes tratados con olanzapina retardada, pocos tuvieron efectos adversos y el más común fue el dolor, obteniendo resultados similares a estudios con el resto de antipsicóticos inyectables. La tasa de interrupción del tratamiento fue baja por lo que se mantiene la relación beneficio/riesgo de la mayoría de los pacientes en tratamiento con medicación depot y se puede afirmar que los antipsicóticos inyectables de acción prolongada suponen un impacto en la satisfacción del paciente y, por tanto, influyen en su adherencia terapéutica<sup>42</sup>. No obstante, existe poca evidencia científica de calidad donde se comparen antipsicóticos depot y orales o diferentes antipsicóticos depot entre sí comercializados en España<sup>43</sup>.

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 incide, también, en la mejora de la adherencia.

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<sup>30</sup>.

### **5.3 PLAN ESTÁNDAR DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA ESQUIZOFRENIA**

Según la Taxonomía NANDA 2012-2014, existe sólo un diagnóstico relacionado con la adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: el 00079 Incumplimiento. En anteriores ediciones, aparece otro: 00081 Manejo inefectivo del régimen terapéutico. Sin embargo, en la versión más actual ha sido retirado. Un ejemplo de plan de cuidados con el diagnóstico Incumplimiento aparece desarrollado en el anexo 4.

Las intervenciones de enfermería del plan de cuidados en la esquizofrenia para mejorar la adherencia terapéutica deben ir dirigidas a proporcionar toda la información necesaria para conocer la enfermedad y los recursos disponibles para poder afrontarla de forma eficaz y adaptarse a ella <sup>44</sup>:

A) Establecer una relación terapéutica enfermera-paciente:

Para mejorar la empatía con el paciente y lograr un grado de confianza adecuado es importante dejar que el paciente participe de forma activa en el tratamiento (dé sus opiniones, etc). De esta manera, será más fácil que colabore. Sin embargo, no todos los pacientes están dispuestos a asumir la responsabilidad de la toma de decisiones o existen enfermos que no desean aceptar un rol activo, sino seguir el modelo paternalista y, en ese caso, si son buenos cumplidores pese a desconocer el objetivo de la terapia o tratamiento, los profesionales deben explorar el grado de participación que está dispuesto a asumir el paciente, para no generar cargas indeseadas y causar, indirectamente, la falta de adherencia<sup>20</sup>.

- Escuchar sus propuestas, demostrando la existencia de una confianza en él para hacerle sentir más participativo y favorecer su colaboración.
- Tratar de conocer y facilitar la expresión de posibles dudas, miedos, preocupaciones, expectativas, etc. A veces, también, se puede mostrar interés por cuestiones de su vida que no estén directamente relacionadas con la enfermedad. Así, puede aumentar la confianza en el profesional sanitario. Uno de los principales temores es el estigma social que supone la enfermedad. En este caso, es importante corregir aquellas ideas erróneas que posea el paciente y mejorar su autoestima para fortalecer el yo personal.

- Demostrar interés y respeto. Ser tolerantes y comprensivos.
- Hablar acorde con el nivel cultural del paciente. No usar excesivas palabras técnicas.
- Brindarle apoyo emocional y tiempo, sin prisas. Para que vea que estamos ahí para lo que necesite y cuando lo necesite.

B) Informar al paciente y a la familia (sobre el problema de salud y sobre el tratamiento):

- La información debe estar consensuada por el equipo de salud y darse acorde a las características de cada paciente.
- Explicar la enfermedad antes de exponer el tratamiento puede ser útil para favorecer el cumplimiento. Además, conocer los motivos de la necesidad de tomar un fármaco, o realizar ciertas conductas, hace sentirse más valorado y participar más. Se debe empezar por una información básica y luego ya ir aumentándola con datos complementarios. La información básica debe consistir en explicar de forma clara y concisa (para que sea fácilmente recordada) no sólo el nombre de la enfermedad, sino las causas, forma de manifestarse, evolución y pronóstico, consecuencias tanto para su vida como para los demás, formas de tratamiento, así como los resultados esperados en caso de cumplir el tratamiento y las consecuencias de no cumplirlo.

Algunas enfermeras opinan que no es aconsejable la lectura del prospecto por parte de los pacientes porque sólo prestan atención a los efectos adversos y tienden a sobreestimar la incidencia de estos, lo que les crea inseguridad, dudas y, como consecuencia, una influencia directa negativa en el cumplimiento farmacológico<sup>20</sup>.

- Hay que asegurarse de que el paciente ha comprendido la información y preguntarle posibles dudas o temores. Las sesiones en grupo ayudan a la comprensión al existir retroalimentación de la información del resto de personas.



- En cuanto a la información sobre el tratamiento, hay que hacer hincapié, en el nombre de los fármacos, el lugar y la forma de adquirirlos, la dosis necesaria y forma de administrarlos (momento del día, con o sin alimentos, etc), los efectos secundarios (distinguiendo entre los habituales y los que requieren acudir a visita para revisar la pauta), contraindicaciones, prohibiciones, riesgos, etc.
- Proporcionar un teléfono, un lugar y una persona donde poder ir en caso de necesitar ayuda. Esta medida aporta seguridad al paciente y la seguridad contribuye a la adherencia terapéutica.

C) Intervenciones educativas y de conducta: proporcionar y enseñar habilidades para afrontar el problema, siendo imprescindible facilitar recursos para la adhesión y la participación del paciente en la terapia.

- Informar de la existencia de lugares terapéuticos en la comunidad donde acudir y sobrellevar mejor la enfermedad: centros sanitarios, asociaciones de enfermos, de familiares de enfermos, etc.
- Informar sobre aspectos perjudiciales para el estado de ánimo o la enfermedad.
- Enseñar estrategias para contrarrestar aquellas sensaciones desagradables que produzca el tratamiento:
  - Levantarse de la cama lentamente para evitar mareos.
  - Realizar dietas equilibradas y ejercicio físico para favorecer la eliminación intestinal y evitar el sobrepeso brusco.
  - Mejorar la higiene bucal para contrarrestar los efectos de la sequedad de boca, tomar caramelos sin azúcar para estimular la salivación, etc.
- Utilizar calendarios para recordar la toma de cada medicamento.
- Pedir al paciente que realice un registro de los fármacos y anote las incidencias que le sucedan. De esta manera, no sólo se aumenta la adhesión sino que nos puede proporcionar información acerca del grado de cumplimiento.
- Implicar a los familiares en los planes de educación.

- Informar, felicitar de los logros o resultados positivos que se vayan obteniendo. Con esto, se consigue motivación en el paciente. Por el contrario, si hay falta de información el enfermo no sabe si está actuando correctamente y puede perder el interés, desmotivarse y abandonar el tratamiento.
- Es muy importante reforzar no sólo los resultados conseguidos sino, también, el cumplimiento correcto del plan establecido (con frases tipo: “lo estás haciendo muy bien”).

D) Proporcionar medidas recordatorias al paciente:

- Avisar mediante llamadas telefónicas, cartas, hacer visitas domiciliadas, etc para recordar futuras citas y revisar con el paciente las actuaciones correctas.
- Realizar un contrato por escrito donde el paciente tenga que comprometerse, de alguna manera, al cumplimiento del tratamiento y donde se especifique que, en caso contrario, se producirán consecuencias negativas para su vida y familiares.
- Citar de forma periódica para revisar ese contrato y hacer un seguimiento del paciente. Así, se puede aplicar también el refuerzo positivo cuando el cumplimiento ha sido el adecuado.
- Se debe hacer un recordatorio a familiares y personas con las que conviva el enfermo.

Igualmente, resulta útil la exposición verbal de los contenidos con apoyo y uso de distintos tipos de medios audiovisuales, reflexionar sobre el problema (la enfermedad) ya sea de forma individual o grupal, realizar ejercicios de detección de estilos de pensamiento erróneos en relación con la enfermedad y el tratamiento, llevar a cabo ejercicios para detectar conductas que sean poco efectivas para mejorar el problema, hacer ejercicios prácticos acerca de cómo realizar la terapia prescrita y exponer de forma grupal formas de poder neutralizar posibles efectos secundarios del tratamiento.

Para lograr una adecuada adherencia terapéutica de los pacientes es necesario atender los problemas existentes e identificar diagnósticos de enfermería de forma individualizada y adaptada a cada paciente, teniendo en cuenta su situación personal, grado de incumplimiento y las alteraciones en los patrones de salud producidas por ese incumplimiento terapéutico<sup>44</sup>.

## **6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

Actualmente, los trastornos mentales aumentan por la crisis económica, que no sólo afecta a la economía de las personas, sino, también, a la salud mental. Los trastornos depresivos, el estrés y la ansiedad, son los más habituales. Sin embargo, las dificultades económicas presentes hasta la fecha, además, afectan a pacientes esquizofrénicos y/o con trastorno bipolar, debido a la vulnerabilidad de este grupo de enfermos.

Pacientes y familiares deben ser conscientes de la importancia del cumplimiento terapéutico, aunque no es nada fácil llevar a la práctica, ya que la falta de conciencia de enfermedad dificulta a los pacientes con esquizofrenia entender cómo al no cumplir un tratamiento aumenta el riesgo de recaídas. Por este motivo, hay que intentar concienciar tanto al propio enfermo como a los familiares.

Sensibilizar 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 el diagnóstico, la estigmatización, la percepción de falta de beneficio del tratamiento y la negación de la enfermedad son causas frecuentes del incumplimiento terapéutico en los pacientes que padecen esquizofrenia. Por lo que se debe incidir en estos aspectos.

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 (más de 10 años). 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 y otras psicosis, a largo plazo.

Pese a que es necesario ampliar la investigación acerca de la adherencia en los pacientes psicóticos, también, es cierto que, muchas veces, no se aplican las intervenciones existentes. Debería mostrarse un mayor interés por parte de los profesionales sanitarios en lograr llevar a cabo estas medidas porque sólo estableciendo una buena adherencia al tratamiento y resolviendo los problemas relacionados con ésta, se podrá mejorar el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia.

Después del análisis realizado, se debe resaltar que la motivación ante el tratamiento es un factor pronóstico de un buen cumplimiento. Sin embargo, muchos pacientes con esquizofrenia o trastornos psicóticos, en general, pese a tener conciencia de enfermedad, estar motivados y cumplir las recomendaciones terapéuticas, empeoran por una reagudización típica de la propia patología. Por otra parte, existen muchos otros que por la falta de conciencia de enfermedad, a pesar de intentar por todos los medios posibles aumentar su adherencia terapéutica mediante motivación, etc nunca van a ser cumplidores del tratamiento.

Aunque existen numerosas estrategias de intervención, tras la revisión bibliográfica, podría confirmar que lo más efectivo es la combinación de varias y la individualización con cada paciente en función de sus propias necesidades.

Para incrementar la efectividad y seguridad de los tratamientos y constituir una buena adherencia terapéutica es imprescindible el abordaje multidisciplinar entre médicos, enfermeras y farmacéuticos, entre otros profesionales sanitarios, siempre de forma coordinada para actuar con los mismos propósitos y conseguir logros.

Si bien, todos los componentes del equipo terapéutico participan en la ayuda al paciente con esquizofrenia y a su familia, es el personal de enfermería el que desempeña el rol más significativo de soporte a la adherencia, quizás por la cercanía y el mayor contacto con el paciente.

No hay que olvidar que la esencia de la enfermería es el cuidado de cada paciente en base a sus requerimientos personales y, pese a que algunos profesionales utilizan la amenaza ante la no adherencia como estrategia de persuasión, en general, opino que lo mejor es ser tolerantes para conseguir una actitud más participativa por parte del paciente esquizofrénico y, sobre todo, apoyar y respetar la decisión que finalmente adopte éste, sea cual sea.

Por último, tras mi experiencia en prácticas, propondría la realización de programas de salud desde los centros de Atención Primaria para mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes esquizofrénicos a través de la educación para la salud. Igualmente, haría mayor hincapié en las llamadas telefónicas y visitas domiciliarias, ya que la atención en el domicilio ayuda a mantener el vínculo entre el enfermo y su ambiente y puede afianzar la relación con el profesional de enfermería al considerarle parte de su medio habitual, reforzando, de esta manera, la adherencia terapéutica. A mayores, la atención domiciliaria permite un tratamiento cercano a su entorno y favorece el mantenimiento de los diferentes roles sociales que el paciente tenía. El profesional, a su vez, conoce la comunidad de la cual deriva el sujeto y es capaz de identificar los elementos de protección y de riesgo que en ella existen, para actuar sobre ellos.

Puede haber casos en que hacer mayor seguimiento desde Atención Primaria y, por ejemplo, administrar los inyectables allí o en el domicilio, incremente la adherencia al tratamiento de estos pacientes, simplemente por sentirse similares al resto de personas o tener mayor confianza con su enfermero/a por conocerlo/a ya de antes. Al igual que un individuo con alergia acude a ponerse una vacuna a su centro de salud, otro con esquizofrenia asistiría para que le fuese administrado el antipsicótico inyectable para su enfermedad, disminuyendo así, el estigma y los prejuicios asociados a la esquizofrenia.

También, estimo oportuno potenciar el uso de las redes sociales y aplicaciones móviles como medidas educativas y recordatorias (citas, etc), siendo estrategias posibles para aumentar la adherencia al tratamiento.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

### 7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur. J. Public Health*. 2012; 1-5.
2. Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2005; 29 (2): 40-48.
3. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calcerrada RM. Actualización en Medicina de Familia: Cumplimiento terapéutico. *Semergen*. 2008; 34 (5): 235-243.
4. Organización Mundial de la Salud. *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. 2005
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. 2006.
6. García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, Fornés J, Rodríguez A, Giner J. Treatment adherence in Schizophrenia: Consensus of nurse practitioners in mental health. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38 (Supl.1): 1-45.
7. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. The expert consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009; 70 (Supl.4): 5-46.
8. Roca M, Cañas F, Olivares JM, Rodríguez A, Giner J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso Clínico Español. *Actas Esp Psiquitr*. 2007; 35 (Supl.1): 1-25.
9. Giner J, Cañas F, Olivares JM, Rodríguez A, Burón JA, Rodríguez-Morales A, Roca M. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34 (6): 386-392.
10. Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DI. Editors. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979.
11. Sabaté E (Editor). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
12. Martín Alfonso Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet]. 2004 Dic [citado 2014 Abr 21]; 30 (4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es).
13. Di Matteo R, Di Nicola D. *Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York: Pergamon, 1985.

14. Torres González F, Ibanez-Casas I, Saldivia S, Ballester D, Grandón P, Moreno-Küstner B et al. Unmet needs in the management of shizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014; 10: 97-110.
15. Gómez Macías V, De Cós Milas A, Ruíz de la Hermosa Gutiérrez L, Sala Cassola. *psiquiatria.com*. [Internet].; 2007 [cited 2014 febrero 22]. Available from: [http://www.psiquiatria.com/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/urgencias\\_psiq/suicidio-y-psicopatologia/](http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/urgencias_psiq/suicidio-y-psicopatologia/).
16. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *BJP* 2005; 187: 9-20.
17. Lluch Canut MT, Biel Tres A. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. *Revista Presencia* 2006; 2 (3). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php>> [ISSN:1885-0219]. Consultado el 5 de marzo de 2014.
18. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J. La Adherencia en la Esquizofrenia y otras psicosis. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria* 2009; 9 (1): 29-46.
19. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Enfermería Global* [Internet]. 2005 [consulta el 04 de enero de 2014]; 4 (2): 1-9. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/475/458>
20. Rodríguez MJ, Castillo F. Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta. *Indez Enferm* [Internet]. 2011 [consulta el 05 de abril de 2014]; 20 (3): 160-164. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200005>
21. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353 (5): 487-97.
22. Palop I, Martínez F. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac salud* [Internet]. 2004 [consulta el 12 de marzo de 2014]; 28 (5): 113-120. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28\\_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf)
23. Byerly MJ, Nakonezny PA, Rush AJ. The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and shizoffective disorder. *Schizophr Res* 2008; 100: 60-69.
24. Bobes J, García C, Bulbena A. Medición de la adherencia en la esquizofrenia. En: Cañas F, Roca M (eds.). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica; 2007. p. 85-94.

25. Garber MC, Nau DP, Erickson SR, Alkens JE, Lawrence JB. The concordance of self-report with other measures of medication adherence: a summary of the literature. *Med Care* 2004; 42: 649-652.
26. NICE. Medicines adherence involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE Clinical Guideline 76; January 2009.
27. Gonzalez J. Abandono del tratamiento antipsicótico: entrevista motivacional. *Enfermería Global* [Internet]. 2005 [consulta el 04 de enero de 2014]; 6 (1): 1-7. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/255>
28. Niño V. Cronicidad: Aspectos generales. En: Niño V. Cuidados enfermeros al paciente crónico. Vol.I. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2011. p. 21-53.
29. Pozo C, Martos MJ, Alonso E, Salvador C. Social support, burnout and well-being in teaching professionals. Contrast of a direct and buffer effect model. *Ansiedad y estrés*, 2008; 14 (2-3): 127-141.
30. 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 Psiquiatr*. 2010; 38 (Supl.1): 1-45.
31. Consorcio psiquiátrico Dr.Villacián. Programa de Continuidad de Cuidados (Gestión de Casos) en la Enfermedad Mental Grave y Prolongada. Valladolid: 2005.
32. Montes JM, Maurino J, Diez T, Saiz-Ruiz J. Factors associated with the effectiveness of a telephone-based nursing strategy for enhancing medication adherence in schizophrenia. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2011; 7: 117-119.
33. Padilla MN et al. Seguimiento telefónico enfermero a pacientes con insuficiencia cardíaca. *Metas de Enferm*. 2011; 14 (3): 22-26.
34. Rosner F. Patient noncompliance: causes and solutions. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 2006; 73 (2): 553-559.
35. Richmond C, Ross NA, Egeland GM. Social support and thriving health: a new approach to understanding the health of indigenous Canadians. *American Journal of Public Health*, 2007; 97 (9): 1827-1833.
36. Di Matteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol*. 2004; 23 (2): 207-218.
37. Santos A, Bellver A. Enseñando a aprender: La esquizofrenia, acercarse a ella para entenderla. *Educare21* [Internet]. 2009 [consulta el 13 de marzo de 2014]; 8. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/59024/>
38. Cerezuelo J, García S. Terapéutica en APS: Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *FMC* 2007; 14 (10): 637-647.



39. Patel MX, David AS. Why aren't depot antipsychotics prescribed more often and what can be done about it? *Advances in psychiatric treatment*, 2005; 11: 203-211.
40. 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* 2013; 7: 1171-1180.
41. Duran SF, Grasa E, Corripio I, Sauras RB, Keymer A, Roldán A et al. Síndrome post-inyección por olanzapina de liberación retardada: Breve revisión a propósito de un caso. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013; 41 (1): 60-62.
42. Atkins S, Detke HC, McDonnell DP, Case MG, Wang S. A pooled analysis of injection site-related adverse events in patients with schizophrenia treated with olanzapine long-acting injection. *BMC Psychiatry*. 2014; 14: 7.
43. Fernández A, Pinto-Meza A, Haro JM. Comparación de la eficacia de las formas farmacéuticas de liberación retardada (depot) y las orales de los antipsicóticos típicos y atípicos comercializados en España para pacientes diagnosticados de esquizofrenia. *Psiquiatr Salud Ment*. 2009; 2 (1): 5-28.
44. Fornés J, Lluch MT. Plan de cuidados para la adhesión/colaboración en el tratamiento. En: Fornés J. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: planes de cuidados*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 145-160.
45. Verdura EJ, Ballesteros D, Sanz-Fuentenebro J. Monitorización de niveles en plasma de antipsicóticos atípicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2012; 32 (115): 499-519.

## **7.2 BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA**

- Bernardo M. *La esquizofrenia: Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración [DVD]*. Barcelona: Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica; 2006.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC)*. 6ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- Díaz M. *Afrontando la esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares*. 1ª Ed. Madrid: Enfoque editorial S.C; 2013.
- Fornés J, Carballal MC. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. 1ª Ed. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
- Herdman TH. *NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Ed. Elsevier; 2013.
- Montejo AL. *Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia [DVD]*. Barcelona: Doctoractive; 2007.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud*. 5ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1. Factores relacionados con la falta de adherencia terapéutica.

<b>FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA</b>	
<b>Factores relacionados con el paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociodemográficos (sexo, edad...).</li> <li>• Consumo alcohol y drogas.</li> <li>• Desconocimiento de la enfermedad, tratamiento o del riesgo de no tomar la medicación.</li> <li>• Actitud negativa frente al tratamiento.</li> <li>• Desconfianza en los profesionales.</li> <li>• Creencias, estigmas culturales.</li> <li>• Aislamiento social.</li> </ul>
<b>Factores relacionados con la enfermedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución y patologías añadidas.</li> <li>• Gravedad del trastorno.</li> <li>• Aspectos psicopatológicos propios (delirios y otros síntomas psicóticos).</li> </ul>
<b>Factores relacionados con el tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo, dosis, vía de administración, complejidad.</li> <li>• Efectos secundarios desagradables.</li> <li>• Falta de eficacia frente a síntomas persistentes.</li> </ul>
<b>Factores relacionados con el entorno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias con “Alta emoción expresada” (reacciones de hostilidad, sobreimplicación emocional, críticas...).</li> <li>• Deficiente apoyo social y familiar.</li> <li>• Falta de empatía en la relación profesional-paciente.</li> <li>• Falta de información sobre reacciones adversas.</li> <li>• Escasa coordinación entre profesionales.</li> <li>• Percepción social negativa de la enfermedad.</li> <li>• Dificultades de acceso a los servicios sanitarios.</li> </ul>

**TABLA 1:** Factores relacionados con la falta de adherencia terapéutica.

“Elaboración propia a partir de datos de Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria, 2009”.

**ANEXO 2. Características generales de los métodos que evalúan la adherencia.**

<b>MÉTODOS DIRECTOS</b>		
<b>Métodos</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Inconvenientes</b>
<b>Determinaciones en sangre, orina o fluidos corporales (*)</b>	-Preciso -Fiable	-Se asume que su presencia expresa que el medicamento se ha tomado. -Poca utilidad porque son caros. -Se disponen para un escaso número de fármacos y necesitan una infraestructura sofisticada.

**TABLA 2:** Métodos directos de evaluación de la adherencia terapéutica.  
“Elaboración propia a partir de datos del boletín Infac, 2011”.

(\*) No hay disponibilidad de referencias bibliográficas que indiquen la manera de llevar a cabo la monitorización ni que, de forma especificada, determinen los valores de referencia a tener en cuenta en la medición de la concentración en plasma del fármaco, por lo que la determinación en plasma de niveles de antipsicóticos es un método directo que no suele emplearse para valorar la adherencia terapéutica de pacientes psiquiátricos. Sin embargo, su uso se defiende para mejorar la eficacia en pacientes que no responden a dosis terapéuticas o que desarrollan efectos adversos <sup>45</sup>.

<b>MÉTODOS INDIRECTOS</b>		
<b>Métodos</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Inconvenientes</b>
<b>Entrevista personalizada o autocuestionario</b>	-Sencillo -El método más útil en la práctica médica diaria.	-Diferentes resultados según los cuestionarios usados. -Alterable por el paciente.
<b>Asistencia a citas</b>	-Sencillo -Con este método se han detectado las mayores tasas de incumplimiento en las actividades preventivas.	-No implica que los pacientes que acuden a las citas sean buenos cumplidores. -Los pacientes que no acuden a las citas no tiene por qué ser obligatoriamente incumplidores.
<b>Estimación efectos adversos</b>	-Fácil de aplicar. -La aparición de efectos adversos equivaldría a un adecuado cumplimiento.	-Limitado -Poca validez -Muchos medicamentos no producen efectos susceptibles de ser usados como indicadores.
<b>Evolución clínica</b>	-Sencillo	-Resultados de validez pobres. -Premisa de que el buen cumplimiento garantiza la curación o el control del proceso.
<b>Recuento de la medicación sobrante</b>	-Objetivo -Cuantificable -Fácil de aplicar	-Requiere tiempo. -No detecta pautas incorrectas. -Alterable por el paciente.

**TABLA 3:** Métodos indirectos de evaluación de la adherencia terapéutica.  
“Elaboración propia a partir de información tomada de la Revista Salud Madrid, 2006”.

<b>MÉTODOS INDIRECTOS</b>		
<b>Métodos</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Inconvenientes</b>
<b>Control de la dispensación</b>	-Sencillo -Fácil de aplicar	-No detecta si el paciente toma la pauta correctamente.
<b>Monitorización electrónica</b>	-Objetivo -Preciso -Cuantificable	-Requiere tecnología cara. -Se asume que la apertura del envase significa la toma de la medicación.
<b>Evaluación del resultado terapéutico</b>	-Sencillo -Fácil de aplicar	-Requiere tiempo. -Interfiere con otros factores.
<b>Juicio clínico</b>	-Sencillo	-Inexacto. -Baja correlación entre la estimación del cumplimiento y la adherencia real.

**TABLA 4:** Métodos indirectos de evaluación de la adherencia terapéutica.

“Elaboración propia a partir de información tomada de la Revista Salud Madrid, 2006”.

**ANEXO 3. Escalas psicométricas de evaluación de actitudes frente a la medicación y de evaluación del cumplimiento.**

<b>ESCALAS PSICOMÉTRICAS</b>		
<b>Escalas</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Inconvenientes</b>
<b>Moriski-Green</b>	Breve y muy fácil de aplicar. Alta especificidad y económica.	Subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento.
<b>BARS</b>	Corta Evalúa su validez en comparación con el MEMS.	La apertura del dispositivo no asegura la toma del fármaco o la dosis correcta.
<b>ROMI</b>	Permite valorar las actitudes de los pacientes ante la toma de la medicación.	Excesivamente larga y requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión.
<b>DAI</b>	Escala autoadministrada con respuestas verdadero/falso.	Larga y requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión. No cubre las motivaciones.
<b>MARS</b>	Autoadministrada	Excesivamente larga, requiere un buen nivel sociocultural y puede no ser completada.
<b>BEMIB</b>	Autoadministrada. Se basa en el modelo de creencias sobre la salud.	Requiere buen nivel sociocultural para su correcta comprensión.

**TABLA 5:** Escalas psicométricas. Ventajas e inconvenientes de cada una.

“Elaboración propia a partir de información tomada de Aten Primaria, 2008”.

**ANEXO 4. Plan estándar de cuidados de enfermería para mejorar la adherencia terapéutica en la esquizofrenia.**

<b>PLAN DE CUIDADOS</b>	
<p><b>Diagnóstico NANDA</b>  <b>2012-2014:</b>  <b>00079</b>  <b>Incumplimiento.</b>                      Incumplimiento del tratamiento relacionado con la falta de conciencia de enfermedad y un déficit de apoyo social y manifestado por descompensación psicótica.</p>	<p><b>NOC</b></p> <p><b><u>Criterio de resultados</u></b>                      -El paciente presentará conducta de cumplimiento.</p> <p><b><u>Indicadores</u></b>                      -El paciente solicita y comunica seguir pauta prescrita.                      -Acepta el diagnóstico del profesional sanitario.                      -Conserva la cita.                      -Modifica la pauta orientada por el profesional sanitario.                      -Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria.                      -Refiere los cambios de síntomas a un profesional sanitario.</p>

**TABLA 6:** Diagnóstico de enfermería y NOC: resultado e indicadores.

“Elaboración propia siguiendo la Taxonomía NANDA 2012-2014”.

<b>Diagnóstico NANDA 2012-2014: 00079 Incumplimiento.</b>	
<b>NIC</b>	
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
-Acuerdo con el paciente (4420).	-Animar a que determine sus virtudes y habilidades (442002). -Disponer un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo (442020).
-Establecimiento de objetivos comunes (4410).	-Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema (441003).
-Mejora de la autoconfianza (5395).	-Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta (539508).
-Apoyo emocional (5270).	-Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias (527009).
-Apoyo en la toma de decisiones (5250).	-Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa (525003).
-Asesoramiento (5240).	-Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto (524001).
-Aumentar el afrontamiento (5230).	-Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente (523027).

**TABLA 7:** NIC: Intervenciones y Actividades.

“Elaboración propia siguiendo la Taxonomía NANDA 2012-2014”.



<b>Diagnóstico NANDA 2012-2014: 00079 Incumplimiento.</b>	
<b>NIC</b>	
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
-Aumentar los sistemas de apoyo (5440).	-Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias (544008).
-Consulta por teléfono (8180).	-Determinar la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad de sistemas de apoyo (818012).
-Enseñanza: medicamentos prescritos (5616).	-Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento (561605). -Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar la medicación (561613).
-Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618).	-Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento (561810).
-Facilitar el aprendizaje (5520).	-Establecer metas realistas objetivas con el paciente (552002).
-Facilitar la autorresponsabilidad (4480).	-Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible (448011).
-Fomentar la implicación familiar (7110).	-Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia sobre el paciente (711011).
-Gestión de casos (7320).	-Proporcionar asistencia directa según necesidades (732023).
-Grupo de apoyo (5430).	-Fomentar la expresión y compartir el conocimiento de la experiencia (543018).

**TABLA 8:** NIC: Intervenciones y Actividades.

“Elaboración propia siguiendo la Taxonomía NANDA 2012-2014”.

<b>Diagnóstico NANDA 2012-2014: 00079 Incumplimiento.</b>	
<b>NIC</b>	
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
-Modificación de la conducta (4360).	-Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla (436002).
-Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390).	-Ayudar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos (539001).
-Potenciación de la disposición de aprendizaje (5540).	-Disponer un ambiente no amenazador (554001).
-Prevención del consumo de sustancias nocivas (4500).	- Ayudar al paciente a tolerar el aumento de los niveles de estrés (450001).
-Seguimiento telefónico (8190).	-Hacer y responder preguntas (819007).
-Vigilancia (6650).	-Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado (665011).

**TABLA 9:** NIC: Intervenciones y Actividades.

“Elaboración propia siguiendo la Taxonomía NANDA 2012-2014”.