



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



Universidad de Valladolid

Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia  
“Dr. Dacio Crespo”

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
**Curso académico (2023-24)**

**Trabajo Fin de Grado**

**Estrategias eficaces para mejorar la  
adherencia terapéutica en personas con  
trastornos de la personalidad**

Revisión sistemática

Estudiante: Sara Castrillejo Becerril

Tutor: José Antonio Iglesias Guerra

Mayo, 2024

## ÍNDICE

GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	2
RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	4
1. INTRODUCCIÓN .....	5
1.1 TRATAMIENTO TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD .....	9
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	12
1.3 PREVALENCIA .....	14
2. OBJETIVOS: .....	16
2.1 OBJETIVOS GENERALES: .....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	16
3. MATERIAL Y MÉTODOS: .....	17
3.1 RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA.....	20
4. RESULTADOS .....	22
4.1 INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES .....	22
4.2 INCENTIVOS FINANCIEROS .....	28
4.3 ESTILOS DE VIDA.....	30
5. DISCUSIÓN .....	31
5.1 INTERVENCIONES COGNITIVO- CONDUCTUALES .....	31
5.2 INCENTIVOS FINANCIEROS .....	34
5.3 ESTILOS DE VIDA.....	35
6. CONCLUSIÓN .....	37
7. BIBLIOGRAFÍA .....	38
ANEXOS I .....	43
ANEXOS II .....	45
ANEXOS III .....	46

## GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	DENOMINACIONES
<b>BDCAP</b>	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
<b>BF</b>	BeFriending
<b>CAT</b>	Terapia Analítica Cognitiva
<b>DeCS</b>	Descriptores en Ciencias de la Salud
<b>DSM-5 TR</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>HYPE</b>	Helping Young People Early
<b>JDY</b>	Just Do You
<b>MeSH</b>	Medical Subject Headings
<b>MIT-G</b>	Terapia Interpersonal Metacognitiva
<b>MMAS</b>	Escala de adherencia a la medicación de Morisky
<b>MPR</b>	Medication Possession Ratio
<b>NANDA</b>	North American Nursing Diagnosis Association
<b>NHLBI</b>	National Heart, Lung and Blood Institute
<b>NIC</b>	Nursing Interventions Classification
<b>NOC</b>	Nursing Outcomes Classification
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>STAR</b>	Escala para evaluar las relaciones terapéuticas
<b>TAP</b>	Treatment Adherence Program
<b>TAU</b>	Treatment As Usual
<b>TP</b>	Trastorno de la personalidad
<b>WOS</b>	Web Of Science
<b>YMHS</b>	Youth Mental Health Service

## RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos de la personalidad, implican patrones persistentes de pensamiento y comportamiento, afectan a la cognición y las relaciones. Se clasifican en clústeres A, B y C. La principal línea de tratamiento es la terapia cognitivo conductual. Los trastornos de la personalidad pueden tener un papel relevante en el abandono terapéutico. Debido a ello, la importancia de hallar intervenciones eficaces para aumentar la adherencia al tratamiento y así mejorar los resultados del tratamiento en pacientes con trastornos de la personalidad.

**Objetivos:** El objetivo general es analizar las estrategias que resulten eficaces en pacientes con trastornos de la personalidad para mejorar su adherencia terapéutica

**Material y métodos:** Se trata de una revisión bibliográfica sistemática, realizada a partir de la pregunta estilo PICO. Se combinaron términos del Thesaurus con el operador booleano “AND” y se introdujeron en las bases de datos de Pubmed, Web of Science, Scopus, Slacks Journnals. Se seleccionaron aquellos artículos que se adaptaran a los criterios de inclusión.

**Resultados:** 11 artículos fueron seleccionados, estudiados y valorados. Se exponen diversos programas que demuestran su efectividad frente a la continuación del tratamiento, sin embargo y dada la falta de disponibilidad de artículos de calidad, no existe suficiente evidencia disponible sobre el tema.

**Discusión:** Las intervenciones analizadas en estos estudios son efectivas en la mejora de la adherencia terapéutica, no obstante es necesaria mayor investigación y superar las limitaciones de los estudios aquí expuestos.

**Palabras clave:** Trastornos de la personalidad, Cumplimiento y adherencia al tratamiento, Pacientes desistentes del tratamiento.

## ABSTRACT

**Introduction:** Personality disorders involve persistent patterns of thought and behavior, affecting cognition and relationships. They're classified into clusters A, B, and C. The primary treatment approach used in these patients is cognitive-behavioral therapy. Personality disorders can play a significant role in treatment non-adherence. Hence, the importance of finding effective interventions to increase treatment adherence and improve treatment outcomes in patients with personality disorders.

**Objectives:** The general objective is to analyze effective strategies in patients with personality disorders to enhance their treatment adherence.

**Materials and Methods:** This is a systematic bibliographic review conducted using the PICO-style question. Thesaurus terms were combined with the Boolean operator "AND" and searched in databases such as PubMed, Web of Science, Scopus, and Slack Journals. Articles that met the inclusion criteria were selected.

**Results:** Ultimately, 11 articles were selected, studied, and evaluated. Various programs demonstrating their effectiveness in treatment continuation are presented. However, due to the lack of availability of high-quality articles, there is not a substantial amount of evidence available on the topic.

**Discussion:** The interventions analyzed in this study are effective in improving treatment adherence. Nevertheless, further research is necessary to overcome the limitations of the studies presented here.

**Keywords:** Personality disorders, treatment adherence and compliance, patient dropout.

## 1. INTRODUCCIÓN

Los tipos de la personalidad han ido definiéndose ya desde la época griega, con los cuatro temperamentos hipocráticos: colérico, sanguíneo, melancólico y flemático. Estos conceptos fueron evolucionando a lo largo de la historia de la psiquiatría, pero no fue hasta casi la primera mitad del S.XIX cuando comenzaron a usarse como diagnósticos de interés clínico. (1)

Acorde al DSM- 5 TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), un trastorno de la personalidad (TP) es un conjunto persistente de pensamientos, emociones y patrones del comportamiento que se mantienen relativamente estables a lo largo del tiempo. De forma general, el desorden de la personalidad debe manifestarse en al menos dos de las siguientes áreas: la cognición, en las emociones, en el funcionamiento interpersonal, o en el control de los impulsos. El desorden, debe estar fijado y evidenciarse en una amplia gama de situaciones personales y sociales, y causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en áreas importantes de la vida, como en el ámbito social, o laboral. (2)

Otro criterio que se debe cumplir para que sea considerado trastorno, es que su inicio, debe haber estado presente desde la adolescencia temprana o en los primeros años de la vida adulta, y no debe poder explicarse mejor como una manifestación de otro trastorno mental o debido a los efectos fisiológicos de una condición médica o sustancia, como droga de abuso, medicamento, o toxina. Estos trastornos, también se deben distinguir de las respuestas a situaciones estresantes, y de condiciones como el trastorno bipolar, la depresión o la ansiedad.

Los trastornos de la personalidad se ordenan según características comunes en los Clúster A, B y C categorizados en el eje II en la quinta edición del manual DSM. (2):

## CLÚSTER A

### *Trastorno de la personalidad paranoide*

El trastorno de personalidad paranoide se define por una tendencia generalizada a desconfiar. Interpretan las acciones del resto como dañinas sin una justificación. Esperan ataques de otras personas sin motivo. Se pueden sentir heridos por otros, aunque no haya evidencia. Tienen dudas sobre la fidelidad de sus amigos y pareja, examinando constantemente sus relaciones sociales en busca de pruebas para respaldar sus suposiciones de propósitos malintencionados. También interpretan comentarios, elogios, o eventos normales como ataques. Guardan rencores durante mucho tiempo. Además, reaccionan rápidamente con enfado o contraataques ante esas supuestas acciones hostiles contra su persona. (2)

### *Trastorno de la personalidad esquizoide*

Se trata de personas especialmente distantes, se pierden en un mundo de ilusión y fantasía imaginativa, pueden tener pensamientos de carácter mágico o creencias extrañas. Evitan involucrarse afectivamente con otras personas por falta de interés, no disfrutan de los contactos emocionales, ni muestran interés en las relaciones sociales o de otro tipo, desean hacer actividades en solitario e introspectivas. Poseen una capacidad limitada para expresar sus sentimientos y experimentar placer, y rara vez experimentan emociones fuertes como la ira y la alegría. (2)

### *Trastorno de la personalidad esquizotípico*

Caracterizado por la presencia de un deterioro del autocuidado, carencias interpersonales marcadas por la angustia, la cual no disminuye con la familiaridad de la situación o las personas, limitando su capacidad para establecer relaciones cercanas. Además presentan distorsiones cognitivas o alucinaciones perceptivas y

excentricidades del comportamiento y el habla. Pueden tener una forma de actuar o apariencia rara. El trastorno, se relaciona con una incapacidad de leer las señales interpersonales de las personas, dificultando las relaciones sociales.(2)

## CLÚSTER B

### *Trastorno de personalidad antisocial*

Desprecian y violan los derechos de los demás, y además, presentan falta de remordimiento. No respetan las normas sociales ni la ley, por lo que suelen tener problemas de carácter judicial. Tienen como tendencia la acción de mentir para su disfrute o beneficio. Fracasan en el intento de mantener una vida laboral estable. No racionalizan el acto de haber herido o dañado a otra persona y muestran indiferencia. Este trastorno debe de ser evidente antes de los 15 años y que el paciente sea mayor de edad para su diagnóstico. (2)

### *Trastorno de personalidad límitrofe*

Se caracteriza por la inestabilidad del estado de ánimo, de la valoración de las relaciones sociales, y la autoimagen. Poseen una impulsividad marcada y dirigida hacia el daño auto infligido. Carecen de control de la ira, y presentan un gran miedo al abandono, lo cual muchas veces lleva a problemas de carácter social. Tienen una marcada reactividad del estado de ánimo y pueden presentar ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés. (2)

El riesgo de suicidio en el trastorno límite de personalidad es alto. Se estima que entre el 60% y el 85% de las personas con trastorno límite de personalidad tienen intentos suicidas al menos una vez, además de comportamientos auto lesivos. (2 y 3)

### ***Trastorno de personalidad histriónico***

Por definición, presentan excesivo dramatismo y búsqueda de atención. Se comportan de forma inadecuada y provocativa. Las emociones que muestran son poco profundas, y pueden variar mucho rápidamente. Hablan de forma extremadamente impresionista y teatralizada, pero a la misma vez vacía, sin detalles, esto puede deberse a su alto grado de sugestionabilidad, también considera que posee relaciones sociales más íntimas o con un mayor grado de confianza de lo que son en realidad. (2)

### ***Trastorno narcisista de personalidad***

Generalmente, se perciben o comportan de forma arrogante. Necesitan ser admirados y tienen carencias de empatía. Les preocupa no alcanzar unos ideales irreales y exagerados. Consideran que son especiales y que por lo tanto sólo deben relacionarse con personas de alto estatus. Tienen una perspectiva poco racional sobre el trato que deberían recibir hacia su persona. Abusan y explotan a los demás para conseguir sus objetivos o metas. Es particularmente envidioso o piensa que las demás personas tienen envidia de él o ella.

## **CLÚSTER C**

### ***Trastorno de personalidad evitativo***

Las personas con esta condición, inhiben situaciones sociales que involucran a relaciones sociales de todo tipo por miedo a las críticas, o el rechazo. Presentan angustia debido a que tienen sentimientos de inadaptación, y son hipersensibles a las opiniones negativas. Sólo se implican en situaciones sociales en las que esté completamente seguro de que no va a ser juzgado. Se retrae cuando socializa por primera vez con alguien. Tiene una idea de sí mismo como inferior.

### ***Trastorno de personalidad dependiente***

Esencialmente, necesitan ser cuidados de forma continua, lo cual conduce a un comportamiento de sumisión y miedo al abandono. Consideran tomar decisiones cotidianas de forma autónoma algo imposible, necesitan una gran cantidad de consejos y no son capaces de asumir la responsabilidad de sus propias acciones, así que requieren de la opinión del resto antes de llevar a cabo una acción para poder desentenderse del resultado. Tienen falta de confianza en sí mismos. Busca hacer todo lo que sea necesario para ganarse el apoyo de los demás y no quedarse solos debido a que tienen la creencia de ser incapaces de cuidarse a sí mismos. Cuando una relación cercana se termina, busca incansablemente otra para reemplazar esa protección que le proporcionaba.

### ***Trastorno de personalidad obsesivo compulsivo***

Preocupación patológica por el orden y el perfeccionismo. Pueden rechazar trabajar en grupo debido a que consideran que el trabajo solo está correcto si se realiza exactamente a su manera. Es inflexible en cuanto a su ética. Se sienten mal si no dedican la mayoría de esfuerzos al trabajo y este hecho no se justifica por una necesidad económica. Su forma de ver el dinero es como un bien que debe guardarse en caso de emergencias. Su forma de ser es rígida e impasible. Le cuesta desprenderse de objetos rotos malgastados o sin valor económico, aun incluso cuando no tienen valor sentimental. Su necesidad de perfeccionar todo le impide llevar a cabo sus obligaciones por no alcanzar los difíciles objetivos que se ha marcado. (2 y 3)

## **1.1 TRATAMIENTO TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

En la actualidad no existen fármacos eficaces para tratar un trastorno de la personalidad propiamente dicho. El paradigma de tratamiento actual está destinado a paliar o reducir los síntomas o signos característicos presentes en otras

pág. 9

enfermedades psiquiátricas como la depresión, la ansiedad, la paranoia o la ira. Sin embargo, el tratamiento es individualizado para cada persona y para cada trastorno. La risperidona, por ejemplo, produce mayor efecto beneficioso en el caso del trastorno de la personalidad esquizotípico. Independientemente de los síntomas de la persona, no se utilizan fármacos como tratamiento de primera línea con estos pacientes, y de hecho, se considera peligrosa la polifarmacia en su tratamiento. (3 y 4)

La principal línea de tratamiento utilizada en estos pacientes es la terapia cognitivo conductual, la cual es capaz de alterar la interacción entre el paciente y el medio. La evidencia actual apunta a que la terapia cognitivo conductual resulta efectiva para la sintomatología de algunos pacientes, como el caso de la ira, la depresión, las agresiones auto dirigidas o los intentos autolíticos. (3)

### **Adherencia terapéutica**

En el año 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. (5)

Aunque la adherencia al tratamiento se asocia sólo con el cumplimiento farmacológico, conceptualmente la adherencia terapéutica es más amplia, ya que implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidados de la salud, lo que engloba otras actividades además del seguimiento de la prescripción farmacológica. Entre los factores que influyen en la adherencia terapéutica destacan factores socioeconómicos, los relacionados con el sistema sanitario y sus profesionales, con el tratamiento, con la patología y con el paciente. Según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), el diagnóstico enfermero adecuado para este problema sería:

## 00079 Incumplimiento del tratamiento. (6)

Nursing Outcomes Classification (NOC):	Nursing Interventions Classification (NIC):
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Conducta de cumplimiento.</b></li><li>• <b>Conducta de obediencia.</b></li><li>• <b>Control del síntoma.</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acuerdo con el paciente</li><li>• Ayuda en la modificación de uno mismo.</li><li>• Establecimiento de objetivos comunes.</li><li>• Guías del sistema de salud.</li><li>• Educación en salud.</li><li>• Facilitar la auto-responsabilidad.</li><li>• Manejo de energía.</li></ul>

### Definición de la etiqueta NANDA

Grado en que la actuación de una persona o de un cuidador no coincide con un plan terapéutico o de mantenimiento de la salud acordado previamente entre el afectado (la familia o la comunidad) y un profesional de la salud. Cuando se ha acordado un plan terapéutico, de promoción de la salud o de mantenimiento, la conducta de la persona o del cuidador puede ser la de respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos, parcialmente efectivos o inefectivos.(6)

### Características definitorias

- Pruebas objetivas (medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos).
- No asistencia a las visitas concertadas.
- Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento (por observación directa o por afirmaciones de la persona afectada o de sus familiares y amigos).
- Evidencia de desarrollo de complicaciones.
- Evidencia de exacerbación de los síntomas.

- Falta de progresos.

Respecto al seguimiento terapéutico debemos diferenciar entre:

- **Adherencia:** el grado en el que la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el personal sanitario.
- **Cumplimiento:** no expresa colaboración entre el personal sanitario y el paciente, implica una orden, este término está en desuso, aunque en la práctica se continúa usando como sinónimo de adherencia.
- **Persistencia:** define el periodo de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la descontinuación del tratamiento.(7)

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

Como consecuencia de que por definición, los trastornos de la personalidad se manifiestan por actitudes excesivamente naturalizadas y de patrones de comportamiento que son fijados durante el desarrollo, resulta bastante difícil lograr un progreso o cambio.

La problemática asociada al tratamiento de este tipo de trastornos se debe a que los pacientes no reconocen las características o rasgos de su personalidad como parte de un trastorno, si no como constitutivo de ellos mismos, y de forma habitual, tales manifestaciones de la personalidad dificultan la vida de estas personas, interfiriendo con sus relaciones sociales y afectando a su calidad de vida, no son vistas por el paciente como ofensivas, ni son vinculadas con los problemas que sufre. Debido a ello, la adherencia al tratamiento por parte de estas personas supone una labor añadida a su trastorno. (8)

En el informe de la OMS (9) acerca de la adherencia terapéutica, se recogen varios mensajes de extrema importancia, en los cuales se justifica la necesidad de este trabajo, entre ellos:

- La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas supone un problema a nivel mundial de extrema magnitud.
- La falta de adherencia aumenta los costes sanitarios y humanos.
- Los pacientes necesitan ser apoyados no culpados.
- Los profesionales de la salud, necesitan ser entrenados en el manejo de la adherencia.
- La familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes son un factor clave de éxito en la mejora de la adherencia.
- Un abordaje multidisciplinario hacia la adherencia es necesario

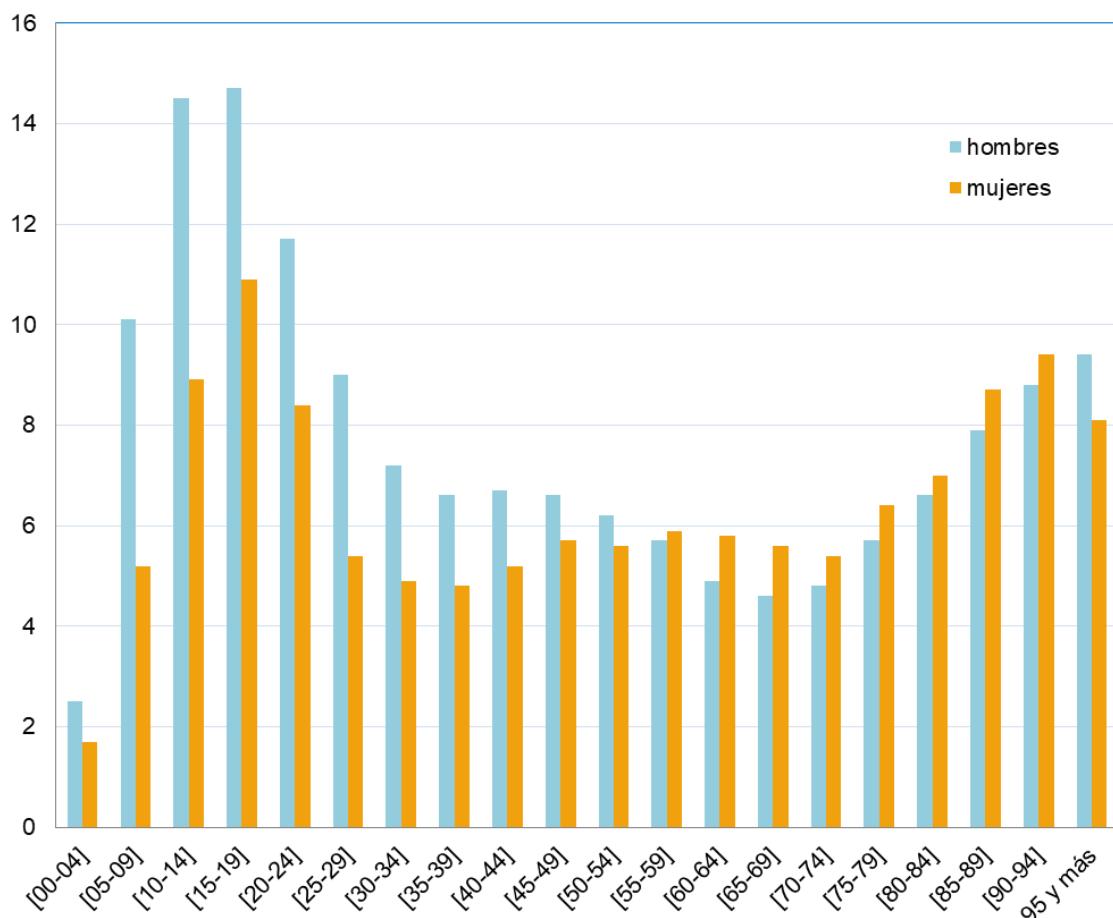
Un estudio realizado en 2019, estudió 132 pacientes diagnosticados con trastorno de la personalidad, se encontró que el 28% de la muestra interrumpió de forma prematura el tratamiento, además basándose en la evaluación del funcionamiento de la personalidad, o también llamado criterio A, se encontró que el riesgo fue 2.3 veces más alto para los pacientes con deterioro en el autofuncionamiento (10).

En un estudio del 2017, se identifica que efectivamente los trastornos de la personalidad pueden tener un papel relevante en el abandono terapéutico en unidades psiquiátricas, Especialmente en el caso del trastorno límitrofe (11). Debido a ello, se resalta la importancia de hallar intervenciones eficaces para aumentar la adherencia al tratamiento y así mejorar los resultados del tratamiento en pacientes con trastornos de la personalidad.

### 1.3 PREVALENCIA

En la actualidad, se considera que los trastornos de la personalidad son problemas de salud importantes, que afectan a la calidad de vida de los pacientes y están asociados a una mortalidad prematura y a un mayor costo sanitario.(1) Actualmente, se estima que la prevalencia mundial de los trastornos de la personalidad es del 7.8% con un IC del 95%: (6.1-9.05). (12) Durante el año 2021, se registraron aproximadamente 676.160 casos en España. (13).

Gráfica 1: Prevalencia de los trastornos de la personalidad por sexos y grupos quinquenales en España



Fuente: elaboración propia a partir de datos y gráficas de la BDCAP. (14)

Según la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), los trastornos de la personalidad son más comunes en los menores y adultos que se encuentran en el

rango de edad que va desde los 5 años a los 29, siendo más prevalente el desorden durante estas etapas en personas de género masculino. (Ver gráfica 1).

Estos trastornos son diagnosticados con mayor frecuencia en personas pertenecientes al estrato socioeconómico más bajo. En el nivel superior esa cifra se reduce considerablemente. (14)

La adherencia en las personas con una enfermedad mental supone un conflicto a nivel mundial. Se conocen tasas del 55% de falta de adherencia al tratamiento psiquiátrico, siendo más prevalente que en población que padece únicamente enfermedades físicas crónicas (50%). El abandono al tratamiento, se relaciona con un peor pronóstico del trastorno mental y con un mayor número de crisis. (15)

Por estos motivos y con la finalidad de contribuir a mejorar la evolución de la enfermedad y la calidad de vida de estos pacientes, es pertinente estudiar qué medidas pueden mejorar la adherencia terapéutica.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVOS GENERALES

-Analizar las estrategias que resulten eficaces en pacientes con trastornos de la personalidad para mejorar su adherencia terapéutica.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar la utilidad de las estrategias para mantener una adherencia terapéutica en pacientes con trastornos de la personalidad
- Evaluar si las estrategias son eficaces en los tres clúster de los pacientes con trastornos de la personalidad

## 6. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo, trata de una revisión bibliográfica sistemática. Se siguieron las fases del protocolo explícito en el que se basa la evidencia, en primer lugar se definió la pregunta utilizando el esquema PICO de David Sackett (Tabla 1).

Tabla 1: Elementos del formato PICO

P	(PACIENTES)	Personas con trastornos de la personalidad.
I	(INTERVENCIÓN)	Estrategias para fomentar la adherencia terapéutica.
C	(COMPARACIÓN)	
O	(OUTCOME)	Grado de adherencia terapéutica.

Formulando así la pregunta: “¿Qué estrategias son eficaces para mejorar la adherencia terapéutica en la población con trastorno de la personalidad?”.

La búsqueda de artículos (Anexos I) se realizó mediante el uso de palabras clave escogidas de la base de datos de Descriptores de Ciencias de la salud (DeCS) en español, y de Medical Subject Headings (MeSH) en inglés. (Tabla 2).

Tabla 2: thesaurus de la biblioteca virtual de salud. (16)

DeCs	MeSH
Trastornos de la personalidad	Personality disorders
Cumplimiento y adherencia al tratamiento	Treatment adherence and compliance
Cumplimiento de la medicación	Medication adherence
Relaciones Enfermero-Paciente	Nurse-Patient relations
Relaciones Profesional-Paciente	Professional-Patient relations
Comunidad Terapéutica	Therapeutic Community
Atención Dirigida al Paciente	Patient-Centered Care
Pacientes desistentes del tratamiento	Patient Dropouts
Negativa al tratamiento	Refusal to Treat
Negativa del Paciente al Tratamiento	Treatment Refusal

De forma posterior, se procedió a la búsqueda de artículos combinando los términos con el operador booleano de intersección y unión correspondiente (“AND”). (Tabla 3)

Dicha búsqueda de artículos, se realizó en estas bases de datos:

- Pubmed.
- Web of Science (WOS).
- Scopus (Elsevier).
- Slacks Journals.

Como filtro se estableció la antigüedad de los artículos, de manera que se buscaron los publicados entre 2019-2024, debido al bajo número de artículos encontrados, posteriormente se amplió a 10 años la antigüedad de los estudios.

Tabla 3: elaboración propia, combinación de thesaurus utilizados en la búsqueda

COMBINACIÓN TÉRMINOS (MeSH)
Personality disorders AND Treatment adherence and compliance
Personality disorders AND Medication adherence
Personality disorders AND Nurse-Patient relations
Personality disorders AND Motivational Interviewing
Personality disorders AND Patient Dropouts
Personality disorders AND Treatment Refusal
Personality disorders AND Professional-Patient relations
Personality disorders AND Therapeutic Community
Personality disorders AND Patient-Centered Care

### Criterios de inclusión

- Artículos en español, inglés o francés.
- Población de adultos mayores de 18 años con TP.

### Criterios de exclusión

- Artículos basados en metodologías cualitativas o cuantitativas transversales

- Artículos que no satisfagan los puntos de corte de las parrillas de lectura crítica.

Como elemento de ayuda en la lectura crítica, se utilizaron las plantillas CASPe (17), según el tipo de estudio analizado. Para calcular la calidad de los diferentes artículos expuestos en este trabajo, se utilizaron los criterios del National Heart, Lung and Blood institute (NHLBI) (18) sobre 5 puntos, estableciendo como mínimo una puntuación de 3/5. (Anexos II y Anexos III).

### **Limitaciones a la hora de la búsqueda**

- Déficit de investigación y artículos sobre las estrategias de mejoras de la adherencia y cumplimiento del tratamiento en personas con TP.

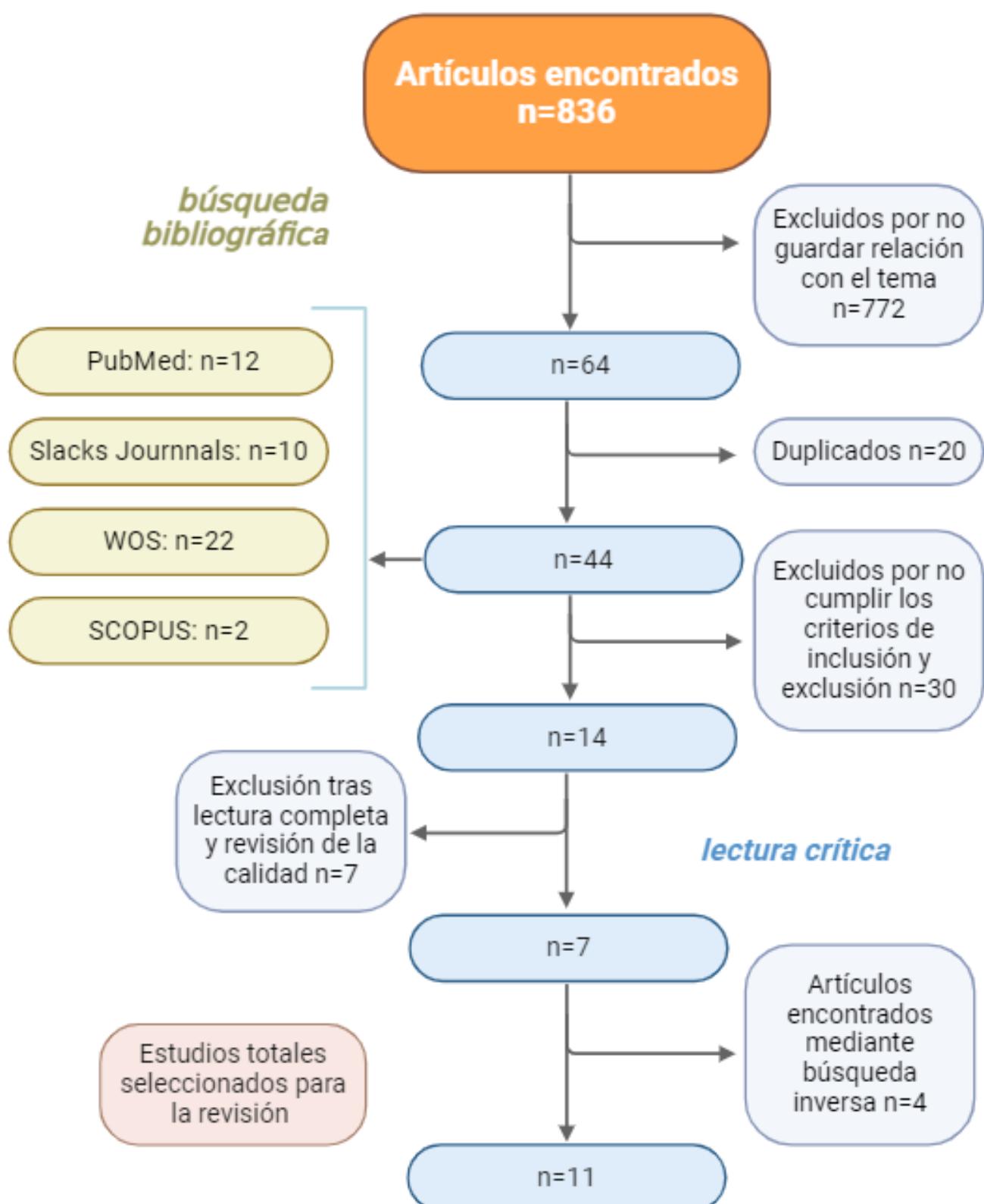
## **6.1 RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA**

A pesar de la escasa evidencia disponible, se ha obtenido un total de 11 estudios válidos, de los cuáles, 7 son estudios clínicos aleatorios, 2 estudios seleccionados son revisiones sistemáticas, y 2 son estudios de cohortes prospectivos. Dichos estudios se resumen en una tabla dispuesta en anexos (Anexos III).

Para representar de forma gráfica el proceso de exclusión y selección de artículos, a continuación se muestra un diagrama de flujo con un resumen de los procesos realizados (Imagen 1).

Una vez realizado el análisis de los artículos seleccionados se decide agrupar los resultados en categorías según el tipo de intervención estudiada: Intervenciones cognitivo-conductuales, incentivos financieros, estilos de vida.

Imagen 1: Diagrama de flujo de selección de artículos



## 7. RESULTADOS

Se seleccionaron un total de 11 artículos para esta revisión. La falta de adherencia terapéutica en los trastornos de la personalidad supone un problema de carácter global que conlleva pérdidas humanas, sanitarias y económicas. A continuación, se examinan diversas intervenciones que podrían resultar efectivas en el manejo de la continuación del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico por parte de estos pacientes.

### 7.1 INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

En el estudio de Muela, A. *et al.* Realizado con una muestra de 188 presos con trastornos mentales (2020), de entre los cuales se encontraban usuarios diagnosticados con trastornos de la personalidad. La muestra se asignó aleatoriamente a dos grupos, con el fin de realizar un estudio clínico aleatorizado, a 89 de los presos, se les aplicó una intervención llamada Treatment Adherence Program (TAP) que consistía en tres módulos:

- Seis sesiones iniciales de introducción: destinada a descubrir qué es la adherencia y cómo puede beneficiarles.
- Promoción de la adherencia terapéutica (22 sesiones) mediante la enseñanza de técnicas para reemplazar las creencias negativas sobre el tratamiento con otras de carácter más adaptativo, desterrar mitos y expectativas erróneas sobre el cumplimiento, e instruir a los participantes en la realización de listas relacionando sus pensamientos con las consecuencias conductuales que esas opiniones puedan tener.

-Utilización de psicoeducación para evitar los riesgos del uso de sustancias psicoactivas, prevención de adicciones, o de un mal uso de la medicación y enseñarles a aplicar lo aprendido tras la finalización del programa.

El programa TAP comparado con el tratamiento habitual, o también denominado “Treatment As Usual”, o por sus siglas en inglés TAU, demostró aumentar la adherencia de forma significativamente alta y mejorar el bienestar subjetivo de los presos con trastornos. Además, el grupo de la intervención en estudio, continuó siendo adherente tras la intervención. Para llevar a cabo el estudio experimental, se utilizó la escala de adherencia a la medicación de Morisky-Green-Levine, y la escala del bienestar subjetivo sobre medicación de 20 ítems. La escala de Morisky- Green-Levine, se utiliza como método de medición de la adherencia terapéutica a través de preguntas con respuestas sí / no. La escala del bienestar subjetivo, aporta información sobre el funcionamiento mental, autocontrol, regulación emocional, funcionamiento físico e integración social, comparándolo con la toma de medicación, en este caso, psiquiátrica. (19)

Un estudio clínico publicado por Chanen, A. *et al.* (2021) y evaluado en esta revisión, analiza 3 intervenciones comparándolas entre sí, en una muestra de 139 pacientes asignados al azar:

- I. CAT: Terapia Analítica Cognitiva, dedicada a entender los patrones problemáticos de relaciones interpersonales, pensamientos, emociones y autogestión, mediante el desarrollo de diagramas o mapas. Es una intervención colaborativa, que busca integrar el cuidado en un entorno comunitario.
- II. HYPE: Helping Young People Early, está basado en la terapia CAT, sin embargo, en esta intervención se da énfasis al enfoque colaborativo, a la gestión integrada de casos, a la atención psiquiátrica general y aguda, y al compromiso asertivo profesional-paciente. También muestra un enfoque

dedicado a la recuperación funcional del sujeto mediante la inclusión activa de las familias y la atención en la comunidad.

- III. BF: Befriending, Intervención dirigida a mejorar la relación terapéutica, consiste en exponer temas neutrales, que sean de interés para el paciente, de esta forma se evita sobrecargar de emociones negativas y lograr un ambiente de confianza.

Estas intervenciones, se compararon con YMHS: General Youth Mental Health Service, conocida como la práctica general clínica, basada en la gestión de casos, la práctica multidisciplinaria y la consulta médica cuando este indicado, así como la atención en crisis agudas, utilizando el inventario de problemas interpersonales, y la escala de ajuste social autoinformada, a su vez, se observaron las tasas deserción desde el inicio hasta la finalización del programa, a los 12 meses.

Tras la comparación, en la aplicación del modelo HYPE por separado, 44 personas de 92 finalizaron el tratamiento, con una tasa de finalización del 47.8%. Mientras que comparándolo con YMHS + BF, únicamente finalizaron el tratamiento el 19.2%. A su misma vez la combinación de HYPE + CAT, mostró mejores resultados de finalización que la intervención BF, 52.2% frente a 31.2%, respectivamente. Finalmente, tanto el modelo de atención HYPE, como la combinación de HYPE +CAT provocaron una mayor asistencia y tasa de finalización del tratamiento.(20)

Un ensayo clínico de Huxley E. et al (2019) trata los beneficios de la intervención psicológica breve de cuatro sesiones, de 50min, instauradas desde un enfoque escalonado de atención, y dedicado a pacientes con TP, de cara a servir como nexo entre los cuidados agudos y el tratamiento a largo plazo. La intervención pretende aumentar las opciones de tratamiento de los individuos con TP, y de esta forma, favorecer la adherencia.

La intervención fue llevada a cabo por personal de salud mental, de entre los cuales se encontraban enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Las sesiones se desarrollaron de esta forma:

- I. La primera sesión, estaba destinada a desarrollar una buena relación terapéutica, desarrollar conjuntamente un plan de atención, proporcionar psicoeducación y evaluar los riesgos.
- II. La segunda sesión, tenía como objetivo apoyar la primera, involucrar más al paciente y comprender sus expectativas y valores.
- III. La tercera, pretendía centrarse en el estudio de las necesidades del paciente, la educación, y además incluir al cuidador principal del paciente, permitirle expresar sus miedos y preocupaciones y redactar un plan de cuidados para el cuidador según sus necesidades individuales.
- IV. Y la última sesión, se reservaba para discutir los planes de futuro, informar sobre las diferentes opciones de tratamiento y derivar según fuera necesario a otros servicios de salud mental.

El estudio se llevó a cabo con 191 pacientes del servicio público de salud mental de Australia, las medidas se obtuvieron mediante el análisis de la proporción de casos retenidos durante la intervención y la asistencia a las opciones de derivación post-intervención.

Se obtuvo como resultado que el 84.29% de los participantes asistieron al menos a una sesión, y que el 41.89% asistió a las 4 sesiones. Posteriormente, el 29.31% fue derivado a otros profesionales, la intervención demostró ser efectiva en la retención de los pacientes con TP en el sistema de salud. Además la intervención psicológica breve fue útil en la disminución de la gravedad de los síntomas y el riesgo de suicidio, mediante un cuestionario autoinformado. (21)

Respecto a la terapia grupal, encontramos un estudio clínico de Popolo, R. *et al.* Publicado en 2018 y basado en la terapia Interpersonal Metacognitiva (MIT-G) y sus

aplicaciones en los trastornos de la personalidad. La Metacognición se define como la capacidad de entender cómo nos sentimos y que nos lleva a actuar de una determinada forma, a su misma vez, este proceso es aplicable a la compresión de las emociones de otras personas.

En la MIT-G, se les invita a exponer situaciones de carácter personal, que posteriormente son representadas a través de roles para promover la meta cognición. De esta forma, los participantes pueden encontrar soluciones a través de las interacciones sociales en un ambiente seguro y de confort.

Del total de participantes, el 80% finalizó el tratamiento y el 20% restante siguió al menos la mitad del programa, de esta forma, se deduce que la intervención resulta aceptable y además aumenta las tasas de retención al tratamiento con mejoras sintomáticas y funcionales. Los pacientes que completaron el tratamiento, tuvieron una alta tasa de asistencia, participando en promedio el 90% de las sesiones. (22)

Otro estudio realizado en 2021 por Michelle, M. *et al*, evaluó el tratamiento habitual, Treatment As Usual, (TAU) comparándolo con una intervención llamada Just Do You (JDY), la cual se basa en actividades artísticas, experiencias de celebridades relacionadas con la recepción del tratamiento y psicoeducación, el programa, se fundamenta en el funcionamiento de las entrevistas motivacionales. Se apoya en la cultura, a fin de empoderar a los pacientes y facilitar el diálogo sobre la salud mental. Just Do You, depende de las ciencias comunicativas, diferenciando tres procesos:

- Recepción del mensaje: prestando atención y comprendiéndolo,
- Aceptación del mensaje: concordancia con la información recibida.
- Retención del mensaje: recordatorios posteriores de la información.

Existen dos elementos clave dentro de estos procesos: la confianza en el proveedor de la información y el conocimiento y experiencia del mensajero. La intervención

JDY, se justifica en la investigación actual sobre comunicación sanitaria en la que se utiliza historias, música o actividades artísticas, y se discuten como método de mejora en la participación de los pacientes y de reducción del estigma. Se resalta que el estudio facilitó tarjetas individuales de transporte y realizó llamadas de recordatorio de asistencia.

El análisis mostró una relación significativa en el compromiso del paciente con su tratamiento entre TAU + JDY y TAU a los 3 meses, manifestándose como más efectiva TAU + JDY. La intervención impactó en los mecanismos de la participación, el estigma y las creencias sobre las ventajas del tratamiento, y la credibilidad y confianza en los profesionales de la salud. (23)

Concretamente en un estudio llevado a cabo en Italia por Virgolesi, M. et al. (2017), se observó que aquellos pacientes que recibieron más información acerca de su estado de salud y sobre el proceso de atención futuro, tuvieron una mayor tasa de adherencia. El estudio en cuestión analizó en qué medida es efectivo un plan de alta de enfermería para favorecer el cumplimiento. Se incluyeron en el estudio 135 pacientes.

Los resultados enfatizan que una mayor satisfacción respecto a los cuidados de enfermería aportados, que se basaron en la educación sanitaria, la administración de fármacos facilitada y llamadas de seguimiento, logró una mejora de los resultados de adherencia terapéutica analizados mediante la escala de adherencia a la medicación de Morisky, la escala de satisfacción con la información sobre medicamentos y el cuestionario de satisfacción general. Cabe destacar que de forma previa, se capacitó a las enfermeras en temas recurrentes de salud mental y adherencia. (24)

A su misma vez, existen estudios que resaltan los resultados de una buena alianza terapéutica, relacionándola con una menor tasa de abandono del tratamiento en pacientes con trastornos de la personalidad. Esta relación se desarrolló gracias a la

escala para evaluar las relaciones terapéuticas (STAR) en pacientes con tratamiento psicoterapéutico que continuaron asistiendo a las sesiones. (10)

En un estudio realizado en el 2021 por Loots, E. *et al.* y centrado en evaluar 11 intervenciones, de entre las cuales se encontraban intervenciones educativas, conductuales y la combinación de ambas. Se observó que los programas educativos y conductuales mejoran la retención terapéutica, y que además aquellas intervenciones centradas en los síntomas, así como disponer de tratamiento con recordatorios de tomas en el domicilio, ya sea por llamadas telefónicas, correos electrónicos o bien, pastilleros inteligentes en el caso de farmacoterapia, es favorecedor de la adherencia.

Además de forma específica la aplicación de sesiones de capacitación individual por parte de enfermeras cualificadas, resulta efectivo en la búsqueda de la mejora de la retención terapéutica. Tener un diagnóstico clínico correcto también está relacionado con una menor tasa de abandono de la terapia. (25)

## 7.2 INCENTIVOS FINANCIEROS

Existen varios estudios clínicos que tienen como objetivo determinar si es efectivo proporcionar un incentivo económico a los pacientes tratados en la búsqueda de la mejora de la adherencia terapéutica. Y dichas intervenciones aunque efectivas, plantean una serie de dificultades y conflictos de carácter ético que más adelante serán expuestos en la discusión.

Un ensayo clínico aleatorizado (2017) publicado por Noordraven, E. *et al.*, evaluó la adherencia del paciente al tratamiento mediante incentivos económicos, utilizando la medida “Medication Possession Ratio” (MPR):

$$\text{MPR (\%)} = \frac{\text{Nº dosis repuestas en una unidad de tiempo}}{\text{Nº dosis prescritas en el mismo periodo de tiempo}}$$

La intervención consistía en ofrecer £15 (17€) por cada inyección de medicación antipsicótica (depot). Se escogió esa cifra debido a que se considera una cuantía importante sin llegar a producir dependencia económica y además una cifra superior podría llegar a interferir en las prestaciones y ayudas gubernamentales por discapacidad. Los pacientes en el grupo de control, recibieron el tratamiento habitual, durante el periodo de tiempo que duró la intervención, que fue de un año.

Con una muestra de 141 pacientes, se obtuvo como resultado que la MPR a los 12 meses fue sustancialmente más alta en comparación al grupo de control, 94.3% frente al 80.3%, y la diferencia permaneció durante el seguimiento posterior, concluyendo que las recompensas financieras proporcionadas al paciente resultaron efectivas para mantener la adherencia y las tasas de MPR. (26)

Conforme a una revisión sistemática publicada por García-Pérez, L. *et al.* en el 2020, tras la evaluación de 9 intervenciones distintas, se observa que existen varias estrategias que pueden ser efectivas a la hora de mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos mentales. De forma específica, las intervenciones que ofrecen incentivos financieros, podrían arrojar mejores resultados en estos pacientes, que las intervenciones educativas.

Los estudios analizados en esta revisión midieron de forma diferente la adherencia, se utilizaron medidas directas como los niveles plasmáticos del fármaco, medidas indirectas como la tasa de medicación repuesta, el seguimiento electrónico, o bien mediante la cumplimentación de escalas y cuestionarios mayoritariamente subjetivos. (27)

### 7.3 ESTILOS DE VIDA

Un ensayo clínico aleatorizado publicado en el 2023 por Sampogna, G. *et al*, encontró una relación entre la realización de actividad física moderada y la mejora de la retención en el tratamiento de pacientes con desórdenes mentales. El estudio consistía en la aplicación de una intervención psicosocial de carácter grupal denominada LIFESTYLE basada en mejorar el estilo de vida. La intervención se centró en:

- Llevar una dieta saludable.
- Tratar el tabaquismo.
- Evitar acciones de riesgo
- Favorecer la adherencia medicamentosa mediante educación sanitaria.
- realización de actividad física moderada. Mayoritariamente caminar, ir al gimnasio, y jugar al futbol.

Con un muestreo de 402 pacientes, los resultados del estudio clínico aleatorizado se evaluaron mediante un cambio en la puntuación global en la escala de adherencia a la medicación de Morisky (MMAS), donde se estableció una puntuación de cero como no adherente y una puntuación de cuatro como adherente. (28)

Como resultado, se obtuvo un cambio en la tasa de adherencia del 35.8% al 47.6% tras 6 meses. Además, no se encontraron relaciones significativas entre la gravedad de la enfermedad y la falta de adherencia, aunque sí que se explica que el abandono del tratamiento influye en el empeoramiento de los síntomas y por lo tanto en una menor compresión del trastorno. (28)

## 8. DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos en este trabajo, se observa que existen intervenciones que pueden llevarse a la práctica y resultan beneficiosas para la continuación del tratamiento en personas con trastornos de la personalidad. El objetivo general ha sido respetado, pese a que existieron ciertas limitaciones en relación a los artículos encontrados. Sin embargo, no se ha podido establecer la eficacia de las intervenciones según los clúster de los TP

### 8.1 INTERVENCIONES COGNITIVO- CONDUCTUALES

Los resultados presentados sugieren que existen varias intervenciones que potencialmente podrían ser aplicadas en la práctica clínica para mejorar la retención en el tratamiento de los pacientes con TP. En el caso de las intervenciones cognitivo- conductuales, el modelo HYPE mostró mejores resultados que el resto de programas evaluados en el estudio, y concretamente BF no arrojó resultados significativos respecto a HYPE y a YMHS, la razón podría deberse a que BF únicamente está destinado a favorecer la relación terapéutica y que HYPE contiene elementos basados en la psicoterapia. (20) Sin embargo, dichas intervenciones están planteadas desde un enfoque terapéutico, y aunque se demuestra su efectividad frente a la continuidad del tratamiento, en investigaciones próximas sería necesario concretar de forma específica como afectan en relación al tratamiento farmacológico y no solo a la psicoterapia, y así conseguir una idea más amplia de la efectividad del programa en relativo a la adherencia.

No obstante, resultaron efectivas aquellas intervenciones breves realizadas como intersección entre los enfoques de crisis agudas y tratamientos a largo plazo, ya que pueden servir como captación de los pacientes y preparación psicológica de un tratamiento que deben seguir de forma crónica. (20 y 21) El estudio basado en la intervención psicológica breve, mostró beneficios añadidos como la mejora del riesgo de suicidio, y la calidad de vida, además de mejorar la accesibilidad a otras

opciones de tratamiento para el paciente, reduciendo significativamente las visitas a los servicios de urgencia, y suponiendo un ahorro en los gastos anuales.

La inclusión de familiares y cuidadores en la planificación del tratamiento también fue un elemento clave en la intervención, estudios futuros son necesarios para evaluar si la intervención breve afecta a la adherencia terapéutica de forma satisfactoria y a largo plazo, corresponde aumentar el número de la muestra inicial del estudio analizado. (21)

Las terapias grupales, son un enfoque prometedor en las intervenciones de la mejora de la adherencia, debido a que suponen un ahorro de costes y además, mejoran la interacción social, resultando beneficioso para el paciente. (22), esto se ve representado en la intervención TAP, MIT-G y LIFESTYLE (19, 22 y 28). Sin embargo, estos estudios presentan varias limitaciones, en el caso de TAP, se especifica que el análisis de la intervención únicamente se realizó de forma previa y posterior, existiendo la necesidad de un seguimiento comunitario más largo (22).

Respecto a la intervención MIT-G (22), el tamaño de la muestra fue pequeño, pese al tamaño del efecto, luego sería consecuente replicar el estudio con una muestra mayor, no obstante, cabe resaltar que el programa, está diseñado como parte de una terapia, y debido a ello, el estudio no se centra exclusivamente en la adherencia, sino en el beneficio terapéutico. No obstante, se decidió incluir el artículo debido a las altas tasas de finalización del tratamiento por parte de los participantes, de esta forma y de cara a futuras investigaciones, se debería concretar qué mecanismos de dicha intervención se relacionan con el fomento de la adherencia, y en qué grado.

Con estos estudios, no se llega a esclarecer si la modalidad grupal de las intervenciones resulta más efectiva que la intervención aplicada en un formato individual (profesional – paciente) en la mejora de la adherencia (19, 22 y 28),

únicamente se establecen los beneficios económicos y sociales en comparación a intervenciones individuales. (22)

Los resultados sugieren que la relación terapéutica profesional - paciente, es un aspecto fundamental en el manejo del cumplimiento y adherencia de los pacientes con TP (10 y 20). Según los resultados, parece ser importante en el establecimiento de una relación de ayuda sólida, tomar conciencia de las propias reacciones emocionales que se presentan al paciente, proceso también denominado contratransferencia. A su misma vez, se muestra necesario la empatía y el establecimiento de límites claros. (29)

El trabajo de una enfermera especializada en salud mental, parece ser necesario en el abordaje de la adherencia terapéutica en los pacientes con TP. Varios de los estudios expuestos se enfocan en la capacitación previa de las enfermeras en temas de salud mental y preguntas frecuentes relacionadas con la medicación. (24 y 25)

Resulta valioso mantener un seguimiento adecuado al alta de estos pacientes. Para investigaciones futuras debería considerarse estudiar de forma más exhaustiva las intervenciones multidisciplinares centradas en el manejo terapéutico de los pacientes en su hogar una vez abandonan el ambiente hospitalario, mediante un análisis con una muestra mayor, o cambiando el diseño a un estudio clínico aleatorizado. (24)

Los Hallazgos destacan la necesidad de evaluar las intervenciones de carácter mixto, con entrevistas motivacionales, educación sanitaria, y empoderamiento del paciente en el papel del control de su tratamiento (25), todo ello con muestras poblacionales más grandes, muestras con diagnósticos específicos de Trastorno de la personalidad, y mediciones estandarizadas de la adherencia.

La educación para la salud supone para varias de las intervenciones un protagonista, (19, 23 y 24) aunque si se comparan con las intervenciones basadas en el copago, resultan ligeramente menos efectivas (27).

Se necesita de una mayor investigación y disponibilidad de evidencia de calidad, para poder llegar a un veredicto, debido a las limitaciones de los artículos disponibles, y la dificultad añadida de relacionar las intervenciones con la continuidad del tratamiento provocado por las diferencias en la definición y medición de la adherencia. (27)

## 8.2 INCENTIVOS FINANCIEROS

Un estudio examinado en los resultados, sugiere que las recompensas monetarias pueden aumentar de forma significativa la adherencia, como se refleja en un mayor MPR. Respecto a la implementación en la práctica clínica, el estudio plantea dudas relativas a proporcionar efectivo a personas con trastornos psiquiátricos independientemente de la tasa de adherencia previa a la intervención, debido a que si el incentivo económico únicamente se aplica en aquellos casos con un bajo MPR, podría fomentar la no toma de medicación por parte de otros pacientes que de otra forma si completarían el tratamiento.

Se subraya que la intervención podría dañar la relación profesional-paciente, relacionándolo con la preocupación, de que ofrecer dinero a cambio de recibir un tratamiento, puede llevar a pensar que los efectos secundarios y riesgos son menores de lo que en realidad son, provocando que el paciente, deje de confiar en el profesional. (26)

Además se destaca que los requisitos de selección de la muestra analizada no contemplaban los trastornos de la personalidad de forma específica como población diana, si no aquellos pacientes con medicación psicótica (26). Resultaría interesante, evaluar la intervención en la población concreta con TP, y no solo si es efectivo

pág. 34

como abordaje para la continuidad del tratamiento farmacológico, sino también en el área psicoterapéutico, al ser éste el tratamiento de primera línea. (3)

Instaurar esta intervención en la práctica clínica en España, resulta poco factible debido a la legislación y normativa vigente. En España, no existe ninguna ley que regule a efectos prácticos la retribución económica a cambio de la aceptación de un tratamiento, sin embargo, sí que existe legislación española que protege los derechos del paciente.

La ley de autonomía del paciente establece el derecho a tomar decisiones libres sobre el cuidado de su salud (30), y cualquier incentivo o pago económico que pueda influir en la decisión del paciente podría considerarse como una vulneración de su autonomía.

### **8.3 ESTILOS DE VIDA**

La intervención basada en estilos de vida LIFESTYLE, aporta una perspectiva distinta al incentivo económico y aunque se basa en una intervención psicosocial de carácter integral, únicamente mostraron resultados significativos aquellos pacientes que realizaban una actividad física moderada. (28) Para investigaciones futuras, sería preciso identificar la relación entre el deporte y la adherencia, no únicamente farmacológica en personas con Trastornos de la personalidad en profundidad.

Se destaca que pese a la alta deserción de la intervención, se obtuvo una muestra adecuada para llevar a cabo el estudio y evidenciar que la actividad física realizada de forma moderada, mejora la adherencia al tratamiento farmacológico. No obstante, en el estudio se presentan una serie de limitaciones, principalmente, la utilización de un único cuestionario auto informado como método de evaluación de la adherencia, sin tener en cuenta otras medidas más objetivas y de carácter más estandarizado. Además la selección de los participantes en una etapa estable del trastorno podría haber influido en el resultado obtenido. (28)

Las intervenciones multidisciplinares expuestas anteriormente, podrían incluirse dentro del diagnóstico 00079 Incumplimiento del tratamiento, completando de esta forma los NIC: guías de práctica clínica , acuerdo con el paciente, ayuda en la modificación de uno mismo, establecimiento de objetivos comunes, educación en salud, y facilitar la auto-responsabilidad. (6)

Además sería consecuente al estar relacionado el ejercicio físico con una menor tasa de adherencia, evaluar el patrón 4 de actividad-ejercicio de M. Gordon, y actuar sobre el diagnóstico de enfermería [00168] Estilo de vida sedentario: estilo de comportamiento adquirido que se caracteriza por actividades durante las horas activas que requieren la utilización de poca energía. (6)

Resultaría beneficioso adoptar las intervenciones eficaces y basadas en la evidencia, en los planes de cuidados para pacientes con TP, debido a que el abandono del tratamiento por parte de estos pacientes es una complicación previsible

## Limitaciones

- Los estudios que no permiten obtener resultados concluyentes que constituyan evidencia.
- No se ha podido establecer la eficacia de las intervenciones según los clúster de los TP

## 9. CONCLUSIÓN

Tras el análisis íntegro de las intervenciones, se llega a estas conclusiones:

- Se destaca el éxito del programa español TAP, subrayando su enfoque integral.
- La intervención Helping Young People Early, es prometedora en relación a mejorar la adherencia. Estudios centrados en este aspecto, son necesarios.
- Las terapias grupales, como MIT-G, muestran altas tasas de finalización del tratamiento, sugiriendo un ambiente seguro que facilita la interacción social.
- Las tareas artísticas, testimonios de famosos relacionados con la aceptación del tratamiento y la psicoeducación, resultan efectivas.
- Se resalta la importancia de la relación terapéutica profesional-paciente, señalando que esta relación sólida es fundamental para la adherencia.
- La capacitación de enfermeras especializadas en salud mental emerge como un factor crucial en el abordaje de la adherencia en pacientes con TP.
- Los incentivos financieros muestran resultados prometedores, pero plantean preocupaciones éticas y prácticas. Además, parece improbable su implementación en España.
- LIFESTYLE, destaca la importancia de la actividad física moderada en la mejora de la adherencia al tratamiento.
- Se requieren investigaciones adicionales para comprender mejor cómo estas intervenciones impactan en la adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de manera específica

El trabajo realizado, deja en evidencia la carencia actual de intervenciones para aumentar la adherencia en pacientes con TP, y refleja una realidad en la que el desconocimiento sobre estos trastornos influye en la retribución de medios para la investigación. Es crucial abogar por más financiación y atención en este campo, para mejorar las condiciones de vida de los pacientes con TP.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Muñoz Champel, Ana; Gutiérrez, Fernando, dir.; Torrúbia, Rafael, dir. Reorganización estructural de los trastornos de la personalidad y medición de su significación clínica. 2018. ISBN 9788449083419. [Online] Available at: <https://ddd.uab.cat/record/240794> [Accessed: May 9, 2024].
- 2) American Psychiatric Association. Guia de consulta de los criterios diagnosticos del DSM-5 (R): Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5 (R). Arlington, TX, Estados Unidos de América: American Psychiatric Association Publishing; 2014.
- 3) Paris J, American Psychological Association. A concise guide to personality disorders [Internet]. APA Books; 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/14642-000>
- 4) Blanco Artola C, Gómez Solorzano N, Orozco Matamoros D. Actualización de los trastornos de personalidad. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020;5(4):e437. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v5i4.437>
- 5) Documents [Internet]. Paho.org. [citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/who-adherence-long-term-therapies-evidence-action-2003>.
- 6) NNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [Citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
- 7) Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria [Internet]. 2009;41(6):342–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>

- 8) Tratado\_de\_psiquiatria\_Robert\_E\_Hales.pdf. [Citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: [http://Tratado\\_de\\_psiquiatria\\_Robert\\_E\\_Hales.pdf](http://Tratado_de_psiquiatria_Robert_E_Hales.pdf).
- 9) Sabate E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2003.
- 10) Busmann M, Wrege J, Meyer AH, Ritzler F, Schmidlin M, Lang UE, et al. Alternative Model of Personality Disorders (DSM-5) predicts dropout in inpatient psychotherapy for patients with personality disorder. *Front Psychol* [Internet]. 2019;10:952. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00952>
- 11) Biała M, Kiejna A. Significance of personality disorders in the face of drop-outs from psychiatric hospitalizations. The case of selected psychiatric units. *Psychiatr Pol* [Internet]. 2017;51(3):425–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/60802>
- 12) Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, et al. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2020;216(2):69–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- 13) Trastornos de la personalidad: número de casos en España [Internet]. Statista. [Citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1038007/numero-de-casos-de-trastornos-de-la-personalidad-en-espana>
- 14) Gob.es. [Citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)
- 15) Oatobservatorio.com. [citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/2023/02/17.20220404.Proy-Ader.LB\\_Version-digital-OK.pdf](https://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/2023/02/17.20220404.Proy-Ader.LB_Version-digital-OK.pdf)

- 16) Alves B/. O/. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://Decs.bvsalud.org>
- 17) Redcaspe – Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español [Internet]. Redcaspe.org. [citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://redcaspe.org/>
- 18) Study quality assessment tools [Internet]. NHLBI, NIH. [citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>
- 19) Muela A, Aliri J, Presa B, Gorostiaga A. Randomised controlled trial of a treatment adherence programme for prisoners with mental health problems in Spain. Crim Behav Ment Health [Internet]. 2020;30(1):6–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/cbm.2142>
- 20) Chanen AM, Betts JK, Jackson H, Cotton SM, Gleeson J, Davey CG, et al. Effect of 3 forms of early intervention for young people with borderline personality disorder: The MOBY randomized clinical trial: The MOBY randomized clinical trial. JAMA Psychiatry [Internet]. 2022;79(2):109–19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3637>
- 21) Huxley E, Lewis KL, Coates AD, Borg WM, Miller CE, Townsend ML, et al. Evaluation of a brief intervention within a stepped care whole of service model for personality disorder. BMC Psychiatry [Internet]. 2019;19(1):341. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-019-2308-z>
- 22) Popolo R, MacBeth A, Canfora F, Rebecchi D, Toselli C, Salvatore G, et al. Metacognitive Interpersonal Therapy in group (MIT-G) for young adults with personality disorders: A pilot randomized controlled trial. Psychol Psychother [Internet]. 2019;92(3):342–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/papt.12182>
- 23) Munson MR, Jaccard J, Scott LD Jr, Moore KL, Narendorf SC, Cole AR, et al. Outcomes of a metaintervention to improve treatment engagement among young adults with serious mental illnesses: Application of a pilot randomized explanatory design. J Adolesc

Health [Internet]. 2021;69(5):790–6. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.iadohealth.2021.04.023>

24) Virgolesi M, Pucciarelli G, Colantoni AM, D'Andrea F, Di Donato B, Giorgi F, et al. The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017;26(23–24):4456–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13776>

25) Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, Morrens M, Van Rompaey B, Dilles T. Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(19):10213. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph181910213>

26) Noordraven EL, Wierdsma AI, Blanken P, Bloemendaal AFT, Staring ABP, Mulder CL. Financial incentives for improving adherence to maintenance treatment in patients with psychotic disorders (Money for Medication): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017;4(3):199–207. Disponible en:  
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30045-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30045-7)

27) García-Pérez L, Linertová R, Serrano-Pérez P, Trujillo-Martín M, Rodríguez-Rodríguez L, Valcárcel-Nazco C, et al. Interventions to improve medication adherence in mental health: the update of a systematic review of cost-effectiveness. *Int J Psychiatry Clin Pract* [Internet]. 2020;24(4):416–27. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1080/13651501.2020.1782434>

28) Sampogna G, Luciano M, Di Vincenzo M, Toni C, D'Ambrosio E, Rampino A, et al. Physical activity influences adherence to pharmacological treatments in patients with severe mental disorders: results from the multicentric, randomized controlled LIFESTYLE trial. *Front Pharmacol* [Internet]. 2023;14:1285383. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2023.1285383>

29) Ritter S, Platt LM. What's new in treating inpatients with personality disorders?: Dialectical behavior therapy and old-fashioned, good communication. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv [Internet]. 2016;54(1):38–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20151216-03>

30) Boe.es. [citado el 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

## ANEXOS I

	Combinación	Resultados
<b>PUBMED</b>	Personality disorders AND Treatment adherence and compliance	60/2
	Personality disorders AND Medication adherence	16/1
	Personality disorders AND Nurse-Patient relations	3/2
	Personality disorders AND Motivational Interviewing	2/0
	Personality disorders AND Patient Dropouts	10/1
	Personality disorders AND Treatment Refusal	2/0
	Personality disorders AND Professional-Patient relations	32/3
	Personality disorders AND Therapeutic Community	26/1
	Personality disorders AND Patient-Centered Care	6/2
<b>Total:</b>		157/12
	Combinación	Resultados
<b>WOS</b>	Personality disorders AND Treatment adherence and compliance	23/1
	Personality disorders AND Medication adherence	15/1
	Personality disorders AND Nurse-Patient relations	3/2
	Personality disorders AND Motivational Interviewing	19/2
	Personality disorders AND Patient Dropouts	40/4
	Personality disorders AND Treatment Refusal	7/1
	Personality disorders AND Professional-Patient relations	14/2
	Personality disorders AND Therapeutic Community	57/5
	Personality disorders AND Patient-Centered Care	5/4
<b>Total:</b>		183/22

	<b>Combinación</b>	<b>Resultados</b>
<b>SCOPUS</b>	Personality disorders AND Treatment adherence and compliance	13/1
	Personality disorders AND Medication adherence	14/1
	Personality disorders AND Nurse-Patient relations	2/1
	Personality disorders AND Motivational Interviewing	14/1
	Personality disorders AND Patient Dropouts	36/3
	Personality disorders AND Treatment Refusal	37/2
	Personality disorders AND Professional-Patient relations	32/9
	Personality disorders AND Therapeutic Community	10/2
	Personality disorders AND Patient-Centered Care	5/0
<b>Total:</b>		163/20
	<b>Combinación</b>	<b>Resultados</b>
<b>SLACK</b>	Personality disorders AND Treatment adherence and compliance	42/0
	Personality disorders AND Medication adherence	39/3
	Personality disorders AND Nurse-Patient relations	13/0
	Personality disorders AND Motivational Interviewing	16/0
	Personality disorders AND Patient Dropouts	11/0
	Personality disorders AND Treatment Refusal	25/0
	Personality disorders AND Professional-Patient relations	10/0
	Personality disorders AND Therapeutic Community	99/5
	Personality disorders AND Patient-Centered Care	78/2
<b>Total:</b>		333/10

## ANEXOS II

### Parrilla de evaluación de la calidad metodológica. (18)

#### Criterios de calidad a valorar en cada tipo de estudio:

##### Ensayos clínicos:

- a) Definición clara de la población de estudio, intervención y resultado de interés.
- b) Aleatorización adecuada.
- c) Control de sesgos (enmascaramiento).
- d) Seguimiento completo (menos del 20% de pérdidas)
- e) Análisis correcto (análisis por intención de tratar y control de covariables no equilibradas con la aleatorización).

##### Estudios de valoración de pruebas diagnósticas:

- a) Comparación con un patrón de referencia válido.
- b) Muestra representativa.
- c) Descripción completa de los métodos de realización de la prueba diagnóstica
- d) Control de sesgos (comparación ciega e independiente; control de sesgos de incorporación, verificación diagnóstica y revisión).
- e) Análisis correcto (datos que permitan calcular indicadores de validez).

##### Estudios de cohortes:

- a) Cohortes representativas de la población con y sin exposición, libres del efecto o enfermedad de interés.
- b) Medición independiente, ciega y válida de exposición y efecto.
- c) Seguimiento suficiente (igual o superior al 80%), completo y no diferencial.
- d) Control de la relación temporal de los acontecimientos (exposición-efecto) y de la relación entre nivel de exposición y grado de efecto (dosis-respuesta).
- e) Análisis correcto (control de factores de confusión y modificadores de efecto).

##### Estudios de casos y controles:

- a) Grupo de casos representativo de la población de casos (criterios de inclusión)
- b) Grupo control representativo del nivel de exposición en la población de la que proceden los casos, sin la enfermedad/efecto de interés, pero en riesgo de tenerlo
- c) Medición independiente y ciega de la exposición (enmascarada u objetiva)
- d) Control de la relación temporal de los acontecimientos (exposición-efecto) y de la relación entre nivel de exposición y grado de efecto (dosis-respuesta).
- e) Análisis correcto (control de factores de confusión y modificadores de efecto).

##### Estudios de costes:

- a) Pregunta bien definida: intervenciones o programas evaluados (uno o varios), medidas de resultados consideradas en términos de costes y efectos (coste-efectividad, coste-utilidad, coste-beneficio o minimización de costes) y perspectiva (paciente, hospital, proveedor sanitario o sociedad).
- b) Análisis basado en estimaciones de efectividad válidas.
- c) Análisis basado en estimaciones de costes válidas.
- d) Consideración de todas las alternativas, resultados y costes importantes
- e) Análisis correcto: ajustes temporales de los costes, análisis incremental y de sensibilidad.

##### Revisiones sistemáticas:

- a) Objetivos de la revisión bien definidos (población, intervención o factor de estudio, factor de comparación, medida de resultado)
- b) Búsqueda bibliográfica exhaustiva (estrategias y fuentes de datos)
- c) Adecuados criterios de inclusión y exclusión de estudios
- d) Correcta evaluación de la validez de los estudios incluidos
- e) Análisis correcto de los resultados (evaluación de la heterogeneidad, correcta combinación de resultados)

##### Estudios transversales y series de casos (sin valoración de pruebas diagnósticas):

- a) Población de estudio (población diana, población de estudio) y factor de exposición o efecto (enfermedad) objeto de estudio bien definidos.
- b) Muestra de estudio representativa de la población de estudio (procedimientos de selección, criterios de inclusión y exclusión, tamaño muestral). Validez externa.
- c) Medición independiente y ciega del factor de exposición o efecto en estudio (instrumentos válidos, homogéneos y objetivos). Validez interna.
- d) Presentación completa de los resultados (control de valores perdidos o fuera de rango)
- e) Análisis correcto de los resultados (estimaciones adaptadas al tipo de muestreo; control de sesgos).

### ANEXOS III

Título, Autor y Año	Objetivos	Materiales y Métodos	Resultados	Conclusiones	Calidad metodológica
<b>Randomised controlled trial of a treatment adherence programme for prisoners with mental health problems in Spain.</b>  Muela, A., Aliri, J., Presa, B., & Gorostiaga, A. (2020).  PUBMED	Examinar el impacto de un programa de adherencia al tratamiento (TAP, por sus siglas en inglés) en la adherencia a la medicación y el bienestar subjetivo entre los prisioneros que necesitan medicación para problemas de salud mental.	Ensayo controlado aleatorio. (Spain).  183 internos con problemas de salud mental, de entre los cuales se encontraban usuarios con trastornos de la personalidad	Se encontró que el TAP aumentó significativamente la adherencia a la medicación en comparación con el grupo de control. Además, aquellos que seguían el tratamiento prescrito reportaron un mayor bienestar subjetivo, mejor funcionamiento físico y mayor autocontrol en comparación con los que no lo hacían dentro del grupo de intervención.	Estos hallazgos sugieren que el TAP puede mejorar tanto la adherencia a la medicación como el bienestar subjetivo entre los internos que necesitan tratamiento para problemas de salud mental y trastornos de la personalidad.	4/5
<b>Effect of 3 Forms of Early Intervention for Young People With Borderline Personality Disorder The MOBY Randomized Clinical Trial</b>  Chanen et al. (2021)  PUBMED	Evaluar la efectividad de tres intervenciones tempranas para el Trastorno Límite de la Personalidad de diferente complejidad.	Ensayo clínico aleatorizado con asignación simple a ciegas. (Australia).  139 participantes con TLP fueron asignados al azar (de un grupo de 876; 70 declinaron, 667 excluidos)	el modelo HYPE obtuvo resultados superiores al modelo YMHS + befriending en asistencia y finalización del tratamiento. El grupo de HYPE + CAT mostró una asistencia y finalización del tratamiento superiores en comparación con el grupo que recibió befriending solo.	el modelo de servicio HYPE, mostró una mayor asistencia y finalización del tratamiento en comparación con YMHS + befriending,	4/5
<b>Evaluation of a brief intervention within a stepped care whole of service model for personality disorder</b>  Huxley E. et al. (2019)  PUBMED	Examinar las tasas de retención y las derivaciones de una intervención psicológica para el trastorno de la personalidad dentro de un modelo escalonado de atención.	Ensayo clínico. (Australia).  191 pacientes con TP.	El estudio sugiere una alta aceptación de la intervención, el 84,29% de los pacientes, asistieron a una o más sesiones. Además, se evidencia una reducción notable en la severidad de los síntomas.	La intervención psicológica breve demostró ser un nexo de calidad que une los servicios de crisis y los tratamientos de duración extendida dentro de un modelo de atención integral	3/5

Título, Autor y Año	Objetivos	Materiales y Métodos	Resultados	Conclusiones	Calidad metodológica
<b>Metacognitive Interpersonal Therapy in group (MIT-G) for young adults with personality disorders: A pilot randomized controlled trial</b> <b>Popolo, R. et al. (2018).</b> PUBMED	Evaluar si la Terapia Interpersonal Metacognitiva en Grupo (MIT-G) es aceptable para los pacientes y si conduce a una mayor adherencia al tratamiento en comparación con el tratamiento habitual (TAU).	EC con asignación aleatoria. (Italy).  20 Pacientes con TP asignados aleatoriamente a dos grupos, 10 tratados con MIT-G y 10 con TAU.	De los participantes  Los participantes que completaron el tratamiento tuvieron una alta tasa de asistencia, completando en promedio más del 90% de las sesiones programadas.	En general, estos hallazgos sugieren que la MIT-G puede ser efectiva para mejorar la adherencia terapéutica, ya que la mayoría de los participantes completaron el tratamiento y mostraron una alta asistencia y cumplimiento, lo que indica una aceptación positiva y una buena participación en el proceso terapéutico	4/5
<b>Outcomes of a Metaintervention to Improve Treatment Engagement Among Young Adults With Serious Mental Illnesses: Application of a Pilot Randomized Explanatory Design</b> <b>Michelle R. Munson. Et al. (2021)</b> SCOPUS	Evaluar una intervención dirigida a jóvenes con enfermedades mentales, de entre los cuales se encontraban pacientes con TP, con el fin de mejorar su participación en el tratamiento.	ECA (USA).  121 participantes asignados aleatoriamente a dos grupos: tratamiento estándar (TAU) y tratamiento estándar más el programa JDY (TAU + JDY).	JDY mejoró la participación y también impactó en cuatro objetivos mediacionales hipotetizados  Sin embargo, JDY no mostró diferencias significativas en las reacciones emocionales al tratamiento, la autoeficacia, la esperanza y las normas sociales como se esperaba	El estudio proporciona información valiosa sobre una intervención prometedora para abordar la falta de participación en el tratamiento de salud mental entre adultos jóvenes con enfermedades mentales graves y es útil para futuros refinamientos y mejoras del programa.	4/5
<b>The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit.</b> <b>Virgolesi, M. Et al. (2017)</b> PUBMED	Evaluando la efectividad de un plan de alta de enfermería en mejorar la adherencia terapéutica y aumentar la satisfacción del paciente con su tratamiento psiquiátrico.	Estudio de cohorte prospectivo. (Italia)  135 pacientes admitidos y seleccionados según criterios de tres hospitales distintos con una unidad de "PDTS" (Psychiatric Diagnosis and Treatment Services)	Los pacientes que recibieron más información sobre su estado de salud y sobre su tratamiento futuro, tuvieron una mayor adherencia al tratamiento. Los pacientes que estaban más satisfechos con la atención de enfermería proporcionada también mostraron una tasa más alta de adherencia.	Estos resultados sugieren que las intervenciones de enfermería aplicadas según el programa, pueden mejorar significativamente la adherencia al tratamiento de los pacientes psiquiátricos.	4/5

Título, Autor y Año	Objetivos	Materiales y Métodos	Resultados	Conclusiones	Calidad metodológica
<b>Alternative Model of Personality Disorders (DSM-5) Predicts Dropout in Inpatient Psychotherapy for Patients With Personality Disorder.</b> <b>Busmann, M. et al. (2019)</b> <b>WOS</b>	Investigar los Trastornos de Personalidad basándose en la evaluación del funcionamiento de la personalidad, junto con predictores de abandono del tratamiento, como la alianza terapéutica.	Estudio de cohorte prospectivo. (Switzerland).  132 pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad en tratamiento hospitalario.	Este estudio especifica que una alianza terapéutica evaluada positivamente por el terapeuta está asociado a una menor tasa de abandono del tratamiento.	. Este estudio resalta la importancia de la alianza terapéutica en la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes con trastorno de personalidad.	3/5
<b>Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis.</b> <b>Loots, E. et al. (2021)</b> <b>PUBMED</b>	Evaluar la efectividad de intervenciones diseñadas para mejorar la adherencia a la medicación en pacientes con trastornos psiquiátricos.	Revisión sistemática y metaanálisis. (Asia, Europe, and North America).  4238 participantes, distribuidos en diferentes estudios.	Las intervenciones conductuales y las educativas provocaron mejoras en la adherencia al tratamiento. Cuando se consideraron por separado según el tipo de intervención, no se hallaron diferencias significativas entre ellas.	La combinación de sesiones educativas enfocadas en el diagnóstico, síntomas, tratamiento y prevención de recaídas, junto con recordatorios y un programa de entrenamiento impartido por enfermeras cualificadas, puede mejorar la adherencia.	5/5
<b>Financial incentives for improving adherence to maintenance treatment in patients with psychotic disorders (Money for Medication): a multicentre, open-label, randomised controlled trial</b> <b>Noordraven, E. et al. (2017)</b> <b>PUBMED</b>	Este estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de proporcionar incentivos financieros para mejorar la adherencia a la medicación antipsicótica en forma de depósito entre pacientes con trastornos psicóticos	Ensayo clínico controlado aleatorio. (Netherlands).  169 pacientes asignados aleatoriamente	MPR a los 12 Meses: Más alto en el grupo de intervención (94,3%) en comparación con el grupo de control (80,3%). Seguimiento: La diferencia se mantuvo durante el período de seguimiento de 6 meses.	El estudio sugiere que proporcionar recompensas monetarias puede aumentar significativamente la adherencia a la medicación, como se refleja en un mayor MPR.	4/5

Título, Autor y Año	Objetivos	Materiales y Métodos	Resultados	Conclusiones	Calidad metodológica
<b>Interventions to improve medication adherence in mental health: the update of a systematic review of cost-effectiveness.</b>  García-Pérez, L. et al. (2020)	Evaluar la relación costo-efectividad de intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación en pacientes con problemas de salud mental.	Revisión sistemática. (Spain).  9 estudios sobre intervenciones.	ofrecer un incentivo económico a la administración de una inyección depot, una política de diseño que incorporaba copago y asesoramiento en un entorno empresarial, y tomar decisiones farmacológicas apoyadas en pruebas farmacogenéticas. arrojaron datos significativos relativos a la adherencia.	En conclusión, se observa que existen varias estrategias que pueden ser efectivas a la hora de mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos mentales. De forma específica, las intervenciones que ofrecen incentivos financieros, arrojan mejores resultados en estos pacientes.	5/5
<b>Physical activity influences adherence to pharmacological treatments in patients with severe mental disorders: results from the multicentric, randomized controlled LIFESTYLE trial</b>  Sampogna, G. et al. (2023).	Evaluar el impacto en la adherencia al tratamiento, de una intervención grupal basada en el estilo de vida de los pacientes con desórdenes mentales.	Ensayo clínico aleatorizado. (Italy)  401 pacientes	A los 6 meses de la intervención, los niveles de adherencia al tratamiento farmacológico cambiaron del 35.8% al 47.6%. Se estableció una relación entre la realización de actividad física moderada y la mejora de la adherencia terapéutica.	La promoción de actividad física moderada, resulta efectiva para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos mentales graves, además la implementación de esta intervención a nivel práctico es factible.	3/5

## Agradecimientos

Le dedico este trabajo a mi familia, de quién siento tanto orgullo, por enseñarme qué tipo de persona quiero ser. A mí pareja David, sin la cual, no habría sido capaz de lograr esto, de hecho, considero que habría que convalidarle el grado de enfermería por lo mucho que me ha escuchado y ayudado. A mis amigas por apoyarme y distraerme siempre que lo he necesitado, gracias. Y a esta profesión por darme un objetivo más en la vida, que sin duda explotaré al máximo: ser buena enfermera.