



LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON
TRASTORNOS
PSICÓTICOS

THE ADHERENCE TO TREATMENT
IN PATIENTS WITH PSYCHOTIC
DISORDERS

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORA:

❖ RAQUEL RUIZ ROLDÁN.

DIRECTOR:

❖ ALVARO DÍAZ MARTÍNEZ

CO-DIRECTORA:

❖ NIEVES MELÓN TASCÓN

*Facultad de Enfermería Casa de
Salud Valdecilla.*

Grado en Enfermería.

Promoción 85 (2015 - 2019).

AVISO DE RESPONSABILIDAD UC.

Este documento es el resultado del Trabajo de Fin de Grado de un alumno, siendo su tutor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha información académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

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

Índice.

1. Resumen y palabras clave.	3
Abstract and keywords.....	3
2. Introducción.	4
2.1 Justificación del tema.	4
2.2 Objetivos del trabajo.....	5
2.3 Metodología de búsqueda bibliográfica.	5
2.4 Descripción breve de los capítulos.....	6
3. Capítulo I: generalidades sobre la adherencia terapéutica.	7
4. Capítulo II: adherencia terapéutica en el ámbito psiquiátrico.....	8
4.1 Importancia del insight en la adherencia al tratamiento psiquiátrico.	9
4.2 Causas de la falta de adherencia terapéutica.	10
4.3 Consecuencias de la falta de adherencia terapéutica.....	12
4.3.1 Consecuencias en el paciente.	12
4.3.2 Consecuencias en el sistema de salud.	12
4.4 Métodos de valoración de la adherencia terapéutica en el ámbito psiquiátrico.	13
4.4.1 Métodos de valoración objetivos.....	13
4.4.2 Métodos de valoración subjetivos.	15
5. Capítulo III: estrategias para abordar la falta de adherencia terapéutica en pacientes con trastornos psicóticos.	16
5.1 Actividades de enfermería.	16
6. Reflexiones.	21
7. Bibliografía.	22
8. Anexos.	26
ANEXO I: componentes de la adherencia terapéutica.....	26
ANEXO II: escala de evaluación de la adherencia terapéutica <i>Rating of Medication Influences (ROMI)</i>	27
ANEXO III: escala de evaluación de la adherencia terapéutica <i>Drug Attitude Inventory (DAI – 10)</i>	31
ANEXO IV: escala de evaluación de la adherencia terapéutica <i>Medication Adherence Rating Scale (MARS)</i>	32
ANEXO V: escala de evaluación de la adherencia terapéutica <i>Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs (BEMIB)</i>	33
ANEXO VI: escala de evaluación de la adherencia terapéutica <i>Brief Medication Questionnaire (BMQ)</i>	33
ANEXO VII: escala de evaluación de la adherencia terapéutica <i>Morisky Adherence Scale</i>	34

1. Resumen y palabras clave

En la actualidad, la adherencia terapéutica sigue suponiendo uno de los principales temas de estudio entre los profesionales sanitarios, ya que se trata de un fenómeno complejo que atañe variables multifactoriales. Su importancia radica en la influencia que ejerce en la evolución y el pronóstico del paciente, además una baja adherencia terapéutica implica un mayor impacto socioeconómico y un mal uso de los recursos sanitarios por complicaciones evitables. En el caso del tratamiento en pacientes psicóticos, la adherencia cobra todavía más importancia, ya que el abandono de este constituye un problema prevalente en la actualidad. En la adherencia del paciente psiquiátrico, la variable más importante a tener en cuenta es el propio paciente, concretamente su *insight* de enfermedad, incluyendo su comportamiento y actitudes relacionadas con el tratamiento. Es por ello que como profesionales de enfermería debemos emprender acciones enfocadas al establecimiento del tratamiento psiquiátrico, favoreciendo la adherencia y diseñando nuevas estrategias que nos permitan adaptarnos al paciente dentro de su contexto como ser holístico.

- **PALABRAS CLAVE:** adherencia al tratamiento, paciente psiquiátrico, trastornos psicóticos, *insight*, enfermería.

Abstract and keywords

Currently, the adherence to treatment is still one of the main topics in study by the health professionals, because it is a complex phenomenon that involves multifactorial variables. Its importance lies in the influence it exerts on the patient's evolution and prognosis, furthermore a low therapeutic adherence entails a greater socioeconomic impact and it implies a misuse of health resources by avoidable complications. The treatment in patients with psychotic disorders, the adherence becomes even more relevant, since the treatment's abandonment currently is a prevalent problem. In the adherence treatment in psychiatric patients, the most important variable to have into account is the own patient, specifically their illness insight, including their behavior and attitude related to the treatment. For those reasons, as a nursing professional we should undertake actions focused on the psychiatric treatment establishment, favoring the adherence and designing new strategies that allow us to adapt ourselves to the patients inside their context as an holistic being.

- **KEYWORDS:** adherence to treatment, psychiatric patient, psychotic disorders, insight, nursing.

2. Introducción

La adherencia terapéutica se entiende como “el contexto en el cual el comportamiento de un paciente coincide con las recomendaciones relacionadas con su salud”. Esta definición toma al paciente como un ser autónomo, que influye en su propio estado de salud y puede opinar respecto a su diagnóstico y preferencias del tratamiento, asumiendo la responsabilidad de su autocuidado (asistencia a citas con el proveedor de salud, toma de medicación, modificación del estilo de vida según las recomendaciones así como completar los análisis/pruebas solicitadas, entre otras) (1).

El abandono terapéutico y la falta de adherencia en patologías crónicas son problemas de envergadura global. Se estima que tan solo aproximadamente el 50% de los pacientes crónicos en países desarrollados siguen todas las pautas y medidas prescritas, y por ende, tienen una buena adherencia terapéutica. En el caso de los países subdesarrollados o en vías de desarrollo este porcentaje es todavía menor; la falta de recursos sociosanitarios y de políticas que avalen la importancia de un seguimiento terapéutico suponen el mayor hándicap a superar en este contexto (2).

Podemos afirmar que la prevalencia de patologías crónicas ha aumentado en las últimas décadas, y con ello, la magnitud del problema. Las consecuencias derivadas de una baja adherencia transitan en un amplio rango de aspectos, desde el empeoramiento de la calidad de vida del paciente hasta un aumento evitable del gasto sanitario (hospitalizaciones, aumento de la demanda de atención sanitaria y pruebas médicas entre otras). Una buena adherencia al tratamiento implica un buen control de la enfermedad y de complicaciones previsibles, predisponiendo a un pronóstico favorable (1).

En el caso de los pacientes con patologías mentales el fenómeno de la adherencia terapéutica es todavía más complejo. Según la OMS, estos trastornos se caracterizan por alteraciones en el pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Es por ello, que la adherencia, al definirse como un comportamiento, se vea afectada en gran medida por este tipo de patologías (3). La literatura dice que los principales obstáculos a superar son, principalmente, la estigmatización del trastorno mental por la sociedad, los efectos secundarios de la medicación y la propia conciencia de enfermedad del paciente respecto a su estado de salud mental (4). En los últimos años la prevalencia de los trastornos mentales ha aumentado considerablemente, así como las recidivas por falta de adherencia al tratamiento, y por ende, está justificado su estudio (3).

2.1 Justificación del tema

En la actualidad, la falta de adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos supone uno de los mayores problemas a resolver como profesionales de enfermería. El mal cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas tiene un gran impacto sobre el paciente y el propio sistema sanitario. Pese a ello, todavía no se le otorga la importancia que realmente merece, principalmente por las dificultades que presenta a la hora de medir su repercusión social. Podemos intuir las complicaciones derivadas de una mala adherencia, pero no se ofrecen cifras reales sobre los problemas que podrían haber sido prevenidos si partimos de una buena base de cumplimiento del régimen terapéutico.

En el abordaje de esta cuestión, el personal de enfermería tiene un papel protagonista. La educación sanitaria, así como el control de la toma de medicación, se realiza principalmente por los enfermeros. El contacto directo con el paciente propio de nuestra profesión, nos proporciona una posición privilegiada a la hora de conocer de forma individual las percepciones y opiniones de los usuarios respecto su enfermedad y régimen terapéutico, y de esta forma, afrontar el problema de la falta de adherencia de forma individualizada y teniendo en cuenta las peculiaridades de cada caso.

Tras mi rotación por el Centro Sociosanitario Padre Menni, pude ver en primera persona la labor asistencial de las enfermeras en los trastornos mentales crónicos. Esto me permitió descubrir que la principal causa de ingreso en el centro era el abandono del tratamiento terapéutico. La práctica asistencial de la enfermería en estos centros se basa en el control de la toma de la medicación y el manejo conductual. El hecho de que muchos de los pacientes ingresados pudiesen llevar una vida funcional en su domicilio dependía, principalmente, de una adecuada adherencia al tratamiento. Esto me ayudó a ampliar mi perspectiva, haciéndome preguntar si realmente la institucionalización de las personas cuyo problema principal era una baja adherencia terapéutica era la única solución a largo plazo.

2.2 Objetivos del trabajo

Objetivo principal:

- Describir el papel de la enfermería en la adherencia al tratamiento psiquiátrico, reivindicando la importancia de un abordaje holístico e interdisciplinar y definir las estrategias más efectivas para su mejora.

Objetivos específicos:

- Identificar las principales causas de abandono terapéutico en pacientes psicóticos.
- Describir las repercusiones en el paciente y a nivel sanitario más relevantes en el contexto de una mala adherencia terapéutica.
- Clasificar los métodos de medición más efectivos y plausibles en la práctica clínica para evaluar la adherencia terapéutica.

2.3 Metodología de búsqueda bibliográfica

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica de una serie de artículos científicos y el manual diagnóstico DMSV. Para acceder a ellos he empleado diferentes bases de datos: Google Académico, PubMed, Dialnet y SciELO principalmente. Además, he consultado páginas oficiales entre las que se encuentran la OMS (who.int), Clínica Mayo y Medline.

Para la planificación de la búsqueda bibliográfica, me he centrado en primera instancia en los datos más generales para contextualizar el trabajo. Por ello he hecho uso de descriptores de ciencias de la salud ambiguos, séanse “adherencia”, “cumplimiento”, “tratamiento” y “medicación”. Principalmente, los datos del capítulo I fueron recopilados usando estos descriptores, combinándolos con los operadores booleanos “OR” y “AND”. Para la redacción de este apartado, he hecho uso de datos oficiales de la OMS, en los que se recalca las consideraciones más generales del tema así como las repercusiones y los factores de riesgo que precipitan una falta de adherencia terapéutica. Por otro lado, para la realización de este primer capítulo he buscado algún dato estadístico, para lo cual he encontrado muchas dificultades. La escasez de datos actuales y el poco estudio del tema en cuestión, han sido los mayores hándicaps a la hora de encontrar cifras relevantes para el trabajo.

En el segundo capítulo es cuando el tema de mi trabajo se plantea por primera vez. Una vez contextualizado el proceso de la adherencia terapéutica, entramos en detalles con los trastornos psicóticos. En este caso, he querido contextualizar primero de forma resumida qué es y cuáles son las características de este trastorno. También describo brevemente la morbi-mortalidad de esta problemática, con el objetivo de reivindicar la trascendencia que puede cobrar si nos fijamos en sus repercusiones. Posteriormente describo de forma más específica las causas, las consecuencias y los métodos de valoración disponibles en la actualidad. Para su realización, he hecho uso de nuevos descriptores más específicos como “psiquiatría”, “psicosis”, “paciente psicótico”, “medicación antipsicótica” e “*insight*”, principalmente. Todos ellos combinados con los descriptores mencionados en el capítulo I, y entre ellos, con los operadores booleanos.

Por último, en el capítulo 3 se describen las estrategias e intervenciones para paliar el problema de la falta de adherencia terapéutica en los pacientes psicóticos. He hecho uso del descriptor “enfermería”, en combinación con todos los descriptores mencionados anteriormente. Este capítulo fue el más sencillo de realizar, puesto que ya contaba con un amplio abanico de bibliografía, del cual extraje la mayor parte de la información. Además, el apartado de actividades de enfermería se basa, principalmente, en la taxonomía NANDA, por lo que únicamente tuve que redactar las consideraciones más importantes en relación y formular los posibles diagnósticos.

Los descriptores empleados en la búsqueda bibliográfica fueron consultados en la página web de descriptores de ciencias de la salud MeSH/DeCS son: “*adherence* / adherencia”, “*compliance* / cumplimiento”, “*treatment* / tratamiento”, “*medication* / medicación”, “*psychiatric patient* / paciente psiquiátrico”, “*psychiatry* / psiquiatría”, “*insight* / conciencia de enfermedad”, “*psychosis* / psicosis” y “*nursing* / enfermería”. Estos descriptores fueron relacionados gracias a los operadores booleanos “AND” y “OR”. Con el fin de focalizar el trabajo, se establecieron los siguientes criterios de inclusión en la búsqueda bibliográfica:

- Texto completo gratuito (con y sin acceso a través de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria).
- Fecha de publicación posterior a 1998.
- Bibliografía escrita en español, inglés o portugués. En el trabajo se recogen 29 artículos en español, 7 artículos en inglés y 1 en portugués.
- Estudios realizados en todos los países siempre que el idioma de redacción sea español, inglés o portugués.

Por último, las limitaciones de este trabajo han sido, principalmente:

- Idiomas diferentes a los seleccionados en los criterios de inclusión, ya que se puede haber perdido información relevante mencionada en otras publicaciones.
- Acceso de pago a publicaciones cuyo abstract indicaba pertinencia en relación al tema trabajado.
- Complicaciones a la hora de encontrar datos estadísticos del último año.

2.4 Descripción breve de los capítulos

Capítulo I: descripción del concepto de adherencia al tratamiento y autores destacados relacionados con el tema.

Capítulo II: generalidades de los trastornos mentales (causas y factores de riesgo), focalización de la adherencia terapéutica en aquellos pacientes con trastornos psicóticos. Causas principales de la falta de adherencia, consecuencias de la falta de adherencia y tipos de métodos de valoración de la adherencia empleados en el ámbito psiquiátrico.

Capítulo III: abordaje por el personal sanitario del fenómeno de la falta de adherencia terapéutica, centrandó la atención en las actividades como profesionales de enfermería y en la taxonomía NANDA.

3. Capítulo I: generalidades sobre la adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el grado en el que un paciente sigue las instrucciones terapéuticas aportadas por un proveedor de cuidados/personal sanitario. Este concepto se puso sobre la mesa en 2001, marcando el punto de partida que ayudaría, posteriormente, a definir de una forma más precisa todos los aspectos que este abarca (2). Varios autores criticaron esta definición, ya que se puede entender como un proceso unilateral, en el que el médico o el personal sanitario ofrecen unas determinadas órdenes terapéuticas y el paciente, como un sujeto pasivo, las acata y sigue. Cuando la realidad en la práctica clínica es muy diferente; la adherencia al tratamiento es un proceso complejo que se ve influido por variables de diferente naturaleza, donde el paciente actúa de eje principal sobre el cual van dirigidas todas nuestras intervenciones como profesionales sanitarios (5).

Desde el siglo XX han sido muchos los autores que han intentado describir y clasificar la adherencia terapéutica. En este campo de estudio, podemos destacar los siguientes autores en orden cronológico:

- ❖ **1976:** el autor Haynes se dedicó al estudio de las variables que pueden influir en la adherencia al régimen terapéutico. En su trabajo, identifica y describe más de 200 variables, entre ellas menciona la complejidad del tratamiento, la duración, las creencias del paciente, el apoyo social y familiar... Este estudio marcó el punto de partida sobre los factores que condicionan el cumplimiento.
- ❖ **1986:** Milklowith focaliza su atención de estudio en la historia clínica del paciente, de donde obtiene variables cuasicuantitativas que marcan el grado de adherencia del paciente:
 - Nunca dejó de seguir el tratamiento → raramente dejó de seguirlo → a veces dejó de seguirlo → a menudo dejó de seguirlo → abandono del tratamiento.
- ❖ **1989:** McEvoy basa sus investigaciones en niveles de importancia, centrando su estudio en aspectos relacionados con la psicología y las actitudes de los pacientes. De esta forma identificamos varias actitudes relacionadas con el cumplimiento del tratamiento farmacológico:
 - Actitud activa → el paciente lleva un buen control de la medicación.
 - Actitud pasiva → hay que animar al paciente para que mantenga un buen control del tratamiento.
 - Actitud de resistencia → el paciente evita la medicación.
 - Actitud de rechazo abierto → el paciente rechaza la medicación pero se le administra de forma involuntaria (6).

El proceso de adherencia terapéutica viene definido por la iniciación del tratamiento (con la toma de la primera dosis), la ejecución (entendida como el grado en el que la pauta real de un paciente se ajusta a lo prescrito por el profesional) y la discontinuación (cuando se empiezan a omitir las dosis antes de la finalización del tratamiento) (ANEXO I) (7). Hay que tener en cuenta que el incumplimiento terapéutico puede suceder en cualquiera de estas fases, y eso nos ofrece información para ver de qué forma se puede abordar la falta de adherencia, y encaminar nuestras acciones en una causa u otra (7). En España, un paciente adherente se considera a todo aquel que toma la dosis prescrita, con una variación de entre el 80-110%. En función del periodo de seguimiento del tratamiento, podemos identificar varios tipos de incumplimiento:

- ❖ **Incumplimiento parcial/ esporádico:** sigue las pautas prescritas con pequeñas excepciones. La causa más frecuente es el olvido de la toma de medicación.
- ❖ **Descanso farmacológico/vacaciones terapéuticas:** los pacientes dejan de tomar el tratamiento coincidiendo en fines de semana, festivos o vacaciones. Estos pacientes retoman la medicación si reaparecen los síntomas asociados.

- ❖ **Cumplimiento de bata blanca:** este tipo de incumplimiento se encuentra presente principalmente en pacientes con trastornos mentales. Los pacientes se administran la medicación únicamente los días previos a su consulta con el médico.
- ❖ **Incumplimiento absoluto:** es habitual en paciente con patologías crónicas, y supone la suspensión del tratamiento de forma indefinida (8).

4. Capítulo II: adherencia terapéutica en el ámbito psiquiátrico

El término “enfermedades mentales” hace referencia al conjunto de los distintos padecimientos que pueden afectar a la salud mental, los cuales pueden incidir en el estado de ánimo, el comportamiento y el pensamiento de los individuos que las padecen, manifestando signos y síntomas permanentes en el tiempo y que a su vez alteran la capacidad del sujeto para funcionar de forma normal. Se debe justificar el estudio de las principales causas y factores de riesgo asociados a este tipo de patologías, con el fin de identificar los determinantes de salud que se deben tener en cuenta para su prevención (9).

<u>PRINCIPALES CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES</u>	<u>FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES MENTALES.</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Atributos hereditarios. La enfermedad mental es más frecuente en las personas cuyos parientes consanguíneos también la padecen. Ciertos genes pueden aumentar el riesgo de padecer una enfermedad mental y la situación de vida en particular puede desencadenarla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener un pariente consanguíneo (como padre o hermano) con una enfermedad mental. • Una enfermedad mental anterior. • Consumo de sustancias tóxicas (como el alcohol o drogas recreativas).
<ul style="list-style-type: none"> • Exposición ambiental anterior al nacimiento. La exposición a factores de estrés ambientales, enfermedades inflamatorias, toxinas, drogas o alcohol en el útero puede asociarse, en algunos casos, con la enfermedad mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las situaciones estresantes de la vida, como problemas financieros, el divorcio o la muerte de un ser querido. • Experiencias traumáticas, como el combate militar o haber sido víctima de un ataque.
<ul style="list-style-type: none"> • Química del cerebro. Los neurotransmisores son sustancias químicas que se encuentran naturalmente en el cerebro y que transmiten señales a otras partes del cerebro y del cuerpo. Cuando las redes neurales que contienen estas sustancias químicas se ven alteradas, la función de los receptores nerviosos y de los sistemas nerviosos cambia, lo que puede generar un trastorno mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades permanentes (crónicas), como la diabetes. • Daño cerebral como consecuencia de una lesión grave (traumatismo cerebral), por ejemplo, a causa de un golpe violento en la cabeza. • Haber sufrido maltrato o abandono durante la infancia. • Tener pocos amigos o pocas relaciones interpersonales saludables. • Una enfermedad mental anterior.

*DATOS EXTRAÍDOS DE (9).

Los últimos datos recogidos en 2017 acerca de la morbilidad psíquica en España aproximan el porcentaje al 19,1%, habiendo disminuido ligeramente desde 2006, año en el que las cifras alcanzaban el 22,2%. También se aprecian tasas significativamente más altas en mujeres, con un 22,8% respecto a los hombres, con un porcentaje de 14,6% a nivel nacional (10). Además, la esperanza de vida media se ve afectada por los problemas en la salud mental. La tasa de mortalidad por suicidio en los trastornos esquizofrénicos es 9 veces mayor, y en la depresión mayor, este riesgo se multiplica por 21 respecto a la población general (11).

El término “trastorno psicótico” se define como un trastorno mental grave que cursa con características propias de la psicosis, tales como: pérdida del contacto con la realidad, ideas y percepciones anormales (delirios y alucinaciones), y pensamiento desorganizado (12). Este tipo de trastornos se ordenan según la clasificación del DMS-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2014: trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Esta categoría abarca a los trastornos esquizoafectivos, así como otras patologías mentales (como el trastorno bipolar) que pueden cursar con síntomas psicóticos (13). Existen además otros problemas que pueden cursar con síntomas psicóticos, como pueden ser el tumores/infecciones cerebrales, intoxicación por alcohol/drogas, ciertos medicamentos (14).

En este contexto, la adherencia al tratamiento supone una dificultad añadida. La asociación de los problemas psicóticos a elementos tan cardinales en el cumplimiento terapéutico como pueden ser la conciencia de enfermedad (*insight*), el deterioro cognitivo o el abuso comórbido de sustancias, supone el mayor hándicap para establecer una adecuada adherencia terapéutica (4). Al tratarse de un proceso complejo y multifactorial, se debe tener en cuenta no solo las características del paciente, sino también su entorno socioeconómico y la relación establecida entre el usuario y el equipo asistencial, así como la forma en que el paciente percibe los efectos de la medicación sobre sí mismo (efectos secundarios indeseables o molestos) (15).

Por otro lado, cabe mencionar que en la actualidad no existen sistemas de medición adecuados para una correcta evaluación de la adherencia terapéutica en este ámbito, por lo que es necesario el uso de varios de estos métodos para paliar las insuficiencias que presentan (16).

4.1 Importancia del *insight* en la adherencia al tratamiento psiquiátrico

En la práctica clínica, podemos observar que la mayoría de pacientes diagnosticados con un trastorno psicótico no reconoce su propia enfermedad. La falta de introspección o conciencia de enfermedad (*insight*) suelen ser características comunes en las personas que sufren este tipo de trastornos mentales (17). El *insight* o conciencia de enfermedad es un fenómeno complejo, entendiéndose por la influencia de todo tipo de factores, como pueden ser la sociedad, la cultura o el propio lenguaje. La combinación de todos estos aspectos formula la sintomatología en cada paciente, entendiéndose como un proceso holístico e individual (4).

Numerosos estudios avalan la importancia del *insight* en relación a la adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos. Estas investigaciones recalcan que aquellos pacientes con una adecuada conciencia de su enfermedad y de los efectos beneficiosos del tratamiento, tienen más probabilidades de seguir el tratamiento terapéutico prescrito (18, 19, 20).

Han sido muchos los autores que han estudiado la relación de una buena conciencia de la enfermedad y el pronóstico de esta. Todos ellos coinciden en que los pacientes que adoptan una postura realista de su enfermedad tienen menor riesgo de recidiva, un mejor funcionamiento social y una menor estancia en el hospital en caso de recaída (4).

4.2 Causas de la falta de adherencia terapéutica

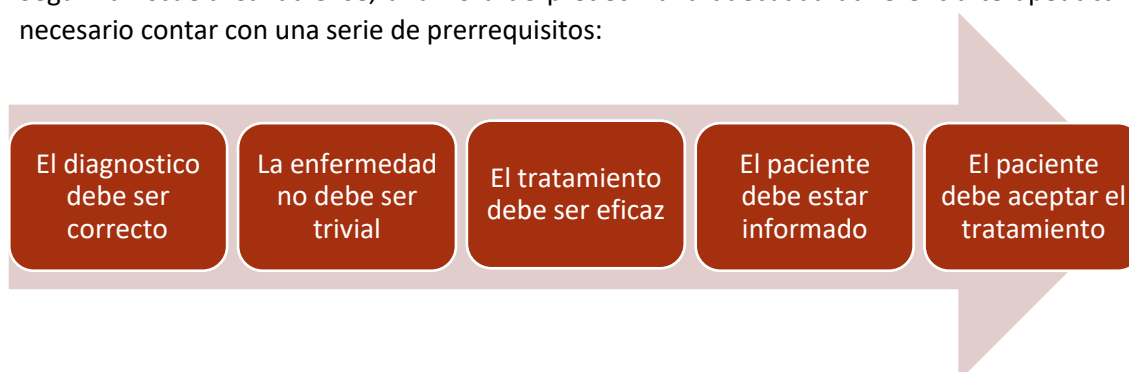
Los datos recogidos por Vellingan y colaboradores en 2017, concluye que al menos el 40% - 50% de los pacientes con trastornos psicóticos graves son no adherentes a su tratamiento. Además este estudio demuestra que el pico más alto de adherencia al tratamiento se produce al año (con un porcentaje de falta de adherencia del 36%), disminuyendo progresivamente hasta alcanzar una tasa de falta de adherencia del 61% al transcurrir 4 años con la enfermedad.

En el estudio transversal propuesto por Bayle y colaboradores en 2015, se estudiaron 1610 casos de pacientes psicóticos a los que se les realizaron el cuestionario MAQ (*Medication Adherence Questionnaire*), obteniendo los siguientes resultados (14):

FALTA DE ADHERENCIA	PORCENTAJE	
Adherencia al tratamiento en medicación oral.	53,2% adherencia baja	29,5% adherencia media
Olvidos ocasionales de la toma de medicación.	64%	
Errores en la posología del tratamiento.	63,6%	
Interrupción del tratamiento por sentimientos de recuperación.	60,7%	

*DATOS EXTRAÍDOS DE (14).

Según la Escuela Canadiense, a la hora de predecir una adecuada adherencia terapéutica es necesario contar con una serie de prerrequisitos:



Los datos empíricos nos revelan que los motivos más habituales por los que se emprende el abandono del tratamiento antipsicótico son:

1. **Mala relación médico-paciente.**
2. **Falta de información sobre la enfermedad o el tratamiento.** Por ejemplo:
 - no entender las pautas de administración.
 - confundir la indicación terapéutica de la medicación.
 - confundir los efectos secundarios por síntomas de la enfermedad.
 - pensar que la medicación es adictiva.
 - pensar que sólo debe tomarse en la fase aguda.
3. **Efectos secundarios molestos** (acatisia, disfunciones sexuales, rigidez muscular, etc.).
4. **Dificultades de memoria.**
5. **Pautas complejas de administración.**
6. **Presiones sociales para el abandono.**

- 7. Vergüenza por el estigma social.** Considerar que tomar medicación equivale a ser un enfermo mental y rechazar esa idea.
- 8. Abuso de alcohol u otras drogas.**
- 9. Cansancio/aburrimiento después de tratamientos prolongados.**
- 10. Miedo a ser percibido con impregnación de fármacos (“neuroleptizado”).**
- 11. Embarazo.**
- 12. Aumento de peso.**
- 13. Confiar en medicinas alternativas.**
- 14. Negación de la enfermedad.**

Aunque podemos averiguar los motivos principales del abandono terapéutico, los autores dividen estos en una clasificación ordenada, tomando como eje principal al paciente y la medicación administrada. También resulta interesante abarcar el entorno y los factores relacionados con los profesionales sanitarios en contacto con el usuario, ya que pueden influir en gran medida en las determinaciones del paciente respecto a su plan terapéutico (15):

- **FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE:**
 - Negación de la enfermedad / baja conciencia de enfermedad.
 - Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas: predisponen a una peor adherencia al tratamiento.
 - Edad: mayor riesgo o negativa a la toma de la medicación en pacientes más jóvenes.
 - Nivel educativo: a mayor nivel educativo mayor es el grado de adherencia.
 - Características étnicas / culturales: las personas inmigrantes o de grupos étnicos minoritarios presentan una peor adherencia al tratamiento.
 - Creencias y características personales.
 - Voluntariedad del tratamiento.
 - Círculo de apoyo social: a mayor círculo social de apoyo, mayor probabilidad de establecer una buena adherencia terapéutica.
- **FACTORES RELACIONADOS CON EL FÁRMACO:**
 - Dosis o posología incorrectas.
 - Duración y complejidad del tratamiento.
 - Efectos secundarios indeseables o molestos (reales o imaginarios).
 - Medicamentos de mal sabor o difíciles de ingerir.
 - Indicaciones que interfieran en los hábitos del paciente (no poder tomar alcohol, por ejemplo).
- **FACTORES RELACIONADOS CON EL ENTORNO.**
 - Barreras prácticas (falta de dinero o transporte).
 - Soporte o supervisión inadecuados.
- **FACTORES RELACIONADOS CON LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.**
 - Alianza terapéutica pobre (falta de comunicación, información escasa acerca del tratamiento...).
 - Complejidad del propio Sistema de Salud.
 - Falta de recursos sanitarios (listas de espera, poco tiempo dedicado en consulta...).

Estos datos verifican lo que se daba por hecho: la adherencia al tratamiento se entiende como un proceso complejo que abarca tantas dimensiones como tiene el paciente. Esto justifica las dificultades que encontramos a la hora de valorarlo y medirlo, estableciéndose como un objeto interesante de estudio por la asociación de este y un pronóstico favorable (5, 7, 15, 21, 22).

4.3 Consecuencias de la falta de adherencia terapéutica

Como cabe esperar, las consecuencias de la falta de adherencia terapéutica engloban varias dimensiones interrelacionadas entre sí. Es por ello podemos discernir dos categorías principales, que engloban de forma resumida los aspectos que se ven influenciados por una falta de adherencia al tratamiento:

4.3.1 Consecuencias en el paciente

Podemos afirmar que la consecuencia más grave y de mayor prevalencia entre los pacientes psicóticos es el riesgo de recaída y rehospitalización. Según la revisión realizada por Fenton y colaboradores en 1997, los pacientes considerados como no-adherentes tienen un riesgo de recaída 3.7 veces superior en el plazo de 6 meses a 2 años, en comparación con los si adherentes. La ambigüedad a la que se ven expuestos los pacientes es que una baja adherencia terapéutica no tiene consecuencias inmediatas: la recaída en síntomas psicóticos ocurre normalmente después de semanas o meses después de haber interrumpido el tratamiento. Es por ello, que pocos asocian esta recaída con una mala adherencia a la medicación, disminuyendo el riesgo percibido (23). En revisiones posteriores, se asociaron las recaídas en las primeras etapas de la enfermedad con un aumento del riesgo de rehospitalización y un peor pronóstico de la enfermedad. A su vez, las recaídas hospitalarias se ven estrechamente relacionadas con una cronicidad de los síntomas (psicóticos y no psicóticos) y una mayor tolerancia a la medicación antipsicótica, haciendo menos eficaces sus efectos terapéuticos (24).

En estudios posteriores, las hospitalizaciones y recidivas de pacientes que no seguían las pautas prescritas se asociaron directamente con un mayor riesgo de que la familia se negase a participar en su tratamiento (25). También se ha demostrado que aquellos pacientes con trastornos psicóticos (especialmente esquizofrénicos) que no tienen medicación prescrita, muestran un mayor deterioro del funcionamiento social y de su calidad de vida, así como un aumento de la mortalidad. En este contexto, podemos deducir que una adecuada adherencia terapéutica a las medicaciones antipsicóticas favorecen la mejora de la calidad de vida, asociándose a su vez a una mejora en su esperanza de vida (26).

4.3.2 Consecuencias en el sistema de salud

La adherencia al tratamiento es uno de los pilares más importantes de la salud pública, considerando su falta como un problema de magnitud global, y con repercusiones graves sobre el sistema de salud. Se ha demostrado que la falta de adherencia terapéutica está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo, aunque en los países más pobres esta problemática alcanza mayores magnitudes (27).

Uno de los fenómenos más estudiados en psiquiatría es el de “la puerta giratoria”. Este proceso se observa en aquellos pacientes que sufren múltiples y continuos ingresos en las unidades de agudos de psiquiatría, y es cada vez más frecuente. Este fenómeno se explica por las políticas restrictivas de ingreso en el hospital, en el que solo los pacientes más graves son hospitalizados. Los trastornos psicóticos son los que más frecuentemente se asocian a una mayor tasa de reingresos. Además, la presión derivada de la necesidad de camas libres provoca que estos pacientes solo permanezcan un periodo de tiempo limitado en el hospital, dándoles de alta de forma prematura sin garantizar una recuperación óptima. Esto origina una elevada tasa de reingresos, derivando en el fenómeno de la puerta giratoria. Numerosos estudios coinciden en que los predictores de rehospitalización más importantes son el número de ingresos previo, el abuso de sustancias tóxicas asociado y una baja adherencia al tratamiento prescrito (28).

La no adherencia terapéutica se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, que a su vez va ligado a una disminución de la calidad de vida, un aumento de la morbi-mortalidad y un

consumo evitable de los recursos socio-sanitarios del sistema. Cada vez que un paciente acude a un centro sanitario, se producen una serie de costes asociados que se encuentran reflejados en la tabla descrita a continuación.

<ul style="list-style-type: none"> • Coste de adquisición, preparación, administración y monitorización de los medicamentos.
<ul style="list-style-type: none"> • Coste de hospitalización, visitas consulta externa y/o médico de familia, visita al servicio de urgencia, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Coste de consulta intrahospitalaria o entre niveles asistenciales.
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas complementarias efectuadas y analíticas realizadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Coste de tratamiento recaídas/recidivas.

En EEUU, se estima que los costes de hospitalización por una mala adherencia ascienden hasta los 13.350 millones de dólares, que representa el 1,7% de su coste sanitario total (29). En España, los últimos datos recogidos por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el año 2017, estudian las altas, la estancia media y el coste medio de los 25 procesos médicos más frecuentes en hospitalización. Entre ellos, se menciona la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos como el proceso con mayor estancia media de ingreso (22,69 días) y el que más coste supone para el Estado, alcanzando los 9345,62 € de gasto medio (30). A nivel social, también existen datos que corroboran gastos indirectos relacionados con una pérdida de la productividad en los pacientes con trastornos psicóticos, asociados fundamentalmente a la incapacidad laboral (11).

4.4 Métodos de valoración de la adherencia terapéutica en el ámbito psiquiátrico

A pesar de que la adherencia terapéutica se considera uno de los factores más predictivos del pronóstico de la enfermedad mental, aun no existen métodos de evaluación adecuados que abarquen todas las dimensiones de este fenómeno y sean aplicables en la práctica clínica. Dentro de este contexto, podemos diferenciar dos modalidades de valoración dependiendo de los factores que se tengan en cuenta.

4.4.1 Métodos de valoración objetivos

Dentro de este apartado podemos diferenciar métodos directos o indirectos. El método directo de valoración consiste en la medición del fármaco u otros marcadores bioquímicos en los fluidos corporales del paciente. De esta forma, podemos averiguar si el paciente se ha tomado o no la medicación prescrita según los niveles presentes en el usuario. A pesar de que se trata de un método de medición totalmente objetivo, nos podemos encontrar ciertos obstáculos que cuestionan su fiabilidad. Entre ellos diferenciamos a aquellos pacientes denominados “incumplidores de bata blanca”. Este tipo de usuarios únicamente siguen el tratamiento pautado los días previos a su consulta con su médico. De esta forma, en sus análisis no se dan parámetros anormales de fármaco y son considerados pacientes con buena adherencia, aunque no sigan las pautas prescritas el resto de días. También encontramos hándicaps en relación con el tipo de psicofármacos, ya que no todos son medibles a través de este método. Los ejemplos más comunes son las sales de litio y el valproato, ya que alteran nuestros niveles séricos y por lo tanto son mesurables. Por último, cabe destacar que la metabolización de los fármacos difiere de un paciente a otro, por lo tanto, los niveles séricos que obtenemos nos sirven únicamente para cerciorarnos de que el medicamento se ha tomado o no, sin considerar si la dosis administrada ha sido la correcta. En la práctica clínica este método tiene poca utilidad, ya que son necesarias infraestructuras específicas (laboratorios) para poder llevarse a cabo, son caras y solo se pueden emplear con determinados fármacos. Por otro lado, los métodos objetivos

indirectos valoran la toma de la medicación y el grado de control de la enfermedad del paciente. Entre ellos, destacamos los siguientes métodos (16):

MÉTODOS DE VALORACIÓN	DESCRIPCIÓN	VENTAJAS	INCONVENIENTES
RECUESTO DE COMPRIMIDOS	Determinación del número de pastillas que faltan en el envase en comparación con el número de comprimidos que debe haber según la dosis, el tiempo y la pauta prescrita.	<ul style="list-style-type: none"> • Método sencillo y económico. • Aplicable a todo tipo de paciente. • No requiere equipamiento específico ni personal cualificado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en pacientes polimedicados que deban manejar muchos envases. • El usuario puede desechar parte del tratamiento para parecer adherente.
TECNOLOGÍA DE MONITORIZACIÓN (MEMS)	Dispositivos electrónicos que analizan el momento en el que el paciente abre y cierra el pastillero, identificando los patrones de uso de la medicación prescrita y calculando su tasa de adherencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicable a todo tipo de paciente. • Información guardada automáticamente en una base de datos. • No es necesario que el paciente se desplace a un centro sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Costes elevados de los dispositivos. • Dificultades inherentes a su uso. • Método limitado a estudios de investigación o ensayos clínicos. • El usuario puede desechar parte del tratamiento para parecer adherente.
BASES DE DATOS DE LAS FARMACIAS	Análisis de la periodicidad con la que el paciente retira los medicamentos prescritos de la farmacia.	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de la adherencia de grandes grupos de población. • El uso generalizado de la receta electrónica facilita el seguimiento de la adherencia. • Información guardada automáticamente en una base de datos. • Coste relativamente bajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos recogidos no nos aportan información de si el paciente sigue el tratamiento en la dosis y la forma adecuada. • No aporta datos fiables de la adherencia terapéutica.

*DATOS EXTRAÍDOS DE (16)

4.4.2 Métodos de valoración subjetivos

Los métodos subjetivos se pueden clasificar como indirectos, y valoran principalmente la conducta del paciente, así como sus conocimientos acerca del tratamiento y su propia enfermedad. A pesar de que los datos obtenidos con este tipo de técnicas no son tan fiables como los métodos objetivos, son herramientas más sencillas y económicas, y nos aportan datos reales acerca de la efectividad terapéutica del tratamiento. Es por ello que su uso en la práctica clínica está mucho más extendido, comprendiendo a todo tipo de profesionales sanitarios (médicos, psicólogos, enfermeros...) a cargo del paciente. La información obtenida con este tipo de métodos se recoge a través de la entrevista, ya sea con el paciente, un familiar o el profesional sanitario encargado del usuario. Es por ello que normalmente, los datos obtenidos con esta clase de herramientas sobreestiman la adherencia terapéutica. En esta clasificación, encontramos una gran batería de escalas que nos pueden servir de ayuda para la valoración de la adherencia terapéutica en la práctica clínica habitual (16). En este caso, podemos encontrarnos con escalas de evaluación de actitudes frente al tratamiento y escalas de evaluación del cumplimiento. En los pacientes con trastornos psicóticos es interesante contemplar ambas categorías, por lo que a continuación se resumen mínimamente las más usadas en la práctica clínica (31):

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE ACTITUDES FRENTE A LA MEDICACIÓN: este tipo de escalas abarcan 3 dimensiones principales, que son la respuesta subjetiva a la medicación, el <i>insight</i> y las influencias sobre la adherencia y la medicación.	ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA: estas escalas pueden abarcar dos dimensiones, la actualidad y una valoración general del cumplimiento.
Rating of Medication Influences (ROMI): basada en el modelo de creencias sobre la salud, se divide a su vez en dos subescalas que analizan los motivos del cumplimiento y el incumplimiento. De especial utilidad para conocer los factores psicosociales y ambientales. Escala administrada por el clínico, formada por 20-23 ítems. (ANEXO II) (32)	Brief Medication Questionnaire (BMQ): esta escala se ha validado en comparación con el dispositivo MEMS (tecnología de monitorización). Es autoadministrada, compuesta por 4 ítems. (ANEXO VI) (33)
Drug Attitude Inventory (DAI): evalúa los efectos subjetivos de los antipsicóticos en pacientes psiquiátricos, su <i>insight</i> , las actitudes, las creencias y los sentimientos relacionados con la toma de medicación. Existen 2 versiones de 30 o 10 ítems, aunque la más usada es la de 10. Autoadministrada. (ANEXO III) (33)	Morisky Adherence Scale: originariamente su uso estaba destinado a pacientes hipertensos, pero también es aplicable a pacientes con trastornos psiquiátricos. Medida autoinformada estructurada. Aunque en sus orígenes estaba formada por 4 ítems, en 2008 se publicó una nueva versión con 8 ítems. (ANEXO VII) (33)
Medication Adherence Rating Scale (MARS): los ítems evalúan las creencias en materia de salud, su experiencia y el comportamiento hacia el tratamiento en pacientes crónicos con trastornos psiquiátricos. Escala autoadministrada, formada por 10 ítems. (ANEXO IV) (33)	
Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs (BEMIB): se desarrolló para pacientes con esquizofrenia/psicosis, basándose en el modelo de creencias de salud. Evalúa el <i>insight</i> , los beneficios percibidos del tratamiento y los obstáculos internos y externos relacionados, así como las estrategias de recuerdo de la toma de la medicación. Escala autoadministrada, formada por 8 ítems. Las respuestas van en rango de 0 – 5. (ANEXO V) (34)	

5. Capítulo III: estrategias para abordar la falta de adherencia terapéutica en pacientes con trastornos psicóticos

La adherencia terapéutica es un proceso continuo y dinámico, por lo que necesita un seguimiento por profesionales entrenados. Podemos observar que en la práctica clínica no se da la importancia que merece a la adherencia terapéutica. Los profesionales sanitarios deben entrenarse para identificar, no solo las deficiencias en el tratamiento terapéutico, sino también las causas que pueden favorecer la falta de adherencia en cada paciente. Identificando estos factores de forma prematura, podemos diseñar y planear estrategias específicas con el fin de mejorar el cumplimiento en nuestros pacientes (2). En esta tesitura, nos encontramos dificultades a la hora de establecer un patrón de paciente no-adherente, por lo que nuestras acciones deben ir enfocadas a consensuar una serie de medidas que faciliten una conducta de adherencia al tratamiento en colaboración con todos los profesionales encargados del paciente. Esto justifica la importancia de la coordinación dentro del equipo multidisciplinar (médicos, enfermeros, psicólogos, farmacéuticos...) y la relevancia de tener un objetivo común, teniendo en cuenta los distintos enfoques de los profesionales sanitarios. De esta forma, nos resultará más sencillo realizar un abordaje holístico que incluya todas las dimensiones del paciente que puedan influir en su adherencia terapéutica.

Con esta premisa, se han desarrollado una serie de intervenciones generales para todo tipo de profesionales sanitarios que pueden aumentar el cumplimiento, basadas principalmente en la educación sanitaria:

- ❖ Informar al paciente de su enfermedad y de la necesidad o no de tratamiento.
- ❖ Pautas terapéuticas sencillas y adaptadas a su rutina diaria.
- ❖ Enseñar el uso de las formas farmacéuticas prescritas.
- ❖ Recetas personalizadas.
- ❖ Realizar un seguimiento terapéutico.
- ❖ En los tratamientos cortos, indicar el principio y el fin, así como la fecha de la siguiente consulta.
- ❖ Campañas sanitarias para mejorar el uso de determinados medicamentos, que pueden realizarse desde las oficinas de farmacia (8).

En el ámbito médico, las actuaciones farmacológicas son muy amplias. Entre las más relevantes, destacamos aquellas intervenciones emprendidas para paliar los efectos secundarios de los psicofármacos (cambio de fármaco por otro con menos efectos adversos, tratamientos complementarios o uso de neurolépticos atípicos) y otras destinadas a una mejora del cumplimiento terapéutico facilitando la toma de medicación (en pacientes con grandes problemas para seguir las pautas prescritas en su domicilio, se puede optar por fármacos inyectables de larga duración o *depot*) (26).

5.1 Actividades de enfermería

El pilar que sustenta todas nuestras intervenciones en la práctica clínica es la relación terapéutica establecida entre nosotros, como profesionales de enfermería, y el paciente. A pesar de que este aspecto no sea tenido en cuenta habitualmente en la evaluación del cuidado prestado, numerosos estudios avalan que cuando la relación terapéutica es buena, los pacientes adoptan actitudes diferentes y más positivas ante su tratamiento.

Es por ello que para iniciar un abordaje efectivo dentro de nuestra práctica como enfermeros, debemos tener en cuenta no solo nuestras cualidades como profesionales, sino también nuestras habilidades personales. Ser vistos como personas atentas, accesibles y asertivas, así como transmitir confianza con nuestra comunicación, nos proporciona una gran ventaja para la consecución de nuestros objetivos. La adopción de este tipo de actitudes facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad, e indirectamente, favorece la adherencia terapéutica (35).

Parte de nuestra actuación como enfermeros se centra en la colaboración con el resto de profesionales. En este sentido, la coordinación con el médico en los problemas de colaboración se encuentra afianzada por las actividades típicas enfermeras sujetas a prescripción, como pueden ser: monitorización de los síntomas psicóticos y los efectos adversos de la medicación, comprobación y control de la toma de medicación, administración de terapias prescritas por el médico (inyectables, medicamentos orales...) o la realización de pruebas diagnósticas cuyo objetivo sea mantener una buena adherencia terapéutica (analíticas sanguíneas, recogida de muestras de orina...) (26).

Por último, podemos destacar que nuestra función más importante es la educación sanitaria. En este contexto, los programas psicoeducativos suponen la mejor herramienta para llevarlo a cabo. Estos programas se basan en la aportación de información sanitaria con propósitos educativos, en relación a su tratamiento o proceso de enfermedad, con el objetivo de que el paciente lo entienda e incluya en su rutina diaria. Los requisitos para la realización del programa psicoeducativo son escasos; normalmente estos se aplican a pacientes hospitalizados de cara al alta, en los que se presupone cierto grado de estabilización mental y un mínimo de interés. Los objetivos básicos son:

- ❖ Aportar información al paciente y fomentar su educación sanitaria.
- ❖ Mejorar la alianza terapéutica y la comunicación enfermera-paciente, mostrando una actitud abierta y empática.
- ❖ Reforzar las conductas apropiadas en relación a su tratamiento.
- ❖ Determinar el rol que desea interpretar el paciente en su tratamiento y conocer sus opiniones y dudas en relación a él.
- ❖ Trabajar las preocupaciones reales del paciente.
- ❖ Adoptar una comunicación adecuada, evitando el uso de tecnicismos.

Aunque este tipo de programas se individualizan en función del tipo de paciente, sus características personales y el tiempo del que dispongamos, podemos definir 3 constructos que nos ayudan a organizar nuestra intervención.

1. PRIMERA ENTREVISTA: consiste en marcar la base para la intervención. Para ello debemos evaluar los conocimientos y recursos de los que dispone el paciente, con el fin de diseñar estrategias específicas para asegurarnos una adecuada adherencia terapéutica.

Para ello debemos realizar una entrevista exhaustiva, en la que profundicemos sobre los hábitos de vida, los cuales nos ayudarán a marcar un esquema individualizado de administración que encaje con sus horarios habituales. También se deben valorar los recursos personales, familiares y la conciencia de enfermedad del paciente. Para su realización, nuestras preguntas irán encaminadas a:

- ❖ **Conocimiento sobre la enfermedad:** conceptos generales, indicación y motivo del tratamiento.
- ❖ **Conocimiento del régimen terapéutico:** nombre de los fármacos, dosis, posología, efectos adversos relacionados y formas de administración.

2. SEGUNDA ENTREVISTA: en ella nos centraremos en los medicamentos prescritos. Para ello es necesario conocer la voluntad del paciente para seguir dicho tratamiento y sus percepciones personales acerca de él. Es importante recordar que debemos fomentar el empoderamiento del paciente, favoreciendo su implicación y haciéndole responsable de la adherencia al tratamiento.

3. ÚLTIMA ENTREVISTA: evaluación de los conocimientos obtenidos. Para ello compararemos los resultados de la primera entrevista con los de esta, prestando especial atención a la conducta ante las diferentes tomas de los medicamentos (21).

Dentro del manejo del paciente psicótico en nuestra práctica clínica, debemos reconocer la importancia de la taxonomía NANDA para el establecimiento de los diagnósticos de enfermería. Esta clasificación presenta ciertas limitaciones, ya que al ser universal no todos los diagnósticos y actividades reflejadas corresponden a la práctica enfermera en nuestro país. A pesar de ello, debemos reivindicar la importancia de esta taxonomía como la base científica de nuestra profesión, y debemos incluir su uso en nuestra práctica diaria. En el caso de la falta de adherencia terapéutica, podemos diferenciar dos diagnósticos de enfermería que encajan a la perfección en esta problemática:

Diagnóstico NANDA	Definición
[00078] GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD	Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos
[00079] INCUMPLIMIENTO	Conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o la comunidad) y el profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es de falta de adherencia total o parcial y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente eficaces

*DATOS EXTRAIDOS DE (36)

En relación a los objetivos de enfermería (NOC), encontramos que son mucho más amplios y diversos. Además, el concepto “importancia de la adherencia terapéutica” aparece a su vez en NOCs relacionados con el control de enfermedades específicas, como infecciones, hipertensión arterial, osteoporosis... En el caso de los trastornos psicóticos no encontramos NOC específicos que se refieran a ellos, pero sí que encontramos objetivos más generales que pueden encajar por sus indicadores.

NOC	Definición
[1600] CONDUCTA DE ADHESIÓN	Acciones autoiniciadas para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimas.
[1601] CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO	Acciones personales para seguir las recomendaciones de un profesional sanitario para una condición de salud específica.
[0307] AUTOCUIDADOS: MEDICACIÓN NO PARENTERAL	Acciones personales para administrar medicaciones orales y tópicas para cumplir los objetivos terapéuticos independientemente con o sin dispositivo de ayuda.
[3009] SATISFACCIÓN DEL PACIENTE/USUARIO: CUIDADO PSICOLÓGICO	Grado de la percepción positiva de la ayuda enfermera para afrontar problemas emocionales y realizar actividades mentales.

*DATOS EXTRAIDOS DE (36)

En último lugar, cabe destacar las intervenciones relacionadas con los diagnósticos. En este apartado distinguimos numerosas intervenciones, todas ellas enfocadas a la práctica enfermera. Estas intervenciones abarcan cada una de las dimensiones del paciente, pero al ser tan amplias nos resulta complicado especificar sin considerar los factores individuales del paciente. Es necesario adaptar estas actividades al contexto personal y social del usuario, haciendo hincapié en los puntos donde este flaquea para focalizar nuestras intervenciones a aquellos aspectos que queremos mejorar.

Los NICs seleccionados se basan principalmente en el campo 3: conductual. Como se ha definido previamente, la adherencia al tratamiento es, en última instancia, una conducta adquirida. Por ello, las intervenciones reflejadas a continuación se apoyan, principalmente, en la educación sanitaria (ya sea de manera general [5510] educación para la salud o específica, como son los NICs [5602] enseñanza: proceso de enfermedad o [5616] enseñanza: medicamentos prescritos), en la modificación conductual del paciente hacia su enfermedad o régimen terapéutico ([4360] modificación de la conducta, [4480] facilitar la autorresponsabilidad y [5230] mejorar el afrontamiento) o hacia la relación terapéutica establecida ([5250] apoyo en la toma de decisiones, [4420] acuerdo con el paciente y [5240] asesoramiento). Una de las peculiaridades que nos encontramos en la atención a pacientes psicóticos es la formulación de NICs centrados en el cuidador ([7040] apoyo al cuidador principal). Se entiende la importancia de tener en cuenta el círculo social y familiar del usuario, ya que muchos de ellos no viven de forma autónoma y en muchos de los casos precisan de ayuda externa.

A continuación se describen los NICs más prevalentes de forma resumida, centrando nuestras actividades a la educación sanitaria del régimen terapéutico y en los factores personales del paciente que dificultan una adherencia adecuada (36).

NIC	Definición
[5510] EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.
[5602] ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD	Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.
[5616] ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS	Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.
[4360] MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA	Promoción de un cambio de conducta.
[4480] FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD	Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.
[5230] MEJORAR EL AFRONTAMIENTO	Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.
[5250] APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES	Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.
[4420] ACUERDO CON EL PACIENTE	Negociar un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.
[5240] ASESORAMIENTO	Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.
[7040] APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL	Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.

*DATOS EXTRAIDOS DE (36)

En último lugar, cabe destacar que nuestras intervenciones se deben basar en un proceso adaptativo y dinámico, acorde a la situación actual del paciente. También es interesante recordar que aunque hay un amplio abanico de actividades que podemos realizar de forma autónoma, el enfoque predilecto dentro de la atención sanitaria es el abordaje multidisciplinar por todo el equipo (37).

6. Reflexiones

Tras realizar esta revisión bibliográfica podemos objetivar la importancia de la adherencia terapéutica en todos los ámbitos sanitarios, y en especial en los trastornos psicóticos. Las estadísticas estudiadas a lo largo del trabajo arrojan luz sobre el coste y las complicaciones asociadas a las recidivas psicóticas, situándolo como una problemática prevalente en España.

La falta de adherencia en pacientes psicóticos resulta ser un rasgo común en todos ellos, siendo uno de los obstáculos más obvios y a la vez más olvidados en el ámbito psiquiátrico. Como se ha comentado previamente, la carencia de estudio de este tema se debe principalmente a que todavía no se han desarrollado herramientas prácticas que nos ofrezcan datos fiables sobre sus repercusiones. Es por ello que esta cuestión nos ofrece un campo de estudio muy amplio, con un alcance global y de aplicaciones muy prácticas en nuestra rutina diaria como profesionales sanitarios.

Como profesionales de enfermería, tenemos un alcance privilegiado. Actividades como la administración de la medicación o el control de los efectos del tratamiento, nos ofrecen la oportunidad de estudiar en primera mano la trascendencia de una buena adherencia terapéutica. Es por ello que debemos reivindicar nuestra posición, tomando la iniciativa para emprender estudios que favorezcan el desarrollo de métodos efectivos para la medición de la adherencia terapéutica; así como elaborar nuevas estrategias que propicien un adecuado cumplimiento de la medicación en el ámbito psiquiátrico.

7. Bibliografía

1. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento, complicaciones de la no-adherencia. *Acta Medica Colomb* [Internet] 2005 [consultado 2 Abril 2019].30:268–73. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>
2. Sabate E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization. [Internet] 2003 [consultado 15 Abril 2019]. Disponible en:
<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>
3. World Health Organization. [Internet] [consultado 15 Abril 2019]. Disponible en:
<https://www.who.int/>
4. García L. Conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica en el ámbito psiquiátrico. [Internet] 2015 [consultado 2019]. Disponible en:
https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128142/1/DME_Garc%C3%ADa%20UII%C3%A1n%20LI_Concienciaenfermedadpacientepsic%C3%B3tico.pdf
5. Peralta ML, Carbajal P. Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua* [Internet] 2008 [consultado 15 Abril 2019]; 17(3):84-88. Disponible en:
<http://promsalud.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2014/08/adherencia-revision.pdf>
6. Salinas E, Nava MG. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol (Mex)*. [Internet] 2012 [consultado 17 Abril 2019]; 11(2):102-104. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>
7. FARMAINDUSTRIA YEY. Plan de Adherencia al Tratamiento: uso responsable de medicamento. *Trabajo Colaborativo. España*. [Internet] SEPSIQ 2016 [consultado 17 Abril 2019]. Disponible en:
<http://www.sepsiq.org/file/Noticias/PlandeAdherenciaalTratamiento-Farmaindustria.pdf>
8. Sanahuja MA, Villagrasa V, Martínez-Romero F. Adherencia terapéutica. *Pharm Care Esp* [Internet] 2012 [consultado 17 Abril 2019] 14(4):162-167. Disponible en:
<https://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/84/78>
9. Clínica Mayo [Internet] Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER) 2019 Enfermedad mental [consultado 29 Abril 2019]. Disponible en:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968?p=1>
10. Henares J, Ruiz-Pérez I, Sordo L. Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gac Sanit* [Internet] 2019 [consultado 2 May 2019] 1723-6p. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111930086X>
11. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet] Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo centro de publicaciones. 2006. [consultado 2 May 2019]. Disponible en:
[https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ES TRATEGIA SALUD MENTAL SNS PAG WEB.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ES%20TRATEGIA%20SALUD%20MENTAL%20SNS%20PAG%20WEB.pdf)

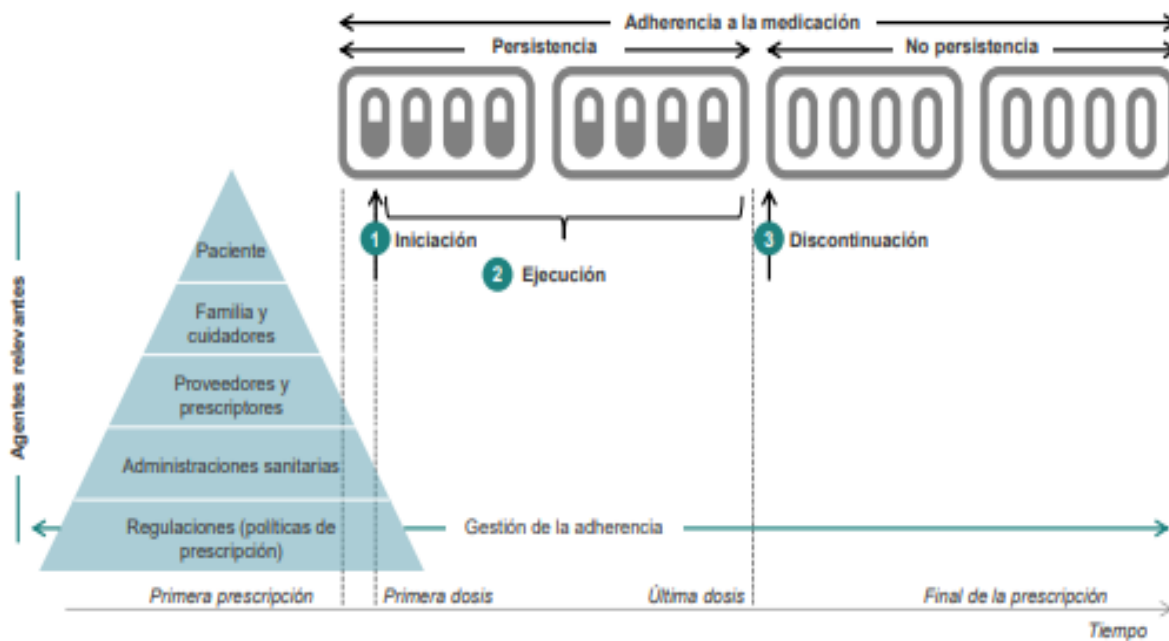
12. Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 25 Feb 2019. Trastornos psicóticos; 30 May 2018 [consultado 2 May 2019]. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/psychoticdisorders.html>
13. American Psychiatric Association. DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. Sección II. p87-118.
14. Fernandez L, Inchausti L. Adherencia terapéutica en los trastornos psicóticos y factores asociados [Internet] Facultad de Medicina y Enfermería del País Vasco UPV. 16 de Abril 2018. [onsultado 5 May 2019] Disponible en:
https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/30798/TFG_Fernandez_Izaguirre_Rev.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Cirici R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev Psiquiatr Fac Med Barna [Internet]. 2002 [consultado 5 May 2019] 29(4):232–238p. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Roser_Amell/publication/288395258_The_therapeutic_adherence_in_psychotic_patients/links/5757264f08ae05c1ec16cfc1/The-therapeutic-adherence-in-psychotic-patients.pdf
16. De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. Rev. Iberoam. Psicol. Salud. [Internet] 2016 [consultado 5 May 2019] 7(1):25-30p. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206915000174>
17. Cardoso AM. O insight em psiquiatria. Fractal Rev. Psicol. [Internet] 2008 [consultado 7 May 2019] 7(1):25-30p. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922008000200003&script=sci_arttext
18. Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. Elsevier. [Internet] 1998 [consultado 7 May 2019] 33(1-2):63-67p. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996498000632>
19. Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O’Callaghan E. Psychopharmacology: insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia. Psychiatric Services [Internet] 2001 [consultado 7 May 2019] 52(2):161-166p. Disponible en:
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.52.2.161>
20. Sendt K, Kenneth D, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. Psychiatry Research [Internet] 2015 [consultado 7 May 2019] 225(1-2):14-30p. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178114008543>
21. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon AM. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. Enfermería Global [Internet] 2005 [consultado 10 May 2019] 4(2):9p. Disponible en:
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/475/458>

22. Eneida R, Lopez S. Adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos, actitudes de los pacientes hacia el tratamiento y estrategias para mejorar la adherencia. Universidad de Cantabria [Internet] 2018 [consultado 11 May 2019]. Disponible en:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14104/FernandezIturreguiRE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Valenstein M, Blow FC, Copeland LA, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L et al. Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. Schizophrenia Bulletin [Internet] 2004 [consultado 11 May 2019] 30(2):255-264p. Disponible en:
<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/30/2/255/1857139>
24. Serrano MM, Serrano MC, Serrano M. Factores pronósticos en la esquizofrenia. Rev. Asociación Gallega Psiquiatría [Internet] 2012 [consultado 11 May 2019] 11:98-105p. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5114919.pdf>
25. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J et al. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. Psychiatric Services [Internet] 2000 [consultado 12 May 2019]. Disponible en:
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.51.2.216>
26. Lemos S, Vallina O, Fernandez P, Fonseca E, Paino M. Bases clínicas para un nuevo modelo de atención a las psicosis. Clinica y salud [Internet] 2010 [consultado 12 May 2019] 21(3):299-318p. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a08.pdf>
27. Martin L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev. Cubana Salud Publica [Internet] 2006 [consultado 12 May 2019] 32(3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013
28. Ortega O, Campos R. ¿Existe todavía la puerta giratoria en psiquiatría? Estudio de reingresos en la Unidad de Corta Estancia [Internet] 2011 [consultado 15 May 2019]. Disponible en:
<https://zagan.unizar.es/record/8593/files/TAZ-TFM-2012-610.pdf>
29. Castro A, Barrero JI, García FJ, Cruz E, Soto J et al. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. III Foro Diálogos Pfizer-pacientes sobre adherencia al tratamiento. Madrid [Internet] 2009 [consultado 15 May 2019]. Disponible en:
https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud (SNS). Altas, estancia media (días) y coste medio (euros) de los 25 procesos de tipo medico más frecuentes en hospitalización. Hospitales de agudos [Internet] 2017 [consultado 17 May 2019]. Disponible en:
http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBD/INFORME_COSTES_PROCESOS_MEDICOS_HOSPITALES_SNS_2017.pdf

31. Acosta FJ, Hernandez JL, Pereira J. Métodos de evaluación de la adherencia. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria [Internet] 2009 [consultado 17 May 2019] 9(1):79-93p. Disponible en:
<http://www.aen.es/docs/cuadernos9-1.pdf#page=79>
32. Ochoa VJ, Rodriguez E. Factores relacionados con el incumplimiento terapéutico en pacientes psiquiátricos. Abordaje de enfermería. Universidade da Coruña [Internet] 2017 [consultado 17 May 2019]. Disponible en:
https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/19392/OchoaLopez_VictorJuan_TFG_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y
33. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm [Internet] 2018 [consultado 17 May 2019] 59(3):163-172p. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
34. Navarro MP, Macià D. Intervención cognitivo-conductual para la mejora de la adherencia al tratamiento en un caso de esquizofrenia. Universitas Miguel Hernandez. [Internet] 2015 [consultado 17 May 2019]. Disponible en:
http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2657/1/Navarro%20Ruiz_Maripaz.pdf
35. Pinilla M. Adhesion al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería. Rev. Javer. [Internet] 2007 [consultado 28 May 2019] 9(1):37-50p. Disponible en:
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1585>
36. NNN Consult [Internet]. Elsevier (2013). [Acceso el 28 de Mayo de 2019]. Disponible en:
<https://www.nnnconsult.com/>
37. Domínguez S. El papel de la enfermería en la dherencia terapeutica. Elsevier [Internet] 2013 [consultado 29 May 2019]. Disponible en:
<https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-adherencia-terapeutica>

8. Anexos

ANEXO I: componentes de la adherencia terapéutica



Fuente: Vrijens B, et al., 2012

ANEXO II: escala de evaluación de la adherencia terapéutica *Rating of Medication Influences (ROMI)*

CLASIFICACIÓN DE LA INFLUENCIA DEL MEDICAMENTO (ROMI)

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Nombre del Entrevistador _____

COMIENZO DE LA ENTREVISTA:

"Estoy tratando de aprender acerca de las actitudes de las personas hacia la toma de los neurolépticos. Me gustaría entender que hace que las personas estén dispuestas a tomar medicamentos, y que les hace sentirse reacios a tomar medicamentos. Pero antes de preguntarle acerca de sus opiniones, necesito alguna información de trasfondo".

Si el paciente no ha tenido efectividad del medicamento, por lo menos una semana, dentro del mes pasado o actualmente no está tomando el medicamento empiece con la Parte II, de otro modo empiece con la parte I.

INTRODUCTORY QUESTION

¿Cuál es la razón principal por la cual usted está dispuesto a tomar medicamentos?

"Ahora le voy a leer algunas razones por las cuales otras personas están dispuestas a tomar sus medicamentos. Por favor, dígame si alguna de ellas ha influenciado su disposición para tomar medicamentos durante el mes pasado."

¿Por qué está usted dispuesto a tomar sus medicamentos?

GRADO DE INFLUENCIA

1. BENEFICIO DIARIO PERCIBIDO.

¿Cree que el medicamento le ayuda a sentirse mejor

N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3** (fuerte)

2. DEFERENCIA HACIA LA AUTORIDAD.

¿Le ha dicho su médico que tome su medicamento?

N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3**(fuerte)

3. RELACIÓN POSITIVA CON EL CLÍNICO QUE LE RECETA EL MEDICAMENTO.

¿Le ha influenciado la relación con el médico que le receta el medicamento?

N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3**(fuerte)

4. RELACIÓN POSITIVA CON SU TERAPÉUTA.

¿Le ha influenciado la relación con su terapeuta?

N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3** (fuerte)

5. CREENCIA POSITIVA DE LA FAMILIA.

¿Hay alguien en su familia o un amigo que cree que usted debería tomar el medicamento?

N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3**(fuerte)

6. PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA.

¿Cree que tomar el medicamento previene el regreso de su enfermedad o síntomas?

N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3**(fuerte)

7. PRESIÓN/FUERZA DE LA FAMILIA.

¿Le presiona o le fuerza su familia a tomar el medicamento?

N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3**(fuerte)

8. MIEDO A LA RE-HOSPITALIZACIÓN.

¿Tiene miedo a ser re-hospitalizado?

N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3**(fuerte)

9. REALIZACIÓN DE LAS METAS EN LA VIDA.

¿Siente que el medicamento le ayuda a alcanzar ciertas metas

o aspiraciones en la vida?

N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3**(fuerte)

10. ALIVIO DE EFECTOS SECUNDARIO

¿En comparación con otras medicinas, ésta tiene menos efectos secundarios?

N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3(fuerte)

PARTE II: RAZONES PARA NO TOMAR LA MEDICACIÓN

“Aunque siempre tome el medicamento, puede haber momentos en que usted era rehacio o desearía no tener que tomarlo. ¿Cuál es la razón principal por la que usted se ha sentido rehacio o ha deseado no tener que tomar el medicamento durante este mes?”

“Ahora le voy a decir algunas razones por las cuales otras personas están rehacias a tomar su medicamento. Por favor, ¿dígame si alguna de ellas se le puede aplicar a usted?.

GRADO DE INFLUENCIA

11. NO PERCIBE UN BENEFICIO DIARIO.

¿Cree que el medicamento le ayuda a sentirse mejor?

N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3(fuerte)

12. RELACIÓN NEGATIVA CON EL CLÍNICO.

¿Le afecta la mala relación que tiene con el médico que le receta el medicamento?

N/A (no aplicable) 1(ninguno) 2 (leve) 3(fuerte)

13. RELACIÓN NEGATIVA CON EL TERAPÉUTA.

¿Le afecta la mala relación que tiene con su terapeuta

N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3 (fuerte)

14. FAMILIA/AMIGOS SE OPONEN A LOS MEDICAMENTOS

¿Alguien cuya opinión es importante para usted está en contra de que tome el medicamento?

N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3(fuerte)

15. PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO.

¿Tiene dificultad para obtener citas y/o dificultad para obtener sus medicamentos ?

N/A (no aplicable) 1 (ninguno) 2 (leve) 3(fuerte)

16. VERGÜENZA O ESTIGMA POR CAUSA DE MEDICAMENTOS/ ENFERMEDAD.

¿Se siente avergonzado de tomar medicamentos
N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3**(fuerte)

17. ABUSO DE SUSTANCIAS.

¿Preferiría tomar otras drogas o alcohol?
N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3**(fuerte)

18. NEGACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

¿Cree que no tiene una enfermedad mental
N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3** (fuerte)

19. EL MEDICAMENTO ACTUALMENTE ES INNECESARIO.

¿Cree que actualmente no necesita el medicamento?
N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3** (fuerte)

20. LOS EFECTOS SECUNDARIOS LE ANGUSTIAN.

¿Le son muy perturbadores los efectos secundarios del medicamento?
N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3**(fuerte)

21. INTERFIERE CON SUS METAS EN LA VIDA.

¿Siente que el medicamento interfiere con el alcanzar ciertas metas o aspiraciones en la vida?
N/A (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3**(fuerte)

22. CAMBIO DE APARIENCIA.

¿Hay gente que nota que está bajo los efectos de la medicación?
 (no aplicable) **1** (ninguno) **2** (leve) **3**(fuerte) **N/A**

23. RESUMEN:

En general, ¿está dispuesto a tomar medicación, o más bien no?
SI **NO**

ANEXO III: escala de evaluación de la adherencia terapéutica *Drug Attitude Inventory (DAI – 10)*

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

ANEXO IV: escala de evaluación de la adherencia terapéutica
Medication Adherence Rating Scale (MARS)

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

ANEXO V: escala de evaluación de la adherencia terapéutica *Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs (BEMIB)*

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

ANEXO VI: escala de evaluación de la adherencia terapéutica *Brief Medication Questionnaire (BMQ)*

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

ANEXO VII: escala de evaluación de la adherencia terapéutica *Morisky Adherence Scale*

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