



Universidad de Valladolid



GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

ENFERMERÍA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ESQUIZOFRÉNICO

SANDRA COUTO ABELENDA

Tutelado por: MARÍA MILAGROS MONTSERRAT
BALLESTEROS GARCÍA

Soria, 26/05/2021

“La verdadera locura quizá no sea otra cosa que la sabiduría misma que, cansada de descubrir las vergüenzas del mundo, ha tomado la inteligente resolución de volverse loca”

Heinrich Heine

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que suele ir acompañada de un alto grado de estigma y discriminación, tanto social como incluso familiar. Es probablemente la enfermedad mental que más esfuerzos e interés científico ha concentrado, dadas las peculiaridades y el amplio cuadro clínico que presenta. Sin embargo, la adherencia al tratamiento que la OMS define como el cumplimiento del mismo, es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación prescrita; y la persistencia, con duración en el tiempo; sigue siendo el principal objetivo de los profesionales que les atienden, ya que el cese de la medicación, es la razón principal de las recidivas y que afecta directamente a sus cuidadores. Y enfermería como parte del equipo multidisciplinar, debe replantearse cuestiones como los motivos de abandono o incumplimiento del tratamiento, así como el modo de relacionarse con ellos.

Objetivos: El objetivo principal en la elaboración de este trabajo es identificar y conocer los motivos de la falta de adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos por el personal de enfermería.

Metodología: Se realiza un estudio de revisión bibliográfica basado en la búsqueda de artículos en diferentes bases de datos bibliográficos excluyendo aquellos que no estén comprendidos entre los últimos 10 años.

Resultados: La baja adherencia farmacológica en pacientes esquizofrénicos está relacionada con la falta de empatía del cuidador principal, así como del personal de enfermería con el que mantiene una relación terapéutica.

Conclusiones: la comunicación con un paciente esquizofrénico sin conocimiento del contexto familiar, es en la mayoría de los casos un trabajo arduo y complicado. El personal de enfermería por su cercanía con el paciente, debe brindar soporte educativo, asistencial y principalmente emocional, a él y a su cuidador principal, fortaleciendo así la relación terapéutica entre ambos.

Palabras clave: esquizofrenia y enfermería, adherencia y tratamiento.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.INTRODUCCION	1
1.1 Concepto de esquizofrenia.....	2
1.2.Etiopatogenia	2
1.3.Incidencia de la esquizofrenia	3
1.4.Prevalencia de la esquizofrenia.....	3
1.5.Clasificación: tipos de esquizofrenia	3
1.6.Síntomas de la esquizofrenia	4
1.7.Fases de la esquizofrenia	5
1.8.Diagnóstico.....	5
1.9.Pronóstico	6
1.10.Tratamiento de la esquizofrenia	6
2.JUSTIFICACIÓN.....	7
3.OBJETIVOS	8
4.METODOLOGÍA.....	8
5.RESULTADOS	8
5.1.Tratamiento de la esquizofrenia	9
5.2.Efectos secundarios de la medicación	10
5.3.Definición de adherencia terapéutica	10
5.4.Adherencia en el paciente esquizofrénico	11
5.5.Factores asociados con la falta de adherencia.....	11
5.6.Consecuencias de la falta de adherencia	12
5.7.Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica	13
6.DISCUSIÓN.....	17
7.CONCLUSIONES	18
8.BIBLIOGRAFIA	18

ÍNDICE DE TABLAS

ANEXO I. TABLA RESUMEN BÚSQUEDA.....	22
ANEXO II. TABLA FICHA TÉCNICA/ RESUMEN PUBLICACIONES.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS

- OMS: Organización Mundial de la Salud
- DAI-10: Drug Attitude Inventory
- DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- NOC: Nursing Outcomes Classification
- TFG: Trabajo Final de Grado
- SPECT: Tomografía por emisión de fotón simple.
- PET: Tomografía por emisión de positrones.
- INEME: Instituto de Estudios Médico Científicos en España
- EM: Entrevista motivacional
- TAT: Terapia de adherencia al tratamiento
- APA: Asociación Americana de Psicología
- NEMS: Monitoreo electrónico de la medicación

1. INTRODUCCION

La salud mental se define como “el estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a la comunidad”¹. “Es la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente, de interactuar de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales); la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la preservación de equidad fundamental”².

A nivel mundial, los trastornos mentales alcanzan el 14% de la carga global de enfermedad; por tratarse de trastornos tan incapacitantes, e influyen más en dicha carga mundial que las enfermedades cardíacas, apoplejía o el cáncer¹.

La Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la salud en el mundo, “advierte que los problemas mentales, neurológicos o del comportamiento, afectan a 450 millones de personas en todo el mundo, y se estima que alrededor de un 25% de la población mundial podría padecer algún trastorno mental a lo largo de su vida; y prevé que los trastornos mentales lleguen a ser la principal causa de años perdidos ajustados por discapacidad”³. Asimismo en otro informe presentado conjuntamente con el Banco Mundial y la Universidad de Harvard afirma, que “la esquizofrenia, se encuentra entre las diez enfermedades que representan una carga mundial de enfermedad, al valorar los años de vida perdidos ajustados en función a la discapacidad”⁷.

Entre las enfermedades mentales más frecuentes en nuestro país, según el INEME (Instituto de Estudios Médico Científicos), se encuentran: la depresión, ansiedad, esquizofrenia, Alzheimer y el trastorno bipolar. Una de cada cuatro personas padecerá una enfermedad mental a lo largo de su vida, siendo en la actualidad la causa del 40% de las patologías crónicas, y del 30% de la discapacidad que se produce en España⁶.

En la actualidad se ha avanzado mucho en el diagnóstico, el tratamiento y la atención sanitaria de las enfermedades mentales; sin embargo todavía es preciso mejorar dichas actuaciones para obtener mejores resultados; a través de los programas de prevención precoz, la atención y la inversión en investigación⁶. Ya que aunque muchos trastornos mentales se diagnostiquen en la edad adulta, los primeros síntomas aparecen en la adolescencia, como es el caso la esquizofrenia; entre los trece y los veinticinco años³. Por ello países como Estados Unidos, Australia o Reino Unido se están centrando en la atención y la intervención temprana, porque el pronóstico de la enfermedad puede variar por completo, si es diagnóstica en una fase precoz o en un estadio más avanzado⁶.

Para enfermería el abordaje de la salud mental, debe tener en cuenta la fuerte estigmatización que siempre ha caracterizado los problemas mentales, y que exige un compromiso de formar profesionales sensibles y comprometidos; lo que supone un reto para la salud pública vigente⁴⁻⁵.

De ahí la importancia del personal de enfermería en a la adherencia del paciente al tratamiento y a la concienciación de la necesidad del mismo. El papel de enfermería ha de replantearse cuestiones como, cuál es el motivo para el abandono o incumplimiento del

tratamiento; y cómo son nuestras relaciones con los pacientes no adherentes a los tratamientos, con el fin de mejorarlas.

1.1. Concepto de esquizofrenia

El término esquizofrenia etimológicamente significa “mente dividida”⁷, referida principalmente a la escisión de la actividad psíquica⁷.

Según Bleuler⁷ la esquizofrenia se define “como un trastorno grave de la personalidad caracterizada por la distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y las alteraciones de conducta “y está presente en todos los países del mundo”³.

1.2. Etiopatogenia

La esquizofrenia es una enfermedad a la que se ha atribuido múltiples factores causales y sigue siendo uno de los principales campos de investigación. Conocer las causas o etiología de esta enfermedad continúa siendo, un trabajo laborioso, de ahí que existan diversas clasificaciones; pudiendo distinguir cuatro grandes tipos de factores en todas ellas, que de un modo u otro son causa de la enfermedad: genéticos, neuropatológicos, bioquímicos y los psicológicos, sociales y culturales⁴⁻⁵:

- **Aspectos genéticos:** una de las posibles causas de la enfermedad, es el factor hereditario, porque de toda la población que conforma el mundo, el 1% padece esquizofrenia, de la cual el 10% son personas que mantienen algún parentesco con otras que hayan padecido la enfermedad³. Los hallazgos más notables se encuentran en el polimorfismo del cromosoma 22, que afecta al funcionamiento elemental de los procesos cerebrales. Del mismo modo, las alteraciones en el cromosoma 1 y 6, así como del 13 y 15, se asocian a la enfermedad produciendo alteraciones sinápticas⁶.
- **Química y estructura del cerebro.** El desequilibrio en las reacciones químicas que se desarrollan en el cerebro pueden ser otra causa de este trastorno, e implican la presencia de neurotransmisores (dopamina, glutamato)³. Se han detectado también alteraciones en la dilatación de los ventrículos cerebrales, muy frecuente en algunos pacientes, atrofia cerebral y disminución de la masa cerebral⁴. Algunos pacientes presentan también alteraciones microscópicas cerebrales y alteraciones en el tamaño y forma de células, con localizaciones determinadas⁴. Y a través de la SPECT, se ha detectado una dilatación y descenso de la perfusión en los lóbulos cerebrales y en la PET se ha detectado hipometabolismo⁶.
- **Factores prenatales:** en ocasiones puede presentarse por una complicación durante el proceso de gestación, como la exposición materna al virus de la influenza o desnutrición en útero, afectando al desarrollo neurológico e incrementando las posibilidades de padecer la enfermedad³.
- **Factores sociales:** Suelen actuar como desencadenantes, pero nunca son la causa principal de su aparición. Dentro de estos factores se mencionan; el status social, como la pobreza, la discriminación racial, la estigmatización o el consumo de drogas, sobre todo de cannabis; dando lugar a un grupo de trastornos psiquiátricos denominados “esquizofrenia endógena”⁶ o “psicosis cannábica”⁶ que puede ser el

desencadenante de esta patología e incluso agravarse, en grupos de consumidores de psicotrópicos^{3,6,8}.

- **Factores ambientales o psicológicos:** A través de ellos se puede explicar la aparición de la enfermedad o su agravamiento, en determinados momentos de su evolución, ya que puede estar ligada a acontecimientos vitales o a situaciones de estrés que aumentan su vulnerabilidad^{3-4,6}. También en el desarrollo de esta patología con personas nacidas en invierno o a principio de primavera; abogando a la existencia de un virus o cambio dietético como factor de riesgo⁶.

1.3. Incidencia de la esquizofrenia

Es una enfermedad crónica, donde el 80% de los pacientes no pueden llevar una vida normal, con continuas recaídas y que requieren una atención sanitaria continuada². La padecen 10 de cada 10.000 habitantes; el 1% de la población mundial, según la OMS⁷ hay 52 millones de esquizofrénicos en el mundo; que ocupan el 50% de las camas de las unidades hospitalarias. En nuestro país, unos 300.000 españoles sufren esta enfermedad; que afecta por igual a hombres y mujeres; pero se manifiesta a edades más tempranas en el hombre⁷. Cada año se diagnostican entre 15 y 30 casos por cada 100.000 habitantes¹¹ y es una de las diez primeras causas de incapacidad⁷. Y la incidencia por sexos es de 0,84 por 10.000 para los hombres y 0,79 por 10.000 para las mujeres¹.

1.4. Prevalencia de la esquizofrenia

La prevalencia estimada es de 3 por 1.000 habitantes por año para los hombres, y 2,86 por 1.000 para las mujeres. La edad media de comienzo de la enfermedad es de 24 años para los hombres y de 27 para las mujeres. A diferencia de los hombres, las mujeres presentan dos picos de incidencia, uno entre los 27-35 años y otro durante la madurez. La clínica dura toda la vida, pero la afectación varía a lo largo del tiempo⁵.

Según afirma la OMS⁸, el coste económico en nuestro país es superior al de la diabetes, a pesar que el número de pacientes es menor; y las recaídas son más frecuentes después de un primer episodio. Aproximadamente un 16% sufre un nuevo episodio, entendido como un empeoramiento de los síntomas y una rehospitalización, al año y el 80%, a los 5 años⁸.

1.5. Clasificación: tipos de esquizofrenia

Los tipos tradicionales de esquizofrenia son cinco^{3,4,6}:

- Esquizofrenia paranoide: el paciente presenta delirios, siendo los más comunes los delirios de persecución, además de alucinaciones auditivas, ansiedad, ira y violencia. Sin embargo, la persona no sufre un comportamiento desorganizado, ni cambios afectivos, es decir, que en la mayor parte de los casos sólo se presentan síntomas positivos^{3,4,6}.
- Esquizofrenia desorganizada: el paciente presenta lenguaje y comportamiento desorganizado con ideas delirantes, que giran en torno a temas incoherentes. A diferencia del tipo paranoide, la persona presenta una afectividad aplanada, en la cual el paciente parece sentirse decaído, pudiendo afectar a incluso niños^{3,4,6}.
- Esquizofrenia catatónica: el paciente sufre alteraciones psicomotoras, como la presencia de un trastorno del movimiento, llegando incluso a producirse inmovilidad del sujeto, además la persona es muy negativa y no acostumbra a

interactuar con los demás; realiza movimientos anormales, como muecas, posturas extrañas o movimientos estereotipados y en algunas ocasiones, puede que el paciente imite lo que dice o hace la otra persona^{3,4,6}.

- Esquizofrenia simple: este tipo de esquizofrenia no presenta dentro de sus síntomas, ningún tipo de delirio, ni tampoco alucinaciones, pero en su defecto, el paciente pierde capacidades en la comunicación o el aprendizaje^{3,4,6}.
- Esquizofrenia hebefrénica: la característica más significativa de este tipo de esquizofrenia es que se presenta a una edad temprana entre los doce y los trece años y en ocasiones se confunde con el diagnóstico de alguna discapacidad mental. Sufre de delirios, mantiene una afectividad plana y tiene una grave alteración de su conducta.

1.6. Síntomas de la esquizofrenia

Los síntomas de la esquizofrenia de acuerdo a sus características se clasifican en tres categorías principales:

- a) Síntomas positivos: están presentes en la fase crónica de la enfermedad, siendo una característica esencial la pérdida del contacto con la realidad; que puede presentarse de manera intermitente e intensa, o en ocasiones es casi imperceptible, dependiendo de que el individuo esté recibiendo o no, un tratamiento adecuado^{3,4,6,15}.
 - *Alucinaciones*: la persona, escucha, ve y siente cosas que nadie más puede ver, escuchar o sentir. Por lo general, las voces son el tipo de alucinación más común y puede afectarle sin que los familiares puedan notarlo^{3,4}.
 - *Delirios*: los pacientes tienen creencias falsas, que se mantienen en su pensamiento y forman parte de su vida cotidiana. Este síntoma puede mantenerse a pesar de que otras personas le demuestren que éstos no son reales, pudiendo de igual forma desarrollar un delirio paranoico, creyendo que la gente intenta hacerle daño o engañarlo, denominándose “delirio de persecución”^{3,4}.
 - *Trastorno del pensamiento*: se manifiesta cuando la persona adquiere una manera inusual o disfuncional de pensar, llegando a inventar palabras (neologismos) y expresándose con un lenguaje difícil de entender. Se produce un bloqueo del pensamiento con una ausencia repentina de conversación; dónde el paciente de forma súbita, deja de comunicarse verbal o físicamente con las personas^{3,4}.
 - *Trastorno del movimiento*: caracterizado por movimientos agitados del cuerpo, de manera repetitiva, pudiendo llegar a la catatonía, momento en que la persona no se mueve ni habla con los demás^{3,6}.
- b) Síntomas negativos: se producen cuando se interrumpen las emociones, así como los comportamientos normales del paciente. En ocasiones, estos síntomas son más difíciles de identificar, debido a que se confunden con los de la depresión u otras enfermedades psiquiátricas. Las personas que los sufren necesitan ayuda en la realización de sus tareas diarias y en ocasiones, descuidando su higiene personal^{3,4}. Este tipo de síntomas pueden ser:

- *Afecto plano*: en el cual la persona no mueve el rostro, se muestra inexpresivo, además de un habla con voz desanimada y monótona^{3,4}.
 - *Falta de satisfacción en la vida*: el paciente no se encuentra cómodo con su vida diaria y lo manifiesta de manera continuada^{3,4}.
 - *Falta de habilidad en sus actividades*: no puede iniciar ni mantener sus actividades diarias, visible en su aspecto desaliñado^{3,4}.
 - *Falta de comunicación*: la persona no puede interactuar con su entorno, a pesar de la necesidad de hacerlo^{3,4}.
- c) Síntomas cognitivos: se caracterizan por ser más sutiles y difíciles de reconocer, produciendo en ocasiones angustia emocional, por su incapacidad de relacionarse con el entorno³. Estos síntomas incluyen:
- *Problemas en el aprendizaje*: falta de concentración, con graves problemas de memoria³
 - *Déficit del funcionamiento razonable*: la persona esquizofrénica no puede comprender la información y utilizarla para la toma de decisiones³.

1.7. Fases de la esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por presentar tres fases, siendo el punto de partida el primer episodio de este trastorno⁴:

- *Primer episodio*: en la mayor parte de los casos suele iniciarse de forma gradual, con un desarrollo crónico lento, progresivo, con deterioro de las capacidades mentales. Su inicio repentino es poco probable, y el paciente empeora muy rápidamente. Durante el proceso de la enfermedad aparecen signos y síntomas característicos, con cambios peculiares del comportamiento que indicarán, que la enfermedad se encuentra en su fase activa^{3,4}
- *Fase aguda*: se presenta con síntomas psicóticos, como delirios, alucinaciones, o pensamientos desorganizados, siendo un signo característico la falta de higiene^{3,4}.
- *Fase de estabilización*: los síntomas psicóticos que presenta el paciente se reducen, teniendo una duración seis meses o más, tras la aparición del episodio agudo^{3,4}.
- *Fase estable*: los síntomas de las fases anteriores, se vuelven estables y ya no son tan agudos. Aparece la depresión, tensión, insomnio o ansiedad, y en ocasiones el paciente puede ser también asintomático^{3,4}.

Además el restablecimiento de las funciones psíquicas no se logra por completo y permanecen en la mayoría de los casos en estados psicótico crónicos⁵.

1.8. Diagnóstico

Para su diagnóstico se utiliza el DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), publicado por la American Psychiatric Association pero además, se realizan una serie de pruebas, a través de las cuáles se pueden detectar algunos hallazgos significativos¹³.

- *Hallazgos de la exploración física*: suelen ser signos neurológicos menores como confusión de derecha/ izquierda, coordinación pobre o movimientos en espejo. El hallazgo más comúnmente asociado son las anormalidades motoras, la mayoría relacionadas con los efectos secundarios del tratamiento antipsicótico⁶.

- *Hallazgos de laboratorio:* se han detectado parámetros que aparecen alterados en algunos pacientes pero pueden estar relacionados con el estilo de vida y dieta que realizan estos pacientes; como el hecho de que algunos beben cantidades excesivas de líquidos y desarrollan alteraciones de la densidad de la orina o del equilibrio electrolítico⁶.
- *Diagnóstico diferencial:* se debe realizar el diagnóstico diferencial con respecto a otros trastornos psicóticos como la demencia o el delirium y el trastorno psicótico inducido por sustancias (anfetaminas o cocaína) por la similitud de los síntomas⁶.

1.9. Pronóstico

Es una enfermedad incapacitante en la mayoría de los casos y sigue la “regla de los tercios”; un tercio de los pacientes tiene un pronóstico relativamente bueno, un tercio intermedio y el otro tercio tiene muy mal pronóstico. Por lo general necesitan un soporte para su integración social⁶. Se requieren esfuerzos continuos para el diseño de intervenciones innovadoras y eficaces que pueden evaluarse, para mejorar la adherencia a la medicación y reduciendo así su tasa de aparición de recaídas¹⁴. Otros estudian avalan que el 20% de los casos de esquizofrenia no recidiva tras un episodio único, pese a no seguir un tratamiento, sin que se pueda conocer de antemano; o que un 33% por el contrario presentan recidivas aunque estén perfectamente tratados¹⁷. Y su evolución depende en un alto grado de factores externos-físicos, sociales y psicológicos conocidos y desconocidos¹⁹.

1.10. Tratamiento de la esquizofrenia

Por lo general la esquizofrenia se trata con fármacos antipsicóticos; el objetivo del tratamiento, es lograr reducir los síntomas y prevenir recaídas, teniendo en cuenta que la cura de este trastorno no es definitivo. En algunas ocasiones las personas abandonan el tratamiento por causa de los efectos secundarios o porque creen que los medicamentos no funcionan, siendo éste un factor para el aumento del riesgo de recaer en otro episodio psicótico³. Son los llamados neurolépticos y actualmente el nombre más común es el de antipsicótico. Sirven para reorganizar el pensamiento delirante, combatir las alucinaciones y frenar algunos de los síntomas negativos, por lo que son los fármacos de elección, de forma aislada o combinada en el tratamiento de la psicosis^{3,6,17,20}.

- Farmacológico:* los neurolépticos se clasifican en:
 - Clásicos o típicos: tienen efecto antidopaminérgico, actúan reduciendo los síntomas positivos y la agitación psicomotriz. Clorpromazina (Largactil), Clotiapina (Etumina), Flufenazina (Modecate), Haloperidol, Levomepromazina (Sinogán), son algunos de ellos^{3,6}.
 - Atípicos: bloquean los receptores dopaminérgicos D2, de forma más selectiva que los típicos y los serotoninérgicos 5HT2. Reducen los síntomas positivos y mejoran los negativos (aislamiento social, abulia, apatía, anhedonia, aplatamiento afectivo) y los efectos secundarios son menos significativos. Algunos de los más utilizados son: Amisulpride (Solian), Clozapina (Leponex), Olanzapina (Zyprexa) disponible de forma oral soluble e inyectable, Quetiapina (Seroquel), Risperidona (Risperdal) y Paliperidona (Invega)^{3,6}.
- Psicoterapia:* designa a todos aquellos tratamientos en los que sólo interviene el diálogo terapeuta-paciente (psicoterapia individual), o diálogos entre pacientes

regulados por un terapeuta (psicoterapia de grupo). Intenta hacer comprender al paciente su enfermedad, cómo debe convivir con ella y en definitiva, cómo utilizar los recursos psicológicos a su alcance para lograr el máximo acercamiento a su entorno^{2, 3, 16,17}.

- c) *Tratamientos psicosociales*: tienen como objetivo que el paciente contacte con las demás personas y viva lo más cerca posible de su entorno. Se basan en la educación para la salud y programas que fomenten un estilo de vida saludable junto con la psicoeducación con la familia^{9,5,11}.
- d) *Actitudes*: muy necesarias en la relación de ayuda a la persona con psicosis

El uso de medicamentos antipsicóticos resulta muy efectivo, pero debido a la complejidad y variedad de procesos esquizofrénicos no existe una medicación que produzca los mismos resultados en todas las personas, además de que muchas no toman los medicamentos que necesitan o no asisten a programas de rehabilitación, que son necesarios para prevenir las recaídas³. El plan de tratamiento debe centrarse en el entorno del paciente y su familia⁹.

La tasa de seguimiento de la medicación en pacientes con esquizofrenia sigue siendo baja sólo el 40% la mantiene durante los tres primeros meses, después del inicio del tratamiento¹².

Y a pesar de los medicamentos psiquiátricos y los tratamientos psicosociales tienen una eficacia claramente establecida y se han creado pautas para su uso, sólo el 15% de las personas con enfermedades mentales graves en los Estados Unidos, reciben medicación antipsicótica mínimamente adecuada¹².

2. JUSTIFICACIÓN

La elección del tema para la elaboración del Trabajo de Fin de Grado, está relacionado con mi labor desempeñada en los últimos años, al cuidado de una persona diagnosticada de Esquizofrenia. Una experiencia muy enriquecedora y en la que he podido comprobar en primera persona, tanto la difícil situación que viven los familiares como cuidadores principales, así como el enorme estigma y discriminación que sufren estos pacientes y sus familias.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, que debe ser tratada con la mayor brevedad posible tras su diagnóstico y evitar así el denominado "síndrome de la puerta giratoria" refiriéndose al paciente con múltiples y continuos ingresos, en Unidades de Agudos de Psiquiatría.

La mayoría de los estudios coinciden en que las principales causas de reingreso más importantes, son el número de ingresos previos, el abuso de sustancias psicoactivas y el incumplimiento terapéutico.

El incumplimiento farmacológico, es un problema importante en el ámbito sanitario que se acompaña de un alto coste económico. En nuestro país, teniendo en cuenta que el período de espera para tener acceso a las consultas de salud mental es elevado y la duración de la consulta demasiado breve, queda evidenciado la necesidad actual existente, y que enfermería tiene un papel esencial en la reducción de recaídas y en la mejora del ajuste social.

El personal de enfermería por su relación de cercanía al paciente, puede contribuir a la adherencia del paciente al tratamiento y a la concienciación de la necesidad del mismo. Acompañándolo desde la escucha y comprensión, y ayudándolo a realizar los cambios y el camino. Ha de replantearse cuestiones como, cuál es el motivo para el abandono o

incumplimiento del tratamiento; y cómo son nuestras relaciones con los pacientes no adherentes a los tratamientos, con el fin de mejorarlas.

En esta revisión bibliográfica se pretende, dar a conocer a través del trabajo realizado por el personal de enfermería, la importancia de la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Incrementar el marco de conocimientos acerca de la esquizofrenia y de los motivos de abandono del tratamiento.

Objetivos específicos:

- Identificar los motivos de abandono del tratamiento.
- Describir las actuaciones de enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento.

4. METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica, desde enero a mayo del 2021. Se emplearon las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed, Dialnet-plus y el buscador Google académico; además, se emplearon, artículos científicos y páginas webs oficialmente reconocidas como la de la OMS, el INE o la Asociación Española de Psiquiatría, para la localización de los documentos bibliográficos por su relevancia científica.

En la estrategia de búsqueda se emplearon los siguientes descriptores de ciencias de la salud: esquizofrenia, enfermería, régimen terapéutico, adherencia, tratamiento, salud mental y los MeSH: schizophrenia, nursing, therapeutic regimen, adherence, treatment, mental health. Estos descriptores fueron combinados en las distintas bases de datos mediante los operadores booleanos AND y OR con los truncamientos que se describen en la estrategia de búsqueda (ANEXO I) para acotar y especificar los resultados.

Se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión para delimitar la búsqueda y elegir solamente las publicaciones que más se adecuaban a las características de este estudio, lengua (español y/o inglés); y que la publicación de los documentos no excediera de los diez años de antigüedad, a excepción de un artículo seleccionado del año 2005 por su relevancia.

Tras una lectura exhaustiva de todos los recursos bibliográficos encontrados, a pesar de la escasez de literatura existente, a la que incluso hacen referencia dos de ellos en cuanto al abordaje de la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, ha sido de treinta artículos; incluyendo aquellos cuya población de estudio fuesen también familiares ejerciendo de cuidadores principales. Finalmente añadido por falta de información dos libros relacionados con el tema a tratar

5. RESULTADOS

Es muy importante en este tipo de pacientes la adherencia al tratamiento, para evitar los reingresos continuos en las Unidades de Psiquiatría

5.1. Tratamiento de la esquizofrenia

Como se ha dicho con anterioridad en la esquizofrenia se constata, mediante la bibliografía, la importancia del papel de la enfermera como miembro del equipo de salud mental, para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, por su relación de cercanía al paciente⁴. El primer paso en el tratamiento de la esquizofrenia es el de efectuar un diagnóstico correcto, para luego poder establecer un adecuado esquema terapéutico para controlar la sintomatología y normalizar la situación, minimizar en lo posible el deterioro que pueda aparecer, y evitar nuevas reagudizaciones, para que así el personal de enfermería pueda intervenir para establecer o mejorar la adherencia al tratamiento²³.

Se han producido importantes avances en el tratamiento de la esquizofrenia que conllevan a una mejor diferenciación de la sintomatología, a un mejor conocimiento de la neurobiología, la administración de nuevos fármacos, y sobre todo, a los nuevos objetivos del equipo multidisciplinar, para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad¹⁷.

En el tratamiento de la esquizofrenia, han de diferenciarse los momentos evolutivos de la enfermedad, los cuales tienen sus implicaciones terapéuticas; en *la fase aguda*, donde el tratamiento es psicofarmacológico y se recomienda realizarlo en medio hospitalario, ya que ello permite un adecuado y riguroso control del paciente en cuanto a la toma de medicación y el control de los efectos secundarios que puedan aparecer. Y en el *período de remisión*, ésta será completa, cuando se dé un período libre de síntomas de al menos dos años de duración^{4,23}.

Por ello es importante que el personal de enfermería conozca los principales fármacos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia así como sus principales efectos secundarios.

Como tratamiento psicofarmacológico los neurolepticos se utilizan tanto en la fase aguda del primer episodio como en las reagudizaciones, o durante el intervalo de las mismas. Tienen acción "antiproductiva": es decir, actúan sobre las alucinaciones, el delirio, así como sobre la irritabilidad. Tienen una acción "sedativa", actuando sobre la ansiedad y sobre la agitación psicomotriz y mejoran la orientación y la capacidad de abstracción y algunos síntomas negativos, como el embotamiento afectivo, el retraimiento social y el pensamiento abstracto. Las benzodiazepinas se utilizan para manejar determinados grados de ansiedad y ante las dificultades para dormir. Los antidepresivos se suelen utilizar en el tratamiento de posibles depresiones, y los anticolinérgicos, se utilizan para neutralizar los síntomas extrapiramidales. Y finalmente el tratamiento electroconvulsivo, que pese a la divulgación que hace años se hizo en su contra, es una técnica terapéutica eficaz y con unas indicaciones concretas⁴.

Por ello es muy importante que los familiares directos de un paciente con esquizofrenia, se informen acerca de la enfermedad, vigilen la toma de medicación prescrita, conozcan los efectos secundarios de los fármacos, los dispositivos asistenciales de su comunidad y eviten que el paciente tome sustancias nocivas y conocer los dispositivos asistenciales de los que dispone su comunidad⁴.

5.2. Efectos secundarios de la medicación

Los efectos secundarios producidos por la medicación, utilizada en el tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, son una de las principales causas que conlleva a la falta de adherencia, como anteriormente ha sido citado.

Entre ellos se encuentran: *la sedación* que puede resultar útil en pacientes agitados, violentos y debe ser evitado en pacientes en los que interese mantener una actividad diaria normal. Los fármacos que lo provocan con mayor intensidad son la clorpromazina, levomepromazina, perfenazina, tioridazina y zuclopentixol. Por tanto es importante advertir al paciente de que no debe conducir ni usar maquinaria peligrosa bajo los efectos de estos fármacos. *Los efectos anticolinérgicos*, que provocan sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria y estreñimiento, y son producidos por el grupo de las fenotiazinas¹¹. *La hipotensión ortostática*; debido a que estos fármacos pueden bloquear receptores adrenérgicos, sobre todo cuando el fármaco se administra por vía parenteral y en dosis altas. *Y el síndrome neuroléptico maligno*, que es un efecto poco frecuente, pero que puede ser mortal en un 15% al 20% de los casos. Se caracteriza por hipertensión, rigidez muscular, alteración de la conciencia y alteraciones respiratorias. Pero puede tratarse con agonistas dopaminérgicos (bromocriptina) y relajantes musculares¹⁷.

Pero también pueden darse otra serie de efectos secundarios como el aumento de peso, disfunción sexual masculina, síndrome metabólico^{8,13}, distonías, las cuáles se manifiestan en forma de torsiones del cuerpo, del cuello, movimientos de la boca o de la lengua, así como de los ojos (tics). Y también acatisia: se traduce en un cierto nivel de inquietud, excitación y aumento de la actividad y el síndrome parkinsoniano, que produce rigidez, temblores y reduce la movilidad⁴.

5.3. Definición de adherencia terapéutica

Se trata de un concepto complejo por la variedad de términos empleados y la falta de consenso entre autores¹⁵.

A veces se usa indistintamente con el término cumplimiento que según algunos autores “se refiere a que un paciente acepta el consejo de los profesionales de la salud, de tomar la medicación, de acuerdo con una prescripción médica”¹⁴. Algunas de las definiciones más utilizadas son:

En la literatura Inglesa, Nogués afirma que la “adherencia comprende dos aspectos: el cumplimiento en la toma de medicamentos (en cuanto a la dosis y forma) y la persistencia durante el tiempo de la prescripción”¹⁵.

La OMS¹⁵ define la adherencia terapéutica como “el grado en que el cumplimiento de un persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Una definición que ha tenido notable aceptación es la propuesta por Haynes¹⁵, quien la define como “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

5.4. Adherencia en el paciente esquizofrénico

A pesar de que en las últimas décadas se han ido desarrollando diversas opciones para el tratamiento de la esquizofrenia, se encuentran pacientes que no mantienen la adherencia al tratamiento farmacológico. Concretamente entre un 50 y un 90,4% de las personas con esquizofrenia no cumplen el tratamiento adecuadamente^{12,14}.

La adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen: aceptar o formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones (tomar la medicación, cumplir las prescripciones de cuidados, participar activamente en las psicoterapias, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables¹⁴.

Las revisiones de estudios clínico sugieren, que los niveles de adherencia a los antipsicóticos orales entre estos pacientes, son en general deficientes, oscilando entre el 40-70%. A pesar de la llegada de nuevos antipsicóticos atípicos, con menos efectos secundarios^{13,16,17}. Y como consecuencia de la falta de consenso para la adherencia la Asociación Americana de Psicología (APA) ha publicado recientemente un documento de consenso internacional que establece, que 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% no adherentes¹⁴.

Pero en cuanto al perfil del paciente que abandona el tratamiento esquizofrénico no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres²².

5.5. Factores asociados con la falta de adherencia

El abandono del tratamiento farmacológico hace que el proceso de mejoría se estanque o que se produzcan descompensaciones y nuevos ingresos, repitiéndose toda una serie de procesos sanitarios, apareciendo el fenómeno de “puerta giratoria”, tan frecuente en este colectivo.

Se puede señalar que los principales factores que intervienen en una mala adherencia son los siguientes:

- Relacionados con el paciente: aquellos que pueden influir de forma negativa como el abuso de sustancias, la negación de la enfermedad, la desconfianza en el tratamiento y en los profesionales, la negativa a la medicación, el sentimiento desfavorable del paciente sobre la enfermedad o el malestar, las creencias y estigmas culturales, el analfabetismo, la mejoría de su patología, la necesidad de tomar una medicación diariamente, el aislamiento social o el nivel socioeconómico bajo. En cambio, un buen grado de Insight (un concepto que incluye la conciencia de padecer síntomas psicopatológicos, la conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad mental y la aceptación del tratamiento) y una actitud positiva, aumentarán el cumplimiento^{13,14,17,18,19}.
- Relacionados con la enfermedad: como el deterioro cognitivo, la severidad de los síntomas, la evolución, las patologías comórbidas, los aspectos neuropsicológicos y los aspectos psicopatológicos y el debut temprano de la enfermedad^{14,17,18,20}.
- Relacionados con el tratamiento: si nos referimos al tratamiento farmacológico, destacan principalmente los efectos secundarios adversos de la medicación reales o

imaginarios, de mal sabor e incómodos de ingerir²⁰ así como el tipo de fármaco, la dosis (dosis subterapéuticas o excesivamente altas), la vía de administración y la pauta prescrita^{14,17,18,19}.

- Relacionados con el entorno del paciente: entre ellos destacan la falta de apoyo y la actitud de los familiares y cuidadores y su tratamiento. La aparición de un trastorno en un individuo no sólo le afecta a él, sino también a las personas con las que convive, y cada nuevo episodio y/o recaída de la enfermedad altera el equilibrio familiar. La familia puede ser tanto un desencadenante como un protector de recaídas¹⁶. La intervención familiar mejora la convivencia, el funcionamiento social, la discriminación y reduce las recaídas. Y el soporte o supervisión inadecuados y las barreras prácticas, como la falta de dinero o de transporte las aumentan^{14,17,18,20}.
- La relación paciente-profesional: la existencia de una relación terapéutica, con un buen grado de Insight es un factor muy importante para ayudar al paciente en todo su proceso terapéutico^{8,12,14,17}.

Existen otras causas como que los profesionales sobreestimen el grado de cumplimiento terapéutico y la pérdida de continuidad asistencial por la dilatación de las citas^{11,18,21,22}.

Otro factor indicativo de la dudosa adherencia al tratamiento son las frases pronunciadas por el propio paciente como “son demasiadas pastillas, no las necesito, no me hacen nada, no quiero depender de medicamentos, yo no estoy enfermo, me sienta mal, me están drogando, las tomaré solo si recaigo”²⁰. A veces se infravalora una molesta sequedad de boca, un leve mareo, una ligera acatisia o un estreñimiento de varios días de evolución, que para el paciente puede ser lo suficientemente molesto, como para rechazar el tratamiento²⁰.

Como causas de la baja adherencia sobre todo en países subdesarrollados, donde no existe una cobertura de seguridad social universal para los trastornos mentales pueden ser, la falta de recursos económicos para la compra de fármacos antipsicóticos y la limitada función de la atención primaria en el área de la salud mental. Se relaciona con las dificultades en el acceso geográfico, en cuanto a la distancia que deben recorrer para acceder a dicho servicio, especialmente para los pacientes crónicos, pobres y socialmente excluidos^{23,31}.

Estos factores también interfieren de forma directa en los hábitos de vida del cuidador principal, definiendo al cuidador principal “como aquellas personas allegadas al enfermo que padece esquizofrenia, reconocidas por él como cuidador principal y que se consideran a sí mismas como tal, sin vinculación con entidades formales de cuidados”¹⁴. Desde el inicio de la desinstitucionalización y con el actual modelo de atención comunitaria, el papel de la familia haciéndose cargo de los pacientes, ha sido fundamental, convirtiéndola en el principal recurso para el cuidado y mantenimiento en la comunidad de las personas con enfermedades mentales crónicas, además de reducir el uso a largo plazo de los servicios psiquiátricos¹⁷.

5.6. Consecuencias de la falta de adherencia

Los primeros estudios sobre cumplimiento terapéutico comenzaron a llevarse a cabo, treinta años después de la introducción de los neurolépticos. La conferencia de consenso celebrada en Brujas (Bélgica), en 1989, titulada “dos directrices para la prevención de Recidivas de la Esquizofrenia con neurolépticos”, fue la primera convención internacional convocada con el fin de diseñar unas directrices para la prevención de recaídas. En ella se señaló el factor de la adherencia como un elemento clave del tratamiento psiquiátrico¹⁷.

Algunos estudios destacan como principales consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento:

- **Recaídas:** la mayoría de estudios muestran que la falta de adherencia es uno de los factores que mayor relación guarda con las recaídas. Se estima que los pacientes no adherentes, tienen un riesgo de recaer 3,7 veces mayor que los sujetos bien adheridos al tratamiento^{14,22}.
- **Pronóstico:** la falta de adherencia muestra una fuerte relación con el incremento de síntomas psicóticos, períodos de remisión más largos, aumento de las tasas de suicidio, incremento del deterioro cognitivo y peor calidad de vida¹⁴.
- **Costes:** Se traduce en un notable incremento del uso de servicios sanitarios. De hecho, se calcula que el 40% del coste asociado al tratamiento se atribuye a la falta de adherencia, suponiendo gastos anuales muy elevados, 400 millones en Reino Unido y más de 10.000 millones de dólares en los Estados Unidos^{14,22}.

La falta de adherencia provoca fracasos terapéuticos, reagudizaciones de la enfermedad y frustración de las medidas rehabilitadoras¹⁴. Y además tiene una tasa de recaída (50-70%) dentro de los primeros cinco años de la enfermedad, acompañada de una evolución prolongada y un mal pronóstico¹³.

5.7. Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica

Según la revisión bibliográfica realizada existen, diferentes intervenciones, desde perspectivas multidisciplinarias, para incidir favorablemente sobre los diferentes y múltiples factores que se relacionan con la no adherencia al tratamiento. En ellas participan los profesionales que, de forma multidisciplinar, forman parte del tratamiento integral en las personas diagnosticadas de esquizofrenia; como son el psiquiatra, enfermera especialista en salud mental, psicólogo, trabajador social y terapeuta ocupacional¹⁷. Entre ellas se encuentran:

- **Tratamiento psicosocial.** Las intervenciones psicosociales están encaminadas a mejorar las relaciones interpersonales y dotar al paciente y a la familia de estrategias para lograr la rehabilitación del déficit cognoscitivo y del aislamiento social que produce la esquizofrenia. Deben brindar apoyo, al paciente, familiares y cuidadores, para afrontar la discriminación y el rechazo¹¹.
- **Programas de psicoeducación:** deben ser capaz de desarrollar en el paciente y en sus familias técnicas y estrategias para identificar síntomas y circunstancias que estén relacionadas con las recaídas clínicas, o con comportamientos de alto riesgo^{11,13,27}.
- **Intervenciones psicosociales de tipo individual:** terapia psicodinámica: eficaz en casos individuales, no ha mostrado disminuir las recaídas clínicas ni las readmisiones hospitalarias. Terapia de apoyo: manejo de caso: disminuir promedios de estancia hospitalaria y el número de nuevas hospitalizaciones. Entrenamiento en habilidades sociales: rehabilitación vocacional: encaminada a disminuir el déficit cognoscitivo y a ayudar al paciente a encontrar un empleo que se ajuste a sus necesidades¹¹.
- **Terapia cognoscitiva y comportamental:** El objetivo es reducir la intensidad de los delirios y de las alucinaciones en el paciente que no ha mejorado con el tratamiento farmacológico y promover su participación activa en la reducción de los riesgos de recaída clínica y de los niveles de desadaptación social. Rehabilitación cognoscitiva: el objetivo es prevenir las recaídas clínicas. Cambios en el contenido cognoscitivo:

- aumentan la habilidad del paciente para afrontar los síntomas psicóticos residuales pero no se reducen la posibilidad de recaída clínica¹¹.
- Intervenciones psicosociales en la familia: la familia del paciente con esquizofrenia, con frecuencia, debe asumir privaciones económicas, aislamiento social y sobrecarga psicológica, además del estrés que ocasionan los síntomas psicóticos, las crisis de agitación y las hospitalizaciones. Comprenden sesiones educativas, información sobre la etiología, curso, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, identificación de las causas estresantes relacionadas con las recaídas clínicas, identificación de las respuestas emocionales de los familiares ante el diagnóstico y el comportamiento del paciente, entrenamiento en solución de conflictos y empleo de técnicas comportamentales. A menudo es necesaria la hospitalización sobre todo cuando el comportamiento del paciente muestra una gran desorganización¹¹.
 - La entrevista motivacional (EM): es un enfoque psicoterapéutico que procura ayudar a las personas a reconocer y ocuparse de sus problemas potenciales y presentes, y que intenta establecer una relación colaborativa entre paciente-profesional y motivar al paciente para su autonomía. Es eficaz para incentivar, motivar y mantener el cambio, en el comportamiento de las personas^{18,27,30}.
 - Terapia de adherencia al tratamiento (TAT): constituye una intervención individual cognitivo-conductual que agrupa las causas de la falta de adherencia en tres categorías: en la falta de insight y rechazo del tratamiento; en la insatisfacción con la medicación y en la carencia de habilidades cognitivas necesarias para realizar correctamente el tratamiento farmacológico; e incorpora un módulo de intervención para cada uno de ellos¹⁸.
 - Terapia de adherencia, afrontamiento y educación (ACE): es una intervención diseñada para incrementar la consciencia de la enfermedad y mejorar la adherencia en sujetos con esquizofrenia. La terapia está basada en el modelo de creencias de salud y su aplicación presenta cuatro fases principales: establecimiento de alianza terapéutica, promoción de la adherencia al tratamiento, desarrollo de un plan terapéutico de mantenimiento y rehabilitación¹⁸.
 - Intervenciones comunitarias: Plantean una doble tarea: acercar al paciente a la comunidad y aproximarse al grupo social del sujeto para promover procesos de aceptación de la psicopatología. En los estudios se evidenció que los sujetos que tenían enfermeras que habían impartido el programa presentaban tasas de adherencia más altas^{18,25}.
 - Intervenciones mixtas: integran y combinan diferentes estrategias. Se evidenciaron tasas de adherencia más altas en diversos estudios¹⁸.
 - Intervenciones farmacológicas: el modo de prescribir la medicación teniendo en cuenta las características de la farmacoterapia resulta un aspecto esencial para fomentar una adherencia óptima de la misma. Las principales intervenciones incluyen: optimización de las dosis, aplicación de un periodo de prueba adecuado antes de incrementar la dosis o añadir otros fármacos, uso de inyecciones de larga duración, reducción de las dosis o modificación de la medicación para minimizar los efectos secundarios, simplificación del tratamiento y evaluación de la ingesta de comprimidos¹⁸.

Pero existen también otros factores como llevar una dieta saludable, realizar ejercicio físico, mantener unos horarios de rutina como la del sueño y las relaciones sociales.

Pero el aspecto clave para optimizar la adherencia al tratamiento es la mejora de la calidad de la comunicación terapeuta-paciente y esto debe llevarse a cabo desde dos perspectivas: concienciando al profesional de la necesidad de cuidar el contacto con el paciente, utilizando la empatía y ofreciéndole información adecuada. Y desarrollando las habilidades sociales del paciente para que pueda negociar los temas de medicación con el profesional^{7,18}.

5.8. Papel de la enfermera en la adherencia al tratamiento

En los últimos años, los diferentes profesionales en Salud Mental han creído que la obligación del paciente después de la prescripción por parte del psiquiatra, ya sea durante el ingreso o después del alta, es seguir al pie de la letra las pautas farmacológicas y por consiguiente, aceptar el tratamiento y llevar a cabo las pautas correctamente^{17,19}. Sin embargo, la realidad a través de las estadísticas y los nuevos reingresos, han demostrado que con el paso del tiempo, muchos pacientes abandonan por diferentes causas sus tratamientos. Esto a veces ocurre, entre otros factores, por un olvido sistemático de las necesidades de educación sobre el tratamiento, sobre todo en este tipo de patologías¹⁹. En este sentido se requiere que los pacientes asuman un papel receptivo, de tal manera que se logre negociar con ellos, la importancia del seguimiento del tratamiento⁷.

Numerosos artículos coinciden en la importancia del papel de enfermería por la labor que desempeñan con los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, ya que interviene de forma muy directa en el seguimiento y supervisión del tratamiento farmacológico, especialmente cuando se trata de la administración de inyectables^{17,19,23}. Y por el rol que desempeña en beneficio de la población que está bajo su cuidado (pacientes, familias y comunidades), deben motivar y empatizar con los pacientes, para así mejorar la eficacia de su trabajo²⁴. La mayoría de ellos coinciden que el planteamiento principal de enfermería, frente al problema de adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos se enmarca en el concepto del abordaje multidisciplinar y trabajo en equipo, centrándose en un objetivo común, dónde cada profesional aporte sus conocimientos y experiencias²⁰.

Por otro lado, la ventaja de la que dispone el personal de enfermería y a la que hacen referencia también varios artículos es la proximidad en la atención, entendida desde la frecuencia de contactos, y también desde la percepción que el paciente tiene del profesional de enfermería^{8,16,17,18,19,24}.

Y en referencia a las desventajas de la actuación enfermera para conseguir o mejorar la adherencia al tratamiento se encuentran; la falta de oportunidad que no se le brinda a los pacientes para participar en el proceso de toma de decisiones con respecto a la adopción de su propio régimen terapéutico⁷. Que puedan expresar sus vivencias ante los síntomas psicóticos y se le pueda facilitar un asesoramiento adecuado que disminuya su carga emocional⁸. Y son numerosos los estudios que señalan como causa del incumplimiento terapéutico la falta de formación y experiencia del personal^{7,13,16}. "Según numerosos estudios; incluso los profesionales sanitarios bien formados y acostumbrados a tratar a pacientes con esquizofrenia reconocen la dificultad que supone hacer frente, a una enfermedad que priva al individuo de su juicio y autonomía, generando sentimientos de impotencia y frustración"⁸. Muchos profesionales cuando se encuentran en la situación de ofrecer información sobre la

enfermedad, tienen grandes dificultades para hacerlo y comunican el diagnóstico o el tratamiento sólo parcialmente con el fin de no asustar a los pacientes; que se obvian los posibles efectos perjudiciales de la medicación o incluso animar a no leerse el prospecto^{8,19} En concreto los efectos secundarios sexuales afectan a un 47% de los pacientes, y es habitual que los profesionales no pregunten sobre ello en los chequeos regulares y que muchos pacientes se resistan a mencionarlo⁸.

Y para ello es muy importante la comunicación; se debe tener en cuenta que son pacientes que presentan graves alteraciones del lenguaje, del pensamiento, de la conducta y de la afectividad. Por lo que las intervenciones verbales, deben realizarse en un lenguaje, que sea comprensible para los pacientes²⁶. La información debe ser suministrada de una forma asequible para el paciente y ha de ser de interés para el mismo, quien ha de estar preparado para poder asimilarla y comprender que recibirá más ventajas que inconvenientes¹⁶. Y se debe tener en cuenta la comunicación no verbal, el contacto ocular, la sonrisa, la actitud o la entonación, entre otros. Sin olvidarnos del entorno del paciente, los familiares, donde en ocasiones se pueden detectar puntos vulnerables que interfieren en la adherencia al tratamiento^{16,17,24}.

Finalmente los artículos hacen referencia como principal factor influyente en la adherencia al tratamiento, la relación terapéutica paciente enfermera; ya que cuando ésta es óptima, los pacientes adoptan una actitud diferente ante los tratamientos. El tratamiento mejora en relación con la confianza que podamos transmitir, así como el ser considerado como atentos, amable, asequible, interesados en su bienestar y en cuáles son sus preocupaciones^{7,15,16,17}.

El personal de enfermería debe reflexionar y aprovechar la posición privilegiada que tiene de cercanía al paciente, puesto que es el profesional que le proporciona un mayor acompañamiento durante todo el proceso, y favorecer así el acercamiento desde una perspectiva empática, y siempre manteniendo una escucha activa, que contribuya a mejorar la confianza que el paciente tiene sobre los profesionales. No todos los individuos son homogéneos y presentan los mismos signos y síntomas por tener la misma enfermedad; cada individuo es diferente y debe ser capaz de percibir esas peculiaridades, para poder ofrecerles un trato más adaptado y hacerles sentir comprendidos^{8,19}. Teniendo en cuenta que el momento más adecuado para intervenir en pacientes con incumplimiento del tratamiento, es al remitir la sintomatología aguda, mientras que el momento menos adecuado, es antes de recibir el alta¹⁹.

5.9. Evaluación de la adherencia.

La adherencia a la medicación de los pacientes con esquizofrenia debe determinarse a partir de la fase aguda. Los métodos para su evaluación son los siguientes:

- El DAI-10: es una escala de autoinforme para medir la adherencia subjetiva a la medicación, en la esquizofrenia. Cuenta con 30 ítems. Posteriormente se desarrolló una versión más corta en la que el paciente está en acuerdo o en desacuerdo. Es conciso y fácil de aplicar y sus propiedades psicométricas están bien establecidas, y se ha demostrado que tiene fiabilidad y validez discriminante¹⁹.

Los métodos utilizados para medir la adherencia se clasifican en:

- Directos: la terapia directamente observada, la medición del nivel de medicamento o su metabolito en sangre y la medición del marcador biológico en sangre. Son objetivos, específicos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento¹⁵
- Indirectos: los cuestionarios de autoinformes de los pacientes son los más utilizados (cuestionario Morisky-Green que consta de 4 preguntas), recuento de pastillas, tasas de recarga del medicamento, evaluación de la respuesta clínica del paciente, monitoreo electrónico de la medicación (NEMS), medición de marcadores fisiológicos, diario de los pacientes y cuestionario para el cuidador o tutores en caso de niños. Son sencillos, prácticos y económicos pero tienen el inconveniente de no poder evaluar de manera objetiva ya que la información se obtiene de los propios pacientes¹⁵.

Enfermería como parte del equipo de salud, también cuenta con herramientas propias para medir el concepto de adherencia, se trata del NOC (Nursing Outcomes Classification), un sistema de clasificación de resultados, que cuenta con 385 etiquetas que facilitan la evaluación de las intervenciones de enfermería, la familia o comunidad. Entre ellas se encuentra la etiqueta “conducta terapéutica”, con la que a través de 17 indicadores, permite medir el grado de cumplimiento con respecto a las diferentes recomendaciones del personal sanitario⁷.

6. DISCUSIÓN

Holguin et al⁷ afirma que la adherencia tiene implícito un papel de colaboración, participación activa y voluntaria del paciente en la adopción de estilos de vida, que favorezcan los cambios en la dieta, ejercicio y toma de medicación prescritos por el personal de salud.

En la actualidad, los diferentes profesionales de salud mental mantienen, que la obligación por parte del paciente tras la prescripción farmacológica, es la de seguir rigurosamente la pauta y por consiguiente, aceptar el tratamiento. González et al¹⁶ afirma que no es suficiente aconsejar, imponer, invertir muchas horas en enseñar a un paciente sobre su farmacoterapia, sino que se debe lograr que el paciente se convenza de su importancia para el tratamiento de su enfermedad. Pero en muchas ocasiones a los pacientes, no se les brinda la oportunidad de participar en el proceso de toma decisiones con respecto a la adopción de su propio régimen terapéutico y cambios en el estilo de vida que éste demanda. Por lo tanto, es necesario que los pacientes asuman un papel más activo y dinámico de tal manera, que se logre negociar el rol que ellos desempeñan en la adopción de un régimen terapéutico establecido, teniendo en cuenta las propias creencias y su contexto sociocultural^{7,13}.

Otros autores coinciden en la importancia y la necesidad de establecer una buena relación terapéutica con el paciente esquizofrénico o su cuidador, a través de la cuál, se pueda mantener, mejorar o lograr la adherencia al tratamiento; una relación óptima y de confianza^{5,7,8,14,16,17,32}. Para ello es necesario que los profesionales de salud mental, tengan la formación y experiencia necesaria para tratar a pacientes con estas patologías^{8,14,28}. Una formación basada en los conocimientos de la propia patología, pero también en los efectos secundarios de la medicación y la comunicación con el paciente, por su influencia en la baja adherencia al tratamiento^{8,19}.

Los profesionales de la salud, en especial enfermería deben asumir la labor de orientarles, motivarles y situarles ante el nuevo sistema de vida, propiciando la integración social y la relación educativa con los familiares y cuidadores^{2,9}.

7. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegan son las siguientes:

- La adherencia terapéutica es de vital importancia para que el paciente esquizofrénico, no tenga recaídas, ni complicaciones.
- El abordaje del paciente esquizofrénico por parte del personal de enfermería resulta difícil y las intervenciones son largas, costosas y graduales; con fases de mejoría y empeoramiento.
- La adherencia terapéutica suscita cada vez mayor interés, tanto en los profesionales asistenciales, como en los gestores, debido a la repercusión sobre el nivel de salud de la población y los costes asistenciales que conlleva.
- En cuanto a las intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica, podríamos destacar como primordiales, la importancia de establecer una buena relación colaborativa entre paciente y enfermera; el estudio individualizado de los factores que motivan los problemas de adherencia en cada caso y el abordaje de los mismos; y la formación adecuada del personal de enfermería para la consecución de los objetivos establecidos.
- Sin olvidar la figura del cuidador principal, sobre el cuál enfermería debe extender también su actuación, por su implicación en el control domiciliario del tratamiento y para mejorar las relaciones domiciliarias entre ellos.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Barquero A. Esquizofrenia resistente al tratamiento. ¿Hemos tomado una decisión?. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.2017;55(2):85-92.DOI:10.4067/S0717-92272017000200003
2. Sifuentes A, Sosa E, Jaimez T, Manzanillo Y. Rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. Enferm glob.2011 Oct; 10(24):94-10. DOI 10.4321/S1695-61412011000400007
3. López S, Ibarra U. Esquizofrenia. Revista de Actualización Clínica Investiga.2013 Sept; 35:1804-9.
4. López JJ, Cuenca O. La esquizofrenia abre las puertas. Madrid. Grupo Aula Médica; 2000. 154 p.
5. Silvestre M, Fernández J, García A. Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.2013 Jun; 33(118):289-300.DOI 10.4321/S0211-57352013000200005
6. Campero D, Campos H, Campero M. Esquizofrenia: la complejidad de una enfermedad desoladora. Rev. Cient .Cienc. Méd. 2009; 12(2):32-37.
7. Lòpez LA, Romero SL, Parra DI, Rojas LZ. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. Hacia promoc.salud.2016; 21(1):117-137. DOI 10.17151/hpsal.2016.21.1.10

8. Padilla BL. El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia [Communication with schizophrenia patients].*Rev.Esp.Comun.Salud*.2014; 5(2):112-124.
9. Castaño Y, Erazo I, Piedrahita L. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliar de personas con enfermedad mental [Application of home care nursing for people with mental illness].*Enferm. Global*. 2012; 5(2):41-51.
10. Rodriguez M, Castro M, Sanhueza V, Del Valle A, Martínez J. Calidad de vida en pacientes esquizofrenicos.*Aquichan*.2011; 11(1):66-76.
11. Acea L. Efectividad de una intervención psicoeducativa audiovisual en la adherencia terapéutica para personas con esquizofrenia. *Metas Enf*. 2018 Oct; 21(8):16-20. DOI10.35667/MetasEnf.2019.21.1003081296
12. Caballero R, Guedeja JM, González FJ. La intervención familiar como eje de la rehabilitación psicosocial en una mujer con esquizofrenia paranoide. *Rev.Casos Clinic. Salud. Ment*.2013; 1(3):15-38.
13. 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*. 2016; 37(5):372-379. DOI10.3109/01612840.2016.1157228
14. Gratacós M, Pousa E. Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. *Pap. Psicol*. 2018; 39(1):31-39. DOI 10.23923/pap.psicol2018.2850
15. Aragón F. Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermería *ENE*.2014; 8(1). DOI 10.4321/S1988-348X2014000100011
16. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Enferm.Global*.2005; 4(2). DOI <https://doi.org/10.6018/eglobal.4.2.475>
17. Pérez C. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. *Rev. Enferm. Salud Ment*.2015;(1):16-22. DOI 10.5538/2385-703X.2015.1.16
18. Alcántara E, Alonso M, Ríos M, García T, Alonso P. Influencia del manejo del régimen terapéutico en la hospitalización: estudio comparativo entre las áreas de salud mental de Vigo y Jaén. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*. 2012;(11):49-58.
19. García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Canut MT, et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas. Esp. Psiquiatr*.2010;(1 Suppl 1):1-45.
20. Heimann C. Antipsicóticos en esquizofrenia: revisión de guías internacionales actuales. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*.2015 Mar; 35(125):79-91. DOI 10.4321/S0211-57352015000100006
21. Hori H, Ueda N, Shiozuka H, Igata R, Miki T, Atake K, et al. The nursing assessment of medication acceptance: the reliability and validity of a schizophrenia medication

- adherence scale. *Ther adv in psychopharmacology*. 2017; 7(1):11-6. DOI 10.1177/2045125316672546
22. Apiquian R, Córdoba R, Louzã M, Fresán A. Registro Electrónico de Adherencia al Tratamiento de Esquizofrenia en Latinoamérica (e-STAR): Resultados clínicos del uso de risperidona inyectable de liberación prolongada a dos años de seguimiento. *Salud. Ment*. 2013; 36(1):19-26.
 23. Caqueo A, Urzúa A, Rus M. Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos *Ter Psicol*. 2017; 35(1):111-114. DOI 10.4067/S0718-48082017000100010
 24. Mera GA, Cardona JM, Benítez JA, Delgado GA, Benítez WU, Villalba JA. Sobrecarga y experiencia de cuidadores familiares de personas diagnosticadas con esquizofrenia, una mirada desde la enfermería. *Hacia promoc.Salud*. 2017; 22(2):69-83. DOI 10.17151/hpsal.2017.22.2.6
 25. Granados G, Sánchez, Miguel. *Enfermería en salud mental*. Madrid: Universitaria Ramón Areces; 2011. ISBN -13:978-84-9961-027-6
 26. Martín EA. Programa grupal psicosocial y psicoeducativo dirigido al cuidador principal el enfermo en fase temprana de la esquizofrenia. *Nure Inv*. 2012;(57).
 27. Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*. 2015; 16(1):1-14. DOI 10.1186/s13063-015-0785-z
 28. Mert DG, Turgut NH, Kelleci M, Semiz M. Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients. *PPA*. 2015;(9):87-93.DOI 10.2147/PPA.S75013
 29. 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*. 2016; 30(5):581-586. DOI 10.1016/j.apnu.2016.03.008
 30. Chien W, Cheung E, Mui J, Gray R, Ip G. Adherence therapy for schizophrenia: a randomised controlled trial. *Hong Kong Med J*. 2019 Febr; 25(1 suppl 2):4-9.DOI
 31. Rahmani F, Ranjbar F, Ebrahimi H, Hosseinzadeh M. The effects of group psychoeducational programme on attitude toward mental illness in families of patients with schizophrenia. *J Caring Sci*..2015; 4(3):243-251.DOI10.15171/jcs.2015.025
 32. El-Mallakh P, Findlay J. Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services. *NDT*. 2015; 11:1077-1090. DOI 10.2147/NDT.S56107

ANEXO I: TABLA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

BASES DE DATOS	DIALNET -PLUS	SCIELO	PUBMED	GOOGLE ACADÉMICO
Descriptor	Esquizofrenia y enfermería, adherencia al tratamiento.	Esquizofrenia, enfermería, tratamiento y adherencia	Schizophrenia, nursing, treatment and adherence to treatment	Esquizofrenia y adherencia al tratamiento
Criterios de inclusión	Artículos de texto completo con acceso libre y publicados en los últimos 10 años en Inglés, español o portugués.			
Artículos encontrados	31	18	13	65.000
Selección final	10	11	8	1
SELECCIÓN TOTAL DE ARTÍCULOS 30				

ANEXO II: TABLA FICHA TÉCNICA/ RESUMEN DE LAS PUBLICACIONES SELECCIONADAS

REFERENCIA	PALABRAS CLAVE	OBJETIVOS	RESUMEN/CONCLUSIÓN	BASE DE DATOS
TITULO: Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos FUENTE: Terapia psicológica feb 2017; 35(1):111-114-AUTORES: Alejandra Caqueo Urizar, Alfonso Urzúa, Mar Rus calafell.	Enfermería y salud mental, Esquizofrenia y tratamiento	Describir la relación existente entre los efectos secundarios a la medicación y la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia	Los efectos secundarios influyen en la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos. Los profesionales sanitarios deberían considerar evaluar sistemáticamente los indeseados efectos secundarios de la medicación, con el fin de realizar los ajustes farmacológicos necesarios y evitar resultados indeseados.	SCIELO 2017
TITULO: Rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. FUENTE: Revista Enfermería Global oct 2011;24: 94-102.AUTORES: Sifuentes Contreras ,A., Sosa Gil, Jaimez T, Manzanillo Y	Enfermería y salud mental, esquizofrenia y enfermería	Determinar el rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos recluidos en el hospital psiquiátrico	Es necesario que la familia tome conciencia de que la esquizofrenia puede ser controlada. El personal de enfermería debe establecer estrategias de educación a los familiares directos en cuanto a causas de la patología, identificación de signos y síntomas, alimentación higiene y farmacoterapia. Promoción de la salud	SCIELO 2011
TITULO: Registro electrónico de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en Latinoamérica(e-STAR) FUENTE: Salud Mental 2013;36(1):19-26 AUTOR: Rogelio Apiquian, Rodrigo Córdoba, Mario Louzá, Ana Fresán	Esquizofrenia y enfermería adherencia al tratamiento	Determinar la eficacia y el uso de los recursos hospitalarios de la RILP.	A falta de adherencia al tratamiento es una de las principales causas de recaídas y hospitalizaciones. La RILP ha demostrado su eficacia ofreciendo la posibilidad de que los pacientes tengan una mayor adherencia terapéutica	SCIELO 2013

ANEXO II: TABLA FICHA TÉCNICA/ RESUMEN DE LAS PUBLICACIONES SELECCIONADAS (continuación)

<p>TITULO: Antipsicóticos en esquizofrenia. Revisión de guías internacionales actuales. FUENTE: Revista Asociación Española Neuropsiquiatría. AUTOR: Carlos Heimann Navarro</p>	<p>Esquizofrenia y tratamiento, adherencia</p>	<p>Promover la práctica clínica sustentada en pruebas</p>	<p>Los estudios revelan que el seguimiento de las recomendaciones científicas es bajo, y que persisten hábitos de dudosa utilidad y arriesgados. Las decisiones sobre el empleo de antipsicóticos serán óptimas sólo cuando se apoyen en guías protocolizadas</p>	<p>SCIELO 2015</p>
<p>TITULO: Paciente con esquizofrenia: Proceso de enfermería. FUENTE: ENE Revista de Enfermería 2014;8(1).AUTOR :Francisco Aragón Moyano</p>	<p>Esquizofrenia y tratamiento, adherencia</p>	<p>Mejorar la motivación para la adherencia al tratamiento, para mejorar su estado de salud y calidad de vida</p>	<p>La elevada presencia de sintomatología negativa propia de la esquizofrenia dificulta el trabajo sobre la motivación para adoptar cambios hacia hábitos de vida más saludables y se reconocen los escasos conocimientos del personal de enfermería sobre dicha enfermedad</p>	<p>SCIELO 2014</p>
<p>TITULO :Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos FUENTE: Revista Asociación Española Neuropsiquiatría .AUTORES: Margarita Silvestre García ,Joaquín Ingelmo Fernández ,Alonso García-Ordás Álvarez</p>	<p>Esquizofrenia y tratamiento. adherencia</p>	<p>Reflexionar teóricamente sobre una experiencia grupal realizada durante varios años de duración, en el contexto de un espacio grupal</p>	<p>Evaluar los resultados de la elaboración de un espacio grupal que integren todos los conocimientos actuales e intervenciones terapéuticas que estos pacientes necesitan a lo largo de su vida. La Psicoterapia grupal constituye el elemento básico y soporte, al resto de intervenciones terapéuticas.</p>	<p>SCIELO 2012</p>

ANEXO II: TABLA FICHA TÉCNICA/ RESUMEN DE LAS PUBLICACIONES SELECCIONADAS (continuación)

<p>TITULO: Esquizofrenia. FUENTE: Revista de Actualización clínica. AUTORES Sergio Brian López Laredo, Max Uber Ibarra Tancara</p>	<p>Esquizofrenia y enfermería</p>	<p>Ampliar conocimientos generales sobre la esquizofrenia</p>	<p>Concepto ,tipos, etiología ,epidemiología, fases Y síntomas de la esquizofrenia</p>	<p>SCIELO 2013</p>
<p>TITULO: Esquizofrenia: La complejidad de una enfermedad desoladora. FUENTE: Rev Client Cienc Méd 2010;12(2):32-37 AUTORES: Daniela Campero Encinas, Henry Campos Lagrava, Marcela Campero Encinas</p>	<p>Esquizofrenia y enfermería</p>	<p>Comprender la clínica, etiología, pronóstico, evolución y sus consecuencias desoladoras a nivel personal, social y laboral, no sólo en pacientes sino en sus familias y en la sociedad en general</p>	<p>La esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por sus manifestaciones clínicas y algunas alteraciones específicas en estudios de imagen como la tomografía y la resonancia magnética; convierte al paciente en un ser dependiente. Debe realizarse un diagnóstico precoz y adecuado tratamiento</p>	<p>SCIELO 2010</p>
<p>TITULO: Adherencia al tratamiento: concepto y medición FUENTE: Hacia promoc. Salud 2016;21(1):117-137.AUTORES :Luis Alberto Lopez Romero, Sandra Lucrecia Romero, Dora Inés Parra, Lydia Zoraya Rojas-Sánchez</p>	<p>Esquizofrenia y enfermería, adherencia, tratamiento</p>	<p>Realizar una síntesis del concepto de adherencia y describir los métodos empleados para medirla</p>	<p>Se evidenció el uso de diferentes conceptos a la hora de definir la adherencia sin que exista un consenso. Para la medición usaron diferentes técnicas, la más común el uso de métodos indirectos, seguidos de la combinación de directos e indirectos</p>	<p>SCIELO 2015</p>
<p>TITULO: Antipsicóticos en esquizofrenia. Revisión de guías internacionales actuales. FUENTE: Revista Asociación Española Neuropsiquiatría. AUTORES: Carlos Heimann Navarro</p>	<p>Esquizofrenia y tratamiento, adherencia</p>	<p>Mejorar la motivación para la adherencia al tratamiento, para mejorar su estado de salud y calidad de vida</p>	<p>La elevada presencia de sintomatología negativa propia de la esquizofrenia, dificulta el trabajo sobre la motivación para adoptar cambios hacia hábitos de vida más saludables, y se reconocen los escasos conocimientos del personal de enfermería sobre dicha enfermedad</p>	<p>SCIELO 2014</p>

ANEXO II: TABLA FICHA TÉCNICA / RESUMEN DE LAS PUBLICACIONES SELECCIONADAS (continuación)

<p>TITULO: Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos .FUENTE: Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2011; 11 (1):66-76. AUTORES: Magalí Rodríguez Vidal, Manuel Castro Salas, Valentina Sanhueza Escobar, Andrea Del valle Utreras ,José Martínez Arriete</p>	<p>Esquizofrenia, calidad de vida, enfermedad psiquiátrica</p>	<p>Conocer la calidad de vida y los factores relacionados en pacientes esquizofrénicos, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento</p>	<p>La relación entre la calidad de vida y esquizofrenia es en la actualidad un problema de investigación de gran importancia. Los pacientes con mayor apoyo social tienen mejor calidad de vida.</p>	<p>SCIELO 2011</p>
<p>TITULO: La intervención familiar como eje de la rehabilitación psicosocial en una mujer con esquizofrenia paranoide. FUENTE: Revista de Casos clínicos en salud Mental 2013;3: 15-38.AUTORES: Rocío Caballero Campillo, Juan Manuel Guedeja-Marrón y Liébana, Francisco Javier González Villajos</p>	<p>Esquizofrenia, enfermería, régimen terapéutico, salud mental</p>	<p>Importancia de la intervención familiar como eje de la rehabilitación psicosocial</p>	<p>El Centro de Rehabilitación Psicosocial es un recurso específico de la Red Pública de Atención a personas con enfermedad mental grave cuyo objetivo es ayudar a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social; promover la integración en la comunidad y asesorar a las familias de los enfermos</p>	<p>GOOGLE ACADÉMICO 2013</p>
<p>TITULO: Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliar de personas con enfermedad mental FUENTE: Rev. Enfermería Global oct 2012;28:41-51.AUTORES.Castaño Mora ,Y., Erazo Chávez, IC., Piedrahita Sandoval ,LE</p>	<p>Enfermería y esquizofrenia, salud mental</p>	<p>Mejorar la calidad de cuidado de las personas con esquizofrenia, mediante la aplicación de conocimientos teóricos y el desarrollo de destrezas desde el PAE</p>	<p>Afecta principalmente a hombres en edades tempranas, conlleva la interrupción de procesos académicos y escasa vinculación con procesos ocupacionales y requiere de la figura de un cuidador principal. El PAE requiere de uso de estrategias de intervención educativa</p>	<p>DIALNET 2012</p>

ANEXO II: TABLA FICHA TÉCNICA/RESUMEN DE LAS PUBLICACIONES SELECCIONADAS (continuación)

<p>TITULO: Adherencia al tratamiento en la Esquizofrenia. FUENTE: Rev Enferm Salud Ment.2015; 1:16-22. AUTORES: Carmen Pérez García.</p>	<p>Enfermería y esquizofrenia, salud mental, adherencia, tratamiento</p>	<p>Encontrar respuestas sobre cuál es el motivo para el abandono/incumplimiento. Del tratamiento y cómo son las relaciones de enfermería con los pacientes que no se adhieren a los tratamientos</p>	<p>. El papel de enfermería debe centrarse en el abordaje multidisciplinar y el trabajo en equipo. Administrar el tratamiento no es sólo la técnica sino todas las intervenciones para ayudar al paciente a obtener un mayor grado de autonomía y la integración del régimen terapéutico en su vida</p>	<p>DIALNET 2015</p>
<p>TITULO: Sobrecarga y experiencia de cuidadores familiares de personas diagnosticadas con Esquizofrenia, una mirada desde la enfermería. FUENTE: Hacia promoc. Salud. 2017;22(2):69-83 AUTORES: Gladys Amanda Mera, José Mauricio Cardona, Jenny Alexandra Benítez ,Gustavo Andrés Delgado, Wilder Urbano Martínez, Andrés Villalba</p>	<p>Enfermería y esquizofrenia, salud mental, adherencia, tratamiento</p>	<p>Caracterizar al cuidador familiar de la persona diagnosticada con esquizofrenia con previo ingreso</p>	<p>La mayoría de los cuidadores son familiares; madres alrededor de los 40 años o más, en estado de vulnerabilidad y de poca red de apoyo social. Existe un determinante socio-económico para la adherencia. La interrelación enfermera-cuidador fundamentada en la escucha activa, la observación y el uso de un diario de campo pueden ayudar a la adherencia del tratamiento</p>	<p>DIALNET 2017</p>
<p>TITULO: Esquizofrenia resistente al tratamiento: ¿Hemos tomado un decisión? .FUENTE: Rev. Chil.Neuro-Psiquiatr.2017; 55(2):85-92 AUTORES: Alejandro Barquero</p>	<p>Esquizofrenia, adherencia, tratamiento</p>	<p>Revisar la información de algunas guías con el fin de determinar si existe consenso en el concepto de esquizofrenia, tanto en el concepto como en el tratamiento.</p>	<p>No existe consenso en el concepto, pero sí en el abordaje para su tratamiento.</p>	<p>SCIELO 2017</p>

ANEXO II: TABLA FICHA TÉCNICA/ RESUMEN DE LAS PUBLICACIONES SELECCIONADAS (continuación)

<p>TITULO: Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. FUENTE: Psychologist Papers 2018; 39(1):31-39. AUTORES: Marcel Gratacós Torrá, Esther Pousa Tomás</p>	<p>Adherencia, tratamiento, esquizofrenia, enfermería</p>	<p>Ofrecer una visión general sobre las características y la eficacia de las intervenciones diseñadas para mejorar la adherencia a la medicación en la esquizofrenia</p>	<p>Existe una falta de consenso en el proceso evolutivo. Distintas intervenciones demuestran un beneficio terapéutico como la relación terapéutica con el paciente, el estudio individualizado de los factores que motivan la falta de adherencia y la interdisciplinariedad en el tratamiento</p>	<p>DIALNET 2018</p>
<p>TITULO: El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia. FUENTE: Rev Esp Comun salud 2014;5(2):112-124 AUTORES: Beatriz López `Padilla</p>	<p>Esquizofrenia y enfermería enfermedad mental</p>	<p>Ampliar el conocimiento sobre las afectaciones y dificultades en la comunicación de los pacientes esquizofrénicos para poder mejorar el proceso comunicativo entre los profesionales sanitarios y pacientes</p>	<p>La comunicación de los pacientes esquizofrénicos presenta una evidente modificación de los aspectos semánticos y pragmáticos del lenguaje. Pueden utilizar el lenguaje de manera adecuada e incluso mantenerlo intacto, pero no lo adaptan al contexto ni al receptor, por lo que son incapaces de comunicarse bien. Objetivo ampliar el conocimiento sobre las dificultades que presentan para comunicarse</p>	<p>DIALNET 2014</p>
<p>TITULO: Efectividad de una intervención psicoeducativa audiovisual en la adherencia terapéutica para personas con esquizofrenia FUENTE: Revista Metas de enfermería 2018;8(21) AUTORA: Lorena Acea López</p>	<p>Esquizofrenia y enfermería, adherencia al tratamiento</p>	<p>Evaluar la eficacia de la intervención con audiovisuales en la adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia y la satisfacción de los pacientes con la misma, y con el servicio de salud mental</p>	<p>Se consideran necesarias intervenciones de seguimiento posterior para poder reforzar los resultados y valorar posibles cambios en la adherencia al tratamiento. la buena acogida indica su posible utilidad en la práctica asistencial junto con otras actividades psicoeducativas</p>	<p>DIALNET 2018</p>

ANEXO II: TABLA FICHA TÉCNICA/RESUMEN DE LAS PUBLICACIONES SELECCIONADAS (continuación)

<p>TITULO: Influencia del manejo del régimen terapéutico: en la hospitalización: estudio comparativo entre las áreas de salud mental de Vigo y Jaén. FUENTE: Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría AUTORES :García Vázquez T, Elena Alcántara, M Alonso Alonso M, Cochón Ríos, T ,García Vázquez, P Alonso</p>	<p>Esquizofrenia, enfermería, régimen terapéutico, salud mental</p>	<p>Identificar el perfil del paciente del Área de Salud Mental de Vigo que presente el diagnóstico de enfermería “manejo ineficaz del régimen terapéutico” analizando factores demográficos, socioculturales y familiares que inciden en el ingreso, comparándolos con el Área de Salud de Jaén</p>	<p>El perfil del paciente que abandona el tratamiento es soltero, entre 20 y 45 años, sin diferencia entre sexos, donde el cuidador principal son los padres. Para aumentar la adherencia se necesita un mayor acercamiento a la forma de pensar de los pacientes, escuchando más atentamente sus motivaciones y objetivos vitales</p>	<p>DIALNET 2015</p>
<p>TITULO .Programa grupal psicosocial y psicoeducativo dirigido al cuidador principal del enfermo en fase temprana de la esquizofrenia FUENTE: Nure Investigación 2012; 57: Marzo-Abril. AUTORES: Estibaliz Amaro Martín</p>	<p>Esquizofrenia, enfermería psiquiátrica rehabilitación, cuidados enfermeros</p>	<p>Determinar la efectividad de una intervención psicosocial y psicoeducativa como apoyo al cuidador principal de la persona con esquizofrenia</p>	<p>Las intervenciones psicosociales y psicoeducativas persiguen valorar y dar apoyo a las familias proporcionándoles habilidades y mecanismos para reducir la atmósfera familiar adversa, prever y resolver problemas; así como reducir los sentimientos de ira y culpa.</p>	<p>DIALNET 2012</p>
<p>TITULO: Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. FUENTE: Actas españolas de Psiquiatría 2010; 38(1):1-45.AUTOR:I García, M Granados</p>	<p>Esquizofrenia, enfermería, adherencia tratamiento, salud mental</p>	<p>Establecer un consenso español sobre cuidados de enfermería para mejorar la adherencia terapéutica en la esquizofrenia.</p>	<p>En enfermería no existe ningún planteamiento de intervención consensuado. Surge como necesidad de complementar los datos obtenidos en el consenso clínico con opiniones de enfermeras de salud mental integrados para el éxito de estrategias en adherencia</p>	<p>DIALNET 2010</p>

ANEXO II: TABLA FICHA TÉCNICA/RESUMEN DE LAS PUBLICACIONES SELECCIONADAS (continuación)

<p>TITULO: La baja adherencia al tratamiento antipsicótico actuación de enfermería. FUENTE: Enfermería global. AUTORES: J González, I. Cuixart, H Manteca</p>	<p>Adherencia al tratamiento, esquizofrenia</p>	<p>Lograr la adherencia del paciente al tratamiento y la concienciación de la necesidad del mismo</p>	<p>Importancia de la puesta en marcha por equipos profesionales de enfermería, de programas de aceptación, conocimiento y manejo de fármacos antipsicóticos , para asegurar cumplimiento terapéutico</p>	<p>GOOGLE ACADÉMICO 2005</p>
<p>TITULO: Effects of motivational interviewing based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial .FUENTE:Escuela de Enfermería Hong Kong 2015;16:270.AUTORES: Wai Tong Chien, Jolene HC Mui,Eric FC Cheung, Richard Gray</p>	<p>Schizophrenia and nursing Adherence to treatment</p>	<p>Probar y evaluar la efectividad de una terapia de adherencia para pacientes ambulatorios con trastornos de esquizofrenia, basado en un enfoque de entrevistas motivacionales durante seis meses</p>	<p>La falta de adherencia a la medicación antipsicótica es común en la esquizofrenia y constituye un obstáculo importante para el tratamiento de mantenimiento a largo plazo y contribuye a altas tasas de recaídas. Se requieren esfuerzos continuos para el diseño de intervenciones innovadoras y eficaces .Puede ser efectiva para reducir la gravedad de los síntomas, si bien se recomienda períodos más largos de estudios.</p>	<p>PUBMED 2015</p>
<p>TITULO :Adherence therapy for schizophrenia randomised controlled trial .FUENTE: Fondo de investigación de salud y servicios de salud 2019;25(1):4-8.AUTORES: WTChien ,EFC Cheung,JHC Muig, R Gray,G Ip</p>	<p>Schizophrenia and nursing Adherence to treatment</p>	<p>Evaluar los efectos de la terapia de adherencia con entrevistas motivacionales y su costo-efectividad para pacientes Chinos con esquizofrenia durante 12 meses.</p>	<p>La adherencia a la medicación durante la etapa temprana de la enfermedad puede mejorar mediante intervenciones psicosociales. Mostró claros beneficios en términos de psicopatología y conocimiento del tratamiento y adherencia para los adultos más jóvenes. Pero la técnica de entrevista motivacional muestra evidencia para mejorar la adherencia.</p>	<p>PUBMED 2019</p>

ANEXO II: TABLA FICHA TÉCNICA/RESUMEN DE LAS PUBLICACIONES SELECCIONADAS (continuación)

<p>TITULO: Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services. FUENTE: Revista Enfermedad neuropsiquiátrica y tratamiento 2015;11: 1077-1090 AUTORES: Peggy El-Mallakh, Jan Findlay</p>	<p>Schizophrenia and nursing Adherence to treatment</p>	<p>Describir la investigación de los últimos 10 años sobre el rol de los servicios de apoyo, para promover la adherencia a la medicación, en pacientes diagnosticados de esquizofrenia</p>	<p>Para lograrlo el primer paso esencial es establecer una relación terapéutica de confianza con el paciente. El paciente debe incluirse en la toma de decisiones del tratamiento. Las intervenciones de los servicios de apoyo incluyen AT, recordatorios electrónicos(mensajes de texto y teléfonos), estrategias cognitivo- conductuales y motivacionales</p>	<p>PUBMED 2015</p>
<p>TITULO: Effects of the nursing psychoeducation program on the acceptance of medication and condition-Specific Knowledge of patients with schizophrenia. FUENTE: Archivos de Enfermería Psiquiátrica 2016;30:581-586.AUTORES: Mitsunobu Matsuda, Ayumi Kohno</p>	<p>Schizophrenia and nursing Adherence to treatment</p>	<p>Evaluar la utilidad clínica del programa psicoeducativo en enfermería para mejorar la aceptación de la medicación conocimientos y efectos de la misma ,en pacientes hospitalizados con esquizofrenia</p>	<p>Mejóro la aceptación de la medicación, pero no aumentó el conocimiento sobre su enfermedad ni los efectos de la medicación. En estudios futuros, será necesario utilizar un enfoque aleatorio, determinar los efectos a largo plazo y evaluar su utilidad en varios entornos</p>	<p>PUBMED 2016</p>
<p>TITULO: Perspectives on reasons of medication non adherence in psychiatric patients .FUENTE: Dove Press Journal 2015;9:87-93.AUTORES:Derya Guliz, Mert Nergiz,Meral kelleci, Murat Semiz</p>	<p>Schizophrenia and nursing Adherence to treatment</p>	<p>Evaluar los factores implicados en la falta de adherencia al tratamiento dentro de los seis meses previos, al ingreso en el hospital</p>	<p>La falta de asistencia a las citas de seguimiento y la actitud del paciente entre otros factores, como tener un nivel socioeconómico bajo, edad más joven, nivel educativo bajo y vivir lejos de los centros de tratamiento, se asocian al incumplimiento.</p>	<p>PUBMED 2015</p>

ANEXO II: TABLA FICHA TÉCNICA/RESUMEN DE LAS PUBLICACIONES SELECCIONADAS (continuación)

<p>TITULO: The effects of group psychoeducational programme on attitude toward mental illness in Families of patients with Schizophrenia, FUENTE: Journal of Caring Sciences, 2015; 4(3):243-251 AUTORES: Farnaz Rahmani, Fatemeh Ranjbar, Hossein Ebrahimi, Mina Hosseinzadeh</p>	<p>Schizophrenia and nursing Adherence to treatment</p>	<p>Determinar el efecto que tuvo el programa psicoeducativo grupal, en la actitud hacia la enfermedad mental, en las familias de pacientes con esquizofrenia.</p>	<p>El entorno familiar es el factor determinante en la calidad de vida del paciente, las recaídas, y la falta de adherencia al tratamiento. La mayoría de las familias tienen una actitud negativa hacia la enfermedad mental, con un cambio significativo de actitud, en el antes y después de la psicoeducación grupal experimental; mejorando la actitud familiar hacia la enfermedad mental.</p>	<p>PUBMED 2015</p>
<p>TITULO: The nursing assessment of medication acceptance: the reliability and validity of a schizophrenia medication adherence scale. FUENTE: Ther Adv Psychopharmacol 2017; 7(1): 11–16. AUTORES: Hikaru Hori, Hideki Shiozuka, Ryohei Igata</p>	<p>Schizophrenia and nursing Adherence to treatment</p>	<p>Examinar la validez y confiabilidad de la NAMA, (Evaluación de Enfermería de Aceptación de Medicamentos)</p>	<p>Muestra una buena fiabilidad y medición de la adherencia a la medicación en la esquizofrenia, resultando un indicador estable</p>	<p>PUBMED 2017</p>
<p>TITULO: Effective strategies for nurses empowering Clients with Schizophrenia: medication use as tool in recovery. FUENTE: Issues in Mental Health Nursing 2016; 37:372-379. AUTORES: Irma H. Mahone, Chris Fasching Maphis & Diane E. Snow</p>	<p>Schizophrenia and nursing Adherence to treatment</p>	<p>Examinar las estrategias efectivas que emplean las enfermeras con personas esquizofrénicas en el uso de la medicación</p>	<p>Como asesoras, las enfermeras psiquiátricas pueden ayudar a los pacientes para mejorar la adherencia, utilizando técnicas que involucren y empoderen a los pacientes para participar activamente en las decisiones de su tratamiento</p>	<p>PUBMED 2016</p>