

TRABAJO FIN DE GRADO



**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA
ESQUIZOFRENIA**

Revisión narrativa

THERAPEUTIC ADHERENCE IN THE SCHIZOPHRENIA

Narrative review

Grado en Enfermería

2018 – 2019

Autor: Alejandro Muñoz Hernández

Tutora: Dra. María Felipa Hernando Martínez

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ESQUIZOFRENIA	1
1.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ESQUIZOFRENIA	4
1.3. ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	5
1.4. FUNCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL.	8
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. OBJETIVOS.....	11
4. METODOLOGÍA.....	12
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	16
5.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA ESQUIZOFRENIA.	16
5.2. FACTORES QUE CONDICIONAN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA ESQUIZOFRENIA.	17
5.2.1. Factores relacionados con el paciente.....	18
5.2.2. Factores familiares y socioculturales.....	20
5.2.3. Factores relacionados con la enfermedad.	20
5.2.4. Factores relacionados con la medicación.	21
5.2.5. Factores relacionados con el profesional y el sistema sanitario.	21
5.3. INTERVENCIONES QUE MEJORAN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA ESQUIZOFRENIA.	21
5.3.1. Entrevista motivacional.....	22
5.3.2. Psicoeducación.....	23
5.3.3. Terapia de adherencia.	24
6. CONCLUSIONES.....	25
7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA	26
8. LIMITACIONES	26
9. BIBLIOGRAFÍA.....	28
10. ANEXOS	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Principales fármacos antipsicóticos.	5
Tabla 2: Métodos indirectos de medición de la adherencia terapéutica.	7
Tabla 3: Términos MeSH y DeSC.	12
Tabla 4: Búsqueda bibliográfica.	14

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema de la Red de Salud Mental y sus relaciones con recursos sociosanitarios en la Comunidad de Madrid	9
Figura 2: Diagrama de flujo de la selección de los artículos.	15

RESUMEN

Introducción

La falta de adherencia al tratamiento es uno de los principales problemas que presentan las personas diagnosticadas con esquizofrenia, a pesar de los numerosos avances de la psicofarmacología durante los últimos años.

Objetivos

Conocer la situación actual de la adherencia terapéutica en la esquizofrenia. Trataremos de identificar los factores que influyen en la adquisición de la adherencia terapéutica y describir las principales intervenciones que mejoran la adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia.

Metodología

Hemos realizado una revisión narrativa a través de una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Pubmed, Cochrane Library, Cinahl, Cuiden y Psycodoc. Tras la realización de la búsqueda bibliográfica, fueron seleccionados 22 artículos por contener información relevante para nuestro trabajo.

Resultados

Las tasas de falta de adherencia en los pacientes con esquizofrenia son elevadas. Los factores que influyen en la falta de adherencia terapéutica pueden estar relacionados con el paciente, familia y socioculturales. Además, pueden estar relacionados con la enfermedad, con la medicación, con los profesionales y con el sistema sanitario. Las principales intervenciones que ayudan a mejorar la adherencia terapéutica son la entrevista motivacional, la psicoeducación y la terapia de adherencia.

Conclusiones

La falta de adherencia terapéutica está muy presente entre los pacientes con esquizofrenia. Las enfermeras deben abordar la falta de adherencia junto con los pacientes, con el fin de conseguir una correcta adherencia al tratamiento. Para ello, deben identificar los factores que reducen la adherencia y establecer las intervenciones que sean más eficaces para mejorarla.

Palabras clave: Esquizofrenia, enfermería, adherencia al tratamiento y cumplimiento, adherencia terapéutica, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction

The lack of adherence to treatments is one of the main problems that people diagnosed with schizophrenia present, in spite of the numerous advances in psychopharmacology achieved during the last years.

Objectives

Acknowledge the current situation of therapeutic adherence in schizophrenia. We will try to identify the factors that influence the acquisition of therapeutic adherence and describe the main interventions that enhance the therapeutic adherence in patients diagnosed with schizophrenia.

Methodology

We have performed a narrative literature review through a bibliographic search in different databases: Pubmed, Cochrange Librart, Cinahl, Cuiden and Psicodoc. After the completion of the bibliographic search, 22 articles were selected due to the containment of relevant information for our work.

Results

The rates of lack of adherence in patients diagnosed with schizophrenia are high. The factors that influence the lack of therapeutic adherence can be related with the patient, family and sociocultural conditions. Furthermore, they can be related with the sickness, the medication, the professionals and with the health system. The main interventions that may help to improve the therapeutic adherence are the motivational interview, the psychoeducation and the adherence therapy.

Conclusions

The lack of therapeutic adherence is very common among patients diagnosed with schizophrenia. The nurses shall undertake the lack of adherence together with the patients, with the aim of achieving a correct compliance with the treatment. For this purpose, they must identify the factors that reduce the adherence and establish the most efficient interventions to improve it.

Keywords: Schizophrenia, nursing, treatment adherence and compliance, therapeutic adherence, risk factors

1. INTRODUCCIÓN

La conceptualización de la esquizofrenia ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Su inicio más conocido se sitúa en el siglo XIX con el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, quien describió el término “*demencia precoz*”. Sin embargo, este término ya fue nombrado en años anteriores por Benedict Augustin Morel para describir a un grupo de jóvenes con unas formas concretas de las locuras hereditarias (1). Kraepelin, a diferencia de Morel, pretendía con la “*demencia precoz*” establecer una nueva entidad nosológica diferenciándola de otras enfermedades mentales. Consideró que se trataba de una agrupación de síntomas que conducían a una degeneración mental característica (1). En 1911, el suizo Eugene Bleuler estableció que lo que caracterizaba al cuadro clínico era la presencia de la escisión del yo, y dejó en un segundo plano la sintomatología y la evolución. Por ello, introdujo el término “*esquizofrenia*”, que significa literalmente “*mente escindida*” (1).

1.1 Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental que se encuentra dentro de un variado grupo de enfermedades mentales denominados trastornos psicóticos, en el que todos ellos tienen en común la existencia de psicosis (2).

A lo largo de la historia, el término “*psicosis*” ha sido empleado con significados muy distintos. A pesar de las numerosas definiciones y sus diferentes puntualizaciones, la mayoría de ellas hacen referencia a que la psicosis supone una experimentación de una realidad distorsionada. Dicha realidad se manifiesta por un grupo de síntomas que, en función de su aparición, su permanencia en el tiempo y etiología, se podría diferenciar el tipo de psicosis que presenta la persona (2,3). Dichos síntomas los podemos clasificar en:

- **Pensamientos confusos:** Cuando los pensamientos se alteran y se convierten en confusos o dejan de tener relación entre ellos. En algunos casos, la capacidad de concentrarse, de mantener una conversación o de recordar ciertas cosas se dificulta y el ritmo de los pensamientos se acelera o enlentece.
- **Falsas creencias:** También conocidas actualmente como delirios. Son pensamientos irreales que carecen de una base lógica y no se pueden defender mediante ningún argumento.

- **Alucinaciones:** Alteración de la percepción por el cual la persona percibe a través de los sentidos, ya sea la vista, el olfato, el gusto, el oído o el tacto, cosas que en la realidad no se encuentran.
- **Cambios afectivos o de percepción:** La manera de sentir de las personas en varias ocasiones cambia sin ninguna razón aparente. Esto origina frecuentes fluctuaciones bruscas del estado de ánimo o una pérdida de la intensidad de las emociones. Todo esto provoca en la persona un sentimiento de aislamiento del mundo.
- **Cambios de conducta:** Las personas con esquizofrenia pueden empezar a tener conductas que anteriormente no solían tener, por ejemplo, reírse sin ninguna causa aparente. Normalmente suelen estar relacionados con los síntomas descritos anteriormente (2).

En la actualidad, la esquizofrenia es un diagnóstico clínico que se establece en base a una combinación de síntomas. Dicha combinación, junto con el número y la duración de estos síntomas es esencial para formular un diagnóstico de esquizofrenia. Además, es importante resaltar que la esquizofrenia se constituye como un diagnóstico de exclusión. Es decir, que ante la presencia de los síntomas descritos, no puede ser definida por otras enfermedades psiquiátricas o médicas (4).

Los criterios diagnósticos que se utilizan en la actualidad para la esquizofrenia son los establecidos por la American Psychiatric Association (APA) en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (5) (ver. Anexo 1).

El trastorno de la esquizofrenia está comprendido por un grupo heterogéneo de síntomas que afectan a múltiples procesos mentales y conductuales. Las principales manifestaciones clínicas de la esquizofrenia las podemos dividir en dos grupos (2,6):

- **Síntomas positivos:** Se refiere a aquellos síntomas que el paciente experimenta y las personas sanas no lo presentan. Dentro de los síntomas positivos, podemos encontrar (5):
 - Delirios: se pueden diferenciar varios subtipos en función de su contenido:
 - Delirios persecutorios: La persona cree estar siendo acosada por otra persona, grupo u organización.
 - Delirios referenciales: Cuando creen que determinados gestos, señales del medio o comentarios son dirigidos hacia ella.

- Delirios de grandeza: Tienen la creencia de que son famosos, ricos y con habilidades excepcionales.
- Delirios erotomaníacos: Piensan equivocadamente que otra persona está enamorada de él o ella.
- Delirios nihilistas: Cuando el individuo está convencido de que ocurrirá una gran catástrofe.
- Delirios somáticos: Presentan creencias falsas en relación a su estado de salud.
- Alucinaciones: Generalmente, en la esquizofrenia, las alucinaciones más comunes son las de tipo auditivo, expresadas en forma de oír voces de personas conocidas o desconocidas.
- Discurso desorganizado: Es cuando la persona realiza un discurso que no permite mantener una comunicación adecuada. Puede manifestarse de distintas formas:
 - Descarrilamiento o asociaciones laxas: La persona cuando habla pasa de hablar de un tema a otro.
 - Tangencialidad: Las respuestas que la persona da tienen una relación indirecta o no tienen ninguna relación con las preguntas.
 - Incoherencia: Discurso tan desorganizado considerado casi incomprensible.
- Comportamiento muy desorganizado o catatónico: Este tipo de comportamientos pueden provocar inconvenientes a la hora de conseguir algún determinado objetivo, dando lugar a problemas en su actividad diaria.
- **Síntomas negativos:** Engloba a las manifestaciones que una persona sana experimenta de forma cotidiana y la persona con esquizofrenia deja de experimentarlas (6). Los principales síntomas negativos son (5,6):
 - Abulia: Presentan una falta de motivación para realizar actividades cotidianas.
 - Expresión emotiva disminuida: Se caracteriza por una disminución de la expresión de las emociones. Es uno de los síntomas negativos más destacados, junto con la abulia.
 - Alogia: Suelen tener una disminución del habla.

- Anhedonia: La capacidad de sentir placer o recordar el placer anteriormente experimentado está reducido.
- Asocialidad: Cuando el interés por las relaciones sociales está disminuido.

1.2. Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia

El tratamiento farmacológico es un componente esencial del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Los objetivos más importantes de los fármacos son mejorar los síntomas y ayudar a prevenir los episodios psicóticos (7).

Los principales medicamentos para disminuir los síntomas en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia son los fármacos antipsicóticos. La utilización de estos fármacos se inició en los años 50 con la llamada “revolución psicofarmacológica”. En dichos años se introdujeron en la práctica clínica la clorpromazina y el haloperidol, cuyo mecanismo de acción se centraba en el bloqueo de receptores dopaminérgicos (8).

Posteriormente, con la llegada a España de una nueva generación de fármacos antipsicóticos en la década de 1990, concretamente la clozapina y la risperidona, supuso una gran ayuda en la mejora de los pacientes psicóticos al ser tratados con estos fármacos (8).

En la actualidad, podemos clasificar los fármacos antipsicóticos, según sus efectos sobre los síntomas y, sobre posibles efectos adversos, entre otros. Vamos a señalar dos grupos (7,8,9,10) (ver. Tabla 1):

- **Antipsicóticos de primera generación (típicos o convencionales):** Presentan una gran eficacia sobre los síntomas positivos, en contraposición con los síntomas negativos, sobre los cuales tienen un escaso efecto. Poseen un amplio margen terapéutico. Su principal inconveniente son sus efectos secundarios, ya que tienen una gran tendencia a provocar síntomas extrapiramidales.
- **Antipsicóticos de segunda generación (atípicos):** Son eficaces frente a síntomas positivos y negativos. Muestran tasas más bajas a la hora de producir síntomas extrapiramidales. Pueden ser eficaces en pacientes resistentes al tratamiento con antipsicóticos de primera generación.

Tabla 1: Principales fármacos antipsicóticos.

ANTIPSIKÓTICOS DE PRIMERA GENERACIÓN O TÍPICOS		
Fenotiazinas	Butirofenonas	Otros
Clorpromazina Flufenazina Mesoridazina Perfenazina Tioridazina	Levomepromazina Periciazina Tioproperazina Trifluoperazina	Haloperidol
ANTIPSIKÓTICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN O ATÍPICOS		
Aripiprazol Clozapina Olanzapina	Quetiapina Risperidona Ziprasidona	Sertindol Amisulpiride Paliperidona

Fuente: Elaboración propia a partir de Goldberg y Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (7,9).

Actualmente, se pueden combinar los fármacos antipsicóticos con otros fármacos coadyuvantes que resultan útiles en diferentes situaciones (11):

- **Anticonvulsionantes:** Aumenta la eficacia de ciertos antipsicóticos en el tratamiento de la agresividad.
- **Antidepresivos:** Son eficaces para el tratamiento de los síntomas negativos cuando se combinan con los fármacos antipsicóticos.
- **Benzodiacepinas:** Son eficaces en reacciones catatónicas agudas.
- **Betabloqueantes:** Se utilizan para el tratamiento de la agresividad y de la acatisia provocada por los fármacos.
- **Litio:** Aumenta la eficacia de los medicamentos antipsicóticos. En concreto, actúa sobre los síntomas negativos.

1.3. Adherencia terapéutica.

El concepto de adherencia ha sido definido por numerosos autores a lo largo del tiempo, obteniendo diversos significados en diferentes estudios. Una de las definiciones que más se han aceptado fue la que propuso Haynes en 1979, el cual definió la adherencia como:

“El grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” (12).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la adherencia terapéutica como:

“El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (13).

Las dos definiciones que acabamos de ver muestran que la adherencia terapéutica no abarca solamente al aspecto farmacológico, sino que también otros elementos forman parte de este concepto como son el seguimiento de una buena alimentación o la implementación de hábitos de vida adecuados (13). Sin embargo, otros autores entienden la adherencia sólo desde un punto de vista farmacológico, e incluso hacen una clasificación sencilla de la falta de adherencia terapéutica en función de la causa (14):

- **Primaria:** Cuando el tratamiento prescrito por el médico no se retira de la farmacia.
- **Secundaria:** Alguna de estas causas son, por ejemplo, cuando se produce una alteración en la dosis del fármaco, un olvido en la administración del fármaco o un abandono del tratamiento prescrito antes de tiempo.

Por otro lado, en las anteriores definiciones, se refleja la necesidad de diferenciar los términos de “*adherencia*” y “*cumplimiento*”. La diferencia más importante entre los dos términos es que la adherencia implica la aceptación y la participación activa de la persona en seguir las recomendaciones de la enfermera (13). Mientras que el cumplimiento, como señalan *Nogués y colaboradores* (15), es entendido como la toma de los medicamentos en relación con la dosis y la forma, que a su vez es uno de los elementos que componen la adherencia. El otro concepto que forma parte de la adherencia es la persistencia del tratamiento prescrito.

La dificultad que existe para encontrar una definición clara y unificada del concepto de adherencia terapéutica, también se encuentra en su medición. Esto se debe a que existen múltiples métodos para valorar la adherencia que tienen los pacientes al tratamiento. La mayoría de dichos métodos se centran en el aspecto farmacológico, y dejan en un segundo plano otros aspectos que forman parte de la adherencia, como son el cumplimiento de la dieta o el seguimiento de las citas programadas (16).

Los métodos que se utilizan en la actualidad para medir la adherencia al tratamiento se pueden clasificar en dos grandes grupos (ver. Tabla 2) (17,18):

- **Métodos directos:** Son métodos objetivos y específicos. Tienen un coste elevado y no siempre se pueden aplicar a la práctica clínica. Aquí podemos destacar la determinación de la concentración del fármaco o su metabolito o un biomarcador en una muestra biológica y la terapia directamente observada (TDO).

- **Métodos indirectos:** Son métodos sencillos, de bajo coste y aplicables a la práctica clínica. Generalmente se obtienen resultados de índices de cumplimiento más bajos que en los directos. Dentro de este grupo, podemos diferenciar:

- Métodos indirectos objetivos: Basados en las circunstancias que rodean al nivel de control de la enfermedad.
- Métodos indirectos subjetivos: Basados en la entrevista clínica.

Tabla 2: Métodos indirectos de medición de la adherencia terapéutica.

MÉTODOS INDIRECTOS	
Objetivos	
<ul style="list-style-type: none"> - Recuento de comprimidos - Monitores electrónicos acoplados al envase de los medicamentos - Valoración de la asistencia a las citas previas programadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Control de las visitas a enfermería para recoger recetas incluidas en Cartilla de Largo Tratamiento (CTL) - Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada - Valoración de los efectos adversos de los medicamentos
Subjetivos	
<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de autocumplimiento - Test de cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett - Test de Morisky-Green - Test de la comprobación fingida o “bogus pipeline” 	<ul style="list-style-type: none"> - The Medication Adherence Report Scale (MARS) (Escala informativa de cumplimiento de la medicación) - Brief Medication Questionnaire (BMQ) (Breve cuestionario de la medicación) - Otros test más específicos

- Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)	▪ Drug Attitude Inventory (DAI-10 y DAI-30): usada en esquizofrenia
- Test de Prochasca-Diclemente	▪ Neuroleptic Dysphoria (ND): usada en esquizofrenia
- Test de Hermes	
- Test de Herrera Carranza	▪ Rating of Medication Influences (ROMI): valora las motivaciones para tomar o desechar la medicación

Fuente: Elaboración propia a partir de Limaylla et al (18).

Una de las características de la adherencia terapéutica es que posee un carácter dinámico, es decir, no es fija en el tiempo y puede modificarse, por lo que es necesario medirla y evaluarla periódicamente (17).

Para la realización de una correcta medición y valoración del grado de adherencia de un paciente, es preciso tener en cuenta que está condicionada por numerosos factores (17,19). La mayoría de ellos se tratan de factores modificables que pueden alterar el resultado final del grado de adherencia en el momento en el que se realiza la medición del mismo. (16).

1.4. Función de enfermería en el equipo de salud mental.

La atención a las personas con problemas de salud mental ha mejorado a lo largo del tiempo. Dentro del equipo multidisciplinar de salud mental, la enfermera ha adquirido una función importante en la atención y rehabilitación de estas personas (20).

Según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, el profesional de enfermería tiene como función:

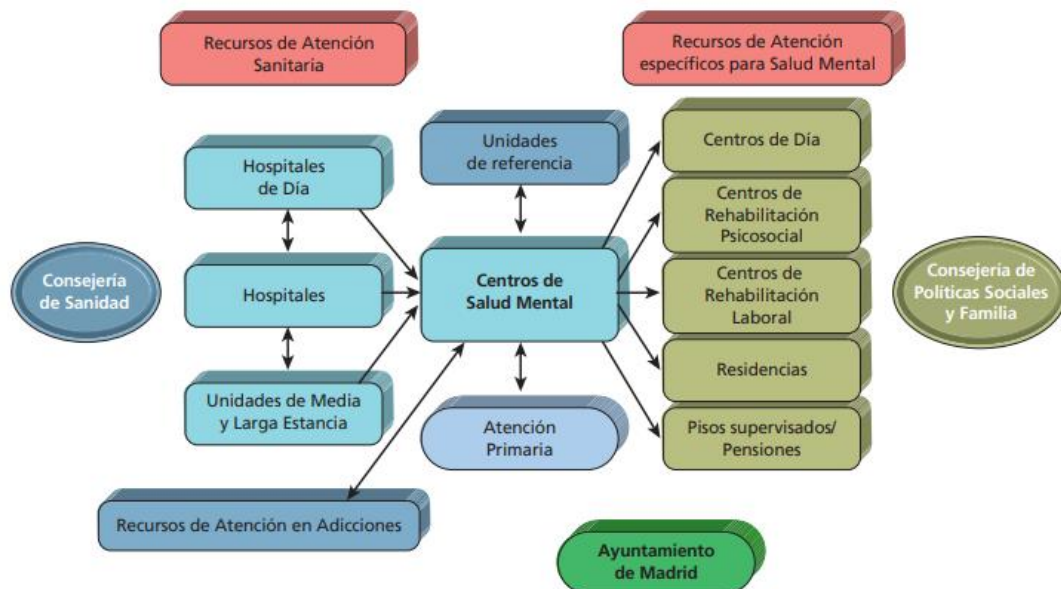
“la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades” (21).

En concreto, la enfermera especialista en salud mental tiene que dirigir sus cuidados hacia las personas con enfermedades mentales, con el objetivo de dar una atención integral y promover una buena salud mental tanto a la persona enferma como a la familia y la comunidad. Para ello, debe tener en cuenta todos los factores que rodean a la persona que

padece la enfermedad mental (22). Las funciones que las enfermeras desarrollan por medio de actividades son las siguientes (23): Asistencial, docente, gestión e investigación.

La enfermera especialista en salud mental ejerce sus funciones, en mayor o menor medida, en las distintas instituciones que existen para las personas con problemas de salud mental. La Comunidad de Madrid, en su Plan Estratégico de Salud Mental 2018 – 2020, ofrece una amplia red de recursos sociosanitarios para que se pueda atender a todas las personas con problemas de salud mental, en función de las necesidades de cada persona. (ver. Figura 1) (24)

Figura 1: Esquema de la Red de Salud Mental y sus relaciones con recursos sociosanitarios en la Comunidad de Madrid



Fuente: Oficina Regional de Salud Mental (24)

Para llevar a cabo una atención integral a estas personas, la enfermera especialista en salud mental debe combinar todos los conocimientos científicos relacionados con la salud, centrada en el paciente. Además, es necesario que aplique la relación terapéutica en la atención a los pacientes. Esto va a permitir que la enfermera desarrolle todas sus funciones en los diferentes ámbitos de atención (23).

2. JUSTIFICACIÓN

La OMS señala que la esquizofrenia es una enfermedad que afecta a 21 millones de personas en todo el mundo y a medida que transcurren los años, este número continúa aumentando (25,26). Su tratamiento suele ser de larga duración, ya que el inicio de esta enfermedad normalmente es a una edad temprana y habitualmente se cronifica (27).

Uno de los principales problemas que presenta el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia es que muchos pacientes no tienen una buena adherencia a la medicación (28). Aunque a lo largo de las últimas décadas ha habido numerosos avances en el mundo de la psicofarmacología, la tasa de falta de adherencia en la esquizofrenia ha llegado a situarse entre el 80-90% en algún estudio. De manera que se ha convertido en uno de los trastornos mentales con menor nivel de adherencia (29). Además, la falta de adherencia al tratamiento de las personas con esquizofrenia se asocia con las repercusiones negativas que afectan a los propios pacientes, a la sociedad y al sistema sanitario (30).

En cuanto a la falta de adherencia, podemos señalar al incumplimiento terapéutico como uno de los factores más influyentes en las recaídas de pacientes con esquizofrenia. Concretamente, los pacientes que tienen una falta de adherencia al tratamiento tienen más probabilidades de presentar recaídas, mayor que los pacientes que tienen una correcta adherencia (30,31). Las recaídas conllevan un aumento en las tasas de hospitalización y un peor pronóstico de la enfermedad. (32).

En segundo lugar, la falta de adherencia al tratamiento conlleva un gasto económico muy significativo para la sociedad. El coste económico de los trastornos mentales en los países europeos se estima entre el 3% y el 4% del producto interior bruto (PIB), superando los 182.000 millones de euros al año. Dentro de este gasto, el 46% se destina a costes sanitarios y sociales directos, y el resto en costes indirectos (24). Principalmente se corresponde con la pérdida de productividad relacionado con la incapacidad laboral. Dentro de este grupo, los trastornos psicóticos son los que suponen un mayor gasto por paciente, estimándose al año un coste de 17.576 euros (24). La principal causa de este aumento del gasto son las tasas de hospitalización y las recaídas. Así en un estudio hemos encontrado que indicaría que disminuiría el coste si se invierte en intervenciones dirigidas a aumentar la adherencia, en comparación con el coste que supone abordar las recaídas de los pacientes con esquizofrenia (33).

Por último, la falta de adherencia a la medicación está fuertemente relacionada con el aumento de las tasas de suicidio en pacientes psiquiátricos. Las personas con un trastorno de esquizofrenia y con una baja adherencia a la medicación antipsicótica tienen los principales factores de riesgo para que desarrollen conductas suicidas (32).

Debido a todo lo anterior, el tratamiento de la esquizofrenia no puede centrarse únicamente en el tratamiento farmacológico y psicológico. Sino que debe de ir acompañado de intervenciones psicosociales concretas, dirigidas a promover la adherencia al tratamiento de las personas diagnosticadas de esquizofrenia (29). Es aquí donde la enfermera tiene una función muy importante, ya que debe aplicar un modelo integral de cuidados, mediante intervenciones y estrategias que promuevan y aumenten tanto la adherencia terapéutica como la conciencia de enfermedad. Además de tener en cuenta todos los aspectos biopsicosociales de la persona (34).

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

3. OBJETIVOS

Objetivo principal: Conocer la situación actual de la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores que condicionan la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.
- Describir intervenciones de enfermería que mejoren la adherencia terapéutica en estos pacientes.

4. METODOLOGÍA

Para el cumplimiento de los objetivos se llevó a cabo una revisión narrativa. Para ello, realizamos una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos relacionados con las Ciencias de la Salud: Pubmed, Cinahl, Cochrane Library, Cuiden y Psycodoc.

En primer lugar, seleccionamos las palabras clave. Posteriormente, se tradujeron estos términos del lenguaje libre al lenguaje controlado por medio de los tesauros *Medical Subjects Headlines (MeSH)* y *Descriptor en Ciencias de la Salud (DeSC)*. A continuación, se pueden observar los términos traducidos en la Tabla 3.

Tabla 3: Términos MeSH y DeSC.

Medical Subjects Headlines (MeSH)	Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS)
Schizophrenia	Esquizofrenia
Nursing	Enfermería
Treatment adherence and compliance	Adherencia al tratamiento y cumplimiento, adherencia terapéutica
Risk factors	Factores de riesgo

Fuente: Elaboración propia.

Más adelante, se procedió a realizar la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos mediante estrategias de búsqueda que incluían los términos en lenguaje controlado, utilizando el operador booleano “AND”.

En la base de datos de Cuiden, debido a que el descriptor “*Cumplimiento y Adherencia al tratamiento*” es muy actual, no se encuentra entre las palabras clave que la base de datos acepta. Por ello, se buscó entre los sinónimos del descriptor, cual se aceptaba en Cuiden. Finalmente, el sinónimo que se encontró fue “*Adherencia terapéutica*”.

Criterios de inclusión.

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

- Artículos que tratan sobre alguno de los objetivos propuestos.
- Artículos publicados entre los años 2014 y 2019.

- Artículos que se estudian a personas entre 18 y 65 años con diagnóstico de esquizofrenia.
- Artículos con acceso a texto completo.
- Artículos publicados en inglés o español.

Criterios de exclusión.

No hemos seleccionado los artículos que:

- No hablan sobre el tema elegido.
- Eran anteriores al 2014.
- Estaban publicados en idiomas distintos a los elegidos.
- No permitían el acceso a texto completo.
- Trataban sobre pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años.

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

- Idioma: Inglés o español.
- Año de publicación: Entre 2014 y 2019.
- Edad: Entre 18 y 65 años.
- Texto completo.

En la base de datos de Pubmed se utilizaron todos los filtros nombrados para limitar la búsqueda, salvo el criterio de la edad en la tercera búsqueda. En cambio, en Cinahl hemos utilizado los filtros del año de publicación, el idioma y el acceso a texto completo. En las bases de datos de Cochrane Library, Cuiden y Psicodoc solamente se utilizó el filtro del año de publicación (ver. Tabla 4).

Tabla 4: Búsqueda bibliográfica.

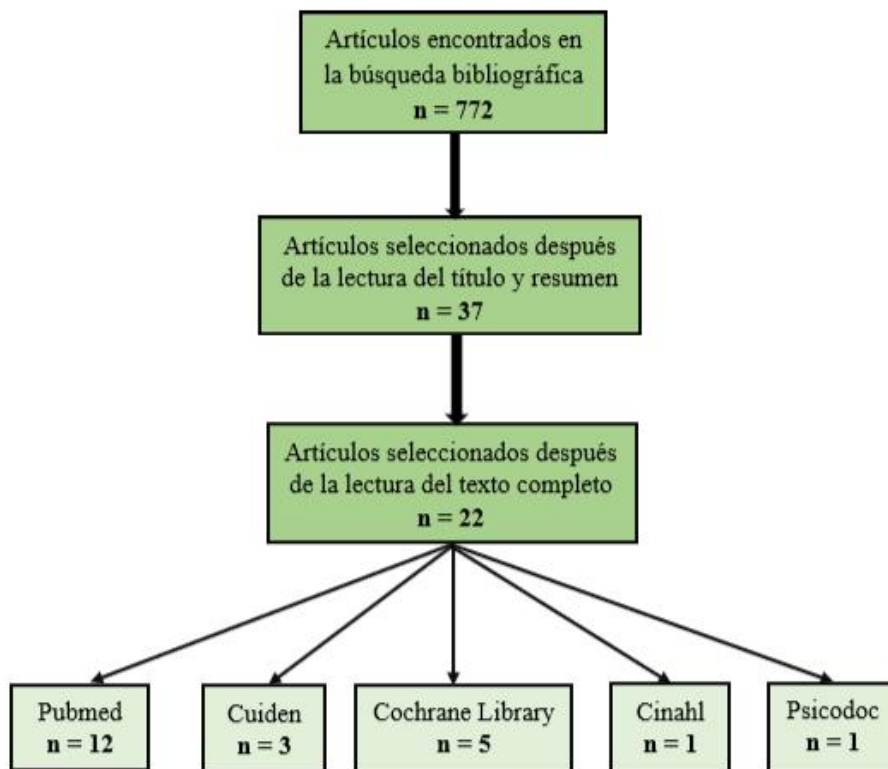
Base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PUBMED	Schizophrenia [MeSH Terms] AND treatment adherence and compliance [MeSH Terms]	337	16
	Schizophrenia [MeSH Terms] AND Nursing [MeSH Terms]	30	1
	Schizophrenia [MeSH Terms] AND Treatment adherence and compliance [MeSH Terms] AND Risk factors [MeSH Terms]	26	1
CINAHL	Schizophrenia AND treatment adherence and compliance	10	4
	Schizophrenia AND Nursing	50	0
	Schizophrenia AND Risk factors	157	0
COCHRANE LIBRARY	Schizophrenia (Title, Abstract, Keyword) AND treatment adherence and compliance (Title, Abstract, Keyword)	66	7
	Schizophrenia (Title, Abstract, Keyword) AND Nursing (Title, Abstract, Keyword)	87	4
CUIDEN	Esquizofrenia (Palabra clave) AND Adherencia terapéutica (Palabra clave)	6	2
	Esquizofrenia (Palabra clave) AND Enfermería (Palabra clave)	22	1

PSICODOC	Esquizofrenia AND Adherencia terapéutica	1	1
	Esquizofrenia AND Enfermería	6	0
Total		798	37

Fuente: Elaboración propia

En primer lugar, se realizó una primera lectura del título y el resumen de todos los artículos encontrados en las búsquedas. En segundo lugar, se seleccionaron los artículos que podrían servir para dar respuesta a los objetivos del trabajo, reduciendo la cifra de artículos a 37. De todos los artículos seleccionados, se procedió a la lectura del texto completo. Los artículos que no resultaron oportunos para el trabajo se eliminaron. Finalmente, fueron seleccionados para el trabajo 22 artículos (ver. Figura 2).

Figura 2: Diagrama de flujo de la selección de los artículos.



Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica con sus principales hallazgos están recogidos en el anexo 2 (ver. Anexo 2). Entre todos los artículos seleccionados, el tipo de estudio más repetido ha sido el ensayo controlado aleatorizado. Los resultados de los estudios los vamos a clasificar en categorías de acuerdo a los objetivos propuestos: Situación actual de la adherencia terapéutica en la esquizofrenia, factores que condicionan la adherencia terapéutica en la esquizofrenia y las intervenciones que mejoran la adherencia terapéutica en la esquizofrenia.

5.1. Situación actual de la adherencia terapéutica en la esquizofrenia.

La esquizofrenia es un trastorno mental que suele presentar un curso crónico e incapacitante (35). Por ello, la mayoría de las personas diagnosticadas de esquizofrenia requieren tratamientos de larga duración con medicamentos antipsicóticos y terapias psicosociales (34). Sin embargo, muchos pacientes presentan niveles bajos de adherencia a dichos tratamientos, lo cual conlleva a un resultado negativo del curso de la enfermedad. Además, afecta negativamente tanto al propio paciente que lo padece, como a su familia, a la sociedad y a los Sistemas de Salud (36).

Las tasas de falta de adherencia en personas con esquizofrenia varían en función de los estudios. Sin embargo, se puede afirmar que las tasas de no adherencia en pacientes con esquizofrenia son generalmente elevadas (30). Los estudios sitúan la tasa de falta de adherencia terapéutica entre un 40 y 50 % en pacientes con esquizofrenia (35,37,38). Lafeuille y colaboradores, en su estudio realizado a 12.990 personas diagnosticadas de esquizofrenia que estaban recibiendo tratamiento antipsicótico, descubrieron que sólo el 48,6% continuaron con éxito su tratamiento durante el año de medición (39). Sin embargo, en un estudio de Eticha y colaboradores, en el cual entrevistaron a 393 personas diagnosticadas de esquizofrenia en el norte de Etiopía, establecieron que la prevalencia de no adherencia fue del 26,1%. Los autores reflejaron que este resultado, más bajo que en la mayoría de los demás países, podría ser a causa de los métodos utilizados para valorar el nivel de adherencia entre los pacientes (36). Como líneas de investigación futuras proponemos que los investigadores utilicen las mismas escalas validadas para medir el nivel de adherencia de sus poblaciones de estudio. De manera que, en los estudios se puedan obtener tasas de adherencia fiables y, en el caso de obtener tasas dispares entre ellos, que la causa no se deba a la forma de medir el nivel de adherencia.

Zhou y colaboradores realizaron un estudio en un hospital de China y obtuvieron una tasa de no adherencia del 25,8%. Este resultado fue más bajo que el obtenido en la mayoría de los estudios realizados en los países occidentales (35). Los autores argumentaron que esta diferencia se debía a las diferencias socioculturales existentes entre los países y, en este caso concretamente, la diferencia residía en las relaciones familiares (35). El concepto de una familia unida, establecida como principal fuente de ayuda y apoyo, suele ser más prevalente en países orientales como China (35).

Cada vez es mayor el interés que hay sobre la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Sus elevadas tasas de no adherencia implican unas grandes repercusiones a varios niveles (31,40). La falta de adherencia terapéutica en los pacientes con esquizofrenia es la principal causa de recaída de estos pacientes. Existen estudios que afirman que la tasa de recaída en pacientes con esquizofrenia es del 30-40 % y una tasa de recurrencia del 45-58% en el primer año después del alta (41). La recaída está asociado a una serie de efectos negativos para los pacientes como un empeoramiento de los síntomas, una reducción de la funcionalidad y de la calidad de vida (42). Además, la recaída supone un mayor número de visitas a urgencias, de reingresos y requiere un aumento de las intervenciones médicas. Todo ello conlleva un aumento del coste de los sistemas sanitarios (36). Sumado a esto, también se ha demostrado una relación entre la falta de adherencia y el aumento del riesgo de comportamiento violento y de suicidio en personas diagnosticadas de esquizofrenia (43).

El tratamiento con fármacos antipsicóticos ha sido muy aceptado por los pacientes con esquizofrenia (44). Sin embargo, la adherencia al tratamiento continúa siendo uno de los retos más importantes de la salud mental, y uno de los mayores problemas en pacientes con esquizofrenia (36).

5.2. Factores que condicionan la adherencia terapéutica en la esquizofrenia.

Los principales factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia, según los artículos seleccionados, los podemos dividir en las siguientes categorías: Factores relacionados con el paciente, factores familiares y socioculturales, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con la medicación y factores relacionados con el profesional y el sistema sanitario.

5.2.1. Factores relacionados con el paciente.

- **Factores sociodemográficos:** Algunos de los artículos encontrados no han mostrado relación significativa o han mostrado resultados poco consistentes en varios factores sociodemográficos, como el género, estado civil o empleo (35,36). Sin embargo, otros factores sociodemográficos han mostrado una fuerte relación con la adherencia terapéutica:
 - **Edad:** Valencia, en su trabajo de revisión encontró que, en la mayoría de los estudios, los pacientes jóvenes, concretamente con un rango de edad entre 31 y 40 años, mantenían una mejor adherencia a la medicación (29). Además, Eticha y colaboradores (36) encontraron una relación significativa donde los pacientes con una franja de edad entre 45 y 64 años tenían un menor nivel de adherencia que los pacientes más jóvenes. Esta relación puede verse relacionado con la comorbilidad de otras enfermedades crónicas que requieren otro tipo de tratamiento específico, lo que puede llegar a dificultar la adherencia (36).
 - **Nivel educativo:** Algunos estudios relacionaron que los pacientes con un nivel de estudios superiores eran más adherentes que los pacientes con un menor nivel de estudios, siendo estos más propensos a abandonar la medicación (29). Vassileva y colaboradores, en su estudio realizado con 226 pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia en Bulgaria, encontró una asociación significativa entre los pacientes con menor adherencia y una baja educación (45).
 - **Situación de vida:** Se encontró una diferencia significativa entre la adherencia al tratamiento y cómo vivían los pacientes con esquizofrenia. En el estudio de Vassileva y colaboradores se halló que una gran parte de los pacientes con menor adherencia vivían solos, en comparación con los que vivían con familiares o cuidadores (45).
 - **Estatus económico:** Las personas con bajos recursos económicos tienen más tendencia a suspender la medicación (29). Ahmad y colaboradores, en su estudio identificaron como uno de los principales factores de falta de adherencia se debía al estado económico. Esto puede deberse a la falta de medicamentos que se puedan proporcionar de forma gratuita por los servicios sanitarios (42).

- **Conciencia de enfermedad o “insight”:** Numerosos estudios señalan que la conciencia de enfermedad es uno de los factores más relacionados con la adherencia terapéutica (29,30). Tessier y colaboradores o Ahmad y colaboradores, en sus respectivos estudios, concluyeron que la comprensión de enfermedad es uno de los factores más influyentes en la adherencia en pacientes con esquizofrenia. Además, hallaron relaciones significativas entre un menor nivel de adherencia y una mayor falta de comprensión de la enfermedad (38,42). La falta de comprensión puede conllevar a que la persona niegue la existencia de la enfermedad y deje de tomar la medicación (29).
- **Reetiquetado de los síntomas psicóticos:** Establecido como uno de los componentes de la percepción, Vassileva identificó en su estudio el reetiquetado de los síntomas psicóticos como un factor predictivo de adherencia. Este factor hace referencia a la capacidad de los pacientes de reconocer sus propios síntomas psicóticos y asociarlos con la enfermedad (45).
- **Percepción:** Las creencias propias que cada persona tenga y los significados que atribuyen a tener la enfermedad o tomar la medicación, se consideran factores muy significativos en la consecución de la adherencia (29). Algún estudio, como el de Eticha y colaboradores, engloba la conciencia de enfermedad como un área de la percepción (36).
- **Falta de información:** Varios estudios señalan que la falta de información es un factor importante a tener en cuenta en la adherencia terapéutica (36, 44). Esta falta de información puede tener como consecuencias una negación o un rechazo a la enfermedad (36).
- **Actitud hacia la enfermedad y la medicación:** Varios autores señalan la importancia de las actitudes de los pacientes hacia la enfermedad y la toma de la medicación en la adherencia al tratamiento (46,47). En el estudio de Eticha y colaboradores, se identificó que los pacientes que tenían una actitud más negativa eran los menos adherentes, y los que tenían actitudes más positivas presentar una mayor adherencia (36). A su vez, la actitud hacia la medicación podía verse afectado por otros factores, como por ejemplo el nivel de autoestigmatización de la persona. Se entiende por autoestigmatización a como las personas interiorizamos los estereotipos negativos presentes a través de lo que percibimos y experimentamos (46). En su estudio, Feldhaus y colaboradores concluyeron que

un elevado nivel de autoestigmatización se asoció con una mayor actitud negativa hacia la medicación (46).

5.2.2. Factores familiares y socioculturales.

- **Abuso de sustancias:** Varios estudios identifican que el consumo de sustancias como el alcohol u otras drogas están relacionadas con una disminución de la adherencia terapéutica (30). En el estudio de Ahmad y colaboradores, una de las principales causas de la falta de adherencia al tratamiento, en su muestra de pacientes, era el uso de sustancias psicoactivas (42). Los autores reflejaron que los pacientes consumían estas sustancias como alternativa a los medicamentos psicotrópicos. Además, como consecuencia de este consumo, muchos pacientes se olvidaban de tomar la medicación (42).
- **Estigma:** Algunos autores lo consideran como un factor significativo en la adherencia terapéutica de los pacientes con esquizofrenia (30). El estigma puede inducir a que los propios pacientes tengan una percepción negativa de la enfermedad que a su vez afecta a la aceptación de la misma. Todo ello puede provocar una disminución de la adherencia terapéutica (29).
- **Apoyo familiar y social:** Los estudios han demostrado que un mayor apoyo familiar y social está asociado con una mayor adherencia (30). Sin embargo, en el estudio de Vassileva y colaboradores no obtuvo el apoyo familiar y social como un factor predictor de adherencia. Esto es debido a que muchos pacientes de la muestra recibían apoyo económico y emocional de sus familiares (45).

5.2.3. Factores relacionados con la enfermedad.

- **La gravedad de los síntomas:** Se considera un factor importante que puede dificultar la adherencia terapéutica en los pacientes con esquizofrenia (30). Principalmente, los síntomas psicóticos son importantes a tener en cuenta ya que pueden modificar la percepción de los individuos (47).
- **Duración de la enfermedad:** Existen varios estudios que reflejan la existencia de una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la duración de la enfermedad (29). En el estudio de Zhou y colaboradores se señaló que la duración más corta de la enfermedad era un factor que podía dificultar la continuidad del tratamiento. Esto se relacionaba con que los pacientes esquizofrénicos con una menor duración presentaban una menor comprensión de la enfermedad (35).

5.2.4. Factores relacionados con la medicación.

- **Efectos secundarios de la medicación:** Algunos estudios han destacado la importancia de los efectos secundarios de los medicamentos como factor influyente en la adherencia terapéutica (29,30,42,43,48). Por ejemplo, en el estudio de Ahmad y colaboradores, los efectos secundarios de los medicamentos fueron uno de los principales motivos de la falta de adherencia al tratamiento en su muestra de pacientes (42). También es cierto que la mayoría de estos pacientes se encontraban en tratamiento con antipsicóticos de primera generación o típicos. Dichos antipsicóticos pueden provocar, entre otros, efectos secundarios extrapiramidales (42). En otros estudios, como el de Valencia, los efectos secundarios extrapiramidales son uno de los efectos que más preocupan a los pacientes con esquizofrenia y que más asociación tienen con la disminución de la adherencia terapéutica (29). Por otro lado, también es importante señalar que la importancia de los efectos secundarios en la adherencia puede encontrarse a su vez influenciada por la percepción de los pacientes. En algunos casos, el beneficio que le está proporcionando el tratamiento antipsicótico a los pacientes puede modificar la percepción que tengan hacia los efectos secundarios (45).

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

- **Alianza terapéutica:** La relación terapéutica que puede haber entre el paciente y el profesional de la salud es un factor que tiene gran influencia en la adherencia terapéutica, según indican numerosos estudios (29,30,38,43,48). Una buena relación terapéutica, en la que predomine la confianza y una colaboración mutua, puede favorecer que aumente la conciencia de enfermedad de los pacientes, mejorando a su vez la percepción hacia la enfermedad y la medicación. Todo ello va a facilitar que los pacientes tengan una mejor adherencia al tratamiento (29).

5.3. Intervenciones que mejoran la adherencia terapéutica en la esquizofrenia.

La identificación de los principales factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia permite establecer unos cuidados centrados en trabajar dichos factores, a través de unas determinadas intervenciones (36). Estas intervenciones permiten aumentar con mayor eficacia la adherencia al tratamiento (36).

En primer lugar, las enfermeras especialistas de salud mental deben utilizar un modelo integral de atención, donde señalen la importancia que tiene la participación del paciente en las decisiones que se tomen sobre el tratamiento (34). Para ello, las enfermeras deben realizar unos cuidados que ayuden a los pacientes a cumplir con el tratamiento prescrito para tener un buen seguimiento. Unos cuidados de enfermería continuados pueden aportar importantes beneficios en la calidad de vida de los pacientes (49). Por ello es necesario que en la **toma de decisiones compartida** participen las enfermeras y los pacientes (34).

La toma de decisiones compartida permite a los pacientes conocer las opciones de tratamiento disponibles, y les ayuda a ser más conscientes tanto de los riesgos como de los beneficios que puede originar el tratamiento (34). Además, les permite participar en su propio plan de tratamiento. También, los estudios demuestran que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia quieren participar en las decisiones de su tratamiento (34).

Las principales intervenciones específicas que mejoran la adherencia terapéutica en la esquizofrenia son: Psicoeducación, entrevista motivacional y terapia de adherencia.

5.3.1. Entrevista motivacional

Es una intervención psicoterapéutica que tiene su origen en la terapia centrada en la persona de Carl Rogers (41). Es una actividad que tiene como objetivos promover y mantener cambios en el comportamiento de los pacientes (30). Se basa en una serie de principios: expresar empatía, crear discrepancia con falsas creencias, evitar la argumentación, rodar con resistencia y apoyar la autoeficacia y el autoempoderamiento (44). Debe basarse en una relación de colaboración entre el paciente y la enfermera, que permita identificar cuáles son los problemas que impiden una correcta adherencia al tratamiento (30). A través de esta identificación, las enfermeras pueden ayudar a los pacientes a reconocer y ser conscientes de estos problemas, aumentando su conciencia de enfermedad y fomentando su motivación para el cambio de comportamiento (30).

En la investigación de Gratacós y colaboradores, no encontraron estudios que utilizaran únicamente la actividad de la entrevista motivacional para mejorar directamente la adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia (30). En nuestro estudio tampoco hemos encontrado estudios que utilicen solamente la entrevista motivacional para mejorar la adherencia terapéutica. Ya que en la mayoría de los estudios utilizan la entrevista motivacional como parte importante de terapias más amplias, en las que se utilizan además otras intervenciones diferentes para abordar la adherencia al tratamiento (44).

Por otro lado, Fiszdon y colaboradores realizaron un estudio en el que implantaron a un grupo de pacientes una intervención de entrevista motivacional, enfocada al entrenamiento cognitivo. En cambio, al otro grupo le aplicó entrevistas de control (50). Demostraron que la entrevista motivacional adaptada puede aumentar la motivación y la adherencia al entrenamiento cognitivo (50). Sin embargo, los autores argumentaron que sus resultados positivos podrían estar alterados por la adaptación y enfoque que predominaba en la entrevista motivacional (50).

5.3.2. Psicoeducación

Las intervenciones de psicoeducación han demostrado ser eficaces en la adherencia a la medicación. Poseen importantes beneficios para los pacientes, por ejemplo, un aumento del conocimiento de la enfermedad, un aumento de la conciencia de enfermedad y una adquisición de habilidades de afrontamiento. Además, gracias a estos beneficios, se reducen las tasas de recaída, hospitalización y el nivel de autoestigma (48).

Sin embargo, muchos hospitales tienen problemas a la hora de implantar actividades de psicoeducación. Un estudio en el que se ofrecieron programas de psicoeducación en varios hospitales de Europa se observó que sólo el 21% de los pacientes recibieron psicoeducación (51). En países de otros continentes, como en Japón, sólo el 30% de las instituciones de salud mental realizan intervenciones de psicoeducación (48). Los autores indicaron que había varios factores que podían ocasionar esta situación. Entre ellos, destacaron la falta de conocimientos o habilidades de los profesionales de los hospitales (48), la falta de personal en las instituciones (48,51) o que los pacientes son dados de alta antes de finalizar los programas (51).

A su vez, para intentar paliar estos problemas, han surgido nuevas herramientas de psicoeducación. Una de las cuales está teniendo una buena aceptación entre los pacientes con esquizofrenia son las herramientas audiovisuales. Varios autores han realizado investigaciones sobre la utilización de películas como herramienta psicoeducativa en pacientes con esquizofrenia. Por ejemplo, el estudio de Acea (31) evaluó la eficacia de un video de 15 minutos en una muestra de 63 pacientes. La mayoría de los pacientes valoraron como muy útil (57,1%) o útil (41,3%) la intervención audiovisual. Además, las puntuaciones globales del cumplimiento terapéutico, medido por la *Medication Adherence Rating Scale* (MARS), aumentaron después de la intervención, aunque no fue un aumento estadísticamente significativo (31). En otro estudio realizado por Von Maffei

y colaboradores (51), se evaluó la utilidad de las películas como herramienta de intervención psicoeducativa. En este estudio se utilizaron seis películas que abarcaban distintos temas. Cada película tenía una duración de 17 minutos aproximadamente (51). Los resultados mostraron un aumento del conocimiento de la enfermedad, el cumplimiento, la percepción y la calidad de vida (51). Además, otro beneficio importante es que los pacientes podían ver las películas en casa, así los familiares podrían verlas también, fomentando a su vez la psicoeducación familiar (51).

La principal limitación que exponen los autores de los anteriores estudios es que son estudios cuasi experimentales. Debido a la falta de un grupo control, no se puede demostrar la eficacia del uso de películas en comparación con otras intervenciones psicoeducativas (31,51). Se deben realizar investigaciones futuras que realicen estas comparaciones, con el fin de comprobar si las intervenciones psicoeducativas con material audiovisual obtienen mejores resultados que otros programas de psicoeducación en el tratamiento de la adherencia terapéutica en la esquizofrenia (31).

5.3.3. Terapia de adherencia.

La terapia de adherencia es una intervención que presenta un enfoque cognitivo-conductual (30), basado en que las creencias de los pacientes pueden tener un gran impacto en el cumplimiento de la medicación (37). Tiene como objetivos aumentar la adherencia de los pacientes y mejorar los resultados clínicos (37).

En sus estudios, Chien y colaboradores utilizaron la terapia de adherencia, basada en los principios de la entrevista motivacional, como intervención en muestras de pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia (44,52). La terapia de adherencia utilizada en los dos estudios estaba dividida en tres fases principales: La primera se centra en involucrar a los pacientes para que aborden sus necesidades en cuanto a la adhesión a la medicación con el fin de establecer objetivos y acciones para el cambio (44,52). La segunda consiste en educar a los pacientes sobre la enfermedad y el tratamiento, para que puedan identificar las fortalezas y barreras para conseguir la adherencia. Además, sepan reconocer el estigma social, el apoyo familiar y, sean capaces de desarrollar estrategias de afrontamiento (44,52). La tercera tiene como objetivo racionalizar las creencias de los pacientes, resolver las dificultades identificadas de la adherencia y mejorar sus redes de apoyo (44,52).

Los resultados de los estudios de Chien y colaboradores revelaron diferencias significativas entre los pacientes que recibieron la terapia de adherencia con respecto a los que recibieron tratamientos de salud mental de rutina (44,52). Los pacientes que recibieron la terapia de adherencia mostraron un aumento significativo en la percepción sobre la enfermedad y el tratamiento, en la tasa de adherencia a la medicación y en el nivel de funcionamiento. Además, gracias a esta terapia, se redujo significativamente la gravedad de los síntomas positivos y negativos, y la duración de los reingresos (44,52).

Otro estudio realizado por Von Bormann y colaboradores, quería determinar la efectividad de la terapia de adherencia para mejorar la psicopatología en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, que habían sido ingresados para tratamiento hospitalario por una exacerbación de su psicosis (37). Los resultados sugirieron, con apoyo de otros estudios, que la terapia de adherencia puede ser eficaz en el momento posterior a un episodio agudo de la enfermedad (37). Los autores argumentaron que era el periodo en el que los pacientes se encontraban con más predisposición a cambiar su comportamiento (37).

6. CONCLUSIONES

- La falta de adherencia terapéutica es un problema muy presente en los pacientes con esquizofrenia. Esto se debe a que puede tener efectos perjudiciales para ellos, y consecuencias negativas para la familia y para el sistema de salud.
- Las enfermeras deben dirigir sus cuidados junto con los pacientes para abordar el problema de la adherencia terapéutica.
- Existen varios factores que conducen a una baja adherencia terapéutica que se pueden abordar. Estos son principalmente la falta de información, la falta de conciencia de enfermedad y la falta de percepción de la misma. Por lo tanto, es importante que las enfermeras/os identifiquen dichas faltas con el fin de aplicar los cuidados que ayuden a aumentar la adherencia terapéutica.
- Las intervenciones dirigidas a aumentar la adherencia terapéutica deben tener diferentes enfoques. Ya que esto permitirá abordar los principales motivos que provocan que los pacientes tengan una menor adherencia al tratamiento.

7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

Los hallazgos encontrados en los artículos de la búsqueda bibliográfica han mostrado que las enfermeras/os son responsables de los cuidados a los pacientes con esquizofrenia y de conseguir que estos que tengan mayor adherencia terapéutica. En todos los artículos que hablaban de intervenciones dirigidas a aumentar la adherencia, las enfermeras se encargaban de llevar a cabo estas intervenciones.

En primer lugar, es imprescindible que los profesionales de enfermería sean conscientes de la importancia de la falta de adherencia, que afecta gravemente a la vida de muchos pacientes. Una vez que se tenga presente esta realidad las enfermeras deberán tratar de identificar qué factores o posibles causas son los que originan la falta de adherencia. Para ello utilizan la valoración de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con el paciente.

En segundo lugar, las enfermeras establecerán unos cuidados centrados en aumentar la adherencia terapéutica de los pacientes que cuidan. Para ello, deben planificar las intervenciones que les ayuden a conseguir adherencia al tratamiento y a conseguir la conciencia de enfermedad.

Por último, realizar una evaluación y un seguimiento continuado en el tiempo a los pacientes, observando si las intervenciones han sido efectivas y el paciente ha adquirido una correcta adherencia o, por el contrario, si es necesario abordar algún factor que todavía está provocando o puede provocar en un futuro una baja adherencia terapéutica.

8. LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones de esta revisión narrativa ha sido la aplicación del filtro de la franja de edad en la búsqueda de artículos. Además de los 22 artículos seleccionados para la revisión, se encontraron en la búsqueda varios artículos que podían tener información relevante para el trabajo. Sin embargo, dichos artículos no se han podido incluir en la revisión debido a que su población de estudio se encontraba fuera de los límites de edad establecidos, a pesar de estudiar posibles factores o intervenciones relacionadas con la adherencia terapéutica en personas diagnosticadas de esquizofrenia.

Otra limitación importante es la diversidad de artículos que hemos encontrado, donde los factores que influyen en la adherencia terapéutica son diferentes en función del estudio. Ya que la mayoría de dichos artículos estudian los factores de una población específica

en países muy distintos. Por ello, varios de los factores incluidos en nuestra revisión posiblemente no se puedan extrapolar a todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia con una falta de adherencia terapéutica.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Novella EJ, Huertas R. El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. Clínica y Salud [Internet]. 2010 [Consultado 24 Feb 2019]; 21 (3): 205-219. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002
2. Ortiz de Zárate San Agustín A, Alonso Durana I, Ubis González A, Ruíz de Azúa Velasco MA. Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. Vol. nº 4. Trastornos psicóticos.
3. Mingote Adán JC, Del Pino Cuadrado P, Huidobro A, Gutiérrez García D, De Miguel Peciña I, Gálvez Herrer M. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Med. Segur. Trab. [Internet]. 2007 [Consultado 1 Feb 2019]; 53(208). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v53n208/original4.pdf>
4. Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF. Tratado de psiquiatría clínica. 2ª ed. Barcelona: Elsevier. 2017.
5. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2014.
6. Granados Gámez G, Sánchez Bujaldón M. Enfermería en salud mental. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces. 2011.
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009.
8. López-Muñoz F, Rubio G, Molina JD, Shen WW, Pérez-Nieto MA, Moreno R, et al. La investigación sobre fármacos antipsicóticos atípicos en España: una evaluación bibliométrica. Actas Esp. Psiquiatr. [Internet] 2013 [Consultado 9 Feb 2019]; 41(6):349-60. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/86/ESP/15-86-ESP-349-360-417162.pdf>
9. Goldberg RJ. Guía práctica para la asistencia del paciente psiquiátrico. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.

10. Osuna Abril J, Arrebola Domínguez A, Espinosa Fernández P. Comparación entre antipsicóticos típicos vs antipsicóticos atípicos. IV Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental. [Internet]; 2018 [Consultado 10 Feb 2019]; Mayo 7-21. Disponible en: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2018-19-comu9.pdf>
11. Martín García-Sancho JC, coord. Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental [Internet] Murcia: Servicio Andaluz de Salud; 2009 [Consultado 10 Feb 2019] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
12. Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
13. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [Internet] Ginebra: OMS; 2004 [Consultado 1 Feb 2019]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
14. Díaz Porto Robles ML. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. Rev. Griot. 2014; 7(1): 72 – 84.
15. Nogués X, Sorli ML, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An. Med. Interna [Internet]. 2007 [Consultado 2 Feb 2019]; 24(3):138-41. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n3/revision1.pdf>
16. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia promoc. salud. [Internet] 2016 [Consultado 2 Feb 2019]; 21(1): 117-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
17. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. [Internet] 2018 [Consultado 2 Feb 2019]; 59(3): 163-172. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
18. Limaylla M, Ramos N. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. Ciencia e Investigación. [Internet] 2016 [Consultado 3 Feb]; 19(2): 95-101. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635>

19. Salinas Cruz E, Nava Galán MG. Adherencia terapéutica. *Enf. Neurol.* [Internet] 2012 [Consultado 3 Feb 2019]; 11(2): 102-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>
20. Belmont Molina A. La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. *Enf Neuro* [Internet]. 2011 [Consultado el 23 Feb 2019]; 10 (1): 53-55. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111j.pdf>
21. Ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº 280 (22-11-2003). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
22. Galvis MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid.* [Internet] 2015 [Consultado 23 Feb 2019]; 6(2): 1107-19. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
23. Caminera Luna P, Castelo Sardina C. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica. [Internet] Madrid: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud; 2012 [Consultado 24 Feb 2019]. Disponible en: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid-2010-2011.pdf>
24. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020. [Internet] Madrid: Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud; 2018 [Consultado 24 Feb 2019]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
25. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva Esquizofrenia [Internet]. Génova: OMS; 2016. [Consultado 11 Feb 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
26. Castillo-Martell H. Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de una institución de atención en salud mental de la ciudad de Lima. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2014 [Consultado 12 Feb 2019]; 30 (2): 9-27. Disponible en: www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/1
27. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre

la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente [Internet]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009 [Consultado 12 Feb 2019]. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf

28. Godoy García JF, Caballero Martínez M, Godoy-Izquierdo D, Vázquez Pérez ML, Muela Martínez JA. Prevención de recaídas en la esquizofrenia: Propuesta de un programa de intervención durante la fase prodrómica. ReiDoCrea [Internet] 2014 [Consultado 12 Feb 2019] 5 (7): 56-68. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/40752/5-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

29. Valencia Corcin M. Adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia: retos para Enfermería. Pulso [Internet]. 2015 [Consultado 12 Feb 2019]; 84: 30-36. Disponible en: https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso_84/30

30. Gratacós Torras M, Pousa Tomàs E. Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. Papeles del Psicólogo [Internet] 2018 [Consultado 15 Feb 2019]; 39 (1): 31-39. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2850.pdf>

31. Acea López L. Efectividad de una intervención psicoeducativa audiovisual en la adherencia terapéutica para personas con esquizofrenia. Metas Enferm [Internet]. 2018 [Consultado 15 Feb 2019]; 21 (8): 16-20. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81296/efectividad-de-una-intervencion-psicoeducativa-audiovisual-en-la-adherencia-terapeutica-para-personas-con-esquizofrenia/>

32. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. Ther Adv Psychopharmacol [Internet]. 2013 [Consultado 15 Feb 2019]; 3(4): 200–218.

33. Dilla T, Ciudad A, Álvarez M. Systematic review of the economic aspects of nonadherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia. Patient Preference and Adherence. [Internet]; 2013 [Consultado 16 Feb 2019] 7: 275-284.

Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3622425/pdf/ppa-7-275.pdf>

34. Mahone IH, Maphis CF, Snow DE. Effective Strategies for Nurses Empowering Clients With Schizophrenia: Medication Use as a Tool in Recovery. *Issues Ment Health Nurs.* [Internet]; 2016 [Consultado 19 Feb 2019]; 37 (5): 372-379. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27111300>

35. Zhou Y, Rosenheck R, Mohamed S, Ning Y, He H. Factors associated with complete discontinuation of medication among patients with schizophrenia in the year after hospital discharge. *Psychiatry Res.* 2017; 250: 129-135.

36. Eticha T, Teklu A, Ali D, Solomon G, Alemayehu A. Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia. *PLoS One* [Internet]. 2015 [Consultado 1 Mar 2019]; 10(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376899/>

37. Von Bormann S, Robson D, Gray R. Adherence therapy following acute exacerbation of schizophrenia: A randomised controlled trial in Thailand. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2015 [Consultado 1 Mar 2019]; 61(1): 3-9. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.856.7519&rep=rep1&type=pdf>

38. Tessier A, Boyer L, Husky M, Baylé F, Llorca PM, et al. Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry Res.* 2017; 257: 315-321.

39. Lafeuille MH, Frois C, Cloutier M, Sheng Duh M, Lefebvre P, et al. Factors associated with adherence to the HEDIS quality measure in Medicaid patients with schizophrenia. *Am Health Drug Benefits* [Internet]. 2016 [Consultado 1 Mar 2019]; 9(7): 399-410. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123648/>

40. Pérez Marín P, Hernández Jiménez MP, García Cabeza I. Eficacia de un programa terapéutico para pacientes con psicosis (ATIICO) en la mejora de la adherencia al tratamiento. *Metas Enferm.* 2016; 19 (5): 56-61.

41. Ertem MY, Duman ZÇ. The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: a randomized controlled study. *Perspect*

- Psychiatr Care [Internet]. 2019 [Consultado 1 Mar 2019]; 55(1): 75-86. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ppc.12301>
42. Ahmad I, Khalily MT, Hallahan B. Reasons associated with treatment non-adherence in schizophrenia in a Pakistan cohort. *Asian J Psychiatr*. 2017; 30: 39-43.
43. Dahan S, Behrbalk P, Stolovy T, Greenberger C. Improving adherence in hospitalized patients diagnosed with schizophrenia: an integrative one-on-one intervention. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016; 30(6): 660-665.
44. Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2015 [Consultado 1 Mar 2019]; 16: 270. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4469254/>
45. Vassileva I, Milanova V, Asan T. Predictors of medication non-adherence in Bulgarian outpatients with schizophrenia. *Community Ment Health J*. 2014; 50(7):854-61.
46. Feldhaus T, Falke S, von Gruchalla L, Maisch B, Uhlmann C, et al. The impact of self-stigmatization on medication attitude in schizophrenia patients. *Psychiatry Res*. 2018; 261: 391–399.
47. Novick D, Montgomery W, Treuer T, Aguado J, Kraemer S, et al. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015 [Consultado 2 Mar 2019]; 15: 189. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524170/>
48. Matsuda M, Kohno A. Effects of the nursing psychoeducation program on the acceptance of medication and condition-specific knowledge of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2016 [Consultado 2 Mar 2019]; 30(5): 581-586. Disponible en: [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(16\)30005-X/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(16)30005-X/fulltext)
49. Ye M, Guo J, Song C, Zheng F. Effects of out-of-hospital continuing nursing on schizophrenia patients' rehabilitation and quality of life. *Open Med* [Internet]. 2017 [Consultado 2 Mar 2019]; 12: 501-505. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803569/>

50. Fiszdon JM, Kurtz MM, Choi J, Bell MD, Martino S. Motivational interviewing to increase cognitive rehabilitation adherence in schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 2016 [Consultado 3 Mar 2019]; 42(2): 327–334. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753608/>
51. Von Maffei C, Görges F, Kissling W, Schreiber W, Rummel-Kluge C. Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015 [Consultado 3 Mar 2019]; 15: 93-100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4422602/>
52. Chien WT, Mui J, Gray R, Cheung E. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 [Consultado 5 Mar 2019]; 16: 42-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4766670/>

10. ANEXOS

Anexo 1. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia según el DSM-V.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ESQUIZOFRENIA SEGÚN DSM V
<p>A. Dos (o más) los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Delirios.2. Alucinaciones.3. Discurso desorganizado (p. ej. Disgregación o incoherencia frecuente).4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia)
<p>B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).</p>
<p>C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de la fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).</p>

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque: 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

- **Primer episodio, actualmente en episodio agudo:** la primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el periodo en que se cumplen los criterios sintomáticos.
- **Primer episodio, actualmente en remisión parcial:** *remisión parcial* es el periodo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.
- **Primer episodio, actualmente en remisión total:** remisión total es el periodo después de un episodio durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.
- **Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo:** los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).
- **Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.**
- **Episodios múltiples, actualmente en remisión total.**
- **Continúo:** los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.
- **No especificado.**

Especificar si:

- **Con catatonía**
- **Nota de codificación:** utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía concurrente

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de la psicosis, en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección 111 del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Fuente: Elaboración propia a partir de American Psychiatric Association (5)

Anexo 2. Artículos de la búsqueda bibliográfica.

Título	Autores	Tipo de estudio	Año	Principales hallazgos
Psicodoc				
Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia.	Gratacós Torras M. Pausa Tomàs E.	Revisión narrativa	2018	Las principales intervenciones que existen en la actualidad son: Entrevista motivacional, terapia de adherencia al tratamiento, terapia de adherencia, afrontamiento y educación, intervenciones mixtas, comunitarias y farmacológicas.
Cuiden				
Eficacia de un programa terapéutica para pacientes con psicosis (ATIICO) en la mejora de la adherencia de la esquizofrenia.	Pérez Marín P. Hernández Jiménez MP. García Cabeza I.	Estudio cuasiexperimental	2016	El uso de diferentes intervenciones que se utilicen de forma integrada puede tener gran eficacia en pacientes psicóticos.
Eficacia de una intervención psicoeducativa audiovisual en la adherencia terapéutica para personas con esquizofrenia.	Acea López L.	Estudio cuasiexperimental	2018	Faltan estudios que demuestren la eficacia de intervenciones psicoeducativas audiovisuales como otros métodos ya establecidos. Dicho tipo de intervenciones podrían tener utilidad en la práctica clínica, en combinación con otras actividades psicoeducativas.

Adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia: retos para Enfermería.	Valencia Corcín M.	Revisión narrativa	2015	La enfermería debe tener en cuenta el contexto socio-cultural, la subjetividad y las experiencias de las personas con esquizofrenia. Se necesitan intervenciones para mejorar la adherencia que tengan en cuenta las necesidades individuales de cada paciente.
Cinahl				
Factors associated with adherence to the HEDIS quality measure in Medicaid patients with schizophrenia.	Lafeuille MH, Frois C, Cloutier M, Sheng Duh M, Lefebvre P, Pesa J, Clancy Z, Fastenau J, Durkin M.	Estudio de cohortes longitudinal retrospectivo	2016	Diferentes factores como la edad avanzada, el sexo femenino, la etnia hispana, la adherencia al año anterior o el uso de la terapia con palmitato de paliperidona se asociaron con una mejor adherencia en el tratamiento con medicamentos antipsicóticos.
Pubmed				
Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial.	Chien WT. Mui J. Gray R. Cheung E.	Ensayo clínico aleatorizado	2016	La terapia de adherencia basada en la entrevista motivacional demostró su efectividad en pacientes con esquizofrenia en una población en China. Se requieren investigaciones con muestras más representativas.

Predictors of medication non-adherence in Bulgarian outpatients with schizophrenia.	Vassileva I. Milanova V. Asan T.	Estudio descriptivo transversal	2014	Se obtuvieron varios factores predictivos de adherencia al tratamiento psicótico: la gravedad de los síntomas, la actitud hacia la medicación y la capacidad de reetiquetado de los síntomas psicóticos.
Effective strategies for nurses empowering clients with schizophrenia: Medication use as a tool in recovery.	Mahone IH. Maphis CF. Snow DE.	Caso clínico	2016	Las enfermeras psiquiátricas tienen una función importante a la hora de enseñar a los pacientes con esquizofrenia el uso de la toma de decisiones compartidas en el tratamiento para que alcancen sus propios objetivos.
Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design.	Von Maffei C. Görge F. Kissling W. Schreiber W. Rummel-Kluge C.	Estudio cuasiexperimental	2015	El uso de películas como intervención psicoeducativa en el tratamiento de la esquizofrenia podrían tener beneficios a corto y largo plazo. Se necesitan más investigaciones que demuestren su eficacia.
Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study.	Novick D. Montgomery W. Treuer T. Aguado J. Kraemer S. Haro JM.	Análisis post hoc de un estudio observacional	2015	La percepción, la alianza terapéutica y la adherencia son factores que tienen una estrecha relación entre ellos. Además, tienen una gran importancia en el estado general de las personas diagnosticadas de esquizofrenia.

Motivational interviewing to increase cognitive rehabilitation adherence in schizophrenia.	Fiszdon JM. Kurtz MM. Choi J. Bell MD. Martino S.	Ensayo controlado aleatorizado	2016	La entrevista motivacional es una intervención que se puede utilizar en personas con un diagnóstico de esquizofrenia para aumentar la motivación y la adherencia de la rehabilitación cognitiva.
Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial.	Chien WT. Mui JH. Cheung EF. Gray R.	Ensayo controlado aleatorizado	2015	La terapia de adherencia basada en la entrevista motivacional ha mostrado su eficacia en la mejora de la adherencia al tratamiento de la esquizofrenia. Además, puede tener efectos beneficiosos a nivel cognitivo, psicológico y conductual.
Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia.	Eticha T. Teklu A. Ali D. Solomon G. Alemayehu A.	Estudio descriptivo transversal	2015	Se identificaron algunos factores de riesgo para la falta de adherencia terapéutica. Se concluyó que intervenciones psicoeducativas podrían ser de gran utilidad para aumentar dicha adherencia al tratamiento.
The impact of self-stigmatization on medication attitude in schizophrenia patients.	Feldhaus T. Falke S. von Gruchalla L. Maisch B. Uhlmann C. Bock E. Lencer R.	Estudio descriptivo transversal	2018	La autoestigmatización es un factor muy importante a tener en cuenta en la actitud ante la medicación. Es importante su evaluación para poder establecer unas estrategias adecuadas que favorezca la reducción de la autoestigmatización en pacientes con esquizofrenia.

<p>Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care.</p>	<p>Tessier A. Boyer L. Husky M. Baylé F. Llorca PM. Misdrahi D.</p>	<p>Estudio descriptivo transversal</p>	<p>2017</p>	<p>La comprensión, la alianza terapéutica y la percepción del trauma influyen significativamente en la adherencia en la medicación. Se expresa la importancia de aumentar la sensibilidad, por parte de los profesionales, en la percepción de los pacientes con esquizofrenia. Además, se necesita tener una mayor consideración en la relación terapéutica.</p>
<p>Reasons associated with treatment non-adherence in schizophrenia in a Pakistan cohort.</p>	<p>Ahmad I. Khalily MT. Hallahan B.</p>	<p>Estudio descriptivo transversal</p>	<p>2017</p>	<p>La falta de comprensión de la enfermedad, la economía, el uso de sustancias psicoactivas, los efectos secundarios de la medicación y el uso de rutas de tratamiento alternativos son factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento.</p>
<p>Factors associated with complete discontinuation of medication among patients with schizophrenia in the year after hospital discharge.</p>	<p>Zhou Y. Rosenheck R. Mohamed S. Ning Y. He H.</p>	<p>Estudio observacional</p>	<p>2017</p>	<p>La corta duración de la enfermedad, la ausencia de una cobertura de seguro de salud y el conocimiento de la enfermedad son factores que se asociaron de manera significativa con la interrupción de la medicación en personas diagnosticadas de esquizofrenia al año siguiente del alta hospitalaria.</p>

Cochrane Library				
Adherence therapy following acute exacerbation of schizophrenia: A randomised controlled trial in Thailand.	Von Bormann S. Robson D. Gray R.	Ensayo controlado aleatorizado	2015	La terapia de adherencia puede resultar eficaz en el tratamiento de los síntomas en una gran variedad de pacientes con esquizofrenia.
Effects of out-of-hospital continuing nursing on schizophrenia patients' rehabilitation and quality of life.	Ye M. Guo J. Song C. Zheng F.	Ensayo controlado aleatorizado	2017	La atención continua a personas diagnosticados de esquizofrenia es muy importante. Las intervenciones enfermeras realizadas fuera del ámbito hospitalario muestran resultados favorables en el conocimiento de la salud y en el cumplimiento de la medicación.
The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: a randomized controlled study.	Ertem MY. Duman ZÇ.	Ensayo controlado aleatorizado	2019	La entrevista motivacional es eficaz para la mejora de la percepción y la adherencia del tratamiento en pacientes ambulatorios con esquizofrenia.
Effects of the nursing psychoeducation program on the acceptance of medication and condition-specific knowledge of patients with schizophrenia.	Matsuda M. Kohno A.	Estudio cuasiexperimental	2016	La realización de un programa psicoeducativo liderado por enfermeras psiquiátricas puede ayudar a pacientes con esquizofrenia en la aceptación de la medicación.

<p>Improving adherence in hospitalized patients diagnosed with schizophrenia: an integrative one-on-one intervention.</p>	<p>Dahan S. Behrbalk P. Stolovy T. Greenberger C.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p>	<p>2016</p>	<p>Una intervención integradora puede ser efectiva en pacientes con esquizofrenia. Son beneficiosos para la actitud y el cumplimiento, pudiendo reducir las tasas de hospitalización de estos pacientes.</p>
---	---	---------------------------------------	-------------	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los artículos seleccionados (29,30,31,34-52)